



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Časový snímek práce všeobecných sester na  
standardním pracovišti**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor: Kristina Postlová**

**Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, Ph.D.**

České Budějovice 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Časový snímek práce všeobecných sester na standardním pracovišti*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 28.4.2023

.....  
Kristina Postlová

### **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Martinu Krause, Ph.D., za odbornou pomoc, cenné rady a podněty, které mi poskytoval při zpracování mé bakalářské práce. Také děkuji nemocnici a všeobecným sestřám, které se účastnily mého výzkumu a nebály se sdělit svůj upřímný názor.

# **Časový snímek práce všeobecných sester na standardním pracovišti**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce pojednává o časovém snímku práce všeobecných sester na standardním pracovišti. V teoretické části jsou popsány informace o výkonu povolání a vzdělání v oboru všeobecná sestra (podmínky pro výkon povolání, kvalifikační, specializační a celoživotní vzdělávání). Dále jsou popsána specifika výkonu povolání všeobecná sestra včetně kompetencí, je vymezena ošetrovatelská péče zajišťovaná všeobecnými sestrami a je představena také dokumentace poskytovatelů zdravotních služeb, která je vedena všeobecnými sestrami. Další část bakalářské práce pojednává o analýze práce v ošetrovatelství, představuje její metodologii (snímek pracovního dne, pozorování, rozhovor), jež byla využita pro vypracování výzkumné části práce. Porovnány jsou také nástroje sloužící pro měření pracovní zátěže všeobecných sester na standardním pracovišti s totožnými nástroji využívanými na jednotkách intenzivní péče.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké činnosti vykonává všeobecná sestra v průběhu směny včetně časové náročnosti těchto činností a následné zmapování námětů na optimalizaci práce navržených pozorovanými všeobecnými sestrami na standardním pracovišti. Výzkumná část je realizována pomocí kvalitativní metody výzkumu, kdy výzkumný vzorek tvoří všeobecné sestry z vybraného standardního pracoviště. Pomocí polostrukturovaného pozorování časového snímku práce všeobecných sester jsou shromažďovány časové údaje o využívaném času pro jednotlivé vykonávané činnosti. Prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru jsou zjišťovány návrhy všeobecných sester na optimalizaci práce na standardním pracovišti z hlediska času.

## **Klíčová slova**

časový snímek; time management; analýza práce; všeobecná sestra; ošetrovatelství

## **Time frame of the work of nurses in a standard workplace**

### **Abstract**

The bachelor thesis discusses the time frame of the work of general nurses in a standard workplace. The theoretical part describes information about the practice of the profession and education in the field of general nursing (conditions for the practice of the profession, qualification, specialization and lifelong education). Furthermore, the specifics of the profession of a general nurse are described, including competencies, the nursing care provided by general nurses is defined, and the documentation of health service providers, which is maintained by general nurses, is also presented. The next part of the bachelor's thesis deals with the analysis of work in nursing, presents its methodology (time frame of the working day, observation, interview), which will be used for the development of the research part of the work. The tools used to measure the workload of general nurses in a standard workplace are also compared with the same tools used in intensive care units.

The aim of the bachelor's thesis is to find out what activities a general nurse performs during a shift, including the time-consuming nature of these activities, and the subsequent mapping of work optimization topics proposed by observed general nurses at a standard workplace. The research part is implemented using a qualitative research method, where the research sample consists of general nurses from a selected standard workplace. Using a semi-structured observation of a time frame of the work of general nurses, time data is collected about the time used for individual activities performed. Through a semi-structured interview, general nurses' suggestions for optimizing work at a standard workplace in terms of time are ascertained.

### **Key words**

time frame; time management; job analysis; general nurse; nursing

## Obsah

Úvod .....	8
1 Současný stav .....	9
1.1 Výkon povolání a vzdělávání v oboru všeobecná sestra .....	9
1.1.1 Podmínky pro výkon povolání všeobecná sestra .....	10
1.1.2 Kvalifikační vzdělávání sester .....	10
1.1.3 Specializační vzdělávání sester .....	11
1.1.4 Celoživotní vzdělávání sester .....	11
1.2 Specifika výkonu povolání všeobecná sestra .....	12
1.2.1 Kompetence všeobecných sester .....	12
1.2.2 Vymezení ošetrovatelské péče .....	13
1.2.3 Přímá a nepřímá ošetrovatelská péče .....	15
1.2.4 Metody poskytované ošetrovatelské péče .....	15
1.2.5 Role sestry .....	17
1.2.6 Směnnost .....	18
1.2.7 Administrativa ve zdravotnictví .....	18
1.3 Analýza práce v ošetrovatelství .....	19
1.3.1 Měření pracovní zátěže na standardním pracovišti .....	20
1.3.2 Měření pracovní zátěže na jednotkách intenzivní péče .....	21
1.3.3 Snímek pracovního dne .....	22
1.3.4 Pozorování v kontextu s analýzou práce .....	22
1.3.5 Rozhovor v kontextu s analýzou práce .....	24
1.3.6 Time management v ošetrovatelství .....	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	27
2.1 Cíle práce .....	27
2.2 Výzkumné otázky .....	27
2.3 Operacionalizace pojmů .....	27
3 Metodika .....	28
3.1 Metodika výzkumu .....	28
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	29
4 Výsledky .....	30
4.1 Analýza pozorování časového snímku práce všeobecných sester .....	30
4.1.1 Analýza pozorování času stráveného nad přímou péčí .....	30
4.1.2 Analýza pozorování času stráveného nad nepřímou péčí .....	38

4.1.3	Analýza pozorování času stráveného nad ostatními činnostmi .....	42
4.1.4	Analýza výsledků pozorování všech kategorií časového snímku práce .....	44
4.2	Analýza polostrukturovaných rozhovorů .....	45
5	Diskuse .....	50
6	Závěr .....	57
7	Seznam použité literatury .....	58
8	Seznam příloh .....	65
9	Seznam zkratk .....	66

## Úvod

Time management je nedílnou součástí profesí, ve kterých je zapotřebí umět čas správně využívat. Organizací pracovních činností je možné čas optimalizovat, a navýšit tak efektivitu práce. Ve zdravotnictví je častým problémem nedostatek času. Zakládají se nové dokumenty, které by měla všeobecná sestra u hospitalizovaného pacienta vyplňovat. Práce s těmito dokumenty může způsobovat snížení celkového množství času, který má všeobecná sestra na jednotlivé pacienty, to může vést ke snížení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra by měla mít veškeré dovednosti potřebné k tomu, aby dokázala pracovní den naplánovat tak, aby pro nezbytnou administrativu, ale i pro své pacienty měla adekvátní množství času, které je potřebné k poskytnutí co nejkvalitnější a bezpečné péče. Všeobecná sestra, ale ani ostatní zdravotnický personál ovšem nemůže pracovat jako dokonale načasovaný stroj a mít vše vypočítané. Pomocí time managementu je možné čas strávený u pacienta využít na maximum a věnovat mu kvalitní péči. Vzhledem k tomu, že povinností, které se ve zdravotnictví plní, stále přibývá, je dle mého názoru téma bakalářské práce velmi aktuální. Práce bude mít také pozitivní dopad na klinickou praxi pro následné zlepšení organizace pracovního času všeobecných sester.

Teoretická část bakalářské práce popisuje všeobecnou sestru, popisuje, jakými vzdělávacími prostředky je možné získat oprávnění tuto profesi vykonávat a vymezuje její kompetence. Součástí první části teoretické části práce je popsání samotné ošetrovatelské péče, jejích metod a rolí, které během ní všeobecná sestra vykonává. Ve druhé části práce jsou uvedeny pojmy jako analýza práce, pozorování, snímek pracovního dne či time management. Cílem výzkumné části práce je zjistit, jakým činnostem věnuje všeobecná sestra nejvíce času a následně pomocí získaných informací vytvořit doporučení pro time management ošetrovatelské péče a činností s péčí o pacienta spojených. Závěrem praktické části je zmapování problematiky časové náročnosti práce všeobecné sestry na standardním pracovišti v oblastech administrativy, přímé a nepřímé péče, přípravných a dokončovacích činností.



# 1 Současný stav

## 1.1 Výkon povolání a vzdělávání v oboru všeobecná sestra

Pojem všeobecná sestra označuje osobu, která úspěšně ukončila odborné vzdělání a je oprávněna regulačním úřadem vykonávat povolání všeobecná sestra ve své zemi (Hertz et al., 2018). V České republice se student vzdělává ve studijním programu Všeobecné ošetřovatelství na vysoké škole či ve vzdělávacím programu Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Všeobecná sestra je osoba se specializovanými vědomostmi a schopnostmi, ty je schopna využít v péči o jiné osoby, a tím předcházet nemoci, umožnit obnovu zdraví či zachovat maximální zdraví. Všeobecná sestra pracuje u poskytovatele zdravotních služeb a je právně zodpovědná za ošetřovatelskou péči o pacienta. Měla by být schopna psychicky zvládat každodenní péči o nemocné, které ošetřuje (Stasková et al., 2019). Osoby poskytující ošetřovatelskou péči mají zesílené nároky na lidský přístup k ostatním osobám, vysokou morální vyspělost a integritu osobnosti. Všeobecná sestra je osoba všímavá, empatická a disponuje schopnostmi potřebnými k vedení vhodné komunikace s nemocným či jeho blízkými (MZČR, 2021a).

International Council of Nurses (2017) vymezuje sestru jako osobu, která dokončila základní vzdělání v oboru ošetřovatelství a je oprávněna daným národním úřadem vykonávat ošetřovatelskou profesi ve své zemi. V České republice toto oprávnění zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky (International Council of Nurses, 2017). Ošetřovatelské vzdělání poskytuje základ informací v behaviorálních, životních a dalších humanitních vědách. Všeobecná sestra vykonává podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o osoby tělesně či duševně nemocné. Profese všeobecné sestry se opírá o existenci systematické teorie oboru ošetřovatelství, pod níž spadá metaparadigma, oborové konceptuální modely a teorie. Vyžaduje ovládnutí profesní autority, která vychází z osvojení si vědomostí, jimiž běžná osoba bez ošetřovatelského vzdělání nedisponuje. Všeobecné sestry nejsou kompetentní rozhodovat o každém kroku péče samy. Existuje oblast výkonů, které vykonávají bez odborného dohledu a indikace lékaře, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře a pod odborným dohledem lékaře (Špirudová, 2015). Důležitou legislativou je Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů, který stanovuje podmínky získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že absolventi oboru, který je uskutečňován dle akreditace studijního programu, budou připraveni k výkonu regulovaného zdravotnického povolání (Zákon č. 96/2004 Sb.).

### ***1.1.1 Podmínky pro výkon povolání všeobecná sestra***

Pracovník žádající o možnost nástupu k vykonávání povolání ve zdravotnické sféře je povinen doložit potvrzení o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání. Způsobilost musí být potvrzena během lékařské prohlídky a stvrzena lékařským posudkem. Soupis nemocí či vad, které omezují či vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání, stanovuje prováděcí právní předpis (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Zaměstnaná může být pouze osoba, která je bezúhonná. Za bezúhonnou osobu je považován ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Doklad o bezúhonnosti pracovník dodává vždy před zahájením výkonu zdravotnického povolání. Je-li prokázán důvod, může si během výkonu povolání doklad vyžádat i zaměstnavatel či správní orgán, který zdravotnickému pracovníkovi vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Doklad může být vyžádán také ministerstvem pro účely správního řízení. Svou bezúhonnost pracovník dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů či dokladem potvrzujícím splnění podmínek pro bezúhonnost, jež byl vydaný státem. Oba tyto doklady nesmí být starší než 3 měsíce (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Jak již bylo zmíněno, Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem školství stanovuje pomocí zákona č. 96/2004 Sb., podmínky pro získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání ve znění pozdějších předpisů. Součástí tohoto zákona je Vyhláška č. 39/3005 Sb., kterou jsou blíže stanoveny podmínky pro studijní programy (MZČR, 2021b). Seznam vysokých i vyšších odborných škol pro nabytí způsobilosti k výkonu profese všeobecná sestra má Ministerstvo zdravotnictví České republiky povinnost každoročně zveřejňovat na internetových stránkách (Vévoda et al., 2013).

### ***1.1.2 Kvalifikační vzdělávání sester***

Všeobecnou sestrou se osoba může stát po absolvování tříletého studijního programu Všeobecné ošetrovatelství na vysoké škole či po absolvování vzdělávacího programu Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Všeobecnou sestrou se stává osoba, která během tříletého studia absolvovala nejméně 4600 hodin teoretické výuky a 2300 hodin praktické výuky. Student ukončující studijní či vzdělávací program musí splnit požadavky daného programu, získat předepsaný počet kreditů, vykonat státní závěrečnou zkoušku, a to do doby, než uplyne maximální možná délka studia (MZČR, 2021b).

Vzdělávací program vysoké či vyšší odborné školy musí splňovat požadavky na přípravu všeobecných sester. Požadavky vyplývají ze směrnice Evropského parlamentu a Rady 36/2005/ES o uznávání odborných kvalifikací. Mezi absolventy vysoké a vyšší odborné školy nemusí být z hlediska kompetencí rozdíl. Obsah studijních nebo vzdělávacích programů k získání způsobilosti k výkonu všeobecné sestry stanovuje vyhláška č. 39/2005 Sb., včetně novelizace vyhlášky č. 470/2017 Sb. ta určuje také požadavky k dokončení studia a získání titulu Bc. či DiS. v profesi všeobecná sestra (MZČR, 2021a). Podrobný popis získání kvalifikačního vzdělání je uveden v příloze, (viz Příloha 1).

### ***1.1.3 Specializační vzdělávání sestry***

Specializační obory stanovuje nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších předpisů (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.). Podstoupit specializační vzdělávání není u všeobecných sester podmínkou pro výkon povolání. Nezbytné je ve chvíli, pracuje-li pracovník ve vysoce specializovaném oboru při kterém je nutnost vykonávat činnost pouze pod dohledem specialisty. O průběhu specializačního vzdělávání zodpovídá akreditované zařízení, detailněji ho stanovují metodické pokyny ministerstva zdravotnictví (Vévoda et al., 2013). Všeobecná sestra má možnost vzdělávat se až v jedenácti specializačních oborech, mezi které patří např. intenzivní péče, perioperační péči, interní či chirurgické obory apod. (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.). Délka vzdělávání není pevně dána, udává se pouze doporučená délka vzdělávání, která činí 18–24 měsíců. Závazné jsou ovšem počty hodin teoretické a praktické výuky. Specializační vzdělávání je ukončeno atestační zkouškou. Zkoušku provádí atestační komise, která je jmenována Ministrem zdravotnictví České republiky a organizačně spadá pod pověřenou organizaci. Druhou možností, jak získat specializaci v oboru je absolvování navazujícího vysokoškolského programu po získání kvalifikace všeobecné sestry a jeho úspěšné dokončení (MZČR, 2021c).

### ***1.1.4 Celoživotní vzdělávání sestry***

Celoživotní vzdělávání je charakterizováno dle § 53 odstavce 1 zákona č. 96/2004 Sb. jako průběžné obnovování a prohlubování znalostí v daném oboru v souvislosti s nejnovějšími vědeckými poznatky a trendy. Soustřeďuje se především na ošetrovatelství v klinických oborech. Důležitost celoživotního vzdělávání je zapříčiněna nutností průběžného osvojování rychle se rozvíjejících poznatků medicínské vědy. Tím se naplňuje

potřeba adekvátně vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (Podrazilová et al., 2016). Celoživotní vzdělávání je možno získat například pomocí certifikovaných kurzů od poskytovatelů zdravotních služeb, kterým byla udělena akreditace Ministerstvem zdravotnictví. Po úspěšném zakončení kurzu je vydán certifikát s označenými činnostmi, ke kterým absolvent získal pomocí certifikovaného kurzu odbornou způsobilost. Mezi další způsob patří absolvování odborné stáže v akreditovaném zařízení. Cílem je prohloubení vědomostí a dovedností v jiném poskytovateli zdravotních služeb, než je aktuální místo výkonu povolání. V neposlední řadě je celoživotní vzdělávání získáváno například publikační či pedagogickou činností a dalšími možnostmi (Zákon č. 96/2004 Sb.).

## ***1.2 Specifika výkonu povolání všeobecná sestra***

Profese všeobecné sestry je státem regulovaná profese, vykonávaná může být jen těmi, kteří splňují normy vymezené právními předpisy členského státu Evropské unie. Zákonem č. 96/2004 Sb. a zejména vyhláškou č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů se přesněji stanovuje, jaké jsou podmínky pro získání a následné vykonávání povolání všeobecná sestra (MZČR, 2021a).

### ***1.2.1 Kompetence všeobecných sester***

Výraz kompetence se využívá v běžném i odborném jazyce, jako synonyma se používají pojmy zručnost, způsobilost, efektivnost či požadovaná kvalita. Tento pojem je překládán jako způsobilost k výkonu povolání, pravomoc či jako oprávnění k činnosti. Kompetence vyjadřuje chování, které může charakterizovat nadprůměrný výkon v některé oblasti činnosti (Vörösová, 2015). Ošetrovatelská péče je neustále rozvíjena, proto je důležité, aby zdravotničtí pracovníci celoživotně navyšovali své kompetence. Všeobecná sestra určuje, jaký bude průběh péče a její výsledky. Proto jsou kompetence považovány za zásadní v ošetrovatelské péči, všeobecná sestra musí ovládat veškeré kompetence, které jí byly přiděleny. Pokud neovládá základní povinnosti spojené s péčí o pacienta, je otázkou, zda je možné, aby nadále naplňovala nově získané kompetence, které přicházejí s vyvíjejícími se metodami v ošetrovatelství (Iacorossi et al., 2020).

Kompetence představují určité rozmezí činností, které pracovník má, a může je na své pracovní pozici vykonávat. Každý poskytovatel zdravotních služeb má povinnost tyto kompetence vymezit, a stanovit tak pracovníkovi náplň práce. Měla by probíhat pravidelná aktualizace a kontrola jejich dodržování. Prostřednictvím vymezení kompetencí pro různé zdravotnické profese je možné vykonávat bezpečnou a kvalitní praxi (Mikšová

et al., 2014). Kompetence lze dělit do dvou skupin. První skupina kompetence vyjadřuje jako způsobilost, dovednost a osobní charakteristiku. Druhá považuje kompetence jako pravomoc vykonávat určitou činnost (MZČR, 2021a). Vnitřní kompetence ukazují znalosti, dovednosti, předpoklady a schopnosti k výkonu. Tyto kompetence jsou výsledkem vzdělávání a zkušeností získaných během praxe. Vnější kompetence představují pravomoc, oprávnění či rozsah působnosti, které byly stanoveny zaměstnavatelem nebo právní normou (MZČR, 2021a).

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů jsou rozděleny kompetence, které všeobecná sestra může vykonávat na výkony, které vykonává bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Těmi jsou např. získávání anamnézy od pacienta, sledování fyziologických funkcí, odebírání biologického materiálu neinvazivní cestou, ošetřování poruchy celistvosti kůže či pečování o permanentní močový katétr aj. Dále všeobecná sestra vykonává bez odborného dohledu na základě indikace lékařem např. zavádění periferního žilního katétru pacientům starším 3 let, provádí kyslíkovou terapii, screeningová vyšetření, odebírá krev a jiný biologický materiál či katetrizuje močový měchýř žen a dívek starších 3 let a další. Pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Podrobný popis kompetencí všeobecné sestry uveden v příloze (viz Příloha 2).

### ***1.2.2 Vymezení ošetrovatelské péče***

Pojem ošetrovatelská péče označuje péči poskytovanou s cílem udržení, podpory a navrácení zdraví. Uspokojuje biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby. Tyto potřeby jsou uspokojovány, pokud byly narušeny v souvislosti se změnou zdravotního stavu jedince. Zachovává nebo se snaží navrátit pacientovi soběstačnost. Pacienti s nevy léčitelnou nemocí jsou ošetřováni tak, aby jejich utrpení bylo zmírněno a bylo jim poskytnuto důstojné a poklidné umírání. Ošetrovatelská péče je rozdělena na základní ošetrovatelskou péči, specializovanou ošetrovatelskou péči a na vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči (MZČR, 2021a). Péče by měla být poskytována jak nemocnému, tak i jeho rodině. Hlavní záměr ošetrovatelské péče je zachování soběstačnosti nemocného a umožnění jeho návratu do každodenního života. Jestliže není možné život zachovat, je poskytnuta péče o nevy léčitelně nemocné. Paliativní péče je součástí ošetrovatelské a zahrnuje tišení utrpení nemocného a zajištění klidného umírání (Dingová-Šliková et al., 2018). Základem pro vykonávání vhodné ošetrovatelské péče je adekvátně sestavený ošetrovatelský tým, který obsahuje pracovníky s různě vysokou kvalifikací (Podrazilová et al., 2016).

**Diagnosticko-terapeutické činnosti** zahrnují ty činnosti, které jsou spojené s přípravou a se samotným provedením vyšetření. Součástí je také následné pozorování a kontrola pacienta. Do terapeutických činností jsou řazeny výkony, které sledují stav a léčení pacienta, včetně přípravných a dokončovacích činností (MZČR, 2021a). **Psychosociální činnosti** jsou důležitým prvkem v tvorbě nejen ošetrovatelské diagnostiky. Jsou nezbytné pro spolupráci s pacientem a jeho rodinou, při tvorbě a realizaci individuálního ošetrovatelského plánu. Do psychosociálních činností je zahrnuto poskytování informací, edukace, různé druhy komunikace, podpora pacienta a pomoc při jeho nemožnosti komunikace s okolím. **Administrativní práce** jsou považovány za velmi důležitou činnost všeobecné sestry. Součástí je vedení ošetrovatelské dokumentace, která je pro průběh vhodné léčby pacienta zásadní. Záznamy slouží nejen ke statistickým výstupům poskytované péče a k zaznamenávání použitých zdravotnických pomůcek. Mnohdy mohou sloužit také jako důkazní materiál. **Řídící činnosti** spadají do kompetence vedoucích pracovníků. Organizace ošetrovatelské péče závisí na poskytovateli zdravotních služeb. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, resp. hlavní sestra, zodpovídá za bezpečí a kvalitu péče, která je poskytována. Na jednotlivých pracovištích za bezpečí a kvalitu péče odpovídá vrchní či staniční sestra. Organizaci práce na jednotlivých stanicích oddělení řídí staniční sestra, organizace celého oddělení je následně řízena vrchní sestrou. Důležitým předpokladem pro tyto řídicí povolání jsou vysoké odborné a profesní schopnosti a také dovednosti v oblasti komunikace a organizace (MZČR, 2021a).

**Edukační činnosti** poskytují všeobecné sestry z hlediska svých kompetencí v přiměřené formě. Sdělují informace pacientům, rodinám či skupinám. Edukace se týká aktivního přístupu k životu, zdravého stylu, osvěty, předcházení vzniku nemocí, komplikací apod. Edukační činnost nastává, jakmile je pacient propouštěn ze zařízení poskytující zdravotní služby do vlastního sociálního prostředí. Odchodem ze zařízení připadá odpovědnost za domácí léčbu pacientovi či jeho rodině (MZČR, 2021a). Edukační činnost má velmi příznivý dopad na zdravotní stav pacienta, ovšem ne vždy je poskytována edukace dostačující (Halse et al., 2013). **Výzkumné činnosti** jsou nedílnou součástí zdravotnictví. Za pomoci výsledků prováděných výzkumů se péče o pacienty neustále rozvíjí a zlepšuje. Pomocí výzkumů je umožněn růst oboru jako vědecké disciplíny. Ve vědeckých studiích sestry nalézají způsoby, jak optimalizovat služby, výsledky zdravotní péče a jak co nejvíce posílit zdraví obyvatelstva (MZČR, 2021a). **Pedagogické činnosti** jsou poskytovány k vedení studentů či zaškolování zaměstnanců v adaptačním procesu. Pomocí adaptačního procesu má nově nastupující zaměstnanec možnost se adaptovat a začlenit do konkrétního

prostředí (MZČR, 2021c). Ve vztahu k edukaci pacienta se pojem pedagogických činností užívá pro veškeré výukové činnosti (Halse et al., 2013).

### ***1.2.3 Přímá a nepřímá ošetrovatelská péče***

Zdravotnická či ošetrovatelská péče je běžně spojována především s přímou péčí o pacienta, tedy s tou péčí, která zahrnuje přímý kontakt s ošetřovanou osobou. Avšak velmi důležitou součástí je také péče nepřímá, která zahrnuje administrativní úkoly, které jsou považovány za vysokou pracovní zátěž všeobecných sester (Ausserhofer et al., 2022). Kudlová (2015) uvádí, že přímá péče zahrnuje veškeré činnosti, při kterých je všeobecná sestra, či jiný pracovník v přímé interakce s pacientem.

Van Den Oetelaar et al. (2018) ve svém výzkumu jako činnosti přímé péče zmiňuje např. odebírání biologického materiálu, asistenci lékařům, komunikaci s pacienty, transport pacientů ale také psaní administrativních informací o pacientech, tedy činnost, která je považována za činnost nepřímé péče. Kategorie, která je výzkumu nazývána Collective Patient Care (CPC) interpretuje činnosti, které jsou společné pro vícero pacientů. Jedná se tedy např. o předání informací ostatnímu personálu či přípravu veškeré medikace, tyto činnosti by námi byli také považovány spíše za činnosti nepřímé péče (Van Den Oetelaar et al. 2018).

### ***1.2.4 Metody poskytované ošetrovatelské péče***

Pomocí metod ošetrovatelské péče se stanovuje organizační rámec ošetrovatelské činnosti. Metoda je volena na základě charakteru poskytovatele zdravotních služeb, každá má své výhody a nevýhody. V současnosti se ustupuje od funkčních metod k metodám zaměřeným na pacienta (Plevová et al., 2018). První metodou je **funkční (výkonová) metoda**. Jedná se o metodu zaměřenou na výkon a spočívá v plnění úkolů jednotlivými členy ošetrovatelského týmu. V čele stojí úkon, který je nutné splnit. Tento úkon vykonává pracovník postupně u všech pacientů na oddělení. Mezi takovéto úkony patří např. převazování ran, aplikace injekcí apod. (Podrazilová et al, 2016). Přední výhodou je úspornost, co se týká pracovníků. Roztříštěnost péče je však hlavní nevýhodou a s tou souvisí nekomplexní pohled na pacienta. Funkční metoda je starší forma organizace práce, ovšem v současné praxi je stále některými zařízeními používána (Plevová et al., 2018).

**Celková (skupinová) metoda** se soustředí na pacienta. Určitou skupinu pacientů ošetřuje jedna všeobecná sestra, ta je také zodpovědná za vedení dokumentace a celostní péči v rámci ošetrovatelského procesu. Na konci každé směny se předají informace

o pacientech sestře, která slouží následující směnu. Ta tímto přebírá odpovědnost za vykonávanou ošetrovatelskou péči u předem určených pacientů (Plevová et al., 2018). Není pravidlem, že skupina pacientů je každý den stejná. V kompetenci staniční či vrchní sestry je každodenní rozdělení pacientů příslušným pracovníkům (Podrazilová et al., 2016). Přední výhodou je zřetelnost poskytované ošetrovatelské péče, celostní pohled na pacienta a možnost navázání pevnějšího vztahu mezi pracovníkem a danými pacienty. Hlavní nevýhodou je možnost naskytnutí se situace, kdy komunikace není dostatečná, a tím nedojde k předání podstatných informací sestře, která přebírá směnu, a ostatním členům týmu (Plevová et al., 2018).

Hlavním smyslem **týmové (vícestupňové) metody** je vytvoření skupiny pracovníků, kteří mají různý stupeň kvalifikace a schopností. Tato skupina zajišťuje péči o daného pacienta či skupinu pacientů. Všeobecná sestra zastává roli vedoucího skupiny, má tak zodpovědnost za činnost ostatních pracovníků, soulad lékařského plánu s plánem ošetrovatelským a za plnění priorit ošetrovatelského procesu. Mezi členy ošetrovatelského týmu patří sanitáři, praktické sestry, všeobecné sestry apod. Kvalita péče se zjišťuje při pravidelných poradách týmu. Zabezpečení souvislosti péče a možnost kombinace s ostatními metodami je výhodou týmové metody (Plevová et al., 2018).

**Metoda ošetrování kontaktní sestrou (primární ošetrování)** označuje metodu, kdy pacient má určenou osobu tzv. primární sestru, na kterou se může kdykoliv obrátit. Je to osoba, která nese za pacienta odpovědnost od jeho přijetí do doby jeho propuštění, ošetrovatelský proces tak vykonává v celém rozsahu. Při péči o pacienta primární sestra spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského týmu a péči koordinuje. Při nepřítomnosti primární sestry ji nahrazuje tzv. sekundární sestra (Plevová et al., 2018). Tento zástup za sestru primární je oprávněn zanášet změny do ošetrovatelského plánu pacienta pouze v momentě, nastane-li jeho akutní zhoršení, které změnu plánu vyžaduje (Podrazilová et al., 2016). Při této metodě je předností vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem a individualizovaná péče, které by se za pomoci jiné metody nedosáhlo. Všeobecná sestra vykonávající roli kontaktní sestry musí být velmi samostatná, vzdělaná a vzdělavatelná (Plevová et al., 2018).

V **metodě zaměřené na případ (case management)** také existuje role kontaktní sestry, která má přidělené pacienty podle určitého kritéria, např. diagnózy či terapie. Case management má tři základní úkoly, a to posoudit stav pacienta, vypracovat individuální plán péče a realizovat ho. Odpovědnost za péči má sestra manažerka (Plevová et al., 2018). Tato metoda je považována za moderní, snaží se zajistit kvalitnější a efektivnější péči nejen



o pacienta, ale také o jeho rodinu. Case management se nesoustředí jen na dobu hospitalizace, péče dobu strávenou u poskytovatele zdravotních služeb naopak přesahuje a pokračuje i v domácím prostředí. Jejím cílem je zajistit návaznost efektivní a kvalitní péče. Tuto metodu je vhodné volit u pacientů s chronickým onemocněním (Podrazilová et al., 2016).

### **1.2.5 Role sestry**

Plevová et al. (2018) sestru označuje jako jednu z nejdůležitějších osob, se kterou se pacient při pobytu v nemocnici setkává, se kterou komunikuje a spolupracuje. Je proto žádoucí, aby v rámci své pracovní činnosti zastala mnoho různých rolí. Musí být schopna zajistit péči o pacienta jak po fyzické stránce, tak i po té psychické (Plevová et al., 2018). Důležitým prvkem osobnosti sestry její vztah k profesi, lidem, profesionální vystupování, vědomosti a jejich neustálé prohlubování a na závěr také její zevnějšek (Podrazilová et al., 2016).

**Role sestry pečovatelky** je tradičně spojována se základní ošetrovatelskou péčí. Sestra pečovatelka pečuje o nemocného v nemocničním prostředí, poskytuje terénní péči, vyhodnocuje ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán péče pro jejich vyřešení. **Role sestry edukátorky** slouží především pro upevňování zdraví a prevenci. Snaží se o rozvoj soběstačnosti osob, které mají porušené zdraví, a o předcházení komplikacím. Pomáhá nemocným a jejich rodinám s nábídkou potřebných praktických dovedností (Plevová et al., 2018). Sestra v roli edukátora sděluje informace, které se týkají např. kroků ke zlepšení psychického i tělesného zdraví (Halse et al., 2013). **Roli sestry obhájkyňe** a mluvčí získává všeobecná sestra ve chvíli, kdy sám nemocný není schopný projevit své potřeby, problémy či přání. **Sestra koordinátorka** ve spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu, nemocným a jeho rodinou plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči (Plevová et al., 2018). Je významnou osobou řešící měnící se potřeby jak ošetrovatelského personálu, tak nemocného s potřebou náročnější zdravotnické péče (Gross et al., 2019). **Sestra asistentka** se podílí na přípravě pacienta k diagnosticko-terapeutické lékařské péči. Přípravuje nemocného k vyšetření, zajišťuje péči o nemocného v jeho průběhu a asistuje při něm (Plevová et al., 2018). **Sestra manažerka** má oprávnění podřízeným pracovníkům zadávat činnosti, které budou vykonávat, připravovat, vést a provádět kontrolu zadané práce. Zastává roli reprezentanta. Je hlavní osobou v otázce přijímání nových zaměstnanců a v jejich zaškolení. Má za úkol své zaměstnance posuzovat a hodnotit jejich výkon. Je hlavní osobou celého pracovního týmu, získává nové informace, tvoří strategii a stanovuje

plán (Podrazilová et al., 2016). Strategické cíle manažer naplňuje za pomoci pracovníků, kteří mu jsou podřízeni. Je schopen definovat, kdy je potřeba získat nové zaměstnance a do jaké pracovní pozice je obsadit (Pilařová, 2016). **Sestra výzkumnice** získává nové informace, a tím se podílí na rozvoji projektů, tvorbě nových standardů a využívání nových poznatků v oboru ošetrovatelství (Plevová et al., 2018).

### **1.2.6 Směnnost**

Zákon č. 262/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, stanovuje, že zaměstnanci ve dvousměnném režimu mají maximální povolenou délku týdenní pracovní doby 38,75 hodin. Zaměstnavatel má povinnost rozložit pracovní dobu tak, aby mezi koncem jedné směny a začátkem druhé byl odpočinek po dobu alespoň 11 hodin. Odpočinek mezi směnami může být u zdravotnického personálu zkrácen na 8 hodin. Noční práci se rozumí činnost vykonávaná mezi 22.–6. hodinou. Práce v noci je v rozporu se standardním denním režimem osob, proto je hodnocena jako více namáhavá a představuje určité zdravotní riziko (Tomšej, 2022).

Střídání ranních, odpoledních či nočních směn (tzv. rotace směn) mohou být závažným psychologickým, fyziologickým a společenským problémem. Práce vyžadující rotaci směn klade zvýšené nároky na adaptaci v rámci životního stylu (např. omezení kulturních zájmů, kontaktu s rodinnými příslušníky). Směnnost může být také příčinou vegetativních potíží (např. pocit nedostatečného odpočinku, spánkový deficit, chronické únavy). Noční směny nejsou vhodné a neměly by je vykonávat osoby mladší 18 roků, starší osoby či osoby se sklonem k onemocněním psychotického charakteru (Tuček et al., 2016). Součástí ochrany zdraví jsou faktory fyzické, psychické a sensorické. Negativní vliv těchto faktorů se projevuje častějšími pracovními úrazy, potížemi s kosterním aparátem či psychosomatickými onemocněními, které mohou vzniknout v důsledku nevhodné rotace směn nebo zvýšené míry požadavků na mentální procesy (odpovědnost, spolehlivost) (Tuček et al., 2016).

### **1.2.7 Administrativa ve zdravotnictví**

Povinností při poskytování ošetrovatelské péče je vedení zdravotnické dokumentace, a to především lékařské, ošetrovatelské a provozní. Význam spočívá v chronologicky uspořádaném přehledu o pacientovi, jeho zdravotním stavu, diagnostice, léčbě ošetrovatelské péči a rehabilitaci (Dingová Šliková et al., 2018). Kvapilová (2015a) a Plevová et al. (2018) zmiňují, že správně vedená dokumentace poukazuje na kvalitu péče

a slouží jako důkazní materiál v případném řešení sporů. Jednotná podoba pro dokumentaci v České republice stanovena není, avšak legislativa stanovuje její povinný obsah (Dingová Šliková et al., 2018). Data získaná prostřednictvím zdravotnické či ošetrovatelské dokumentace jsou jedním z nejzákladnějších zdrojů informací pro veškerý ošetřující personál. Pracoviště mohou využívat vedení dokumentace v papírové a elektronické podobě (Žaludek, 2020). Obsah zdravotnické dokumentace stanovuje vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci ve znění pozdějších předpisů. Povinné údaje jsou rozdělovány do dvou kategorií. První složkou jsou informace, které musí obsahovat každá zdravotnická dokumentace, a druhou jsou ty, které jsou měnné podle toho, o jaké zdravotnické pracoviště se jedná. Tudíž dokumentace praktického lékaře bude z části jiná než ta, jež je vedena lékařem na chirurgickém oddělení (Vyhláška č. 98/2012 Sb.). Existuje několik výhod elektronické dokumentace. Mezi ty patří např. ochrana osobních údajů pacienta, kdy má všeobecná sestra povolený přístup pouze k těm údajům, které pro vykonávání péče o pacienta potřebuje (Podrazilová et al., 2016). Brabcová a Bártlová (2015) naopak zmiňují nevýhodu možnosti nedostatečného zabezpečení GDPR pacientů. Elektronická dokumentace umožňuje přihlášení konkrétního pracovníka. Nastane-li situace, kdy je potřebné zjistit, kdo změnu v dokumentaci provedl, je možné dle historie odhalit, kdo, kdy a v jaký čas změnu zanesl (Kvapilová, 2015b; Podrazilová et al., 2016). Poslední důležitá výhoda tkví v možnosti ukládání fotodokumentace např. kožních defektů, a sledování postupu péče (Podrazilová et al., 2016).

**Dokumentace ošetrovatelské péče** shromažďuje zápis plánované či neplánované ošetrovatelské péče, která byla u daného pacienta poskytnuta ošetrovatelským týmem (Podrazilová, et al., 2016). Taktéž se jedná o dokument, jenž obsahuje anamnézu pacienta a zhodnocení jeho aktuálního stavu. Důležitou součástí pro všeobecné sestry je ošetrovatelský plán, dle kterého se řídí celá péče o pacienta. Dle tohoto plánu je pacient ošetřován, denně se plní úkony naordinované lékaři a jejich provedení je zaznamenáváno (Vyhláška č. 98/2012 Sb.). Dokumentace vedená podle zásad je důležitým bodem v péči o pacienta. Pomocí těchto dokumentů má celý zdravotnický tým chronologický přehled o pacientově stavu, zákrocích, výsledcích a má možnost následného zhodnocení průběhu léčby (Kvapilová, 2015a; Podrazilová et al., 2016).

### ***1.3 Analýza práce v ošetrovatelství***

Analýza je využívána převážně v průmyslovém inženýrství, ovšem je možné ji aplikovat v jakémkoliv oboru včetně zdravotnictví, kde je důležité správné využívání času.

Hlavním úkolem analýzy je odhalení činností, které jsou neefektivně provozovány z hlediska času. Finálním výsledkem by mělo být vytvoření optimálního časového uspořádání pracovních procesů, a tím zvýšení efektivity práce a minimalizování plýtvání časem (Dlabač, 2015). Existuje velké množství faktorů, které ovlivňují efektivitu práce zaměstnance. Důležité je, aby se pracovní činnosti pozorovaly kontinuálně. Efektivita práce pracovníka je ovlivněna organizací komunikace, ta zahrnuje také komunikaci mezi nadřízenými a podřízenými, a komunikaci mezi všemi spolupracovníky. Analyzování času je užíváno k vytvoření řádnosti a zaručení navýšení efektivity práce. Soubor kroků k analýze času zjišťuje, zda jsou prováděné činnosti vykonávány v rámci stanoveného plánu (Pertwi et al., 2021).

Dle Mikuláščíka (2015) je analýza podstatná pro řízení pracovních činností a možností jejich hodnocení. Podstatou je pozorování profese rozdělené na samostatné pracovní operace, ty se následně vyhodnocují dle stanovených parametrů. Analýzou se získávají informace o náplni a požadavcích profese. Jedná se o popis práce, analýzu či o specifikaci práce. Aby byla analýza možná, získávají se informace o pracovních činnostech a nárocích, pracovním chování, schopnostech, úlohových charakteristikách a požadavcích, které jsou v dané profesi podstatné. Výsledkem je zjištění náročnosti, specifčnosti a odbornosti, která je nárokována na zaměstnance. Dále je možné stanovení adekvátní pracovní zátěže pro pracovníka (Mikuláščík, 2015). Vzhledem k růstu počtu přímých i nepřímých intervencí v rámci ošetrovatelské péče bude potřeba častěji analyzovat práci u poskytovatelů zdravotnických služeb, vypočítat zátěž, která je kladena na ošetrovatelský personál a následně zhodnotit možnosti personálního obsazení daného oddělení (Kim et al., 2022).

### ***1.3.1 Měření pracovní zátěže na standardním pracovišti***

Vzhledem ke skutečnosti stárnoucí populace je předpokládáno, že v následujících letech dojde k poklesu pracovníků ve zdravotních službách, a tím zároveň bude větší potřeba odborné péče o nemocné. Tato situace dala vzniku několika hodnotícím škálám, za pomoci kterých je vyhodnocováno pracovní zatížení zdravotnického personálu (Campos et al., 2018). Čas spotřebovaný nad intervencemi přímé a nepřímé péči stanovuje pracovní zátěž jednotlivých zdravotnických pracovníků. Intervence poskytované personálem jsou velmi diskutovanou záležitostí. Pojednává se především o tom, zda nedostatek času, který vzhledem k administrativní zátěži všeobecné sestry mají, neohrožuje kvalitu péče poskytovanou pacientovi (Souza et al., 2019).

The Patient Classification System (PCS) je užíván pro řízení a plánování potřeby množství zdravotnického personálu v souvislosti s náročností ošetrovatelské péče, která je poskytována pacientovi. Systém identifikuje potřeby pacientů, ty následně uskupuje do kategorií. Pomocí takto rozdělených pacientů je možné stanovit úroveň náročnosti jejich péče a přesněji ji definovat. Systém převážně slouží všeobecným sestřím na pozici staničních či vrchních sester k určení požadavků na personální obsazení daného oddělení (Campos et al., 2018).

Hodnotící systém RAFAELA se skládá ze zaznamenávání denní ošetrovatelské péče a z dotazníku. Pomocí tohoto nástroje je měřena pouze pracovní zátěž všeobecných sester, která přímo souvisí s pacientem, nezahrnuje tedy úkony vykonávané v nepřímé péči. Přestože se tato metoda může jevit jako slibný nástroj, využívá se pouze pro zhodnocení pracovní zátěže v minulosti. Pro možnost zpracování kvalitního time managementu je potřeba nahlížet do budoucnosti (Van Den Oetelaar et al., 2018).

### ***1.3.2 Měření pracovní zátěže na jednotkách intenzivní péče***

Za posledních 50 let bylo vyvinuto několik nástrojů pro měření pracovní zátěže všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče. Vzhledem k předpokladu vyšší zátěže na těchto jednotkách bylo sestaveno více hodnotících škál než pro oddělení standardní péče (Margadant et al., 2021). Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) neboli Bodovací systém terapeutických intervencí byl vyvinut v roce 1974. Tato škála vyhodnocuje pracovní zátěž všeobecných sester na základě náročnosti a závažnosti provedených intervencí (Margadant et al., 2021). Nursing activity score (NAS), překládáno jako skóre ošetrovatelských aktivit, přiřazuje každé ošetrovatelské činnosti bodovou hodnotu. Počet bodů NAS se pohybuje v rozmezí 0–177. Součet všech bodů značí souhrn náročnosti kompletní péče o pacienta. Skóre, které dosahuje 100 bodů, odpovídá náročnosti péče o pacienta, kterou je schopna zvládnout jedna všeobecná sestra sama bez pomoci druhé osoby. Je-li skóre vyšší než 100 bodů, je potřeba k dosažení kvalitní péče více zdravotnických pracovníků (Margadant et al., 2020). Ke zjištění NAS je potřebné měření či analýza času. Kromě měření aktivity, během které je všeobecná sestra v přímém kontaktu pacienta, musí být započítána mimo jiné i aktivita strávená mimo blízkost pacienta, tedy nepřímá péče (Kakushi et al. 2014).

Avšak nejnovější studie dokazují, že TISS ani NAS nejsou zcela kvalitními nástroji pro měření pracovní zátěže zdravotnických pracovníků. Důvodem možného nepřesného měření zatížení zdravotnického personálu je skutečnost, že veškeré činnosti, se kterými škály

počítají, nemusí být vždy realizovány. Tudíž tento způsob nevede k přesnému měření, vhodnější variantou jsou techniky, při nichž je měřena každá minuta strávená nad ošetrovatelskou péčí, ať přímou či nepřímou (Margadant et al., 2021).

### ***1.3.3 Snímek pracovního dne***

Metoda snímkování pracovního dne je považována za nejčastěji užívanou metodu k měření, zkoumání a vyhodnocování spotřeby pracovního času, ať na pracovišti zdravotnického charakteru či na jiném. Snímek pracovního dne poukazuje na schopnost organizovanosti na pracovišti, využití pracovní doby či analyzuje ztráty pracovního času způsobené pracovníky či nevhodným time managementem (Dubovec, 2017). Zachycení pracovního dne je popisováno jako metoda, která je založená na utvoření snímku. Ten je písemně zaznamenáván do dokumentu s blíže časově určenou situací, tou může být např. snímek pracovního dne všeobecné sestry (Podrazilová et al., 2016). Tato užívaná metoda je velmi nákladná, co se týče financí a času výzkumníků. Jedná se o sledování předem vybraného pracovníka během celé jeho směny. Získané informace výzkumník zaznamenává do připraveného dokumentu. Následující krok obsahuje zhodnocení, kdy jsou posuzovány činnosti a potřeba času na jejich realizaci. Pomocí snímku pracovního dne je možné analyzovat aktuální time management a případně navrhnout opatření, kterými se zabrání zbytečnému unikání pracovního času. Druhou méně finančně a časově nákladnou metodou je autosnímkování pracovního dne neboli sledování své vlastní osoby (Švecová a Veber, 2021). Monitorování činností není soustředěno jen na jednu či více konkrétních činností, ale zahrnuje veškeré aktivity, které v průběhu snímkování probíhají (Pertiwi, 2021).

### ***1.3.4 Pozorování v kontextu s analýzou práce***

Je považováno za nejstarší a nejužívanější způsob, jakým osoba získává informace o světě. Je to metoda, během níž je vždy oddělováno to, co má být pozorováno od toho, co pozorováno být nemá (Ferjenčík, 2015). Je rozlišován molární a molekulární přístup. Zvolením molekulárního přístupu je sledováno zvednutí obočí, zúžení zornic a podobné úkony, kterých si bez soustředění nemusíme všimnout. Naopak molární přístup spočívá v nahlížení do určité situace ve větším spektru, tím je možné pochytit složitější logické chování (Ferjenčík, 2015). Pozorování je řazeno mezi empirické výzkumné metody. Ty jsou charakteristické tím, že se opírají o postupy založené na zkušenostech. Empirický postup provádí zkoumající subjekt nebo je prováděn pomocí přístrojů např. měřením. Za hlavní přednost těchto postupů je považována objektivnost a pravdivost výsledků. Tato metoda

označuje operaci, při níž se za pomoci smyslů získávají informace o námi zkoumaném objektu. Použití této metody zahrnuje nutnost stanovit si prioritní parametry, které během zkoumání budou nejvíce pozorovány. Při objevení rušivého elementu se pozorování může upřít k jinému parametru nežli k tomu, který byl určen za prioritní, a stane se tak neobjektivním či zkresleným (Ochrana, 2019).

Před zahájením výzkumu je nutné si položit některé otázky. Tyto otázky nám zajistí upřesnění objektu pozorování (Co má být pozorováno?), zaměří cíl (Co máme zjistit?), zajistí správnou organizaci během pozorování (Jak toho dosáhneme?) a přesný záznam pozorování (Jak to bude zachyceno?) jak uvádí Chráska (2016). Pozorování je děleno na krátkodobé, které může být jednorázové, či rozdělené na více fází, které na sebe navazují v krátké době. Dlouhodobé pozorování trvá od jednoho roku po několik desítek let (Mikuláščík, 2015). Aby byl výzkum co nejvíce objektivní a kvalitní, je požadováno, aby si výzkumník předem stanovil, jak pozorované jevy bude zaznamenávat, k tomu poslouží dobře připravený formulář, a zda budeme pozorovat například četnost či čas trvání sledovaného jevu (Ferjenčík, 2015). Cílem pozorování je pochopení situace, ve které se pracovník nachází. Optimální je, aby bylo pozorování opakováno či aby se ho účastnilo více pozorovatelů (Mikuláščík, 2015).

Pozorování lze také aplikovat například na snímek pracovního dne, a to, když je potřeba zachycení času u veškerých činností, které vybraný pracovník během své směny vykoná. Pozorování snímku pracovního dne zaměstnance patří mezi nejpodrobnější záznamy, při kterých jsou získávány přesné údaje o spotřebě pracovního času (Šlaichová, 2013).

**Standardizované pozorování** se týká sledování, které je systematicky uspořádáno podle předem stanoveného plánu. Určeno je to, co má být sledováno, tedy přesné sociální jevy. Pozorování od různých výzkumníků by mělo být srovnatelné. **Nestandardizované pozorování** značí sledování, které není systematicky uspořádáno, výzkumník má určený cíl, který sleduje ale v průběhu pozorování má možnost upravit sociální jevy, které jsou sledovány. **Zúčastněné pozorování** je výzkum, při kterém se výzkumník stává součástí pozorování a částečně ho ovlivňuje. **Nezúčastněné pozorování** vyznačuje situaci, kdy výzkumník nijak nezasahuje do pozorování. Během sledování pouze přihlíží či například prochází místem, kde sledování probíhá. Do záznamového archu následně zaznamenává pozorované jevy. **Skryté pozorování** nastává tedy, kdy je předmět pozorování sledován tajně. Při **Zjevném pozorování** je předmět výzkumu upozorněn na to, že je pozorován (Baum, 2014).

### 1.3.5 *Rozhovor v kontextu s analýzou práce*

Je-li cílem získat data o názorech, porozumění či postojích, je ideální volbou právě rozhovor, jinak také interview. Tato empirická metoda poskytne možnost setkat se s respondentem tváří v tvář. Tazatel zaznamenává reakce respondenta na otázky a podle nich má možnost řídit další průběh rozhovoru. Avšak mezi přední nevýhodu patří možnost, kdy respondent nesdělí tolik informací, co by sdělil například ve psané anonymní formě (Ferjenčík, 2015). Cílem rozhovoru je dodržení co nejpřesnějšího scénáře otázek. Pokud se scénář podaří dodržet v maximální míře, je možno následně provést porovnání odpovědí všech respondentů. Je však možné vést i rozhovor, který nemá jasně danou strukturu. V tomto případě se jedná o konverzaci mezi účastníky, jež má jistou výhodu v případech, kdy si tazatel či výzkumník není zcela jist, co chce od respondentů objasnit. Jestliže je užit nestrukturovaný rozhovor, výzkumník jako první položí hlavní otázku, která je velmi otevřená. Následující otázky se již více zaměřují dle odpovědi respondenta. Tazatel by měl působit přátelským dojmem, výhodu mají ti, kteří jsou schopni se vžít do situace respondenta a naznačit náklonnost a pochopení. Při rozhovoru je velmi důležité, aby tazatel byl dobrý v naslouchání spíše než ve vykládání (Hendl a Remr, 2017).

**Volný individuální rozhovor** je spontánně probíhající, jeho obsah není předem stanoven (Malíková, 2020). Oproti skupinovému rozhovoru je tato metoda vhodnější pro citlivější témata či při obtížném seznáání vícero respondentů na místo konání (Tahal et al., 2022). **Skupinový rozhovor** je realizován s 6 až 10 respondenty. Rozhovor je řízený pomocí předem stanoveného scénáře, následně během samotné diskuse by mělo být za pomoci moderátora umožněno každému respondentovi vyjádřit svůj názor v maximálně možné míře (Tahal et al., 2022). **Strukturovaný rozhovor** je vázaný na připravený text, kde jsou otázky i jejich pořadí přesně dané. Tazatel by se měl vyvarovat vlastním komentářům, pouze předčítat otázky a zaznamenávat odpovědi. Tento druh rozhovoru se podobá dotazníku, rozdílem je způsob zaznamenávání odpovědi tazatelem. Výhoda tkví v rovnosti podmínek při odpovídání pro všechny respondenty. Avšak nevýhodou je poměrně nulové navázání kontaktu a důvěry mezi tazatelem a respondentem, mnohdy rozhovor může působit strojeně (Chráška, 2016). **Nestrukturovaný rozhovor** více připomíná běžnou konverzaci mezi lidmi. Rozhovor nemá přesně danou strukturu, je tedy možné otázky různě přeskakovat či se vracet k již zodpovězeným a doplnit je. Výhodou je možnost vytvoření upřímnějšího a příjemnějšího prostředí, hlavní nevýhodou je neutvoření rovných podmínek pro všechny respondenty (Chráška, 2016).



**Polostrukturovaný rozhovor** nabízí kompromis mezi předešlými dvěma typy rozhovoru. Otázky jsou předem voleny, avšak tazatel má možnost měnit jejich pořadí a případně přidat vlastní komentář či vysvětlení (Chráska, 2016). Tento způsob je, vzhledem jeho spontánnímu a přirozenému průběhu, často využívaný právě v organizacích poskytující zdravotní služby (Malíková, 2020). **Metoda focus groups** je druh rozhovoru, který je považován za velmi přínosný manažerský nástroj. Cílem je zlepšování kvality v dané problematice. Provedení metody si žádá pečlivou přípravu otázek, respondentů i průběhu samotného rozhovoru. Otázek je stanoveno minimální množství, aby bylo možné jejich rozebrání co nejvíce do hloubky. Důležité je, aby převládala příjemná atmosféra, při které respondenti budou ochotni vyjádřit své upřímné názory a pocity (Malíková, 2020).

### ***1.3.6 Time management v ošetrovatelství***

Pojem time management je označováno řízení času. Čas samotný nemůže být řízen, avšak mohou být ovládnány schopnosti řízení sebe sama v čase. Pomocí řízení času je možné smysluplně a efektivně pracovat. V time managementu je naráženo na bariéry, které mohou způsobit nechtěný úbytek pracovního času. Nevhodná organizace pracovního místa může vést k zbytečnému hledání dokumentů či potřebných pomůcek. Prokrastinací se kumulují výkony, na které následně zbyde méně času, a důsledkem může být nekvalitně odvedená práce. Neschopností odmítnout úkon, který není v naší přímé kompetenci, hrozí oddalování úkonů, které za nás jiný člen týmu vykonat nemůže (Barták, 2021). Time management je způsob, jak rozvíjet a využívat procesy pro maximální efektivitu a produktivitu. Zahrnuje soubor dovedností, jako je stanovování cílů a plánování. Pokud jsme schopni ho využívat, je výsledkem lepší hospodaření s časem a efektivnější rozhodování o tom, jak s ním bude vynaloženo (Said, 2014).

K tomu, aby se efektivně kontroval a sledoval osobní a profesní čas, jsou potřebné dovednosti ke stanovení cílů, schopnost stanovit si priority, plánovat a organizovat. Způsob, jakým jednotlivec pracuje s časem, také ovlivňuje, zda se bude cítit psychicky vypjatý. Lidé, kteří nezvládají organizaci svého času, si následně stěžují, že ho mají nedostatek. Time management je tedy vhodný k dosažení svých cílů v co nejkratším možném čase. Výhody managementu času jsou v oblastech vyšší produktivity, menšího stresu či zlepšení efektivity práce (G Nayak, 2018). Čas ve zdravotnictví je aktuálně velkým problémem, je kladen důraz jak na kvalitu a bezpečnost ošetrovatelské péče tak na její efektivitu. Dlouhodobě léčení pacienti jsou časově náročnější než pacienti s potřebou krátkodobé hospitalizace. Z tohoto důvodu je omezení nárůstu dlouhodobě léčených pacientů a zkrácení délky jejich

hospitalizace považováno za důležitý bod pro časovou optimalizaci náročnosti práce (Goldsby et al., 2020).

Všeobecné sestry jsou důležitou součástí systému zdravotní péče. Kvůli nedostatku sester by zaměstnanci měli mít základní znalosti v oblasti managementu práce. Tyto znalosti následně v praxi pomáhají při vykonávání úkonů v průběhu dne a poskytují vyrovnání se s časovým omezením a stresem. Od všeobecných sester je očekáváno, že svou ošetrovatelskou činnost vykonají v čase, který je pro danou činnost vymezen. Pokud čas nebude dostatečně řízen, významně se ovlivní péče o pacienty. Jakmile se sestra dostává do časové tíže, nemusí být schopna kriticky myslet, a tím se může dopustit chyb, které by za normálních okolností neudělala. Plánování denní péče o pacienta je tedy velmi důležité. Pracovníci ovšem musí počítat s tím, že mohou nastat změny, a proto se musí snažit o to, aby management práce byl flexibilní a bylo možné do něj zanášet změny (G Nayak, 2018). Vyhláška o personálním vybavení nestanovuje žádnému poskytovateli zdravotnických služeb povinnost mít zaměstnaného odborníka v oboru organizace a řízení ve zdravotnictví (Brabcová a Bártlová, 2015).

## 2 Cíl práce a výzkumné otázky

### 2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké činnosti vykonává všeobecná sestra na vybraném standardním pracovišti.
2. Zjistit délku jednotlivých vykonávaných činností v průběhu jedné směny na vybraném standardním pracovišti.
3. Zjistit, jaká doporučení navrhnou všeobecné sestry pro optimalizaci práce na vybraném standardním pracovišti.

### 2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké činnosti vykonává všeobecná sestra na vybraném standardním pracovišti?
2. Jaká je délka jednotlivých vykonávaných činností v průběhu jedné směny na vybraném standardním pracovišti?
3. Jaká doporučení navrhnou všeobecné sestry pro optimalizaci práce na vybraném standardním pracovišti?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Přímá péče o pacienta:** Je definována jako činnosti související s pacientem, a také jako činnosti, které všeobecná sestra provádí v přímé interakci s pacientem (Van Den Oetelaar et al., 2018). Jinak také tato péče bývá označována jako face-timed (Helgheim et al. 2018).

**Nepřímá péče o pacienta:** Je definována jako činnosti související s pacientem, avšak poskytované mimo blízkost pacienta (Van Den Oetelaar et al., 2018). Dle Helgheim et al. (2018) některé činnosti nepřímé péče musí být provedeny před poskytováním péče přímé.

**Ošetrovatelská dokumentace:** Slouží pro shromažďování veškerých informací o pacientovi. Je zde zaznamenáno, jaká péče již proběhla a jaká teprve proběhne (Kudlová, 2016). Hlavní smyslem dokumentace je ošetrovatelskou péčí ulehčit a umožnit personálu vykonávat péči o pacienta, co nejefektivněji (Capriotti, 2019).

**Snímek pracovního dne:** Je jedním z nejvíce využívaných způsobů pro nepřetržité pozorování všech činností během směny, a tedy zjišťování spotřeby pracovního času u vybraného pracovníka. Z výsledků je možná interpretace času, který pracovník potřebuje pro vykonání činností (Dlabač, 2015).

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumu. První vybranou technikou pro získání potřebných dat bylo polostrukturované pozorování, druhou polostrukturovaný rozhovor. Pozorován byl časový snímek práce všeobecných sester na standardním pracovišti při 12hodinové směně. Pozorovanými prvky byli vybrané kategorie činností, které všeobecná sestra vykonává a jejich časová náročnost. Tyto činnosti byly dále rozděleny do kategorií, a to zejména na přímou a nepřímou péči. Polostrukturovaný rozhovor byl zaměřen na otázky týkající se návrhu doporučení všeobecných sester pro časovou optimalizaci práce na vybraném pracovišti.

Samotné pozorování a rozhovory probíhali po schválení žádosti o výzkum v rámci vybraného poskytovatele zdravotních služeb (viz Příloha č. 3) na vybraném pracovišti nemocnice v Jihočeském kraji. Před zahájením sběru dat byli od informantů získány písemné souhlasy s pozorováním a rozhovorem (viz Příloha č. 4). Před zahájením pozorování byl vytvořen záznamový arch (viz Příloha č. 5 a 6) pro zaznamenávání časové náročnosti kategorií výkonů. Na pracovišti byla všeobecná sestra pozorována celou směnu, což představovalo časový úsek od 6 hodin do 18 hodin. Během pozorování byly činnosti stopovány za pomoci stopek v mobilním telefonu, výsledný čas byl následně zaznamenán do záznamového archu v minutách. Časy zaznamenané v archu byly následně sečteny a přeneseny do připravených tabulek v aplikaci MS Word. Pro lepší přehlednost byly tabulky barevně rozlišeny. Růžové tabulky interpretují výsledky přímé péče, modré nepřímé péče a zelené ostatní činnosti.

Na rozhovor tvořící 8 otázek odpovídaly stejné všeobecné sestry, které byly pozorovány. Jednotlivé rozhovory byly zaznamenávány na diktafon v mobilním telefonu. Získaná data byly následně v doslovném znění přepracovány do písemné formy a zaneseny do schémat. Sběr jednotlivých dat probíhal na vybraném pracovišti v období měsíce února až března 2023. Kvůli zachování anonymity informantů a zajištění GDPR jsou informace, které by ochranu osobních údajů znemožnily zakryté. Originální nezakryté souhlasy jsou dostupné u autorky práce. Získané výsledky rozhovorů byly postupně přepsány do MS Word, vytisknuty a zpracovány metodou kódování tužka a papír. K analýze dat byla zvolena metoda tzv. zakotvené teorie. Nadále byly výsledky rozděleny do kategorií a podkategorií. Tvorba schémat pro rozhovory byla uskutečněna pomocí programu Diagrams.net.

### 3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl tvořen všeobecnými sestrami pracujícími na standardním chirurgickém pracovišti ve vybrané nemocnici v Jihočeském kraji. Jedinou podmínkou pro účast informanta ve výzkumu bylo dosažení vzdělání všeobecné sestry. Sběr dat pomocí polostrukturovaného pozorování a polostrukturovaného rozhvoru bylo ukončeno při dosažení teoretické saturace 8 všeobecných sester. V bakalářské práci jsou všeobecné sestry označeny S1–S8, dle pořadí provedeného pozorování a rozhvoru. Všechny všeobecné sestry účastníci se výzkumného šetření souhlasily s pořízením audio nahrávky rozhvoru.

Tabulka 1 Základní charakteristika informantek

Informantky	Délka praxe jako všeobecná sestra	Délka praxe na vybraném pracovišti
S1	35 let	13 let
S2	20 let	20 let
S3	½ roku	3 roky
S4	29 let	25 let
S5	22 let	3 roky
S6	32 let	6 let
S7	20 let	12 let
S8	21 let	18 let

(Zdroj: autor)

## 4 Výsledky

### 4.1 Analýza pozorování časového snímku práce všeobecných sester

Pozorování bylo realizováno na základě předem vytvořeného záznamového archu (viz Příloha č. 4 a 5) s vytyčenými kategoriemi činností, které byly pozorovány z hlediska časové náročnosti. Pozorování bylo stavěno na dvou hlavních kategoriích, a to na přímé péči a nepřímé péči o pacienta. Tyto dvě kategorie byly nadále větveny na další podkategorie, které s danou péčí souvisejí. Na vybraném standardním pracovišti se ošetrovatelská péče zajišťuje metodou skupinové péče. Všeobecná sestra ošetřuje předem určenou skupinu pacientů podle pokojů, avšak podle domluvy s ostatními všeobecnými sestrami si s určitými výkony či dokumentací navzájem vypomáhají. Z tohoto důvodu se v určitých výsledných tabulkách objevují časové záznamy, kdy všeobecná sestra daný výkon za celý den neprovedla ani minutu. Vzhledem k náročnosti realizace vybrané výzkumné techniky byly určité činnosti náročnější pro samostatné zaznamenávání spojeny, a tvoří zbývající čas 12hodinové směny, přesněji čas, který nebyl přímo zachycen.

#### 4.1.1 Analýza pozorování času stráveného nad přímou péčí

První pozorovanou kategorií byla přímá péče, tedy péče, při které je všeobecná sestra v přímé interakci s pacientem. První podkategorií je ranní hygienická péče o pacienta spojená se stláním a úpravou lůžka. Měření začalo ve chvíli, kdy sestra vkročila do prvního pokoje, a ukončeno bylo ve chvíli, kdy poslední pokoj opustila. Hygienické péči se věnovaly všechny pozorované všeobecné sestry, přičemž nejnižší zaznamenaný čas byl 9 minut u S3 a nejvyšší 20 minut u S5 a S7. Nejvíce všeobecným sestrám hygienická péče spojená se stláním zabrala mezi 10 a 20 minutami. Čas nižší 10 minut byl zaznamenán pouze u jedné všeobecné sestry, a to S3 (viz Tabulka 2).

Tabulka 2 Ranní hygienická péče

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Ranní hygienická péče	18	12	9	16	20	17	20	13
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>13</b>

(Zdroj: autor)

Druhou pozorovanou podkategorii tvořilo pozorování podání léčivých přípravků, a to cestou podání per os, intravenózně, intramuskulárně a subkutánně. V této podkategorii byl měřen čas podání léků pacientovi k lůžku, aplikace injekcí či aplikace léků venózní cestou. Měření bylo zahájeno, jakmile sestra dokončila přípravu léků a vyšla z inspekčního pokoje. Zastaveno bylo, když sestra opustila pokoj pacienta. Léky per os v den pozorování podávaly všechny sestry. Nejnižší naměřený čas činil 4 minuty u S5 a nejvyšší 16 minut u S6. Průměrný čas, který všeobecná sestra potřebovala pro podání léků per os, byl 10 minut. Léky podávané intravenózně podávaly rovněž všechny sledované všeobecné sestry. Veškeré naměřené časy dosahovaly 5 až 10 minut, kromě nejnižšího naměřeného času – tento čas byl naměřen u S4 a dosahoval 3 minut. Nejvyšší časový údaj, který činil 10 minut pro podání léků parenterální cestou byl naměřen u S3 a S5. Průměrný čas věnovaný této kategorii podávání léků činil 7 minut (viz Tabulka 3).

Dalším sledovaným způsobem aplikace léčivých přípravků byla aplikace injekcí intramuskulárně. Tento způsob byl užíván především u pacientů, kteří měli v den pozorování plánovaný operační výkon a bylo potřeba aplikovat premedikaci. Žádné léky i.m. během snímkování nepodaly S4 a S7. Při pozorování bylo zjištěno, že průměrný čas pro aplikaci jedné injekce činil přibližně 2 minuty, to znamená, že S5, která podávala léčivé přípravky touto cestou v nejdelším čase, a to 17 minut, aplikovala injekci přibližně 8 pacientům. Nejkratší čas aplikaci věnovala S8, a to 4 minuty. S2 společně s S6 aplikovaly léky delší dobu než 5 minut, ale kratší než 10 minut. Zbývající informantky S1 a S3 pro uskutečnění činnosti potřebovaly čas přesahující 10 minut. Průměrný čas pro aplikaci injekcí intramuskulární cestou během pozorování činil 8 minut. Vezme-li se v potaz, že nejkratší naměřený čas bez započtení informantek S4 a S7, které léky nepodávaly, činil 4 minut a nejdelší 17 minut, lze přibližně konstatovat, že všeobecné sestry vzhledem k průměrné době pro jednu aplikaci, která trvá 2 minuty, aplikují během 12hodinové směny 2–8 intramuskulárních injekcí (viz Tabulka 3).

Posledním sledovaným způsobem podání léků byla aplikace léků pod kůži neboli subkutánně. Nejčastěji se tímto způsobem podávají nízkomolekulární hepariny. V den pozorování touto cestou podávaly léky všechny sledované všeobecné sestry. Kromě času, který podávání injekcí věnovala S6, veškeré naměřené časy nepřesahovaly 10 minut. Informantky S4 a S8 aplikovaly léky podkožní cestou pod 5 minut, S1, S2, S3, S5 a S7 podávaly látky subkutánně v čase delším než 5 minut. Nejrychlejší podání bylo zaznamenáno u S4, kde čas aplikace činil 3 minuty, nejdelší čas byl naměřen u již zmíněné S6, a to 15 minut z důvodu vyššího počtu hospitalizovaných pacientů. Průměrný čas pro

podávání injekcí subkutánní cestou u pozorovaných všeobecných sester činí 7 minut. Během 12hodinové směny pět informantek věnovalo podávání léčivých přípravků čas přesahující 35 minut, ostatní informantky potřebovaly pro vykonání činnosti čas mezi 15 a 30 minutami. Nejkratší aplikace léčiv přitom byla zaznamenána u S4, a to 16 minut, nejdelší následně u S6, tento čas dosáhl 44 minut (viz Tabulka 3).

Tabulka 3 Podávání léčivých přípravků

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Léky per os	9	10	7	10	4	16	12	9
Léky i.v.	6	8	10	3	10	6	9	7
Léky i.m.	11	9	14	0	17	7	0	4
Léky s.c.	9	8	9	3	6	15	5	4
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>26</b>	<b>24</b>

(Zdroj: autor)

Další podkategorie přímé péče vyhodnocuje využití času při měření vitálních funkcí neboli tělesné teploty, krevního tlaku a EKG. Ranní tělesnou teplotu, která je zaznamenávána za 7. hodinu ránní, výjimečně měří všeobecná sestra, touto činností je běžně pověřena sanitářka či ošetřovatelka. Tělesnou teplotu odpolední, která se udává za 16. hodinu, již měří všeobecná sestra zpravidla vždy. Výsledky pozorování jsou následující S7 a S8 v den pozorování tělesnou teplotu neměřily, jelikož se činnosti ujala jiná všeobecná sestra na směně. S4 potřebovala nejdelší čas pro změření veškerých tělesných teplot, a to 10 minut. Za nejkratší čas tělesné teploty změřila S6, u které byly naměřeny 4 minuty. S1 společně s S5 potřebovaly pro změření tělesných teplot 5 minut, S3 o 1 minutu více, tedy 6 minut (viz Tabulka 4).

Druhým bodem této podkategorie je měření krevního tlaku. Na vybraném pracovišti se každý všední den měří krevní tlak pacientům, kteří se chystají na operační výkon. Dle potřeby a ordinace lékaře se případně měří i pacienti, kteří po operační výkonu již jsou, nebo na něj čekají. Během pozorování bylo zjištěno, že krevní tlak v den pozorování neměřila pouze jedna informantka, a to S3. Nejvyšší čas, který přesahoval 15 minut, byl zjištěn u S6 a činil 17 minut. Druhý nejvyšší čas také dosahoval více než 15 minut a byl zjištěn u S1. S5 a S8 také praktikovaly měření více než 10 minut. Nejnižší zjištěný čas byl naměřen u S2 a činil 5 minut, druhá nejrychlejší byla S7, která využila pro měření krevního tlaku čas o délce 8 minut. Na tomto pracovišti není běžné, že by všeobecné sestry prováděly pacientům EKG. Avšak pokud pacient je akutně přijat k operaci či mu toto vyšetření chybí



od praktického lékaře, je povinností všeobecné sestry toto vyšetření doplnit a následně jej poslat na popis k internímu lékaři, který pacienta k operaci musí schválit. Při pozorování informantky S3, S4 a S6 neprovedly ani jedno měření EKG, tudíž se jejich zaznamenaný čas u této činnosti rovná nule. Nejkratší měření srdeční aktivity bylo zaznamenáno u S1, a to 3 minuty, nejdelší u S7, kde naměřený čas dosahoval 10 minut. Ostatní zaznamenané časy se pohybovaly mezi 4 a 7 minutami. Měření vitálních funkcí vykonávala nejdelší časový úsek S5, a to 24 minut. Nejkratší čas tomuto bodu podkategorie přímé péče věnovala S3, která v den pozorování měřila pouze tělesnou teplotu, a to 6 minut (viz Tabulka 4).

Tabulka 4 Měření vitálních funkcí

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Tělesná teplota	5	8	6	10	5	4	0	0
Krevní tlak	16	5	0	13	12	17	8	11
EKG	3	5	0	0	7	0	10	4
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>15</b>

(Zdroj: autor)

V podkategorii odborné výkony bylo zaznamenáváno zavádění permanentního močového katétru, periferního žilního katétru a provedení klysmatu. Během pozorování se zavádění permanentního močového katétru věnovaly pouze dvě informantky, a to S3, která zavádění věnovala 3 minuty, a S6 s časem 1 minuty. Žilní katétr je také zaváděn u pacientů podstupující výkon, který nevyžaduje celkovou anestezii, ale pouze analgosedaci. V den pozorování S3 a S6 nezavedly ani jeden žilní katétr. Nejdelší dobu žilní katetrizaci věnovala S2, a to 19 minut, naopak nejnižší S5, která zvládla zavedení žilního katétru za 3 minuty. Z pozorování nebylo možné zhodnotit přibližný čas pro zavedení jednoho žilního katétru z důvodu odlišnosti náročnosti vyhledání vhodné žíly a následného zavedení katétru u pacienta. Při výkonu u náročnějších pacientů může nastat situace, kdy je nutností katétr zavést na další pokus. Jako poslední bod této podkategorie byla hodnocena časová náročnost pro provedení klysmatu. Aplikace očistného klysmatu je nutná v případě, že pacient jde následující den na větší operační výkon a k vyprázdnění jsou čípky nedostatečné. Nejdelší zaznamenaný čas dosahoval 18 minut a byl naměřen u S5. Bez započtení nulové hodnoty, kterých dosáhly S2 a S7, nejkratší naměřený čas činil 3 minuty a dosažen byl informantkou S3 (viz Tabulka 5).

Tabulka 5 Odborné výkony

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Zavádění permanentního močového katétru	0	0	3	0	0	1	0	0
Zavádění periferního žilního katétru	14	19	0	13	3	0	8	9
Provedení klysmu	5	0	3	7	18	10	0	13
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>22</b>

(Zdroj: autor)

Další podkategorie přímé péče představuje odběr biologického materiálu. Na vybraném pracovišti je odebírána žilní krev a u žen moč pomocí jednorázové katetrizace, u mužů probíhá samostatný odběr středního proudu moči. Nejčastěji je tvořen odběrem moči ze sběrného sáčku permanentního močového katétru či odběrem stolice. Žilní krev v den pozorování odebíraly všechny informantky, přičemž časy u S6 a S7 jako jediné zůstaly pod hranicí 10 minut. Nejkratší zaznamenaný čas byl u S7 a činil 5 minut, nejdelší čas byl 18 minut u S4. Stejný čas odběrům žilní krve věnovaly informantky S2 a S5, a to 12 minut. Moč odebíraná pomocí jednorázové katetrizace nejčastěji slouží k provedení vyšetření moči na kultivaci a citlivost, která musí být před zákrokem vyhodnocena jako negativní. Odběr moči provedly informantky S3, S5, S6, S7 a S8. Naměřené časové údaje bez započtení nulových hodnot se pohybují od 3 do 5 minut, přičemž nejvyšší zaznamenaný čas byl 5 minut u S5 a nejkratší 3 minuty u S3 a S6. Nejvíce času odběru biologického materiálu věnovala S4, která v den pozorování prováděla pouze odběry žilní krve a tento způsob odebírání pro ni znamenal 18 minut času ze směny, 18 minut odběrům biologického materiálu věnovala také S3. Nejméně času ze směny odběrům věnovala S7, a to 9 minut. Průměrná časová hodnota zaznamenaného času pro odebírání biologického materiálu tvoří 14 minut (viz Tabulka 6).

Tabulka 6 Odběr biologického materiálu

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Žilní krev	10	12	15	18	12	9	5	11
Moč (jednorázová katetrizace)	0	0	3	0	5	3	4	4
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>15</b>

(Zdroj: autor)

Další podkategorie zaznamenává potřebný čas pro vizitu, příjem a propouštění pacientů. Součástí asistence při vizitě je kromě účasti na vizitě u lůžka také účast při provádění kontrolních ultrazvuků lékařem na vyšetřovně. Polovina zaznamenaných časů se pohybovala mezi 15 a 20 minutami, přičemž nejvyšší naměřený čas dosahoval 25 minut, a to u informantky S5. Nejméně času asistenci lékaři věnovala S8, a to 9 minut. Dále byl sledován příjem pacienta, při kterém jsou všeobecnou sestrou vyplňovány dokumenty v počítačovém prohlížeči za účasti pacienta. Příjmem se také rozumí odebrání veškeré anamnézy od nemocného, která je pro všeobecnou sestru podstatná v následujícím papírovém příjmu pacienta. Příjmem pacientů se nejvíce zabývala S6, což činilo 41 minut z její směny, jen o 3 minuty méně příjmu věnovala S7, a to 38 minut. Informantky S1, S5 a S8 při příjmu překročily čas 30 minut. S2 a S3 příjmu pacientům věnovaly čas v rozmezí 25 až 30 minut. Čas u informantky S4, který dosahoval 25 minut, byl tím nejnižším zaznamenaným. Propouštěním pacientů v souvislosti s přímou péčí se rozumí poučení pacienta a předání propouštěcí zprávy. U informantek S2, S3 a S6 čas věnovaný propouštění pacientů přesahoval 10 minut, nejvyššího času z těchto informantek dosáhla S2, a to 14 minut. Časové rozpětí 5 až 10 minut pro vykonání činnosti potřebovaly informantky S4 a S8. Méně než 5 minut nad propouštěním pacientů strávila S1, přičemž u této informantky byl zaznamenán nejnižší čas, a to 3 minuty (viz Tabulka 7).

Tabulka 7 Vizita, příjem a propouštění pacientů

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Asistence při vizitě	17	16	21	10	25	15	18	9
Příjem pacientů	31	29	26	24	32	41	38	32
Propouštění pacientů	3	14	11	7	10	11	7	9
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>51</b>	<b>59</b>	<b>58</b>	<b>41</b>	<b>67</b>	<b>67</b>	<b>63</b>	<b>50</b>

(Zdroj: autor)

Bod podkategorie pojmenován jako signalizační zařízení značí čas všeobecné sestry u pacienta, který použije signalizační zařízení k přivolání personálu. Každá pozorovaná všeobecná sestra věnovala během své směny určitý čas pro řešení problému s pacientem. Nejvíce času přivolání všeobecné sestry signalizačním zařízením pacientem věnovala S5, a to 21 minut. Veškeré ostatní zaznamenané časy čítaly čas nižší 20 minut. Nejnižší změřený čas věnovaný přivolání pacientem, a zároveň jediný nižší než 10 minut, byl

zaznamenán u informantky S1, tento čas byl 8 minut. Informantky S3, S4, S6, S7 a S8 věnovaly této podkategorii čas v rozmezí 10 až 20 minut (viz Tabulka 8).

Tabulka 8 Signalizační zařízení

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Řešení problému u pacienta při použití signalizačního zařízení	8	15	12	20	21	14	18	17
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>17</b>

(Zdroj: autor)

Další sledovanou a časově velmi proměnlivou aktivitou všeobecných sester na vybraném pracovišti je transport pacientů. Tímto transportem se myslí předávání pacientů na operační sál společně s převzetím pacientů z dospávacího pokoje. Pro tyto dvě činnosti bývá vyhrazena vždy jedna všeobecná sestra na směnu, aby nebyl nijak narušen chod pracoviště, avšak pokud tato všeobecná sestra vykonává jinou činnost, zastoupí ji jiná dostupná sestra. Nejkratší čas potřebný pro odvoz pacienta na výkon potřebovala informantka S5, a to 14 minut. Nejdelší naměřený čas činil 48 minut a byl zaznamenán u S8, o 2 minuty kratší čas byl zaznamenán u S2. Do časového úseku 20 až 35 minut se s transportem pacienta vešly S3, S4 a S7. Třetí nejvyšší záznam o době trvání nad 40 minut byl zaznamenán u S1. Veškeré naměřené časové údaje byly v rozmezí 6 až 14 minut. Polovina měření zaznamenala čas nad 10 minut, a to u S1, S3, S6 a S8. Nejvíce času nad převzetím pacienta po výkonu bylo zaznamenáno u S3, a to 14 minut. Nejméně následně u S5, kde byl naměřen časový údaj 6 minut (viz Tabulka 9).

Tabulka 9 Transport pacientů

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Předání pacientů na operační sál	42	46	23	27	14	19	33	48
Převzetí pacientů z dospávacího pokoje	10	8	14	8	6	11	9	11
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>52</b>	<b>54</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>59</b>

(Zdroj: autor)

Bod podkategorie péče o rány prezentuje čas, který byl naměřen při převazování pooperačních ran či ostatních ran, které potřebují ošetření. Délka trvání péče o rány se mění v závislosti na výkonu provedeného u pacienta. Pokud jsou hospitalizováni pacienti, kteří

podstoupí operaci laparoskopickou cestou, je péče o rány minimálně. V případě, že je operován pacient miniinvazivně, je péče o rány v menší míře než u výkonů náročnějších. Nejčastěji bývají převazovány drény vycházející z místa operace. Z tabulky je patrné, že S1 měla nejnáročnější či největší množství převazů. Péči o rány v den pozorování věnovala 23 minut. Časový údaj 10 minut překonala S2 s 13 minutami a S8 s 11 minutami. Informantky S3, S4 a S6 věnovaly péči o rány méně než 10 minut. Nejnižší naměřený čas byl u S4, a to 2 minuty. S5 a S7 při pozorování nepřevazovaly žádnou ránu a jsou tak na nulové hodnotě. Péče o invazivní vstupy označuje činnosti týkající se péče o žilní či močové katétry. Tato péče zahrnuje kontrolu průchodnosti katétrů či převazy žilních katétrů. Periferní žilní katétr se proplachuje zpravidla třikrát denně, či před a po každé aplikaci léku intravenózně. Permanentní močový katétr je proplachován dvakrát denně. Většina časů v péči o invazivní vstupy byla delší než 10 minut, přičemž nejdelšího naměřeného času dosáhla S3, která péči věnovala 18 minut. Nejkratší péče byla zaznamenána u S1 a to 9 minut. Průměrný potřebný čas pro vykonání péče o rány a invazivní vstupy na vybraném pracovišti činí 22 minut (viz Tabulka 10).

Tabulka 10 Péče o rány a invazivní vstupy

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Péče o rány	23	13	5	2	0	9	0	11
Péče o invazivní vstupy	9	14	18	17	13	10	16	15
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>26</b>

(Zdroj: autor)

Extrakce invazivních vstupů zaznamenává činnosti extrakce periferního žilního katétru, permanentního močového katétru a drénu. Nejvyšší zaznamenaný čas pro extrakci periferního žilního katétru byl naměřen u S2, a to 4 minuty. Bez započtení S6, která extrakci neprováděla, za nejnižší čas považujeme 1 minutu u S1. Informantky S3–S8 vykonávaly extrakci periferního žilního katétru od 2 do 3 minut. Permanentní močový katétr v den pozorování odstranily čtyři všeobecné sestry, a to S1, S4, S6 a S8. Kromě S8, která extrakce permanentního močového katétru věnovala 2 minuty, všem ostatním extrakce zabrala 1 minutu času (viz Tabulka 11).

Tabulka 11 Extrakce invazivních vstupů

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Periferního žilního katétru	1	4	3	2	3	0	2	2
Permanentního močového katétru	1	0	0	1	0	1	0	2
Drénu	1	1	1	0	0	0	0	2
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>

(Zdroj: autor)

Poslední sledovanou podkategorií přímé péče bylo rozdávání večeří pacientům. Jelikož na tomto pracovišti mají sanitářky či ošetřovatelky jen ranní směny, večere přidělují pacientům všeobecné sestry. Veškeré sledované všeobecné sestry věnovaly rozdávání stravy mezi 10 až 20 minut, přičemž nejdelší čas byl zaznamenán u S5, a to rovných 20 minut, nejkratší 10 minut u S4 (viz Tabulka 12).

Tabulka 121 Výdej stravy

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Výdej stravy pacientům	18	12	16	10	20	17	14	13
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>13</b>

(Zdroj: autor)

#### 4.1.2 Analýza pozorování času stráveného nad nepřímou péčí

Druhou pozorovanou kategorií byla nepřímá péče. Mezi časově nejnáročnější činnosti, které všeobecná sestra během své směny vykonává, patří administrativní práce. Administrativa obsahuje veškeré činnosti spojené s úkony, které zajišťují kontinuitu a bezpečnost ošetřovatelské péče. Šest informantek věnovalo vedení ošetřovatelské dokumentace 120 minut a více. Přičemž nejdelší čas byl zaznamenán u S4, a to 179 minut, nejkratší čas byl naměřen u S7, a to 113 minut. Práce s informačním systémem nemocnice zachycoval činnosti spojené se systémem, kde se např. vyplňují žádanky na různá vyšetření, kde jsou dostupné veškeré výsledky pacienta či se předává elektronická dočasná pracovní neschopnost ošetřujícímu lékaři. Stručně řečeno byla zaznamenána jakákoliv práce všeobecné sestry s počítačem. Naměřené časy se pohybovaly od 16 do 38 minut. Pouze informantky S4 a S7 překonaly čas 30 minut při využívání systému. U S1, S3 a S6 byl naměřený čas nižší než 20 minut. Zbývající informantky potřebovaly pro práci čas, který nebyl nižší než 20 minut a zároveň nepřesahoval 25 minut (viz Tabulka 13).

Třetím bodem je administrativní příjem pacienta, obsahuje tedy papíry, které všeobecná sestra musí vyplnit či projít při příjmu pacienta na pracoviště. Všechny zjištěné časy strávené při této administrativní činnosti překonaly 20 minut. Dvěma informantkám byl naměřen čas delší než 30 minut, a to S1, která příjmy prováděla 36 minut a S4, které zabraly 35 minut. Informant S3 měl třetí nejdelší zaznamenaný čas, a to 28 minut, o 2 minuty nižší čas věnovaly činnosti S6 a S8, a to 26 minut. Zbylé tři informantky se s časem dostaly pod 25 minut. Čtvrtý bod poukazuje na čas potřebný pro administrativní činnosti při propouštění pacientů, tedy čas pro veškeré činnosti, která všeobecná sestra musí udělat, pokud se pacient propouští do domácího léčení. Během pozorování nebyla zaznamenána žádná aktivita pro tuto činnost u informantek S3 a S8. Dva nejkratší zaznamenané časy byly 3 minuty u S1 a 5 minut u S5, další dvě informantky překročily čas 5 minut, ale nepřekonaly 10 minut, a to S2 společně s S4. Nejvyšší čas 13 minut byl zaznamenán u S6. Posledním sledovaným bodem této podkategorie je čas zaznamenaný při práci s dokumentací pacientů, kteří byli vráceni z jednotky intenzivní péče na standardní pracoviště. Tato činnost nenastává každý den, kvůli tomu u S1, S3 a S7 nebyl zaznamenán žádný čas. Nejnižší čas byl naměřen u S4, a to 3 minuty. S2, S5 a S8 překonaly při práci čas 5 minut, avšak byl nižší 10 minut. Nejdelší čas byl 12 minut, a to u S6 (viz Tabulka 13).

Tabulka 13 Administrativní činnosti

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Vedení ošetrovatelské dokumentace	121	115	174	179	156	120	113	136
Práce s informačním systémem nemocnice	18	23	16	31	20	17	38	22
Administrativní příjem pacientů	36	20	28	35	23	26	24	26
Administrativní propouštění pacientů	3	8	0	7	5	13	10	0
Administrativní převzetí pacientů z JIP	0	9	0	3	7	12	0	8
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>178</b>	<b>175</b>	<b>218</b>	<b>255</b>	<b>211</b>	<b>188</b>	<b>185</b>	<b>192</b>

(Zdroj: autor)

Podkategorie předávání hlášení zaznamenává čas, který všeobecné sestry věnovaly předávání či poslechu hlášení o pacientech. Dle harmonogramu pracoviště jsou určené dva časy pro předávání hlášení, a to od 6:00 do 6:30 a od 17:30 do 18:00. Tyto časy mohou být dle potřeby zkráceny či prodlouženy. Kromě S2, která hlášení věnovala 37 minut se všechny

ostatní všeobecné sestry dostaly přes časový údaj 40 minut. Nejdéle hlášení podávala S8, a to 52 minut. Předávání hlášení je závislé na počtu hospitalizovaných pacientů a náročnosti potřeby jejich péče (viz Tabulka 14).

Tabulka 14 Předávání hlášení

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Předání informací o pacientech	44	37	51	42	48	50	47	52
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>44</b>	<b>37</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>47</b>	<b>52</b>

(Zdroj: autor)

Třetí podkategorií je příprava na vykonávání ošetrovatelských intervencí. Tabulka představuje veškerý čas, který všeobecné sestry potřebovaly pro přípravu injekcí, léků per os, léků určených pro intravenózní podání, pomůcek pro zavádění permanentního močového katétru, periferního žilního katétru a pro provedení klysmatu, dále také čas potřebný pro přípravu infuzí a pomůcek na odběr biologického materiálu. Potřebný čas pro tyto činnosti byl zaznamenán v rozmezí 30 až 60 minut. Přípravou injekcí se zabývaly všechny pozorované sestry, nejnižší čas 2 minut byl zachycen u S7, nejdelší čas 12 minut byl následně naměřen u S3 a S5. Příprava léků per os byla měřena s paralelně probíhající kontrolou a zaznamenávání podané medikace v dekurzu pacientů. Informantky S3 a S5 věnovaly přípravě léků podávaných ústy čas kratší než 20 minut, přičemž nejkratší zaznamenaný byl u S3, a to 18 minut. Nejdelší čas byl naměřen u informantky S6 a činil 31 minut. Příprava léků podávaných do žíly obsahuje také ředění antibiotik, v den pozorování se této činnosti věnovaly všechny všeobecné sestry, přičemž nejnižší zaznamenaný čas byl u informantky S4, a to 1 minuta. Informantky S6 a S8 vykonávaly přípravu stejný čas, a to 2 minuty. Následně také S1 a S7 vykonávaly činnosti stejně dlouho, a to 3 minuty. Ze tří zbývajících informantek byl stejný čas 4 minut naměřen také u S3 a S5. Nejdelší čas byl zaznamenán u S2, a to 5 minut (viz Tabulka 15).

Příprava pomůcek na zavádění permanentní močový katétr byla naměřena pouze u informantek S3, která věnovala přípravě 2 minuty, a S6, které příprava trvala 1 minutu. Pomůcky pro žilní katetrizaci připravovaly kromě informantek S3, S6 a S7 všechny všeobecné sestry. Veškerý naměřený čas byl nižší než 5 minut. Nejvyššího naměřeného času dosáhla S2 se 3 minutami a nejkratšího S4 a S5 s délkou přípravy 1 minuta. Nejvíce času pro připravení pomůcek na provedení klysmatu věnovala S5 společně s S6, a to 2 minuty. Nejméně času, a to 1 minutu, přípravě klysmatu věnovaly informantky S1, S3 a S4. Žádný



čas této činnosti nevěnovaly všeobecné sestry S2, S7 a S8. Příprava infuzí poukazuje na činnosti spojené s aplikací léčebné látky do infuzního roztoku a napojení infuzního setu. Veškeré zaznamenané časy byly nižší než 10 minut. Nejnižší čas byl zachycen u S6, a to 3 minuty, nejdelsí u S2, a to 7 minut. Přípravě na odběr biologického materiálu se v den pozorování nevěnovaly informantky S5 a S8. Nejdelsí příprava byla zaznamenána u S6, a to 6 minut. Nejkratší zachycený čas byl u S1, a to 1 minuta (viz Tabulka 15).

Tabulka 15 Příprava na vykonání ošetrovatelských intervencí

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Příprava injekcí	7	9	12	11	12	5	2	5
Příprava léků per os	30	26	18	24	19	31	27	28
Příprava léků i.v.	3	5	4	1	4	2	3	2
Příprava pomůcek na PMK	0	0	2	0	0	1	0	0
Příprava pomůcek na PŽK	2	3	0	1	1	0	0	2
Příprava pomůcek na klyzma	1	0	1	1	2	2	0	0
Příprava infuzí	5	7	0	5	0	3	6	6
Příprava na odběr biologického materiálu	1	3	3	2	0	6	4	0
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>38</b>	<b>50</b>	<b>42</b>	<b>43</b>

(Zdroj: autor)

Bod mimořádné činnosti označuje ty činnosti, které všeobecná sestra plní v případě neposkytování péče pacientům, a to ukládání léčivých přípravků po zásobování, kdy nejdelsí naměřený čas byl 17 minut u S3, nejkratší 5 minut u S2. Nulový záznam byl zjištěn u S5, S7 a S8. Druhý bod zachycoval doplňování materiálu během směny. Informantky S1, S2 a S5 během pozorování nevěnovaly žádný čas doplňování materiálu. Nejvíce času této činnosti věnovala S6, a to 13 minut, nejnižší naměřený čas byl 3 minuty u S3 (viz Tabulka 16).

Tabulka 16 Mimořádné činnosti

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Ukládání léčivých přípravků po zásobování	10	5	17	11	0	10	8	0
Doplňování materiálu	0	0	3	5	0	13	0	9
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

(Zdroj: autor)

V podkategoriích dekontaminace a likvidace odpadu je zaznamenán čas, který všeobecné sestry věnovaly po dokončení činností úklidu pomůcek či likvidace materiálu. Veškeré naměřené časy se pohybovaly od 3 do 6 minut, přičemž nejdelší čas 6 minut úklidu věnovaly S2 a S5. Nejkratší čas, 3 minuty, nad dekontaminací strávily S6 a S8 (viz Tabulka 17).

Tabulka 17 Dekontaminace a likvidace materiálu

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Dekontaminace a likvidace	5	6	4	5	6	3	4	3
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

(Zdroj: autor)

#### 4.1.3 Analýza pozorování času stráveného nad ostatními činnostmi

Pod kategorií ostatní činnosti je zaznamenán odpočinek všeobecných sester, zaznamenány byly aktivity jako stravování se či příjem tekutin apod. Informantky S1 a S4 věnovaly nejméně času stravování, a to méně než 30 minut. Dva naměřené časy přesahovaly 40 minut, a to u informantek S7 a S8. Ostatní pozorované všeobecné sestry svému odpočinku věnovaly čas v rozmezí 30 a 40 minut (viz tabulka 18).

Tabulka 18 Odpočinek

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Stravování	29	39	36	27	33	37	49	44
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>29</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>49</b>	<b>44</b>

(Zdroj: autor)

Podkategorie nezachyceno označuje ty činnosti, které byly náročné na samostatné měření. Obsahují například komunikaci vedenou s lékaři, ostatním personálem v rámci řešení pacientů či telefonáty, které byly útržkovité a těžko se s přesností zaznamenávaly. Dále také přechody všeobecných sester mezi pokoji či do kanceláře, kam musí docházet pro

příjmovou dokumentaci. Mezi obtížně detekovatelné momenty také patří komunikaci s pacienty, která přímo nesouvisela s poskytovanou přímou péčí např. rozhovor všeobecné sestry s pacientem či zodpovězení dotazu. Jako poslední je zde započítán čas potřebný pro osobní hygienu všeobecných sester. Vzhledem k činnostem, které do této podkategorie patří, může být předpokládáno, že přibližně polovina času by mohla být spojena spíše s přímou péčí o pacienta, a to především kvůli zahrnutí komunikace všeobecné sestry s pacientem. S1 a S7 překonaly při poskytování těchto činností čas 100 minut, přičemž nejdelší čas byl zaznamenán u S1, a to 106 minut. Nejkratší čas byl naměřen u S8, a to 73 minut. Další činnosti nesouvisející s výkonem povolání všeobecné sestry zachycují činnosti jako je například využívání mobilního telefonu v pracovní době. Dvě informantky při pozorování přesáhly čas 40 minut, ten nejdelší zaznamenaný byl u S7, a to 49 minut, druhý nejdelší 44 minut u S8. Nejkratší následně u S4, a to 27 minut. Ostatní informantky během své směny věnovaly pro řešení osobních záležitostí čas v rozmezí 33 až 39 minut (viz Tabulka 19).

Tabulka 19 Ostatní činnosti

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Komunikace atd.	106	98	86	82	88	79	100	73
Další činnosti nesouvisející s výkonem povolání všeobecné sestry (osobní záležitosti)	29	39	36	27	33	37	49	44
<b>Celkový čas (min.)</b>	<b>135</b>	<b>137</b>	<b>122</b>	<b>109</b>	<b>121</b>	<b>116</b>	<b>149</b>	<b>117</b>

(Zdroj: autor)

#### 4.1.4 Analýza výsledků pozorování všech kategorií časového snímku práce

Tabulka 20 Součet času veškerých činností

Činnosti přímé péče	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Ranní hygienická péče	18	12	9	16	20	17	20	13
Podávání léčivých přípravků	35	35	40	16	37	44	26	24
Měření vitálních funkcí	24	18	6	23	24	21	18	15
Odborné výkony	19	19	6	20	21	11	8	22
Odběr biologického materiálu	10	12	18	18	17	12	9	15
Vizita, příjem a propouštění pacientů	51	59	58	41	67	67	63	50
Signalizační zařízení	8	15	12	20	21	14	18	17
Transport pacientů	52	54	37	35	20	30	42	59
Péče o rány a invazivní vstupy	32	27	23	19	13	19	16	26
Extrakce invazivních vstupů	3	5	4	3	3	1	2	6
Výdej stravy	18	12	16	10	20	17	14	13
<b>Součet časů všech činností (min.)</b>	<b>270</b>	<b>268</b>	<b>229</b>	<b>221</b>	<b>263</b>	<b>253</b>	<b>236</b>	<b>260</b>
Činnosti nepřímé péče								
Administrativní činnosti	178	175	218	255	211	188	185	192
Předání hlášení	44	37	51	42	48	50	47	52
Příprava na vykonání ošetrovatelských intervencí	49	53	40	45	38	50	42	43
Mimořádné činnosti	10	5	20	16	0	23	8	9
Dekontaminace a likvidace materiálu	5	6	4	5	6	3	4	3
<b>Součet časů všech činností (min.)</b>	<b>286</b>	<b>276</b>	<b>333</b>	<b>363</b>	<b>303</b>	<b>314</b>	<b>286</b>	<b>299</b>
Ostatní činnosti								
Odpočinek	29	39	36	27	33	37	49	44
Komunikace, další činnosti	135	137	122	109	121	116	149	117
<b>Součet časů všech činností (min.)</b>	<b>164</b>	<b>176</b>	<b>158</b>	<b>136</b>	<b>154</b>	<b>153</b>	<b>198</b>	<b>161</b>
<b>Celkový čas přímé/nepřímé péče, ostatních činností (min.)</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>720</b>

(Zdroj: autor)

V poslední tabulce jsou uvedeny součty veškerých naměřených časů. Nejdříve jsou u každé podkategorie sečteny všechny body, které obsahovala, a následně jsou sečteny všechny tyto časy. První část tabulky zaznamenává činnosti přímé péče, z té je zřejmé, že přímá péče vykonávaná všeobecnými sestrami na tomto pracovišti se pohybuje v rozmezí 2,5 až 4,5 hodin. To znamená, že z dvanáctihodinové směny všeobecné sestry věnují přímé péči mezi 30–40 %. Nejméně času přímé péči věnovala za svou směnu S4, a to 221 minut.

Nejvíce času S1, a to 270 minut, což je skoro o celou hodinu více než S4. Všeobecné sestry na tomto pracovišti věnují přímé péči v průměru 250 minut, což znamená 4 hodiny a 10 minut. Další část zaznamenává součet činností nepřímé péče. Z tabulky je patrné, že všeobecné sestry věnují nejvíce minut administrativním činnostem. Veškeré naměřené časové údaje se blíží 300 minutám. Nejnížší zaznamenaný čas věnovaný nepřímé péči činí 276 minut, což znamená 4 hodiny a 36 minut. Nejvyšší zachycený čas je o necelých 100 minut vyšší a činí 363 minut, tedy 6 hodin a 3 minuty. To znamená, že všeobecné sestry nad poskytováním nepřímé péče stráví 38–50 % času ze své směny. Průměrně tedy 308 minut. V neposlední řadě musí být shrnuty výsledky odpočinku všeobecných sester a čas strávený nad ostatními činnostmi. Nejméně času pro pauzu určenou pro stravování využila S1, a to 29 minut, S7 naopak nejvíce času, a to 49 minut. Pozorované všeobecné sestry nad ostatními činnostmi stráví v průměru 126 minut za směnu, přičemž nejvyšší zaznamenaný čas činí 149 minut a dosáhla ho S7, nejnížší čas 109 minut byl zachycen u S4 (viz Tabulka 20).

#### 4.2 *Analýza polostrukturovaných rozhovorů*

Rozhovor byl realizován se sestrami, které se účastnily také pozorování. Rozhovor byl uskutečněn s cílem získání výsledků k výzkumné otázce „Jaká doporučení navrhují všeobecné sestry pro optimalizaci práce na vybraném standardním pracovišti?“. Otázky byly vytvořeny tak, aby byly soustředěny na oblasti optimalizace nejvíce časově náročných činností, které všeobecné sestry vykonávají během své dvanáctihodinové směny. Otázkou č. 3 začínají osobní názory informantek na návrh doporučení optimalizace práce ve vybraných časově nejnáročnějších činnostech.

První otázka byla zaměřena na **návrhy doporučení v rámci optimalizace práce všeobecných sester při příjmu pacienta** (viz Schéma 1). Veškeré dotazované všeobecné sestry odpověděly, že by zjednodušily práci s dokumentací. S1, S3, S7 a S8 se shodly na tom, že určité oblasti anamnézy, které se při příjmu vyplňují by se měly více individualizovat tomu, v jakém stavu pacient přichází. Např. S1 zmiňuje „*Třeba riziko dekubitů je zbytečný u mladého.*“ s touto odpovědí se shoduje také S8 „*Abych s mladým, od pohledu soběstačným pacientem, nemusela vyplňovat, jestli si sám dojde na záchod.*“. Od těchto názorů se liší odpověď S3, která dodala „*Ale v tom počítači se tohle prostě dělá.*“. S8 jako jediná při této otázce zmiňuje optimalizaci v jiné oblasti než anamnéze „*V první řadě asi to, abych pro ty papíry nemusela chodit do kanceláře.*“. Převládající názor

informantek pro optimalizaci práce tkví ve snížení množství vyplňované anamnézy pacientů, kteří k hospitalizaci dorazí.

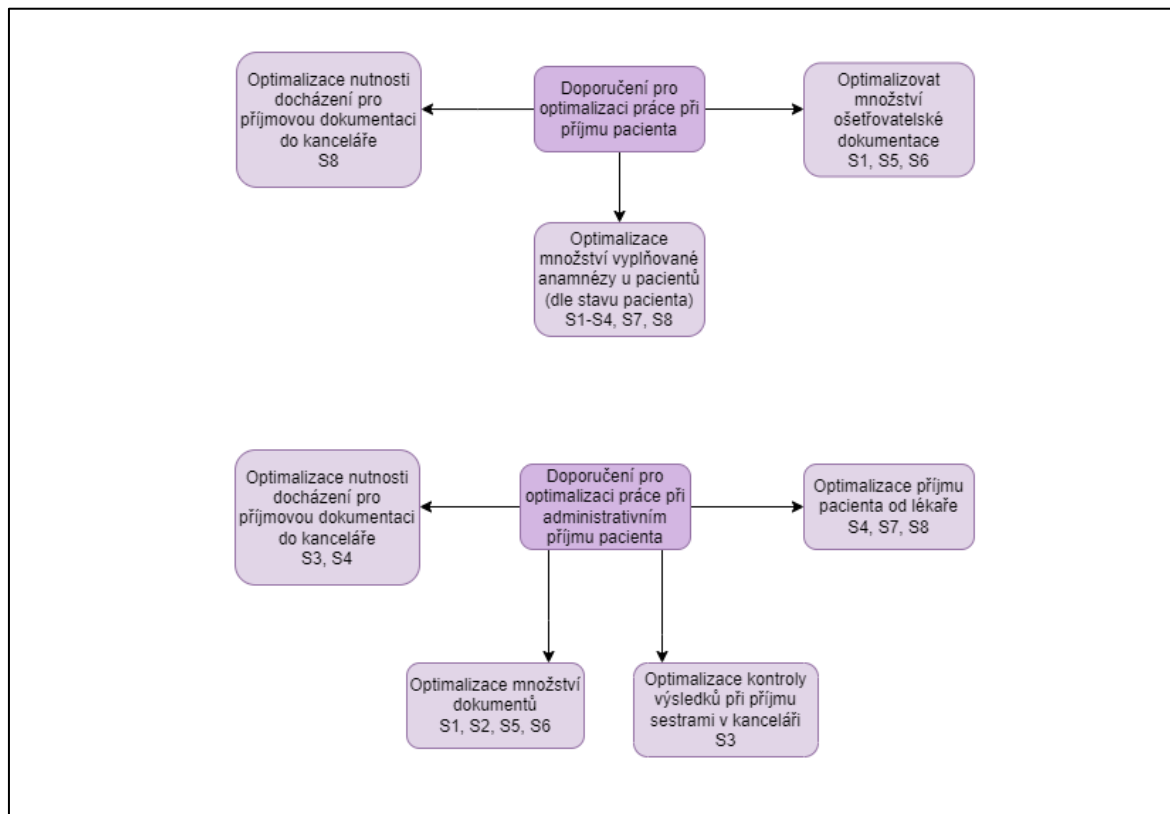


Schéma 1 Kategorie rozhovorů (Zdroj: autor)

Druhou otázkou byly zjišťovány **návrhy doporučení v rámci optimalizace práce všeobecných sester při administrativním příjmu pacienta** (viz Schéma 1). Kromě S1, která krátce a nespecificky odpověděla „*Tady bych taky něco ubrala.*“, všechny ostatní informantky zmínily pro optimalizaci administrativního příjmu pacienta k hospitalizaci opět dokumentace. Informantka S2 krátce zmiňuje doporučení minimalizovat množství administrativy a dodává, že by mělo být součástí pouze to podstatné o pacientovi, stejný názor uvádí také S6. Informantky S4, S7 a S8 se shodují v nedostatcích s lékařským příjmem pacienta. Informantka S4 zmiňuje doporučení „*Aby byl pacient rovnou přijatý i od doktora, bylo by to takový rychlejší, přehlednější pro nás i pro toho pacienta.*“, s tímto názorem souhlasí také S8 „*No tak asi by se mi líbilo, kdyby byl pacient rovnou přijatej i od lékaře, abych se za dvě hodiny k těm papírům nevracela znovu a znovu je neprocházela celý.*“, S7 navíc doplňuje „*Aby se klidně vyčlenila sestra a doktor na příjem. Aby se všechno dělalo na poprvé a na sto procent.*“. Informantce S4 navíc přijde zatěžující, když si pro každou dokumentaci přijímaného pacienta musí chodit do kanceláře, udává, že by si pacienti mohli

dokumentaci nosit sami a to proto, že „*Tam nejsou žádné tajné věci, o kterých by neměl vědět. Jsou to prostě jeho záznamy, na který má nárok, aby je věděl.*“. S3 společně s S4 udává problém s kanceláří, avšak zcela jiný, a to „*Musíme během toho příjmu kontrolovat, jestli ten pacient má všechna vyšetření, to by mohly zkontrolovat ty sestry u toho příjmu v kanceláři.*“. Informantka S5 narozdíl od ostatních zmiňuje také hodnotící škály, které se během příjmu vyplňují a následně tisknou, za vhodné by považovala tyto hodnotící škály zanechat v elektronické formě z důvodu šetření papíru, a tak i přírody.

Třetí otázka byla zaměřena na **návrhy doporučení v rámci optimalizace práce všeobecných sester při předávání pacienta na operační sál**. Tato otázka byla všeobecným sestrám položena kvůli skutečnosti, že tato činnost není běžnou součástí přímé péče o pacienta a není součástí všech standardních pracovišť. Z rozhovorů vyplynulo, že se všechny informantky kromě S4 a S6 shodují, že při předávání pacientů na operační sál je problémová nejčastěji komunikace mezi personálem. S1 udává „*Záleží dost na lidech, kdo slouží, někdy je špatná komunikace. Jinak to většinou jde.*“, také S3 poukazuje na problém s komunikací „*Já si myslím, že tam jde spíš o komunikaci mezi personálem. Když mají sanitáři špatnou náladu tak to dýl trvá.*“. S2 a S7 uvedly jiný pohled na problém s personálem. Např. S2 „*Fajn by bylo, kdyby pacienta vždycky přebrala árová sestra. A nějak se zajistilo plynulý předání pacienta.*“ s tímto tvrzením souhlasí také již zmíněná S7, která navíc popisuje běžnou situaci „*Aby tam skutečně byla ta árová sestra na předání. Aby fakt ze sálu zavolali, my pacienta navezly a aby to bylo plynulý, aby tam ti pacienti potom 20 minut nečekali.*“. Všechny všeobecné sestry, až na informantku S4, která byla bez připomínek, se shodly, že předávání pacienta na sál bývá časově náročnější. Informantky S5–S8 se shodly, že všeobecné sestry tuto činnost těžko dokáží optimalizovat. Např. S5, „*Asi bohužel neovlivním to, že tam budu čekat 10 minut.*“.

Další otázka se zabývala **návrhy doporučení v rámci optimalizace práce všeobecných sester v oblasti vedení ošetrovatelské dokumentace**. Kromě informantek S1, která se vyjádřila velmi nespécificky „*Něco bych ubrala.*“ veškeré dotazované zmínily jako hlavní bod optimalizace papíry či dokumentaci. Např. S7 navrhuje „*Zkrátit ošetrovatelskou dokumentaci, veškeré ty papíry. Respektive, aby, když to člověk už dělá do toho počítače, tak aby to dělal jen jednou a nedělal to duplicitně několikrát i do papírů.*“. S2, S5 a S7 zmínily, že je dokumentace zbytečně vedená na mnoha místech. Např. S2 navrhuje „*Aby bylo součástí míň papírů, aby se to nemuselo tisknout, něco totiž vyplním a potom to ještě tisknu. Asi by stačilo, aby to bylo v tom počítači, šetřila by se i příroda.*“. S3, S4 a S8 se shodují na tom, že velké množství vyplňovaných dokumentů má také své

výhody. Např. S4 „*Ale když je soudní spor, tak jsme zase kryté, to asi za tu náročnost zase stojí.*“. S8 navíc dodává, že dokumentace zabezpečuje péči o pacienta a stejně jako S4 udává, že také všeobecné sestry samotné jsou chráněné v případě soudního sporu (viz Schéma 2).

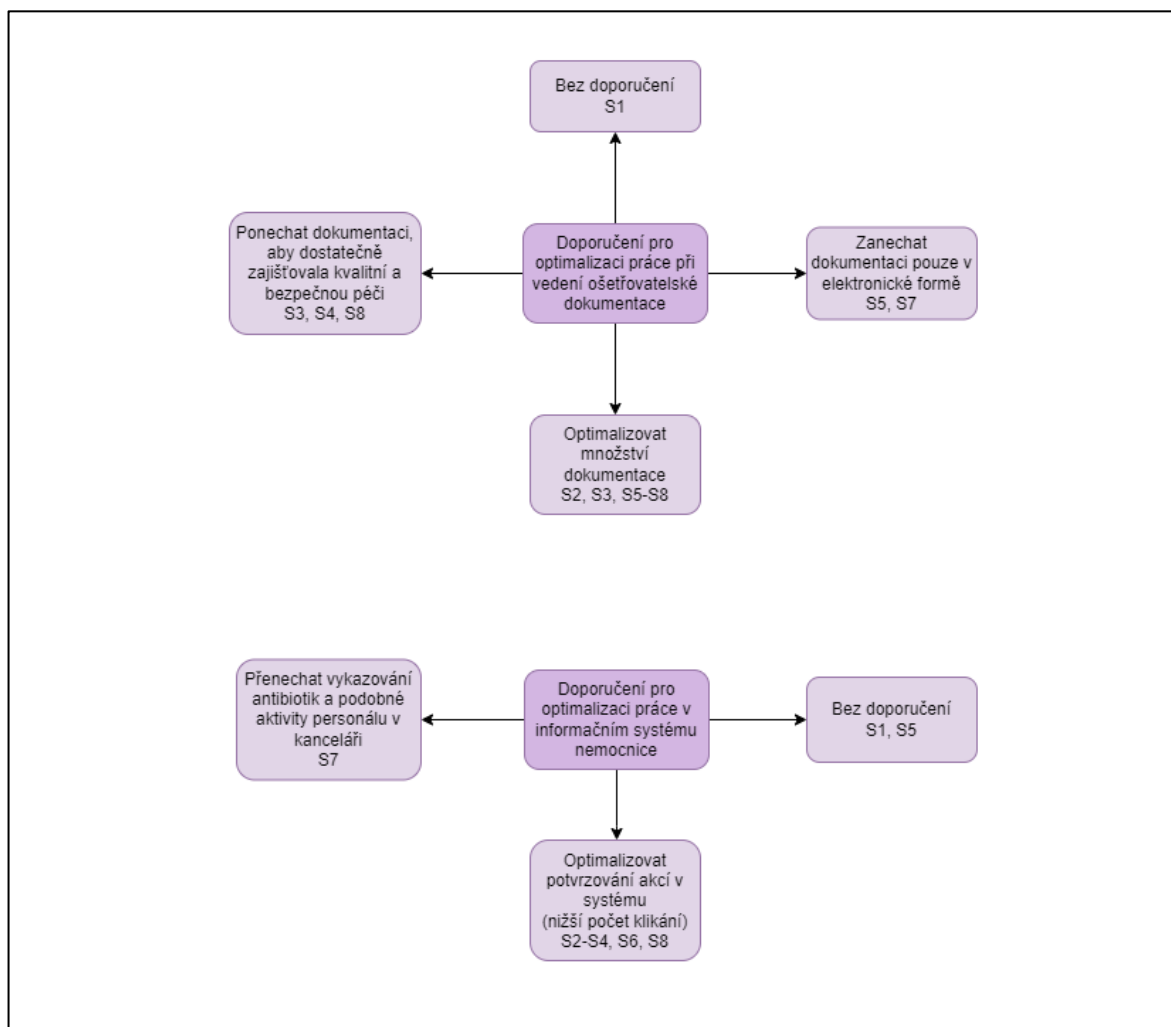


Schéma 2 Kategorie rozhovorů (Zdroj: autor)

Pátá otázka byla zaměřena na **návrhy na doporučení v rámci optimalizace práce všeobecných sester v oblasti práce s informačním systémem nemocnice**. Informantky S1 a S5 si během rozhovoru nebyly vědomy potřebných změn v této oblasti. S2, S3, S4, S6 a S8 se shodly na velkém množství potřebných potvrzení aktivity, kterou v počítačovém systému nemocnice chtějí provést. Např. S4 „*Navrhuji, aby si na to IT technik sednul a u nějakých otázek, které vyplňuji a musím třikrát kliknout, než se dostanu k té odpovědi, tak aby to nějak poladil. Přitom si myslím, že by určitě stačilo jednou kliknout.*“. Jediná informantka zmínila úplně jiný problém a doporučení pro práci s informačním systémem nemocnice, a to S7 „*Tak to nevím. Asi je dost oddělení, kde si třeba neschopenky dělají*



kancelářský. Pojišťovny vyplňovat, zbytečný. Proč, to je všechno věc, kterou by měla spíš dělat kancelář, a ne sestry. Proč má sestra vyplňovat kódy antibiotik, nepatří to do práce sestry.“. S8 kromě nadměrného potvrzování uvádí problém „Třeba v žádankách není vyhledávání nebo tak něco. Tak to by chtělo vylepšit.“ (viz Schéma 2).

Poslední otázkou rozhovorů bylo od všeobecných sester zjišťováno, **jaká další doporučení navrhují v rámci optimalizace práce všeobecných sester na vybraném pracovišti**. Informantky S1, S3, S4, S6, S7 a S8 se shodují, že by optimalizovali práci s ošetrovatelskou dokumentací a všemi ostatními dokumenty. S1 kromě dokumentaci zmiňuje „Každý den je nějaká jiná nepříjemnost, která by chtěla vymyslet optimalizaci.“. Informantka S3 navíc udává, že by bylo vhodné minimalizovat množství dokumentů, které se tisknou z důvodu velkého množství papírů, které se následně nevejdou do desek pacienta. S6 zmínila návrh na optimalizaci, který je velmi diskutovaným, a to „Stále se točíme okolo jednoho tématu, a to jsou ty papíry. Máme nepoměr času, kterej strávíme u papírů a potom kterej u pacientů.“. S7 společně s S8 opět zmiňují příjem pacienta, informantka S7 hlavní problém vidí v nedostatečné připravenosti příchozích pacientů k operaci, zmiňuje „Určitě by se hodilo, kdyby pacienti k příjmu přišli už připravený, takhle tu potom zařizujeme interní vyšetření a aro, jestli nám ho vůbec uspí.“, navíc jako optimalizaci navrhuje, aby fungovali předpříjmy pacientů, jako na jiných pracovištích (viz Schéma 3).

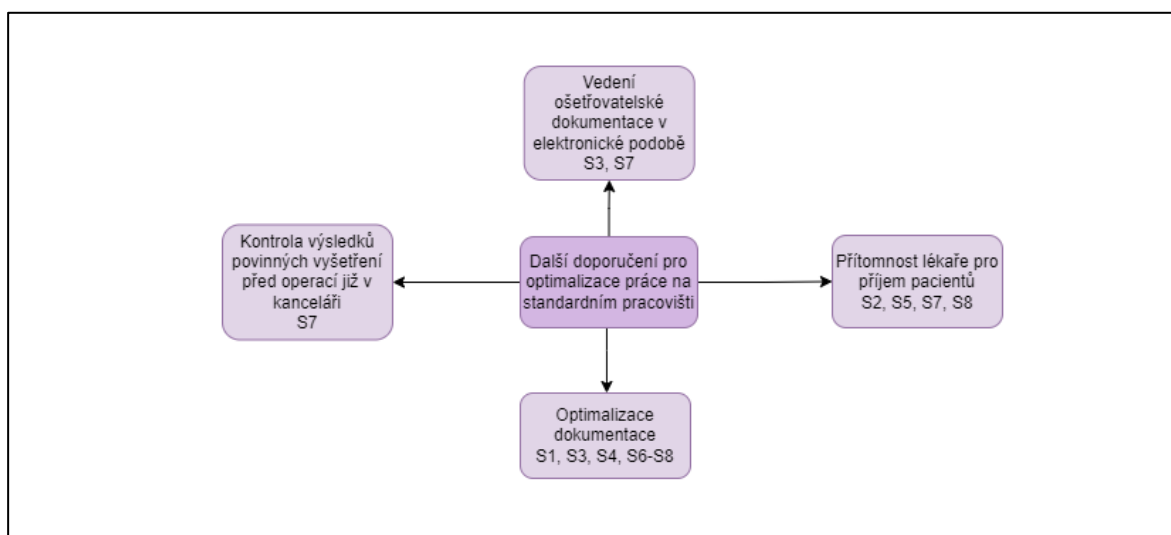


Schéma 3 Kategorie rozhovorů (Zdroj: autor)

## 5 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na velmi aktuální téma zjištění časového snímku práce všeobecných sester na standardním pracovišti. Vzhledem ke skutečnosti, že se určité povinnosti pro všeobecné sestry rychlým tempem rozrůstají, bude potřeba, aby také vzrostlo hodnocení časové náročnosti této profese. A to především z hlediska zajištění dostatečného personálního zaopatření na daném pracovišti. Mnoho zdrojů hovoří o nadbytečném množství dokumentace či o nedostatku času pro přímou péči, tedy pro péči. Cílem této bakalářské práce bylo odhalit, jak časově náročné jsou provozované činnosti na vybraném chirurgické standardním pracovišti. Stěžejní výzkumnou technikou bylo pozorování. Tato technika byla následně doplněna o rozhovory, v nichž měly všeobecné sestry poukázat na to, kde by dle jejich názoru bylo možné pracovní čas optimalizovat. V rozhovorech bylo dotazováno na činnosti, které jsou dle předchozího pozorování časově nejnáročnější či časově proměnné. Výzkumné šetření bylo ukončeno po dosažení teoretické saturace po pozorování osmé všeobecné sestry, následně se tyto samé všeobecné sestry účastnily rozhovorů.

Jako první z časově nejnáročnějších činností přímé péče bylo vyhodnoceno podávání léčivých přípravků. Avšak tato činnost nebyla zařazena do rozhovoru z toho hlediska, že všeobecné sestry nemohou ovlivnit náročnost a množství předepsané medikace u pacientů, a tím snížit či optimalizovat čas strávený nad jejím podáním. Brabcová et al. (2021) ze skutečností zjištěných během výzkumu uvádí vznik možných pochybení při podávání léčiv, a to při časové tísní, kdy je ordinováno větší množství léků, při neadekvátní komunikaci ohledně léčiv či nedostatečném personálním zabezpečení pracoviště, během dalšího výzkumu Brabcové et al. (2022) byli zjištěny nedostatečné znalosti všeobecných sester v oblasti léčiv. Z tabulky 5 zaznamenávající výsledky měření katetrizace močového měchýře je patrné, že k zavádění permanentního močového katétru dochází spíše výjimečně. Tato situace má své vysvětlení, močové katétry se běžně zavádějí až na operačním sále, z toho vyplývá, že se pacienti vracejí na standardní pracoviště s již zavedeným močovým katétrem. Nutno podotknout, že zavádění periferního žilního katétru také není každodenní náplní práce všeobecné sestry. U pacientů přijatých k operačnímu výkonu se běžně žilní katétr nezavádí a je zaváděn až na operačním sále. Na pracovišti je zaváděn v případě nutnosti podání léčivých přípravků žilní cestou, a to například u pacientů s diabetes mellitus, u nichž by kvůli lačnění v den operace mohly nastat komplikace s hladinou glykémie.

Za další nejnáročnější činnost lze dle Tabulky 20 považovat vizitu, příjem a propouštění pacientů. Z těchto tří podkategorií byl za nejnáročnější a také nejvíce proměnnou činnost

vybrán příjem pacientů. Kelnarová et al. (2015) uvádí, že při příjmu je za spolupráce pacienta vyplněna ošetrovatelská administrativa společně s hodnotícími škálami, které hodnotí např. riziko pádů, nutriční či Barthelův test základních všedních činností ADL. Tato činnost je tedy každodenní součástí směny všeobecné sestry, avšak je časově proměnná, a to z toho důvodu, že vyplňování anamnézy s každým pacientem je jinak časově náročné. Pokud je přijat například polymorbidní pacient je jasné, že otázky ohledně jeho zdravotního stavu trvají více času, naopak přijde-li pacient, který má akutní problém a tento problém je také jeho jediný, může takový příjem trvat pouze několik minut. Pokorná et al. (2013) považuje sběr těchto dat za velmi důležitý, zmiňuje také nedostatek v synchronizaci nemocnic ohledně využívání hodnotících škál v rámci překlady pacienta. Na základě pozorování mohu podotknout, že pokud všeobecná sestra přijímá pacienta, který nemá přidružené nemoci a je bez chronické medikace, může takovýto sběr anamnézy být hotov i do 5 minut. U pacienta náročnějšího může příjem na pracoviště zabrat i 20 minut. Kudlová (2016) a Peate et al. (2018) se shodují, že zhodnotit stav pacienta z ošetrovatelského hlediska, sepsat anamnézu a vyplnit hodnotící škály by měla být schopna každá všeobecná sestra.

V rozhovorech převládá názor, že nejvíce obtěžující či nadbytečné jsou určité informace či hodnotící škály, které se vyplňují u každého pacienta. Všeobecné sestry by tyto informace optimalizovaly a minimalizovaly u pacientů, kteří jsou dle jejich názoru mladí a zdraví. To se týká například hodnocení rizika pádů či rizika vzniku dekubitů, jež jsou směřovány spíše pro pacienty s omezenou soběstačností či zcela nesoběstačné. Avšak posouzení základních hodnotících škál je považováno dle Kelnarové et al. (2015) za přínosné pro všeobecné sestry z hlediska informovanosti o stavu soběstačnosti pacienta. Jehu et al. (2020) označuje pád jako jednu z nejzávažnějších komplikací, která u hospitalizovaného pacienta může nastat, s tímto souhlasí také Brabcová et al. (2021), která uvádí jako možný následek pádu vážné poranění či až katastrofální následky. Majkusová a Jarošová (2017) dokonce zmiňují důležitost každodenního zaznamenávání vyhodnocení rizika pádů do dokumentace pacienta. Dle Brienza et al. (2017) u pacientů, kteří potřebují akutní péči vzrůstá počet případů vzniklých dekubitů, Seyhan et al. (2018) proto uvádí důležitost vzniku těchto hodnotících škál. Jako přednost zmiňuje možnost, aby zdravotnický personál včas vyhodnotil riziko vzniku dekubitů a byl schopný provést vhodnou prevenci.

Poslední nejvíce časově náročnou a také časově proměnnou činností přímé péče, byla vyhodnocena podkategorií transport pacientů. Transпорty pacientů na sál jsou považovány za pouhé předání pacienta. Při pozorování bylo zjištěno, že pouhý převoz jednoho pacienta může místo 5 minut zabrat 20 minut. Během snímkování všeobecných sester na vybraném

pracovišti byl blíže identifikován důvod zdržení všeobecné sestry při převozu pacienta na sál. Příčinou je nedostatečné personální zaopatření sálů, mnohdy ale spíše ochota, či neochota personálu na směně. Wendsche et al. (2012) hovoří o důležitosti představení personálu operačních sálů pacientovi, a to z důvodu, co nejvyšší eliminace nepříjemných pocitů, které mohou pacienta čekajícího na operační výkon postihnout s tímto názorem se ztotožňuje Jedličková et al. (2012), která dodává negativní vliv soukromých rozhovorů mezi personálem na pacienta. Mnohdy se stalo, že byla všeobecná sestra vyzvána k přivezení pacienta na operační sál, avšak po příjezdu čekala dalších 10 minut, než personál přišel pacienta přeložit na operační stůl. Některé všeobecné sestry v rozhovorech uvedly, že problém vidí právě na straně personálu operačních sálů, tři z nich přímo upozornily na občasné pochybení v komunikaci, a to jak s personálem, tak i s čekajícími pacienty. Čtyři všeobecné sestry také uvedly, že tyto situace s prodlužováním času při předávání pacientů nejsou schopny samy optimalizovat a jsou toho názoru, že by změna musela přijít od managementu operačních sálů.

Kategorie nepřímé péče obsahuje z všeobecně známých informací i dle názoru ostatních zdrojů či osob jednu podkategorii, která je nejvíce časově náročná, a to vedení ošetrovatelské dokumentace. Čas věnovaný administrativním činnostem je velmi proměnný. Záleží na mnoha faktorech, rozhodující mohou být například státní svátky, je operační program omezen pouze na akutní výkony, tudíž pracoviště nepřijme tolik pacientů jako za všedního dne. Samozřejmě také záleží na rozsahu péče, kterou daný pacient potřebuje, u polymorbidního pacienta musí všeobecná sestra denně vyplňovat mnohem více dokumentů než u pacienta, který netrpí žádnými přidruženými chorobami. Vedení ošetrovatelské dokumentace bývá považováno za nejnáročnější část pracovního dne všeobecné sestry. Je mnoho věcí, které všeobecná sestra musí u pacienta sledovat, provádět a následně zapisovat. Vyhláška č. 98/2012 Sb., včetně novelizace vyhlášky č. 279/2020 Sb. zmiňuje důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace adekvátním způsobem a uvádí také způsoby jejího vedení či povinnosti, které musí pověřený pracovník plnit (Vyhláška č. 98/2012 Sb.). Informantky prováděly během pozorování nespočet zápisů a kontrol. Od zapsání tělesné teploty, přes vykazování antibiotik, až po kontrolu podané medikace.

Při rozhovoru jen jedna všeobecná sestra uvedla jako problematické vytváření duplicit, jež vznikají neustálým prepisováním informací, které jsou již zanesené na jiném místě dokumentace. Sedm všeobecných sester v rozhovorech přímo zmínilo za problémovou oblast vedení ošetrovatelské dokumentace množství dokumentů. Špinar et al. (2013) uvádí, že elektronická forma vedení ošetrovatelské dokumentace je přehlednější pro zdravotnické

pracovníky, a to z důvodu eliminace nutnosti vyhledávání informací ve velkém množství dokumentů. Proti tomuto názoru se staví Messer (2016), který za nevýhody považuje vysoké pořizovací náklady a náročnost proškolení veškerého zdravotnického personálu, který disponuje kompetencemi pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Tři informantky uvedly velmi podstatnou věc, která je často opomíjena, a to, že toto množství dokumentů v dokumentaci zajišťuje zaštitění kvalitní a bezpečné péče. S tím souvisí také ochrana pracovníků v případě nařčení z nedostatečné či neadekvátní léčby a následném řešení soudního sporu. S tímto názorem se ztotožňuje Plevová et al. (2018) a Kvapilová (2015a), které považují monitorování kvality ošetrovatelské péče a její dokumentování za významný důkaz při soudním řízení. Čas strávený nad dokumentací se prodlužuje např. zdali pacient potřebuje komplexní péči, jež musí být promítnuta i do dokumentů, kde všeobecná sestra vyplňuje mnohem více položek. Krivošíková (2011) ošetrovatelskou dokumentaci hodnotí jako základní nástroj pro dorozumívání se mezi zdravotnickými pracovníky a stejně jako Plevová et al. (2018) za důležitý důkaz o poskytované péči.

Další podkategorií, která je zahrnuta i do rozhovoru, je práce s informačním systémem nemocnice. V rámci snímkování informantky informační systém používaly především pro vytváření žádank na vyšetření či na laboratorní vyšetření odebraného biologického materiálu. Mason a Leong (2015) uvádí jako nevýhodu nemocničních informačních systémů snížení rychlosti a efektivnosti práce, a to z hlediska využívání systému uživateli, kteří se v něm nedostatečně orientují či neadekvátního zaškolení uživatelů. Během rozhovorů bylo zjištěno, že většina pozorovaných všeobecných sester má podobný názor především na nadbytečné množství kliknutí potřebných k dosažení chtěného výsledku. Další informantky dále zmiňují nutnost praktikování určitých činností, které jsou v kompetenci jiných pracovníků či náročnost vyhledávání v systému. Venot et al. (2014) zmiňuje, že informační systém byl pro nemocnice navržen především pro zjednodušení vedení veškerých administrativních záznamů a pro zlepšování kvality poskytované péče, Brabcová a Bártlová (2015) naopak zmiňují nevýhodu vedení elektronické dokumentace, a to možnost nedostatečného zabezpečení GDPR pacientů.

Dle Kelnerové et al. (2015) je hlavní úlohou příjmu pacienta v příjmové kanceláři sběr identifikačních údajů od pacienta. Všeobecná sestra tyto dokumenty musí prostudovat, aby vyplnila nutné údaje a zkontrolovala, zda má pacient veškerá potřebná vyšetření a výsledky. Většina dotazovaných všeobecných sester se shodla na tom, že je součástí činnosti opět velké množství dokumentů, obdobně jako při vedení ošetrovatelské dokumentace. Některé všeobecné sestry navíc udávají nedostatky v příjmu ze strany lékaře. Je naprosto běžné,

že všeobecné sestry splní chybějící intervence ze získané dokumentace, ale později po příjmu pacienta lékařem musí plnit další intervence, které lékař doplnil. Dvě informantky také zmínily, že by optimalizovaly nutnost docházení pro tuto příjmovou dokumentaci do kanceláře. Uková (2022) ve svém výzkumu zjistila, že 6 pozorovaných všeobecných sester využilo pro příjmovou ošetrovatelskou dokumentací 250 minut, což je přibližně třetina denní směny. Námi zjištěné výsledky jsou velmi obdobné u 8 pozorovaných informantek bylo zjištěno 253 minut pro činnosti týkající se vytvoření příjmové dokumentace s pacientem.

Další sledovanou kategorií, u které je vhodné interpretovat výsledky, byly ostatní činnosti, a to odpočinek všeobecných sester a komunikace mezi personálem aj., u kterých nebyl měřen přesný potřebný čas pro jejich vykonávání. Důvodem je zachycení poměrně vysokého časového využití. Příčinou nespecifikování těchto činností je, že přesné zaznamenání časů těchto činností by navíc mohlo narušit plynulost pozorování z důvodu vyhledávání vhodného zařazení. Do neměřených činností patří například komunikace s lékaři a ostatním personálem, přechody mezi inspekčním pokojem a pokojem pacienta či osobní hygiena všeobecných sester. Urban (2016) uvádí, že zajištění dobrých vztahů mezi pracovníky a schopností vhodně komunikovat je prevencí proti vzniku stresu, Waddill-Goad (2016) navíc dodává, že odpočinek je důležitý, aby u všeobecné sestry únava nezpůsobila snížení kvality poskytované péče. Posledními měřenými činnostmi jsou činnosti, které nepatří do výkonu povolání všeobecná sestra, a to například osobní telefonáty či aktivity na osobním mobilním telefonu.

Všeobecné sestry na závěr rozhovoru mohly podat jakýkoli návrh na optimalizaci práce na vybraném pracovišti. Některé všeobecné sestry zmínily názor potřeby optimalizace dokumentace, část také zmínila, že vyplňovaných dokumentů je příliš mnoho. Tasew et al. (2019) zmiňuje pozitiva ošetrovatelské dokumentace, a to, že je hlavním informačním zdrojem pro personál či velmi důležitým prostředkem pro poskytování bezpečné a kvalitní péče. Zajímavé je, že vyšší množství dokumentace spojují s bezpečnou péčí pouze tři informantky. Dvě všeobecné sestry podpořily zavedení elektronické dokumentace, Amatayakul (2013) za pozitiva považuje snížení potřeby prostoru, oproti skladování listinné podoby či nižší spotřebu papírů a náplní do tiskáren. Oproti tomuto názoru se staví Hannah et al. (2014), která uvádí jako negativum vysokou pořizovací cenu a náročnost v zaškolení veškerého personálu. Jako další návrh pro optimalizaci byla zmíněna přítomnost lékaře, který by ihned při příchodu pacienta na pracoviště provedl lékařský příjem. Jedna všeobecná sestra zmínila doporučení, které by zaopatřilo problém, který nastává, pokud pacient přijde

na příjem k operaci a chybí mu důležitá vyšetření, a to kontrola těchto dokumentů již v příjmové kanceláři.

Raeissi et al. (2015) ve svém výzkumu prováděném v nemocnici ve městě Tehran v Íránu uvádí časovou náročnost jak osmihodinové, tak dvanáctihodinové směny všeobecných sester. Při pozorování bylo zjištěno najevo, že kratší i delší pracovní směna má ve všech kategoriích, s výjimkou jedné, rozdíl podílu práce nepřevyšující 1 %, jedná se tedy o totožné výsledky. Během dvanáctihodinové směny všeobecné sestry v této nemocnici nepřímé péči věnovaly 24,02 %, přímé péči 41,57 %, personálním záležitostem věnovaly 20,94 % a administrativním úkonům 12,98 %. Při porovnávání těchto kategorií bychom mohli sloučit nepřímou péči a administrativní úkony, jelikož ve výzkumu práce jsou administrativní činnosti součástí péče nepřímé, čímž by vzniklo 37 % pracovního času ze směny pro nepřímou péči. Alghamdi (2016) ve svém výzkumu interpretuje osmihodinovou směnu, která byla hodnocena pomocí systému RAFAELA. Při výzkumu bylo zjištěno, že výše uvedený systém hodnocení pracovní zátěže předpokládá, že 2 hodiny pracovního času jsou spotřebovány jinými činnostmi. Mezi tyto činnosti Alghamdi (2016) řadí veškerou administrativní činnost, a to například management pracoviště, zaučování nových sester či studentů. Ze zbývajících 6 hodin je přibližně 56 % věnováno přímé péči a 19 % nepřímé péči. Avšak vzhledem ke skutečnosti, že výzkum přiřazuje veškeré administrativě na pracovišti čas 2 hodiny, je možné, že například polovina z této doby by mohla být přiřazena k nepřímé péči o pacienty, druhá polovina by mohla zařizovat všeobecnou administrativní péči o pracoviště.

Pro porovnání výsledků výzkumu této práce je nejprínosnější výzkum provedený Van Den Oetelaarem et al. (2018), jenž interpretuje spotřebu pracovního času na chirurgickém standardním pracovišti, sledováno bylo celkem 6 pracovišť. Činnosti všeobecných sester rozdělil do 4 kategorií. Direct Patient Care (DPC) zachycuje, kolik procent času všeobecná sestra potřebuje při poskytování přímé péče u pacienta. V tomto výzkumu jsou do přímé péče ovšem započítávány i administrativní úkony týkající se pacienta. Další kategorií je Collective Patient Care (CPC), tato kategorie zkoumá péči, která je hodnocena jako nepřímá a je společná pro vícero pacientů (např. příprava léků, stravy). General Tasks (GT) označuje činnosti, jež souvisejí s administrativními úkony. Jedná se např. o schůzky, plánování péče či celkovou administraci. Posledním posuzovaným parametrem jsou Other Tasks (OT), neboli kolik procent času stráví zdravotnický pracovník svým osobním volnem. Vzhledem ke skutečnosti, že CPC společně s GP interpretují činnosti nepřímé péče, nabízí se možnost výsledná procenta výzkumu spojit, vznikl by tak výsledek

pro procentuální zastoupení nepřímé péče tvořící 25,5–44,4 % (Van Den Oetelaar et al., 2018). Pro snazší porovnání výsledků výše interpretovaného výzkumu a výzkumu bakalářské práce byly mnou zaznamenané časy snímkování pracovního dne všeobecných sester převedeny na procenta. Výzkum Van Den Oetelaar et al. (2018) uvádí potřebu 25,5 až 44,4 % času ze směny pro vykonávání nepřímé péče, výzkum této práce interpretuje potřebu 38 až 50,5 % času. Zastoupení péče, která je vykonávána přímo u pacienta, je v procentech následující, nejnižší procentuální zastoupení přímé péče je 30,7 % a nejvyšší 37,5 %. Van Den Oetelaar et al. (2018) při pozorování všeobecných sester získal data, které výkonu přímé péče přiřazují 40,1 až 55,8 % času. Zbýlá procenta poukazují na nezachycené činnosti a odpočinek všeobecných sester. Tyto činnosti se pohybovali mezi 18 a 28 %, Van Den Oetelaar et al. (2018) těmto činnostem přiřazuje 13,5 až 17,2 %. Nováková (2014) ve svém výzkumu, kterého se účastnilo 8 informantů interpretuje výsledky, které poukazují na průměrně strávený čas nad dokumentací během 12hodinové směny, a to 48 %. Oproti tomu výzkum Dlouhé (2018) interpretuje výsledky 4 pozorovaných všeobecných sester, které ošetrovatelské dokumentaci věnují v průměru 28 % z pracovního času, přičemž 33 % bylo nejvyšší zjištěné procentuální zastoupení vedení ošetrovatelské dokumentace.

Výsledky porovnávaných výzkumů je nutné brát s určitou rezervou, každý výzkumník měl jinak stanovené činnosti, které zahrnoval do nepřímé či přímé péče, z tohoto hlediska jsou výsledky považovány za orientační.



## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem časového snímku práce všeobecných sester na standardním pracovišti a je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Výzkumná část byla zpracována kvalitativní metodou, sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaného pozorování a rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 8 všeobecných sester z vybraného pracoviště. První cíl bakalářské práce byl dosažen pomocí pozorování, při kterém bylo zjištěno, jaké činnosti vykonává všeobecná sestra na vybraném standardním pracovišti. Druhým cílem bylo zjistit délku jednotlivých vykonávaných činností v průběhu jedné směny na vybraném standardním pracovišti. Třetím a posledním cílem bylo zjistit, jaká doporučení navrhuji všeobecné sestry pro optimalizaci práce na vybraném standardním pracovišti. Stanovených cílů práce bylo dosaženo.

Zjištěné výsledky platící pouze pro tento výzkum poukazují na převládání nepřímé péče o pacienty, a to zejména v oblasti vedení ošetrovatelské dokumentace. V této oblasti byly všeobecnými sestrami podány návrhy pro optimalizaci především ve snížení množství vyplňované dokumentace. Některé všeobecné sestry však nezapomněly na fakt, že vyplňování dokumentace zajišťuje kvalitní, komplexní, a především bezpečnou péči. V případném soudním sporu tyto dokumenty slouží jako stěžejní důkaz. Dalšími zjištěnými významnými aspekty je časová náročnost při příjmu pacientů a vyplňování anamnéz. Vyplňování hodnotících škál všeobecné sestry hodnotí jako nadbytečnou až nepotřebnou záležitost. Za významné jsou považovány názory informantek na příjem pacienta z hlediska spolupráce personálu v příjmové kanceláři a spolupráce lékaře, kdy je všeobecnými sestrami považováno za nedostatečné kontrola výsledků vyšetření pacienta v příjmové kanceláři a následné několikahodinové čekání na příjem od lékaře. Pomocí pozorování byla zjištěna vyšší časová náročnost transportu pacientů na operační sál, avšak v této oblasti všeobecné sestry při rozhovorech zmiňují především zlepšení přístupu určitého personálu k pacientům, dále také zmiňují, že ony samotné nejsou schopny tuto činnost optimalizovat v rámci šetření času. Optimalizaci by dle všeobecných sester také potřeboval informační systém nemocnice, kde dle názorů informantek je zdržující především fakt, že pro vytištění jedné žádanky je potřebné několikrát odsouhlasit její tisk. Bakalářská práce může být využita pro návrh optimalizace práce všeobecných sester na standardním pracovišti, avšak pro možnost kvalitní a účinné optimalizace je potřeba zmapování časové náročnosti činností v širším měřítku.

## 7 Seznam použité literatury

1. ALGHAMDI, M., G., 2016. Nursing workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*. **24**(4), 449–457. ISSN 09660429
2. AMATAYAKUL, M. K., 2013. *Electronic Health Records: A Practical Guide for Professionals and Organizations*. 5 edition. Illinois: Ahima. ISBN 978-1-58426-003-5.
3. AUSSERHOFER, D., et al., 2022. Care workers' administrative burden in swiss nursing homes: a multicenter cross-sectional study. *Innovation in Aging*. **6**(1), 65. DOI 10.1093/geroni/igac059.258
4. BARTÁK, J., 2021. *Osobnostní management*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3114-3.
5. BAUM, D., 2014. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-390-3.
6. BRABCOVÁ, I. et al., 2021 FMEA used for the risk control in healthcare. *Onkologie*. **15**(4), 197-203. DOI 10.36290/xon.2021.039
7. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ S., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-402-7.
8. BRABCOVÁ, I., et al., 2021. Monitoring and analysis of fall risk factors in hospitalized patients. *Vnitřní lékařství*. 2021, **67**(7), E3-E7. DOI 10.36290/vnl.2021.113
9. BRABCOVÁ, I., et al., 2022. Evaluation of medication errors in the hospital environment. *Vnitřní lékařství*. **68**(6), E03-E09. DOI 10.36290/vnl.2022.084
10. BRIENZA, D., et al., 2017. Predictors of pressure ulcer incidence following traumatic spinal cord injury: a secondary analysis of a prospective longitudinal study. *Spinal Cord*. **56**(1), 28-34. DOI 10.1038/sc.2017.96
11. CAPRIOTTI, T., 2019. *Document smart: the A-to-Z guide to better nursing documentation*. 4. edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 978-197-512073-3.
12. De CAMPOS, M., S., et al., 2018. Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. *Revista Brasileira de Enfermagem*. **71**(2), 318–326. DOI 10.1590/0034-7167-2016-0561.
13. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.

14. DLABAČ, J., 2015. *Analyza a měření práce*. [online]. API - Akademie produktivity a inovací [cit. 2023-01-27]. Dostupné z: <https://www.e-api.cz/25784n-analyza-amereni-prace>
15. DLOUHÁ, V., 2018. *Ošetrovatelská dokumentace a administrativa versus přímá péče o pacienta*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
16. DUBOVEC, J., 2017. *Logistika: (v ziskovom prostredí)*. Žilina: Žilinská univerzita. ISBN 978-80-554-1343-3.
17. FERJENČÍK, J., 2015. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
18. G NAYAK, S., 2018. Time Management in Nursing – Hour of need. *International Journal of Carin Sciences*. **11**(3), 1997–2000. ISSN 1792–037X.
19. GOLDSBY, E., et al., 2020. Under Pressure: Time Management, Self-Leadership, and the Nurse Manager. *Administrative Sciences*. **10**(3), 1–18. DOI 10.3390/admsci10030038.
20. GROSS, A., H., DRISCOLL J., MA, L., 2019. The nurse coordinator role: fulfillment of the nursing profession's compact with society. *Israel Journal of Health Policy Research*. **8**(1), 1–3. DOI 10.1186/s13584-018-0280-6.
21. HALSE, K., M., FONN, M., CHRISTIANSE, B., 2013. Health education and the pedagogical role of the nurse: Nursing students learning in the clinical setting. *Journal of Nursing Education and Practice*. **4**(3), 30–37, DOI 10.5430/jnep.v4n3p30.
22. HANNAH, K., et al., 2014. *Introduction to Nursing Informatics*. United Kingdom: Springer London Ltd. ISBN 978-1-4471-2998-1.
23. HELGHEIM, B. I., SANDBAEK, B. E., SLYNGSTAD L., 2018. A prospective investigation of direct and indirect home care activities in three rural Norwegian municipalities. *BMC Health Services Research*. **18**(1), 1–8 DOI 10.1186/s12913-018-3794-2
24. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
25. HERTZ K., SANTY-TOMLINSON J., 2018. *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*. United Kingdom: Springer Cham. ISBN 978-3-319-76680-5.

26. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
27. IACOROSI, L., et al., 2020. Role and skills of the oncology nurse: *an observational study*. *Ann Ig*. **32**(1), 27–37. DOI 10.7416/ai.2020.2327.
28. ICN, Nursing Definitions, 2023. *International Council of Nurses (ICN)* [online]. [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
29. JEDLIČKOVÁ, J., et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-543-3.
30. JEHU, D., A., DAVIS, J., C., LIU-AMBROSE, T. 2020. Risk factors for recurrent falls in older adults: a study protocol for a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*. **10**(5), 1–5. DOI 10.1136/bmjopen-2019-033602
31. KAKUSHI, L. E., ÉVORA, Y. D., 2014. Direct and indirect nursing care time in an Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **22**(1), 150–157. DOI 10.1590/0104-1169.3032.2381
32. KELNAROVÁ, J., et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – I. ročník*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5332-4.
33. KIM, J., et al., 2022. Measuring patient acuity and nursing care needs in South Korea: application of a new patient classification system. *BMC Nursing*. **21**(332), 1–10. DOI 10.1186/s12912-022-01109-4.
34. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-2699-1.
35. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5367-6.
36. KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-745-4600-6.
37. KVAPILOVÁ, B., 2015a. Zdravotnická dokumentace. 4. část. Ošetrovatelská dokumentace. *Zdravotnictví a medicína*. **15**(5), s. 20. Praha: Mladá fronta. ISSN 2336-2987.
38. KVAPILOVÁ, B., 2015b. Zdravotnická dokumentace. 2. část - Význam, formy a druhy zdravotnické dokumentace. *Zdravotnictví a medicína*. **15**(3), s. 20. Praha: Mladá fronta. ISSN 2336-2987.

39. MAJKUSOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D. 2017. Validity of tools for assessing the risk of falls in patients. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. **8**(3), 697-705. DOI 10.15452/CEJNM.2017.08.0021
40. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada ISBN 978-80-271-2030-7.
41. MARGADANT, Ch., et al., 2020. The Nursing Activities Score Per Nurse Ratio Is Associated With In-Hospital Mortality, Whereas the Patients Per Nurse Ratio Is Not. *Critical Care Medicine*. **48**(1), 3–9. DOI 10.1097/CCM.0000000000004005.
42. MARGADANT, Ch., et al., 2021. Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*. **113**(5), 1–6. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2020.103780.
43. MASON, CH., LEONG. T., 2015. Clinical information systems in the intensive care unit. *Anaesthesia and intensive care medicine*. **17**(1), 13–16. DOI 10.1016/j.mpaic.2015.10.011.
44. MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0215-0.
45. MIKŠOVÁ, et al., 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*. **16**(2), 131. ISSN 1212-4117.
46. MIKULÁŠTÍK, M., 2015. *Manažerská psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4221-2.
47. MZČR, 2021a. Koncepce ošetrovatelství. In: *Věstník MZČR*. Částka 6, 5–52. ISSN 1211-0868.
48. MZČR, 2021b. Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra. In: *Věstník MZČR*. Částka 9, 29–35. ISSN 1211-0868.
49. MZČR, 2021c. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA - OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V INTERNÍCH OBORECH. In: *Věstník MZČR*. Částka 5, 66–68. ISSN 1211-0868.
50. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, 2010. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 10, s. 338. ISSN 1211-1244.

51. NOVÁKOVÁ, K., 2014. *Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče v práci sestry*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
52. OCHRANA, F., 2019. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-4200-0.
53. PEATE, I., WILD, K., 2018. *Nursing practice: knowledge and care*. 2 edition. New York: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-1192-3747-1
54. PERTIWI, W., PARIYANTI E., DWIPUTRI R., 2021. The effect of job monitoring and organizational communication on employee's job effectiveness. *Perwira International Journal of Economics & Business*. **1**(1), 1–7. DOI 10.54199/pijeb.v1i1.40
55. PILAŘOVÁ, I., 2016. *Leadership & management development: role, úlohy a kompetence managerů a lídrů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5721-6.
56. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
57. PODRAZILOVÁ, P., et al., 2016. *Teorie ošetrovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-297-6.
58. POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
59. RAEISSI, P., NASIRIPOUR, A., REISI, N., 2015. Comparison of direct and indirect nursing care time in 8-hour and 12-hour shifts. *Advances in Nursing & Midwifery*. **24**(84), 45–51. ISSN 2538-399X
60. SAID, N. B., 2014. Time Management in Nursing Work. *International Journal of Caring Sciences*. **7**(3), 746–749. ISSN 1791-5201.
61. SEYHAN, S., 2018. Decubitus ulcer development: An investigation on its effect and evidence in home care patients. *Indian Journal of Palliative Care*. **24**(4), 505–511. DOI 10.4103/IJPC.IJPC\_85\_18
62. SOUZA, P., et al., 2019. Nursing workload: influence of indirect care interventions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. **53**(5), 1–7. DOI 10.1590/s1980-220x2018006503440.
63. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., KOŤA, J., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2206-6.

64. ŠLAICHOVÁ, E., 2013. *Výzkum vybraných metod měření produktivity práce*. Liberec: Geoprint. ISBN 978-80-7494-007-1.
65. ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.
66. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
67. ŠVECOVÁ, L., VEBER, J., 2021. *Produkční a provozní management*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1385-9.
68. TAHAL, R., et al., 2022. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3535-6.
69. TASEW, H., MARIYE, T., TEKLAY, G., 2019. Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*. **12**(1), 1–6. DOI 10.1186/s13104-019-4661-x
70. TOMŠEJ, J., 2022. *Zákoník práce v praxi: komplexní průvodce s řešením problémů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3538-7.
71. TUČEK, M., SLÁMOVÁ A., 2018. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3932-1.
72. UKOVÁ, K., 2022. *Časový snímek pracovních činností všeobecných sester na standardním oddělení*. Liberec. Bakalářská práce. FZS TUL.
73. URBAN, J., 2016. *Přestaňte se v práci stresovat*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5820-6.
74. VAN DEN OETELAAR, W. F. J. M., et al. 2018. Mapping nurses' activities in surgical hospital wards: A time study. *PLOS ONE*. **13**(4). 1–18. DOI 10.1371/journal.pone.0191807
75. VENOT, A., BURGUN, A., QUANTIN, C., 2014. *Medical Informatics, e-Health*. Paris: Springer Paris. ISBN 978-2-8178-0477-4
76. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
77. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5538-0.

78. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 484–85. ISSN 1211-1244.
79. Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 39, s. 1666–69. ISSN 1211-1244.
80. WADDIL-GOAD, S., 2016. *Nurse burnout: overcoming stress in nursing*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International. ISBN 978-19-388-3590-2.
81. WENDSCHE, P., POKORNÁ A., ŠTEFKOVÁ I., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-807262-894-0.
82. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452–67. ISSN 1211-1244.
83. ŽALUDEK, A., 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2275-2.



## **8 Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra

**Příloha č. 2:** Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

**Příloha č. 3:** Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

**Příloha č. 4:** Souhlas informanta s účastí ve výzkumu

**Příloha č. 5:** Záznamový arch činností nepřímé péče

**Příloha č. 6:** Záznamový arch činností přímé péče

**Příloha č. 7:** Rozhovor

**Příloha č. 8:** Článek

## 9 Seznam zkratek

aj.	a jiné
apod.	a podobně
Bc.	Bakalář
č.	číslo
DiS.	Diplomovaný specialista
EKG	elektrokardiografie
GDPR	General Data Protection Regulation
i.m.	intramuskulární podání
i.v.	intravenózní podání
JIP	Jednotka intenzivní péče
např.	například
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
s.c.	subkutánní podání
tzv.	takzvaně

**Příloha č. 1:** Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra

**KVALIFIKAČNÍ STANDARD  
PŘÍPRAVY NA VÝKON  
ZDRAVOTNICKÉHO  
POVOLÁNÍ  
VŠEOBECNÁ SESTRA**

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy vydává v souladu s ustanovením § 5 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 96/2004 Sb.“) a ustanovení § 4 vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 39/2005 Sb.“), kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra

- a) v nejméně tříletém akreditovaném zdravotnickém bakalářském studijním programu
- b) v nejméně tříletém studiu v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole

v němž se specifikují podrobněji minimální požadavky na výše uvedený studijní nebo vzdělávací program. Cílem je, aby absolventi daného programu byli odpovídajícím způsobem připraveni k výkonu zdravotnického povolání všeobecná sestra.

Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy doporučuje vysokým školám<sup>1</sup> a vyšším odborným školám<sup>2</sup> pro získání souhlasu Ministerstva zdravotnictví podle zákona o vysokých školách<sup>1</sup> nebo školského zákona<sup>2</sup>, se tímto metodickým doporučením při přípravě studijního nebo vzdělávacího programu řídit.

**Název studijního programu/oboru vzdělávání:**

- Všeobecné ošetřovatelství, bakalářský studijní program
- Diplomovaná všeobecná sestra, vzdělávací program pro Vyšší odborné školy

<sup>1</sup> Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

<sup>2</sup> Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Obr. 1 Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra  
(Zdroj: MZČR)

Standardní doba studia/vzdělávání: nejméně 3 roky a nejméně 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho je doba praktického vyučování nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3 000 hodin<sup>3</sup>.

Za praktické vyučování se s odkazem na ustanovení § 3 odst. 5 vyhlášky č. 39/2005 Sb.<sup>3</sup> pro účely tohoto kvalifikačního standardu považuje ta část výuky, která probíhá ve zdravotnickém zařízení, ve vlastním sociálním prostředí pacienta a v zařízeních sociálních služeb poskytujících zdravotní péči.

Celková délka, úroveň a kvalita praktického vyučování v jiné než denní nebo prezenční formě studia dle § 3 odst. 7 výše uvedené vyhlášky nesmí být nižší než v případě denní nebo prezenční formy. Délka může být zkrácena pouze o dobu doloženého praktického vyučování absolvovaného při studiu příslušného nebo obdobného zdravotnického programu, případně o dobu výkonu zdravotnického povolání.

#### **Forma studia/forma vzdělávání<sup>4</sup>:**

- v bakalářském studijním programu: prezenční, kombinovaná
- ve vzdělávacím programu pro vyšší odborné školy: denní, kombinovaná

#### ***1. Cíle studijního programu/vzdělávacího programu***

1. Cíle týkající se získání profesní kvalifikace k poskytování ošetrovatelské péče orientované na individuální potřeby jednotlivců, jejich rodin a komunit ve zdraví i nemoci založené na důkazech (Evidence Based Practice).
2. Cíle směřující k získání znalostí právních předpisů v oblasti poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče v České republice (dále jen „ČR“).
3. Cíle vedoucí k získání profesní kvalifikace zdravotnického pracovníka opravňující k výkonu zdravotnického povolání<sup>5</sup>.
4. Cíle vedoucí k dosažení vzdělání ve zdravotnickém oboru jako základního předpokladu k celoživotnímu profesnímu vzdělávání.

<sup>3</sup> Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>4</sup> § 44 odst. 4 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

§ 25 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

<sup>5</sup> § 5 zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

Obr. 2 Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra (Zdroj: MZČR)

4.5 Účastní se rozhodovacích procesů v oblasti zdravotní politiky a řízení, které se týkají ošetřovatelství a zdravotně sociálního pomezí.

Všeobecná sestra plní uvedené kompetence v souladu s platnými právními předpisy, etickými normami a profesními standardy.

#### **IV. Podmínky odborného vzdělávání**

##### **1. Vstupní podmínky**

Podmínky k přijetí do studijního nebo vzdělávacího programu, které je uchazeč/ka povinen/a splnit:

- 1.1 Ke studiu může být přijat/a uchazeč/ka, který/á splnil/a podmínky přijímacího řízení vysoké školy<sup>1</sup> nebo vyšší odborné školy<sup>2</sup>.
- 1.2 Jeho/její zdravotní stav splňuje zdravotní kritéria stanovená pro studium, která jsou v souladu s platnými právními předpisy<sup>8</sup>.
- 1.3 Cizinci mohou studovat ve studijním/vzdělávacím programu po splnění požadavků, které na ně kladou právní předpisy České republiky a mezinárodní smlouvy.

##### **2. Průběžné podmínky**

Povinnosti, které musí student/ka splnit v průběhu studia/vzdělání, stanovuje:

- studijní program a studijní plán, které jsou v souladu se studijním a zkušebním řádem vysoké školy<sup>1</sup>,
- vzdělávací program a učební plán vyšší odborné školy<sup>2</sup>, které jsou v souladu se školním řádem vyšší odborné školy.

##### **3. Výstupní podmínky, ukončování studia/vzdělávání<sup>9</sup>**

Způsob a podmínky ukončení studia/vzdělávání vymezují:

- studijní program, studijní plán, studijní a zkušební řád vysoké školy<sup>1</sup>,
- vzdělávací program, učební plán a školní řád vyšší odborné školy<sup>2</sup>.

3.1 Podmínkou ukončení studia/vzdělávání je splnění požadavků studijního/vzdělávacího programu, získání předepsaného počtu kreditů a splnění předepsaných studijních/vzdělávacích povinností do doby dané maximální možnou délkou studia/vzdělávání.

<sup>8</sup> Vyhláška č. 271/2012 Sb., vyhláška o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku a nařízení vlády č. 211/2010 Sb., o soustavě oborů vzdělání a o podmínkách zdravotní způsobilosti uchazečů ke vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>9</sup> § 55 zákona č. 111/1998 Sb., zákon o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů, a § 101, §102 a § 103 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů.

Obr. 3 Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra (Zdroj: MZČR)

3.2 Vysokoškolské studium se řádně ukončuje státní závěrečnou zkouškou, která se zpravidla skládá z:

- obhajoby bakalářské práce
- zkoušky z:
  - Ošetřovatelství (ošetřovatelství, ošetřovatelský proces a potřeby, transkulturní ošetřovatelství, výzkum v ošetřovatelství)
  - Ošetřovatelství v klinických oborech
  - Humanitních věd (psychologie, pedagogika, právo a etika v ošetřovatelství)

3.3 Vyšší odborné vzdělávání se ukončuje absolutoriem, které se zpravidla skládá z:

- obhajoby absolventské práce
- zkoušky z cizího jazyka
- zkoušky z:
  - Ošetřovatelství (ošetřovatelství, ošetřovatelský proces a potřeby, transkulturní ošetřovatelství, výzkum v ošetřovatelství)
  - Ošetřovatelství v klinických oborech
  - Humanitních věd (psychologie, pedagogika, právo a etika v ošetřovatelství)

Obr. 4 Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra (Zdroj: MZČR)

**Příloha č. 2:** Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Strana 484	Sbírka zákonů č. 55 / 2011	Částka 20
<p>režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví<sup>6)</sup>,</p>	<b>§ 4</b>	
<p>c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů<sup>7)</sup>, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,</p> <p>d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,</p> <p>e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,</p> <p>f) podílí se na přípravě standardů.</p>	<b>Všeobecná sestra</b>	
<p>(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 30 až 43 po získání odborné způsobilosti<sup>8)</sup> pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti</p>	<p>(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může</p>	
<p>a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,</p> <p>b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.</p>	<p>a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),</p> <p>b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,</p> <p>c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,</p> <p>d) zajišťovat herní aktivity dětí,</p> <p>e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),</p> <p>f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,</p> <p>g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,</p> <p>h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,</p> <p>i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,</p> <p>j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrova-</p>	
<p>(3) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené jiným právním předpisem<sup>9)</sup>.</p>		
<p>(4) Zdravotnický pracovník, který vykonává činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka se specializovanou způsobilostí, může také vykonávat z těchto činností úzce vymezené činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, který je v rozsahu své zvláštní odborné způsobilosti k výkonu takových úzce vymezených činností způsobilý.</p>		
<p><sup>6)</sup> Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.</p>		
<p><sup>7)</sup> Například zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně, ve znění pozdějších předpisů.</p>		
<p><sup>8)</sup> § 29 až 42 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění zákona č. 189/2008 Sb.</p>		
<p><sup>9)</sup> Zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.</p>		

Obr. 5 Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Zdroj: Sbírka zákonů)

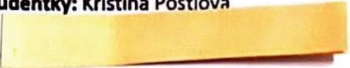


<p>telských postupech a připravovat pro ně informační materiály,</p> <p>k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,</p> <p>l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,</p> <p>m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,</p> <p>n) přijímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek<sup>10)</sup>, (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,</p> <p>o) přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky<sup>11)</sup> a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.</p>	<p>nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může</p> <p>a) podávat léčivé přípravky<sup>10)</sup> s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,</p> <p>b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,</p> <p>c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,</p> <p>d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,</p> <p>e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,</p> <p>f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastriční sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,</p> <p>g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.</p>
<p>(2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.</p>	<p>(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může</p>
<p>(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při</p>	<p>a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty<sup>12)</sup>,</p> <p>b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků<sup>13)</sup> a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetrovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.</p>
<p><sup>10)</sup> Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.</p> <p><sup>11)</sup> Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Nařízení vlády č. 336/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Nařízení vlády č. 154/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve znění nařízení vlády č. 307/2009 Sb. Nařízení vlády č. 453/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro, ve znění nařízení vlády č. 246/2009 Sb.</p> <p><sup>12)</sup> § 2 odst. 2 písm. l) zákona č. 378/2007 Sb.</p> <p><sup>13)</sup> § 2 odst. 2 písm. n) zákona č. 378/2007 Sb., ve znění zákona č. 296/2008 Sb.</p>	

Obr. 6 Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Zdroj: Sbírka zákonů)



### Příloha č. 3: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

**Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce**

**Fakulta:** Jihočeská univerzita - Zdravotně sociální fakulta  
**Studijní program/obor:** Všeobecné ošetřovatelství  
**Jméno a příjmení studenta/studentky:** Kristina Postlová  
**Kontaktní údaje (e-mail, tel.):**   
**Název zdravotnického zařízení:**   
**Oddělení:**   
**Název práce:** Časový snímek práce všeobecných sester na standardním pracovišti  
**Hypotézy, výzkumné otázky:**

1. Jaké činnosti vykonává všeobecná sestra na vybraném standardním pracovišti?
2. Jaká je délka jednotlivých vykonávaných činností v průběhu jedné směny na vybraném standardním pracovišti?
3. Jaká doporučení navrhnou všeobecné sestry pro optimalizaci práce na vybraném standardním pracovišti?

**Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:**

Výzkum bude realizován kvalitativní metodou výzkumu. První výzkumnou technikou bude polostrukturovaný rozhovor, druhá použitá technika bude pozorování. Pozorován bude časový snímek práce všeobecné sestry při 12hodinové směně. Mezi pozorované prvky budou patřit činnosti, které všeobecná sestra vykonává a jejich časová náročnost. Dále tyto činnosti budou rozděleny do kategorií, a to zejména na přímou a nepřímou péči (administrativní úkony apod.). Veškeré získané informace budou zaznamenávány do předem vytvořeného záznamového archu. Rozhovor bude zaměřen na otázky týkající se především na návrh doporučení všeobecných sester.

Výzkumný vzorek bude tvořen cca 10 všeobecnými sestrami ze standardního oddělení (počet: po dosažení teoretické saturace).


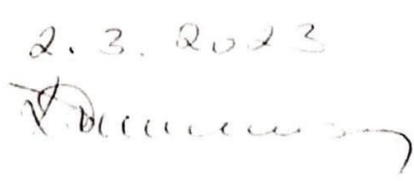
**Předpokládané výstupy:**  
Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku pojednávající o time managementu.


**Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:**

**Jméno:** Mgr. Martin Krause, Ph.D.      **Podpis:** Krause, Ph.D.      Digitálně podepsal Mgr. Martin Krause, Ph.D.  
Datum: 2022.02.28  
17:31:53 +01'00'

**Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:**

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.  souhlasím

**Jméno:**       **Podpis:** 



Obr. 7 Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

#### **Příloha č. 4: Souhlas informanta s účastí ve výzkumu**

##### **Souhlas informanta s účastí ve výzkumu**

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce bych Vás tímto chtěla požádat o udělení souhlasu s účastí ve výzkumném šetření. Výzkum bude realizován technikou polostrukturovaného pozorování a polostrukturovaného rozhovoru, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím mobilního telefonu) a následně zpracován.

V bakalářské práci bude zajištěna anonymita informantů, ve výstupu výzkumu bude rovněž zachována anonymita.

Svým podpisem souhlasíte s účastí ve výzkumu a s výše uvedenými podmínkami v rámci zpracování bakalářské práce.

Jméno a příjmení informanta: \_\_\_\_\_ Podpis informanta: \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_

Obr. 8 Souhlas informanta s účastí ve výzkumu (Zdroj: autor)

**Příloha č. 5: Záznamový arch činností nepřímé péče**

Tabulka 21 Záznamový arch činností nepřímé péče

Snímek pracovního dne	Pracovní doba 6:00-18:00
	Informant č.
Činnosti nepřímé péče	Čas (min)
a) Administrativní činnosti	
• Ošetrovatelská dokumentace	
• Práce s informačním systémem nemocnice	
• Papírový příjem pacientů	
• Papírové propouštění pacientů	
• Papírové převzetí pacienta z JIP	
b) Předání hlášení	
c) Příprava na vykonání ošetrovatelských intervencí	
• Příprava injekcí	
• Příprava léků per os	
• Příprava pomůcek na PMK	
• Příprava pomůcek na PŽK	
• Příprava pomůcek na klyзма	
• Příprava infuzí	
• Příprava léků i.v.	
• Příprava na odběr biologického materiálu	
d) Mimořádné činnosti	
• Ukládání léčivých přípravků	
• Doplnování materiálu	
e) Ostatní činnosti	
• Odpočinek	
• Nezaznamenáno	
• Nesouvisející	
f) Dekontaminace a likvidace materiálu	

(Zdroj: autor)

**Příloha č. 6: Záznamový arch činností přímé péče**

Tabulka 22 Záznamový arch činností přímé péče

Snímek pracovního dne	Pracovní doba 6:00-18:00
	Informant č.
Činnosti přímé péče	Čas (min)
a) Podávání léčivých přípravků	
• Léky per os	
• Léky i.v.	
• Léky i.m.	
• Léky s.c.	
b) Měření fyziologických funkcí	
• Tělesná teplota	
• Krevní tlak	
• EKG	
c) Odborné výkony	
• Zavádění PMK	
• Zavádění PŽK	
• Provedení klyisma	
d) Odběr biologického materiálu	
• Žilní krev	
• Moč	
e) Vizita, příjem a propouštění pacientů	
• Asistence při vizitě	
• Příjem pacientů	
• Propuštění pacientů	
f) Ranní hygienická péče	
g) Transport pacientů	
• Předání pacientů na operační sál	
• Převzetí pacientů z dospávacího pokoje	
h) Péče o rány a invazivní vstupy	
• Péče o rány	
• Péče o invazivní vstupy	
i) Extrakce invazivních vstupů	
• Periferní žilní katétr	
• Permanentní močový katétr	
• Drén	
j) Signalizační zařízení	
k) Výdej stravy	

(Zdroj: autor)

## **Příloha č. 7: Rozhovor**

1. Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra?
2. Jak dlouho pracujete na tomto pracovišti?
3. Jaká doporučení navrhuje v rámci optimalizace práce všeobecných sester při příjmu pacienta?
4. Jaká doporučení navrhuje v rámci optimalizace práce všeobecných sester v oblasti administrativního příjmu pacientů?
5. Jaká doporučení navrhuje v rámci optimalizace práce všeobecných sester při předávání pacienta na operační sál?
6. Jaká doporučení navrhuje v rámci optimalizace práce všeobecných sester v oblasti vedení ošetrovatelské dokumentace?
7. Jaká doporučení navrhuje v rámci optimalizace práce všeobecných sester v oblasti práce s informačním systémem nemocnice?
8. Jaká další doporučení navrhuje v rámci práce všeobecných sester na Vašem pracovišti?

## TIME MANAGEMENT:

### Časový snímek práce všeobecných sester na standardním pracovišti

Kristina Postlová, Martin Krause

**Úvod:** Time management je nedílnou součástí profesí, ve kterých je zapotřebí umět čas adekvátně využívat. Ve zdravotnictví je častým problémem nedostatek času. Všeobecná sestra by měla mít veškeré dovednosti potřebné k naplánování pracovního dne tak, aby pro nezbytnou administrativu, ale i pro své pacienty měla adekvátní množství času, které je potřebné k poskytnutí co nejkvalitnější a bezpečné péče. Pomocí time managementu je možné čas strávený u pacienta využít na maximum.

**Metodika:** Design empirického šetření byl tvořen kvalitativní metodou, pomocí polostrukturovaného pozorování byl zaznamenáván časový snímek práce 8 všeobecných sester pracujících na oddělení chirurgického charakteru ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje.

**Výsledky:** Pro poskytování přímé péče všeobecné sestry potřebovaly 30–40 % času ze směny. Pro vykonávání intervencí v rámci nepřímé péče 38–50 %. Za nejvíce časově náročnou část směny byla shledána práce při vedení ošetrovatelské dokumentace.

**Závěr:** Zjištěné výsledky poukazují na převládání nepřímé péče o pacienty, a to zejména v oblasti vedení ošetrovatelské dokumentace. Avšak důležitým aspektem je otázka, jak moc jsou schopny všeobecné sestry organizovat a optimalizovat čas, který využívají k poskytování intervencí u pacientů, jak v souvislosti s přímou, tak nepřímou péčí.

**Klíčová slova:** ošetrovatelství, time management, analýza práce, časový snímek, všeobecné sestry

#### Time management: How general nurses can optimize their working time

**Introduction:** Time management is an integral part of professions in which it is necessary to be able to use time adequately. Lack of time is a common problem in healthcare. A general nurse should have all the skills needed to plan the working day in such a way that she has an adequate amount of time for the necessary administration, but also for her patients, which is necessary to provide the best possible quality and safe care. With the help of time management, it is possible to use the time spent with the patient to the maximum.

**Methodology:** The design of the empirical investigation was based on a qualitative method, with the help of semi-structured observation, a snapshot of the work of 8 general nurses working in a surgical department in a selected hospital in the South Bohemian Region was recorded.

**Results:** General nurses needed 30–40 % of their shift time to provide direct care. For performing interventions within indirect care 38–50 %. The most time-consuming part of the shift was found to be the work of maintaining nursing documentation.

**Conclusion:** The obtained results point to the prevalence of indirect patient care, especially in the area of nursing documentation management. However, an important aspect is the question of how well general nurses are able to organize and optimize the time they use to provide patient interventions, both in relation to direct and indirect care.

**Key words:** nursing, time management, job analysis, time frame, general nurses

#### Úvod

Pojem time management je označováno řízení času. Pomocí řízení času je možné smysluplně a efektivně pracovat. V time managementu je naráženo na bariéry, které mohou způsobit nechtěný úbytek pracovního času. Nevhodná organizace pracovního místa může vést k zbytečnému hledání dokumentů či potřebných pomůcek. Prokrastinací se kumulují výkony, na které následně zbyde méně času, a důsledkem může být nekvalitně odvedená práce. Neschopností odmítnout úkon, který není v přímé kompetenci vykonávané pozice, hrozí oddalování úkonů, které jiný člen týmu vykonat nemůže (Barták, 2021). Time management je způsob, jak rozvíjet a využívat procesy pro maximální efektivitu

a produktivitu. Zahrnuje soubor dovedností, jako stanovování cílů a plánování. Pokud je time management využíván, je výsledkem lepší hospodaření s časem a efektivnější rozhodování o tom, jak s ním bude vynaloženo (Said, 2014). K tomu, aby se efektivně kontroval a sledoval osobní a profesní čas, jsou potřebné dovednosti ke stanovení cílů, schopnost stanovit si priority, plánovat a organizovat. Způsob, jakým jednotlivec pracuje s časem, také ovlivňuje, zda se bude cítit psychicky vypjatý. Lidé, kteří nevládají organizaci svého času, si následně stěžují, že ho mají nedostatek. Time management je tedy vhodný k dosažení svých cílů v co nejkratším možném čase. Výhody managementu času jsou v oblastech vyšší

produktivity, menšího stresu či zlepšení efektivitu práce (G Nayak, 2018). Čas ve zdravotnictví je aktuálně velkým problémem, je kladen důraz jak na kvalitu a bezpečnost ošetrovatelské péče tak na její efektivitu. Dlouhodobě léčení pacienti jsou časově náročnější než pacienti s potřebou krátkodobé hospitalizace. Z tohoto

důvodu je omezení důvodu je omezení nárůstu dlouhodobě léčených pacientů a zkrácení délky jejich hospitalizace považováno za důležitý bod pro časovou optimalizaci náročnosti práce (Goldsby et al., 2020).

## Metodika

Výzkumné šetření bylo zpracováno pomocí kvalitativní metody výzkumu. Vybranou technikou pro získání potřebných dat bylo polostrukturované pozorování. Pozorován byl časový snímek práce všeobecných sester při 12hodinové směně. Pozorovanými prvky byli vybrané kategorie činností, které všeobecná sestra vykonává a jejich časová náročnost. Tyto činnosti byly dále rozděleny do kategorií, a to zejména na přímou a nepřímou péči. Samotné pozorování probíhalo v nemocnici v Jihočeském kraji na standardním chirurgickém pracovišti. Před zahájením pozorování byl vytvořen záznamový arch. Na pracovišti byla všeobecná sestra pozorována celou směnu, což představovalo časový úsek od 6 hodin do 18 hodin. Činnosti byly stopovány za pomoci stopky, výsledný čas byl následně zaznamenán do záznamového archu v minutách. Časy zaznamenané v archu byly následně sečteny a přeneseny do připravených tabulek v aplikaci MS Word. K analýze dat byla zvolena metoda tzv. zakotvené teorie.

## Výsledky

Pozorování bylo realizováno na základě předem vytvořeného záznamového archu (viz Tabulka 1 a 2) s vytyčenými kategoriemi činností, které byly pozorovány z hlediska časové náročnosti. Pozorování bylo stavěno na dvou hlavních kategoriích, a to na přímé péči a nepřímé péči o pacienta. Tyto dvě kategorie byly nadále členěny na další podkategorie, které s danou péčí souvisejí. Na vybraném standardním pracovišti se ošetrovatelská péče zajišťuje metodou skupinové péče. Všeobecná sestra ošetřuje předem určenou skupinu pacientů podle pokojů, avšak podle domluvy s ostatními všeobecnými sestrami si s určitými výkony či dokumentací navzájem vypomáhají. Z tohoto důvodu se v určitých výsledných tabulkách objevují časové záznamy, kdy všeobecná sestra daný výkon za celý den nepraktikovala ani minutu.

V tabulce jsou uvedeny součty veškerých naměřených časů. U každé podkategorie jsou sečteny všechny body, které obsahovala, a následně jsou sečteny všechny tyto časy. První část tabulky zaznamenává činnosti přímé péče, z té je zřejmé, že přímá péče vykonávaná všeobecnými sestrami na tomto pracovišti se pohybuje v rozmezí 2,5 až 4,5 hodin. To znamená, že z 12hodinové směny všeobecné sestry věnují přímé péči mezi 30–40 %. Nejméně času přímé péči věnovala za svou směnu S4, a to 221 minut. Nejvíce času S1, a to 270 minut, což je skoro o celou hodinu více než S4. Všeobecné sestry na tomto pracovišti věnují přímé péči v průměru 250 minut, což znamená 4 hodiny a 10 minut. Další část zaznamenává součet činností nepřímé péče. Z tabulky 3 je patrné, že všeobecné sestry věnují nejvíce minut administrativním činnostem. Veškeré naměřené časové údaje

Snímek pracovního dne	Pracovní doba 6:00-18:00
	Informant č.
Činnosti nepřímé péče	Čas (min)
a) Administrativní činnosti	
b) Předání hlášení	
c) Příprava na vykonání ošetrovatelských intervencí	
d) Mimořádné činnosti	
e) Ostatní činnosti	
f) Dekontaminace a likvidace materiálu	

Tab. 1 Záznamový arch – nepřímá péče

Snímek pracovního dne	Pracovní doba 6:00-18:00
	Informant č.
Činnosti přímé péče	Čas (min)
a) Podávání léčivých přípravků	
b) Měření fyziologických funkcí	
c) Odborné výkony	
d) Odběr biologického materiálu	
e) Vizita, příjem a propouštění pacientů	
f) Ranní hygienická péče	
g) Transport pacientů	
h) Péče o rány a invazivní vstupy	
i) Extrakce invazivních vstupů	
j) Signalizační zařízení	
k) Výdej stravy	

Tab. 2 Záznamový arch – přímá péče

Z tabulky 3 je patrné, že všeobecné sestry věnují nejvíce minut administrativním činnostem. Veškeré naměřené časové údaje se blíží 300 minutám. Nejnižší zaznamenaný čas věnovaný nepřímé péči činí 276 minut, což znamená 4 hodiny a 36 minut. Nejvyšší zachycený čas je o necelých 100 minut vyšší a činí 363 minut, tedy 6 hodin a 3 minuty. To znamená, že všeobecné sestry nad poskytováním nepřímé péče stráví 38–50 % času ze své

směny. Průměrně tedy 308 minut. V neposlední řadě musí být shrnuty výsledky odpočinku všeobecných sester a čas strávený nad ostatními činnostmi. Nejméně času pro pauzu určenou pro stravování využila S1, a to 29 minut, S7 naopak nejvíce času, a to 49 minut. Pozorované všeobecné sestry nad ostatními činnostmi stráví v průměru 126 minut za směnu, přičemž nejvyšší zaznamenaný čas činí 149 minut a dosáhla ho S7, nejnižší čas 109 minut byl zachycen u S4 (viz Tabulka 3).

Činnosti přímé péče	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Ranní hygienická péče	18	12	9	16	20	17	20	13
Podávání léčivých přípravků	35	35	40	16	37	44	26	24
Měření vitálních funkcí	24	18	6	23	24	21	18	15
Odborné výkony	19	19	6	20	21	11	8	22
Odběr biologického materiálu	10	12	18	18	17	12	9	15
Vizita, příjem a propouštění pacientů	51	59	58	41	67	67	63	50
Signalizační zařízení	8	15	12	20	21	14	18	17
Transport pacientů	52	54	37	35	20	30	42	59
Péče o rány a invazivní vstupy	32	27	23	19	13	19	16	26
Extrakce invazivních vstupů	3	5	4	3	3	1	2	6
Výdej stravy	18	12	16	10	20	17	14	13
<b>Součet časů všech činností</b>	<b>270</b>	<b>268</b>	<b>229</b>	<b>221</b>	<b>263</b>	<b>253</b>	<b>236</b>	<b>260</b>
<b>Činnosti nepřímé péče</b>								
Administrativní činnosti	178	175	218	255	211	188	185	192
Předání hlášení	44	37	51	42	48	50	47	52
Příprava na vykonání ošetrovatelských intervencí	49	53	40	45	38	50	42	43
Mimořádné činnosti	10	5	20	16	0	23	8	9
Dekontaminace a likvidace materiálu	5	6	4	5	6	3	4	3
<b>Součet časů všech činností</b>	<b>286</b>	<b>276</b>	<b>333</b>	<b>363</b>	<b>303</b>	<b>314</b>	<b>286</b>	<b>299</b>
<b>Ostatní činnosti</b>								
Odpočinek	29	39	36	27	33	37	49	44
Ostatní činnosti (nezachyceno, další činnosti)	135	137	122	109	121	116	149	117
<b>Součet časů všech činností</b>	<b>164</b>	<b>176</b>	<b>158</b>	<b>136</b>	<b>154</b>	<b>153</b>	<b>198</b>	<b>161</b>

Tab. 3 Výsledky pozorování

## Diskuze

Podávání léčivých přípravků bylo vyhodnoceno jako první z nejvíce časově náročných aktivit všeobecných sester. Všeobecné sestry nemohou ovlivnit náročnost a množství předepsané medikace u pacientů, a tím optimalizovat čas

strávený nad jejím podáním. Vznik možných pochybení při podávání léčiv může nastat při časové tísní, kdy je ordinováno větší množství léků, při neadekvátní komunikaci ohledně léčiv či nedostatečnému personálnímu zabezpečení pracoviště a nedostatečných znalostí všeobecných sester v oblasti léčiv (Brabcová et al., 2021; Brabcová et al., 2022). Za další nejnáročnější činnost lze považovat vizitu, příjem a propouštění pacientů. Z těchto tří podkategorií byl za nejnáročnější a také nejvíce proměnnou činnost vybrán příjem pacientů. Pokorná et al. (2013) považuje sběr anamnézy od pacienta za velmi důležitý, zmiňuje také nedostatek v synchronizaci nemocnic ohledně využívání hodnotících škál v rámci překlady pacienta. Jehu et al. (2020) označuje pád jako jednu z nejzávažnějších komplikací, která u hospitalizovaného pacienta může nastat, s tímto souhlasí také Brabcová et al. (2021), která uvádí jako možný následek pádu vážné poranění či až katastrofální následky. Tyto skutečnosti poukazují na důležitost příjmu pacienta z ošetrovatelského hlediska.

Poslední nejvíce časově náročnou a také časově proměnnou činností přímé péče, byla vyhodnocena podkategorií transport pacientů. Transporty pacientů na sál jsou považovány za pouhé předání pacienta. Wendsche et al. (2012) hovoří o důležitosti představení personálu operačních sálů pacientovi, a to z důvodu, co nejvyšší eliminace nepříjemných pocitů, které mohou pacienta čekajícího na operační výkon postihnout. S tímto názorem se ztotožňuje Jedličková et al. (2012), která dodává negativní vliv soukromých rozhovorů mezi personálem na pacienta. Čas věnovaný administrativním činnostem je velmi proměnný. Záleží na mnoha faktorech, rozhodující mohou být například státní svátky, je operační program omezen pouze na akutní výkony, tudíž pracoviště nepřijme tolik pacientů jako za všedního dne. Vyhláška č. 98/2012 Sb. zmiňuje důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace adekvátním způsobem a uvádí také způsoby a povinnosti při zaznamenávání. Informantky prováděly během pozorování nespočet zápisů a kontrol. Od zapsání tělesné teploty, přes vykazování antibiotik, až po kontrolu podané medikace. Špinar et al. (2013) uvádí, že elektronická forma vedení ošetrovatelské dokumentace je přehlednější pro zdravotnické pracovníky, a to z důvodu eliminace nutnosti vyhledávání informací ve velkém množství dokumentů. Proti tomuto názoru se staví Messer (2016), který za nevýhody považuje vysoké pořizovací náklady a náročnost proškolení veškerého zdravotnického personálu, který disponuje kompetencemi pro vedení ošetrovatelské dokumentace.



systém využívaly především pro vytváření žádank na vyšetření či na laboratorní vyšetření odebraného biologického materiálu. Mason a Leong (2015) uvádí jako nevýhodu nemocničních informačních systémů snížení rychlosti a efektivity práce, a to z hlediska využívání systému uživateli, kteří se v něm nedostatečně orientují či neadekvátního zaškolení uživatelů.

Výzkum Van Den Oetelaar et al. (2018) uvádí potřebu 25,5 až 44,4 % času ze směny pro vykonávání nepřímé péče, námi prováděný výzkum interpretuje potřebu 38 až 50,5 % času. Zastoupení péče, která je vykonávána přímo u pacienta, je v procentech následující, nejnižší procentuální zastoupení přímé péče je 30,7 % a nejvyšší 37,5 %. Van Den Oetelaar et al. (2018) při pozorování všeobecných sester získal data, které výkonu přímé péče přiřazují 40,1 až 55,8 % času. Zbylá procenta poukazují na nezachycené činnosti a odpočinek všeobecných sester. Tyto činnosti se pohybovali mezi 18 a 28 %, Van Den Oetelaar et al. (2018) těmto činnostem přiřazuje 13,5 až 17,2 %.

### Závěr

Zjištěné výsledky poukazují na převládání nepřímé péče o pacienty, a to zejména v oblasti vedení ošetrovatelské dokumentace. Určité zdroje zmiňují například možnost optimalizace práce a času pomocí vedení ošetrovatelské dokumentace pouze v elektronické verzi. Avšak i toto řešení má svá negativa, která by později mohla všeobecným sestram působit více problémů než dosavadní způsob vedení dokumentace. Dalšími významnými aspekty je časová náročnost při příjmu pacientů a vyplňování anamnéz. Pomocí pozorování také byla zjištěna vyšší časová náročnost transportu pacientů na operační sál, avšak optimalizace této problémové oblasti je v kompetencích jiných pracovníků. Otázkou je, zdali jsou samotné všeobecné sestry schopny optimalizace činností, které jsou dle nich nejvíce časově náročné. Nezbytnými aspekty pro správné řízení času v ošetrovatelské péči je schopnost organizace práce a určitá úroveň zručnosti.

### Literatura

1. BARTÁK, J., 2021. *Osobnostní management*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3114-3.
2. BRABCOVÁ, I. et al., 2021 FMEA used for the risk control in healthcare. *Onkologie*. **15**(4), 197-203. DOI 10.36290/xon.2021.039
3. BRABCOVÁ, I., et al., 2021. Monitoring and analysis of fall risk factors in hospitalized patients. *Vnitřní lékařství*. 2021, **67**(7), E3-E7. DOI 10.36290/vnl.2021.113
4. BRABCOVÁ, I., et al., 2022. Evaluation of medication errors in the hospital environment. *Vnitřní lékařství*. **68**(6), E03-E09. DOI 10.36290/vnl.2022.084

5. G NAYAK, S., 2018. Time Management in Nursing – Hour of need. *International Journal of Carin Sciences*. **11**(3), 1997–2000. ISSN 1792–037X.
6. GOLDSBY, E., et al., 2020. Under Pressure: Time Management, Self-Leadership, and the Nurse Manager. *Administrative Sciences*. **10**(3), 1–18. DOI 10.3390/admsci10030038.
7. JEDLIČKOVÁ, J., et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-543-3.
8. JEHU, D., A., DAVIS, J., C., LIU-AMBROSE, T. 2020. Risk factors for recurrent falls in older adults: a study protocol for a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*. **10**(5), 1–5. DOI 10.1136/bmjopen-2019-033602
9. MASON, CH., LEONG, T., 2015. Clinical information systems in the intensive care unit. *Anaesthesia and intensive care medicine*. **17**(1), 13–16. DOI 10.1016/j.mpaic.2015.10.011.
10. MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0215-0.
11. POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
12. SAID, N. B., 2014. Time Management in Nursing Work. *International Journal of Caring Sciences*. **7**(3), 746–749. ISSN 1791-5201.
13. ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.
14. VAN DEN OETELAAR, W. F. J. M., et al. 2018. Mapping nurses' activities in surgical hospital wards: A time study. *PLOS ONE*. **13**(4), 1–18. DOI 10.1371/journal.pone.0191807
15. Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 39, s. 1666–69. ISSN 1211-1244.
16. WENDSCHE, P., POKORNÁ A., ŠTEFKOVÁ I., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-807262-894-0.