



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Pracovní podmínky sester na akutních lůžkách

Vypracoval: Bc. Markéta Švecová DiS.
Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph. D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato diplomová práce nese název „Pracovní podmínky sester na akutních lůžkách“. Jako objekt zkoumání byla vybrána oblast zdravotnictví, intenzivní medicína, která se prolíná do všech oborů a stala se velmi zajímavým multidisciplinárním odvětvím medicíny. Pro diplomovou práci je dále objektem zájmu nelékařský zdravotnický personál, neboť nároky kladené na tento personál intenzivních jednotek jsou vysoké.

Diplomová práce nejprve mapuje obor intenzivní medicína a vnáší jej do souvislosti s ošetrovatelstvím. Dále popisuje roli sester, zmiňuje se o systému jejich vzdělávání, změnách, kterými systém prošel a o zvláštностech pro intenzivní medicínu. Pro pochopení širších souvislostí a empirické části práce je rozpracován také chod II. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze z pohledu ošetrovatelské péče, včetně souvisejících interních a právních předpisů. S ohledem na to, že koronární jednotka je svým vybavením a potřebami na hranici mezi poskytovatelem resuscitační a vyšší intenzivní péče, byla v práci podrobně sledována i specifika ošetrovatelské péče právě pro tuto jednotku. Jednotlivé faktory ztěžující pracovní výkon jsou měnitelné, zčásti jsou však ovlivněny lidským faktorem a mají své limity, jejichž překročení či změna může být problémem. Diplomová práce se vydala cestou zkoumání pracovních podmínek sester na akutních lůžkách, neboť ty lze pro celý tým pozitivně a samozřejmě i negativně ovlivňovat a jedná se o hodnotitelnou veličinu.

K získání údajů bylo použito kvalitativního šetření formou nestandardizovaného rozhovoru. Osloveno bylo celkem patnáct sester pracujících na akutních lůžkách Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Charakteristika výzkumného souboru lehce nastiňuje osobní situaci dotazovaných, ale dále je již zachována linie směrem ke splnění cílů práce. Těmi bylo určeno zjištění názorů sester pracujících na akutních lůžkách na jejich pracovní podmínky; zjištění, které faktory ztěžují jejich pracovní podmínky; způsob jak tyto faktory eliminovat a jak zkvalitnit ošetrovatelskou péči. Deset výzkumných otázek bylo formulováno tak, aby rozhovory s respondenty mohly být kategorizovány a souhrnně vyhodnoceny. Jednotlivé cíle jsou naplňovány společně

podle okruhů témat výzkumných otázek (materiální vybavení, personální vybavení, komunikace s managementem), neboť tak je vyhodnocení přehlednější.

Nejvýraznějším faktorem negativně ovlivňujícím pracovní podmínky se ukázal nedostatek v oblasti materiálního vybavení, konkrétně nedostatek prádla (lůžkovin, pro pacienty). Nedostatek je řešen „sháněním“ prádla na jiných odděleních, což velmi zdržuje a logicky odvádí sestry od jejich skutečné práce. Sestry jsou nuceny velmi pečlivě zvažovat, zda prádlo jednotlivým pacientům vymění, či nikoliv. To vede k nenaplnění jejich představ o kvalitě práce a tím ji taktéž velmi ztěžuje. Řešení není v kompetenci sester, ale spočívá na managementu nemocnice. Jak bylo zjištěno, v současné době dle slov staniční sestry nejvyšší management nemocnice jedná o využití prádelny s pronájmem prádla, která by pro jejich potřeby byla efektivnější. Vyřešením nebo omezením tohoto problému získá personál zpět čas, který musí věnovat na doplňování zásob prádla. V oblasti materiálního vybavení se jako ztížení pracovních podmínek ukázal také občasný nedostatek prostředků k péči o pokožku, tedy tělových mlék k promazávání kůže a ochranných past, které jsou používány k ochraně predilekčních oblastí před tvorbou dekubitů. Předcházení dekubitům je pro pacienty akutních lůžek podstatné, avšak řešením této problematiky je dle výsledků jediné zvýšení rozpočtu. Dostupnost prostředků k péči o pokožku zajistí zlepšení ošetrovatelské péče pouze takříkajíc uvnitř, neboť v současné době je toto řešeno spoluprací s rodinou pacienta, která prostředky dodává na své náklady. Sestry tedy tento nedostatek řeší a kvalita ošetrovatelské péče zůstává zachována. V oblasti materiálního vybavení byl dále identifikován nedostatek a někdy též nedostatečná funkčnost polohovacích pomůcek. Řešením je jejich nákup v dostatečném počtu a kvalitě, avšak toto je opět řešení pro vedení nemocnice. Nesporně by však došlo k ulehčení pracovního výkonu a zlepšení ošetrovatelské péče, neboť nyní sestry v mnohých případech improvizují. Mezi hlavní nedostatky personální oblasti ztěžující výkon pracovních povinností lze řadit nedostatečnou praxi nastupujících sester a okrajově také nedostatečný počet nelékařského zdravotnického personálu. Taktéž se objevil názor hodnotící jako nedostatečný počet pomáhajícího zdravotnického personálu a nedostatky v oblasti úklidu. Důležitým zjištěním je, že zkvalitnění ošetrovatelské péče závisí pouze

na jednom faktoru, a to zvýšení počtu ošetrovateľského personálu s predchádzajúcou praxí. Ošetrovateľská péča je na vysokej úrovni, avšak vyriešenie tohto problému by tímu nesporné prinieslo viac času pre pacienty. Riešením je výber sestier s praxí, ale druhou časťou, ktorá musí byť zároveň splnená, je dostatočné ohodnotenie a celková motivácia, aby zamestnanci na oddelení zostávali. Fluktuácia sestier je veľmi vysoká. Niektoré i po zapracovaní pre náročnosť práce odchádzajú.

Záverom je zistenie, že pri poskytovaní ošetrovateľskej péče na akútnych lôžkách je v oblasti pracovných podmienok stále možné zlepšenie. Väčšina navrhovaných riešení nie je realizovateľná bez podpory managementu, alebo na ňom zväčša závisí. I v súčasnej dobe je však poskytovaná ošetrovateľská péča na výbornej úrovni.

Kľúčová slova: akútne lôžko, intenzívna péča, ošetrovateľstvo, pracovné podmienky, všeobecná sestra.

Abstract

This thesis is called “Working conditions of nurses at acute medical units.” The intensive care medicine was chosen as the main focus of research. It pervades all branches and it became a very interesting multidisciplinary part of medicine. Another subject is non-medical staff, as demands made on them are really high.

First, the thesis deals with intensive care medicine and relates it with nursing. Then it describes the role of nurses, mentions their system of education, changes which has happened and the peculiarities for intensive medicine. The operation of second internal clinic of General University Hospital in Prague from the nursing point of view including related internal and legal regulations is described in more detail in the empirical part, for better understanding wider context. Out of consideration for the fact that a coronary unit (whose staff are the research sample) is on the verge of offering resuscitation and higher intensive care, it is also aimed at and its specifications too. Individual factors making working execution harder can be influenced, although partly they are determined by a human factor and have their limits whose exceeding or change can become a problem. The diploma project investigates the working conditions of nurses at acute medical units because that is what can be both positively and negatively affected and it is measurable.

A qualitative enquiry in the form of non-standard interview was used for collecting the data. Overall fifteen nurses working at acute medical units of General University Hospital in Prague were addressed. Their personal situation is briefly outlined, but the main focus follows the aims in the thesis, i.e. findings of the nurses’ opinions at acute medical units on their working conditions; findings of which factors make their working conditions difficult; ways of eliminating these factors and how to improve the quality of nursing. Altogether ten research questions were formulated so that interviews with respondents could be categorized and analyzed.

The most distinctive factor which negatively influences the working conditions proved to be the lack of material equipment, bed linen in particular. The insufficient amount is solved by “looking for” beddings at other wards, which delays and distracts

the nurses from their real work. The nurses are forced to consider carefully whether or not to change the linen of their patients. This leads to their disillusionment about their image of quality work and it makes it harder too. The solution is not in the competences of nurses but it lies within the authority of the hospital management. It has been established that currently the highest management is considering using laundry with renting the linen which would be more effective. When this problem is solved or limited, the staff will gain the time devoted to supplying provision back. Next problem in material equipment showed to be an occasional shortage of remedies for skin care, e.i. lotions and protective pastes which are used to save predilection areas from creating decubitus. Preventing decubitus is for patients at acute medical units essential, even though the answer to this issue is according to the findings only in raising the budget. The availability of remedies for skin care ensures improvement of nursing only inside because nowadays it is solved with the cooperation of the patient's family who supplies the remedies at their own expenses. Nurses are dealing with the problem and quality of nursing remains. The insufficient number and function of positioning tools has been identified as another problem. The solution is in purchasing sufficient number and quality. However, it lies again within the authority of the management. Without doubt it would lighten working execution and make nursing better, for nurses improvise in a lot of cases. The inadequate practice of new nurses and number of non-medical staff ranks among the principal deficiencies in personal area impeding execution of working duties. The number of helping medical staff is also scarce according to one opinion and lack of cleaning too. The improvement of the quality of nursing depends only on one factor and it is the increase of number in nursing staff with previous practice. These are crucial findings in the thesis. Nursing care is at high level, although solving this problem would bring the team more time for patients. The solution comprises choosing nurses with adequate practice and sufficient incentive payment and overall motivation so that staff would stay in their positions. The research showed that a fluctuation of nurses is quite common. Some staff leaves even after years of practice due to the challenging work.

The thesis came to the conclusion that improvement in the area of working conditions while providing nursing at acute medical units is possible. Most suggested

solutions are not able without the help of management, or are dependent on it fully. However, even today the provided nursing care is at an excellent level.

Key words: acute medical unit, intensive care, nursing, working conditions, nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 5. 2015

.....

Bc. Markéta Švecová DiS.

Poděkování

Vyjadřuji upřímné poděkování paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph. D. za její podnětné komentáře, nápady, kritiku a velmi lidský přístup plný ochoty a trpělivosti při vedení mé diplomové práce. Též děkuji svým kolegům za laskavé svolení k dotazování.

Obsah

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV	15
1.1 Historie a současnost intenzivní medicíny.....	15
1.2 Ošetrovatelství v intenzivní péči.....	16
1.2.1 Specifika ošetrovatelství v intenzivní péči.....	16
1.2.2 Role sester v intenzivní péči, kompetence a systém jejich vzdělávání	19
1.2.3 Role sestry s ohledem na potřeby nemocného	20
1.3 Poskytování péče na intenzivních lůžkách.....	26
1.3.1 Členění akutních lůžek II. interní kliniky VFN, specifika práce na jednotlivých odděleních.....	26
1.3.2 Povinné materiální vybavení lůžek intenzivní péče	28
1.3.3 Pracovní náplně sester na akutních lůžkách	30
1.3.4 Specifika péče o pacienty na lůžkách koronární jednotky II. interní kliniky VFN	31
1.4 Pracovní zátěž sester	33
1.4.1 Pracovní prostředí a jeho vliv na zaměstnance.....	33
1.4.2 Faktory ovlivňující pracovní výkonnost zaměstnance	39
1.4.3 Vliv pracovní zátěže na sestru	42
1.4.4 Podíl managementu na ovlivnění pracovní zátěže zaměstnance	46
2 CÍLE PRÁCE.....	48
2.1 Cíle práce	48
2.2 Výzkumné otázky.....	48

3 METODIKA	49
3.1 Metodika a technika šetření	49
3.2 Charakteristika souboru	49
4 VÝSLEDKY	58
4.1 Kvalitativní šetření	58
4.1.1 Kategorizace	58
4.1.2 Sumarizace kategorií	96
5 DISKUZE	102
6 ZÁVĚR	111
7 SEZNAM LITERATURY	113

Seznam použitých zkratk

ARIP	specializační vzdělávací kurz v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CVVH	extrakorporální eliminace
ČAS	Česká asociace sester
ECMO	extrakorporální membránová oxygenace
EKG	elektrokardiogram
IABK	intraaortální balónková kontrapulzace
ICD	implantabilní defibrilátor
IQ	intelligenční kvocient
JIP	jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika Anesteziologie, Resuscitace a Intenzivní Medicíny 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
RTG	rentgen
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System- body podle bodovacího systému terapeutických zásahů
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

ÚVOD

Historie oboru intenzivní medicína se datuje již do období 30. let 20. století. V průběhu času se spolu s technologickými pokroky nutně měnila i pracovní náplň všeobecných sester (dále jen sester) zaměstnaných na akutních lůžkách (na lůžkách, na kterých je poskytována intenzivní péče), které se od vykonavatelek ošetrovatelské péče a úkonů závislých striktně na ordinaci lékaře, změnily v aktivní vykonavatelky komplexních činností, které v mnoha ohledech závisí na jejich vlastních znalostech a zkušenostech. V dnešní době je pracovní náplň sester zaměstnaných na akutních lůžkách velmi obsáhlá. Na rozdíl od práce vykonávané všeobecnými sestrami na standardním oddělení je pro ně nutností nejen znalost chorobných stavů, se kterými je pacient na akutní lůžko přijímán, ale i informovanost o jiných oborech medicíny, protože stav, ve kterém je pacient hospitalizován, mnohdy vyžaduje multidisciplinární přístup. Sestra na akutních lůžkách musí ovládat práci s množstvím přístrojové techniky, což je jeden z faktorů odlišujících práci na standardním oddělení a práci na akutním lůžku. Tato sestra musí být schopna kritického myšlení a sebekázně. Pečlivost a přesnost jsou u ní nutné vlastnosti. Obvykle pracuje v situacích, které jsou velmi stresující pro všechny členy ošetrovatelského týmu. Kromě psychické zátěže působí na sestry na akutních lůžkách i zátěž fyzická, pacient často bývá ve stavu, který mu neumožňuje personálu pomoci. Ve všech ohledech je tato práce pro sestru velmi náročná, ale zároveň může být také obohacující a smysluplná. Toto zaměstnání ji může naplňovat, pokud má ke svému výkonu vhodné podmínky. Stres, fyzická i psychická zátěž a neustále se zvyšující nároky na profesionalitu jsou faktory, které velmi ovlivňují pracovní výkon. Na jednotkách intenzivní péče jsou právě tyto vlivy dominantní. Jak již bylo zmíněno, povinnosti, které zde sestra vykonává, vyžadují koncentraci a neustálé podávání perfektního výkonu, proto je jak pro ně, tak pro jejich nadřazené, nutná znalost faktorů, které pracovní zátěž zvyšují, ale i způsobu, jak je možné jednotlivé faktory ovlivnit. Tato diplomová práce má za cíl zjistit pracovní podmínky sester pracujících na akutních lůžkách a faktory, které ovlivňují jejich práci, popřípadě ji ztěžují. Dalším krokem je tyto faktory zcela konkrétně popsat, včetně cesty k jejich eliminaci a zároveň

tyto empirické znalosti porovnat s praxí na konkrétním pracovišti. Výstupem by mělo být vyhodnocení názorů sester na způsob, jak ovlivnit či změnit tyto faktory, aby došlo ke zlepšení pracovních podmínek a zvýšení úrovně poskytované ošetrovatelské péče. Zároveň je obsahem empirické části práce porovnání těchto názorů zaměstnanců s aktuálními prameny a legislativou zabývající se touto problematikou. Výsledek tohoto šetření je možným návrhem pro zamyšlení managementu nad situací, popřípadě námětem pro další výzkumné šetření. Důvodem výběru tématu této diplomové práce je osobní zájem autorky, která je zaměstnána na koronární jednotce II. Interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V minulosti byla taktéž zaměstnána na lůžkách intenzivní péče. Zajímalo ji, jaký pohled na pracovní podmínky mají ostatní pracovníci, zda jsou jejich požadavky a námitky opodstatněné a zda lze nalézt řešení nedostatků, které by nejen ovlivnilo pracovní podmínky, ale zároveň mohlo mít vliv na kvalitu poskytované péče.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie a současnost intenzivní medicíny

Intenzivní medicína je jedním z mladších oborů medicíny. Historie oboru sahá do 30. let 20. století. Její vývoj je velmi úzce spjat s technologickými pokroky v medicíně, především v oblasti rozvoje ventilátorů. Akcelerace vývoje oboru byla zaznamenána v období roku 1930, kdy byla vyvinuta první obdoba dnešní neinvazivní plicní ventilace, tzv. Diner-respirátor, železné plíce. Tento přístroj poskytoval pacientovi pomoc při procesu dýchání střídáním fáze přetlakové s podtlakovou. Význam přístroje byl nejvíce zaznamenán v 50. letech 20. století, kdy došlo k výskytu epidemie poliomyelitidy, virového onemocnění zvaného také dětské obrna, napadající nervový systém a způsobující ve svém důsledku parézu svalstva především na trupu a končetinách. V této době byly konstruovány i specializované jednotky pro tyto pacienty (Dostál, Černý a kol., 2005).

Intenzivní péče se rozvíjela současně s oborem anesteziologie. Důvod byl velmi prostý, pacientům, u nichž byla použita anestezie, bylo nutné poskytnout následnou ošetrovatelskou péči k zajištění jeho bezpečnosti. Od padesátého roku dochází k akceleraci v rozvoji intenzivní medicíny. Ačkoliv intenzivní medicína řeší především selhání organismu pacienta na respiračním a kardiálním podkladě, během svého vývoje se tento obor stal součástí i dalších oblastí medicíny, například neurologie. V díle Ševčíka a kol. (2003) je psáno, že od šedesátých let dochází k budování jednotek intenzivní péče na různých klinikách a rozvoji jejich přístrojového vybavení. Největší rozmach zažívají koronární jednotky, jejichž síť je intenzivně budována. V dnešní době se intenzivní medicína prolíná do všech oborů, stala se tedy multidisciplinárním oborem medicíny (Bohuš, 1996).

1.2 Ošetřovatelství v intenzivní péči

1.2.1 Specifika ošetřovatelství v intenzivní péči

Léčebná i ošetřovatelská péče poskytovaná na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) je velmi nákladná. Náklady na ni dosahují až čtvrtiny nákladů hospodaření nemocnice jako celku. Z tohoto důvodu bylo Evropskou společností pro intenzivní medicínu stanoveno dělení jednotek intenzivní péče do tří stupňů, dle personálního a materiálního vybavení. V knize autorky Kapounové (2007) je uvedeno, že v České Republice je povinné vybavení uvedeno ve vyhlášce č. 493/2005 Sb., v platném znění, vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR). Jednotky intenzivní péče prvního stupně jsou lůžková oddělení zajištěná přístrojovým vybavením umožňujícím monitoraci fyziologických funkcí pacienta a okamžitým řešením jejich nestability. Tyto jednotky bývají v každé nemocnici. V některých nemocnicích jsou náhradou za tzv. jednotky intermediální péče. JIP druhého stupně mají přístrojové i personální vybavení k zajištění plicní ventilace, avšak nemají zajištěno plné přístrojové vybavení ke kompletní monitoraci (Ševčík a kol., 2003).

JIP třetího stupně je vybavena k zajištění pacienta po stránce léčebné i diagnostické. Je zde možnost využití hemoeliminačních metod, specializovaných vyšetření a v některých případech i mimotělního oběhu. Poskytování péče na těchto jednotkách je finančně velmi nákladné, z toho důvodu je nutná rozvaha při přijímání pacientů a při zlepšení stavu přijatých pacientů je žádoucí včasný překlad na nižší stupeň jednotky. Poskytování péče na akutních lůžkách definuje zákon č. 370/2011 Sb. Kapounová (1997, str. 19) píše že: „*V současné době je ke stanovení ceny péče hrazené zdravotními pojišťovnami využíván systém, který vztahuje hodnotu skóre k výkonům a technikám používaných terapií a u jednotlivých pacientů – TISS (Therapeutic Intervention Scoring Systém)*“. Pacienti jsou na oddělení přijímáni přímo od záchranné služby či překladem z jiných pracovišť. V díle Ševčíka a kol. (2003) je uvedeno, že na JIP jsou přijímáni takoví pacienti, u nichž je prognóza možnosti zlepšení jejich stavu. Pacienti, u kterých poskytnutí intenzivní péče nemůže zlepšit jejich stav, například

nemocní v terminálním stadiu, nejsou pacienti určenými k přijetí na tento typ pracovišť (Zadák a kol., 2007).

Členění jednotek intenzivní péče je v nemocnicích různé. V některých nemocnicích jsou oborové JIP. Velké fakultní nemocnice mívají obvykle několik oborových JIP, multioborovou JIP a dále jednotky zcela oddělené, např. koronární jednotku či novorozeneckou jednotku. V díle Ševčíka a kol. (2003) je taktéž uvedeno, že se zpravidla jednotky JIP rozdělují dle svého zaměření na jednotku obecnou, oborovou chirurgického či interního zaměření a specializovanou. Obecné jednotky, či multioborové, se nacházejí v nemocnicích umístěných v menších městech. Specializované a oborově zaměřené jednotky bývají součástí větších nebo fakultních nemocnic. Interně zaměřené oborové jednotky se dále člení dle své specializace na metabolickou, gastroenterologickou, hepatální, hematologickou, renální, pneumologickou a koronární jednotku. Ve velkých nemocnicích a specializovaných centrech můžeme nalézt transplantační jednotku či jednotku geriatrickou, zaměřenou na péči o pacienty vysokého věku. Součástí oddělení může být např. neurologická jednotka intenzivní péče. Na oborově zaměřených chirurgických jednotkách je poskytována intenzivní péče pacientům po chirurgických výkonech nebo u pacientů s komplikacemi. Mezi chirurgické jednotky můžeme zahrnout ortopedickou jednotku, spinální, traumatologickou či kardiochirurgickou jednotku a další. Mezi zvláštní skupiny jednotek patří pediatriká jednotka a oddělení chronické a resuscitační dlouhodobé péče, na které jsou hospitalizováni pacienti, jejichž stav vyžaduje intenzivní péči, ale není v krátkodobém pohledu řešitelný. Další členění jednotek je na semiintenzivní, intenzivní a intermediální péči (Kapounová, 2007).

Stavební členění JIP je většinou dvojího typu a to členění sálové a boxové. Sálový typ se vyznačuje hlavním prostorem, kde jsou od sebe lůžka oddělena zástěnami (Ševčík a kol. 2003). Typ boxový poskytuje pacientovi vyšší komfort z hlediska soukromí, nevýhodou je vyšší finanční zatížení. Na boxu jsou většinou uloženy individualizované pomůcky, základní pomůcky k péči a základní léčiva používaná u pacienta. Součástí vybavení každého lůžka je kromě monitorovací techniky rozvod plynů, odsávací systém, dostatečné osvětlení a v neposlední řadě dostatečný počet

elektrických zásuvek k připojení přístrojů. Velmi podstatné je zajištění odpovídajícího prostoru kolem lůžka pacienta, pro případ výskytu situací vyžadující urgentní řešení (Česko, 2005).

Kapounová (2007) a Ševčík a kol. (2003) uvádějí, že v některých nemocnicích je vyčleněna tzv. příjmová místnost, kde je zajištěna prvotní péče o pacienta, je zde technické vybavení k neodkladnému zajištění dýchacích cest, nebo řešení maligních arytmií. V některých nemocnicích je však pacient přivezen přímo na oddělení, na box či lůžko, kde je zajištěna jak prvotní, tak i další péče. Zde je důležité odbočit a zmínit, že umožňuje-li to stav pacienta, je pro přijetí vždy nutný jeho souhlas. V případech, kdy pacient není schopen souhlas poskytnout, je podáno písemné hlášení na pracoviště soudu, kde bude zahájeno detenční řízení. Hlášení musí být podáno ve stanovené zákonné lhůtě.

Na jednotkách intenzivní péče probíhá pacientova neustálá monitorace (fyziologických funkcí), jež sestra řádně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Řádné a pečlivé vedení záznamů je nutností, neboť oproti poskytování péče na standardních odděleních jsou zde výrazná specifika. Ta logicky zvyšují nároky kladené na ošetrovatelský i lékařský personál. Personální vybavení JIP je stanoveno vyhláškou č. 493/2005 Sb., v platném znění (Kapounová, 2007). Na pracovišti je přítomen pomocný personál, nelékařský zdravotnický personál, tedy sestry, které obvykle absolvovaly specializační vzdělání a lékaři z oboru anesteziologie, či oboroví lékaři, kteří absolvovali specializační nástavbové akreditované studium intenzivní medicíny. Důležitou součástí ošetrovatelského týmu je i rehabilitační pracovník a na některých pracovištích nutriční terapeut. Péče poskytovaná na jednotkách intenzivní péče se od péče na standardním oddělení na první pohled odlišuje množstvím přístrojového vybavení, jež musí personál ovládat. Z toho důvodu jsou kladeny vysoké nároky na jeho odborné znalosti. Pro dobrý výkon tohoto povolání je nutné celoživotní vzdělávání. Sestra na oddělení JIP bývá partnerem lékaře, všímá si změn ve stavu pacientů a má možnost včasné upozornit na rozvíjející se patologii. Z činností vykonávaných na jednotkách intenzivní péče a kompetencí daných zákonem vyplývá i role, kterou zde sestra zaujímá a kterou popisuje následující kapitola (Ševčík a kol., 2003).

1.2.2 Role sestry v intenzivní péči, kompetence a systém jejich vzdělávání

Role sestry v intenzivní péči vyplývá z kompetencí, které jsou jasně definovány vyhláškou MZČR číslo 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Dále její role vyplývá z potřeb nemocného, který je příjemcem poskytované péče. Kromě této funkce vyplývající z historické podstaty tohoto povolání se během doby role sestry rozšířila. Vývoj medicíny a tím i zvyšující se nároky na profesionalitu sester byly důvodem pro změny ve vzdělávacím systému sester, které mají pro poskytovatelky intenzivní péče podstatné důsledky. Vzdělávací systém zdravotnických pracovníků upravuje zákon číslo 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, v platném znění (Kapounová, 2007).

Kapounová (2007) taktéž popisuje systém vzdělání všeobecných sester v České republice, které je v současné době rozděleno do několika stupňů. Základním stupněm je střední odborné vzdělání s maturitou, ve kterém získává student způsobilost jako zdravotnický asistent pod odborným dohledem, jehož kompetence taktéž upravuje vyhláška číslo 55/2011 Sb. Pro získání odborné způsobilosti bez odborného dohledu musí student absolvovat vyšší stupně vzdělání, tedy na vyšší odborné škole, kde získá titul diplomovaný specialista, DiS., nebo na vysoké škole, kde získává po absolvování tříletého akreditovaného bakalářského oboru titul Bc. a po navazujícím magisterském oboru titul Mgr. Dalším způsobem vzdělávání je absolvování specializačních programů v různých oborech např. ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, dále jen ARIP (Staňková, 2002).

Kompetence sester se v průběhu doby měnily. V minulosti sestra vykonávala činnosti plně závislé na ordinaci lékaře, v dnešní době se v některých případech stala samostatnou vykonavatelkou ošetrovatelské péče. Zásadní vliv na tento vývoj měla vyhláška č. 424/2004 Sb., v platném znění, která rozšířila kompetence a jasně diferencovala výkony, které sestra vykonává na základě lékařské ordinace, pod dohledem lékaře, či zcela samostatně. Ačkoliv jsou role sestry a činnosti, které vykonává, jasně definovány zákonem s ohledem na stupeň vzdělání sestry, výkon

samotného povolání je upraven dále i směrnicemi jednotlivých pracovišť, která ve svých rádech definují činnosti a výkony pracovníků dle absolvovaného typu vzdělání, s ohledem na vykonanou praxi. Činnosti, které jsou ve směrnici uvedeny, vyplývají z vyhlášky, ale zároveň jsou specifikovány individuálně na každou sestru, v jakém rozsahu je oprávněna je vykonávat. Některé činnosti sestra vykonává samostatně, některé pod dohledem. Pro výkon zaměstnání na jednotkách intenzivní péče je žádoucí, aby sestra splňovala vyšší stupně vzdělání, nebo absolvovala specializační programy zaměřené na intenzivní péči. Kompetence, které sestra se specializovanou působností získá, se pak výrazně liší oproti kompetencím sester bez specializačního vzdělání. V § 4 vyhlášky číslo 55/2011 Sb. jsou definovány činnosti, které vykonává všeobecná sestra bez odborného dohledu. § 54, čtvrté části téže vyhlášky upravuje činnosti sestry se specializovanou působností (Lálová, Jurásková, 2007; Česko, 2011). § 55 stejné vyhlášky dále upravuje činnosti, které jsou v kompetenci sestry pro intenzivní péči. Kromě činností, které udává § 54, může sestra například zavádět permanentní močový katétr u muže a provádět péči o pacienta na umělé plicní ventilaci včetně odsávání z dolních cest dýchacích. V její kompetenci je kupříkladu punkce artérie, kromě femorální artérie, či pod dohledem lékaře extubování pacienta. Rozsah činností, které může sestra specialista vykonávat je velmi obsáhlý, je tedy nutné, aby byla ochotná učit se novým metodám a úkonům (Česko, 2011). Některá pracoviště upravují činnosti sester dle svých interních směrnic. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze kupříkladu dle organizačního řádu rozděluje činnosti sester na činnosti vykonávané bez odborného dohledu a pod ním (Mrázek, 2010).

1.2.3 Role sestry s ohledem na potřeby nemocného

Role sestry vychází kromě kompetencí daných vyhláškou, z potřeb nemocného, které se v mnohých ohledech liší od potřeb pacienta hospitalizovaného na standardním oddělení. Veškeré ošetrovatelské činnosti směřují k uspokojení potřeb vyplývajících ze stavu nemocného. Je nutné mít na paměti, že pacienti hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče jsou často ve velmi závažném stavu, mohou mít porušené vědomí v kvalitativním či kvantitativním směru a mohou být také uměle ventilováni. Pacient je

tedy odkázán ve všech směrech na péči ošetrovatelského personálu. Některé jeho potřeby zůstávají zachovány vždy, kupříkladu potřeba nemít bolest. Potřeby se vyvíjejí a mění i v souvislosti se změnami zdravotního stavu (Kapounová, 2007). Role sestry tedy závisí také na potřebě, kterou se snaží naplnit. Tyto potřeby popisuje Šamánková (2011) zejména jako potřebu dýchání, které bývá u pacienta v intenzivní péči často narušeno. Pacient obvykle přichází s pocitem dušnosti. Role sestry tedy směřuje k zajištění dostatečné oxygenace pacienta a psychické podpory k překlenutí období dechové tísně, které je pro pacienta velmi zatěžující. Zajištění dostatečného okysličení se odvíjí od stavu nemocného. Užívá se neinvazivních pomůcek, kupříkladu kyslíkové masky, brýlí, či neinvazivní plicní ventilace nasální, popřípadě orální maskou. V některých případech je možné využít speciální helmu, která však vyžaduje spolupráci pacienta. V případě využití neinvazivní plicní ventilace je důležitá důsledná edukace pacienta. Obzvláště zpočátku ji totiž nemocný může vnímat spíše jako prostředek, který vyvolává pocity ještě intenzivnější dechové tísně. V případě zajištění dýchacích cest a plné ventilační podpory sestra přebírá ty funkce pacienta, které si není schopen zajistit sám. Pečuje důsledně, jak již bylo naznačeno, o dýchací cesty, což zahrnuje pravidelné odsávání horních i dolních cest dýchacích, pečuje i o dutinu ústní, aplikuje laváže, nebulizaci i manuální čištění (Kapounová, 2007). Další povinností je pravidelně zapisovat a kontrolovat fyziologické funkce, provádět odběry dle ordinace lékaře, včetně speciálních odběrů. Důležitou roli sestra zaujímá také v případě extubace pacienta, kterou může (dle vyhlášky) sestra specialista i provést, pod dohledem lékaře. I nadále však sestra musí pečlivě kontrolovat veškeré parametry dýchání, pro případ opětovného zhoršení stavu (Šamánková, 2011).

Pacienti hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče jsou monitorováni, mají zavedené množství invazivních vstupů. Podstupují množství invazivních výkonů od pouhého odběru krve až po punkce různých tělních dutin. Veškeré tyto výkony může klient vnímat jako porušení tělesné integrity. Dochází tedy k nenaplnění této potřeby. Nutností je trpělivá edukace pacienta o důležitosti jednotlivých výkonů a jejich průběhu. I neinvazivní monitorace může být pro pacienta velmi stresující. Monitorovací kabely, čidla i spojovací hadička od infuze, mají vliv na omezení pacienta v jeho

pohybu. Pro získání spolupráce nemocného je podstatná jeho informovanost. Mezi nejčastěji narušené biologické potřeby v intenzivní péči lze zahrnout i potřebu přijímání potravy a tekutin (Šamánková, 2011). Stav pacienta často vyžaduje změnu druhu potravy, v některých případech omezení příjmu tekutin či lačnění před provedením výkonu. Chorobný stav obvykle mění i chuť k jídlu i intenzitu pocitu žízně. Snadněji dochází k rozvoji malnutrice či dehydrataci. Součástí monitorace bývá i hodnocení příjmu potravy a tekutin u rizikových pacientů. Příjem potravy během hospitalizace je zajištěn prostřednictvím nazogastrické či nazojejunální sondy, které umožňují výživu pacienta i přes jeho neschopnost polykat. Do sondy se aplikují speciální přípravky. Aplikace je možná kontinuálně pomocí enterální pumpy nebo podáváním dávek v časových intervalech dle ordinace lékaře. Pacient může být po určitou dobu vyživován pomocí speciálních vaků, obsahujících roztok tuku, minerálů a glukózy, souhrnně nesoucí název all in one. Tyto speciální vaky jsou určeny k aplikaci do centrálního žilního katetru, některé mají složení umožňující aplikaci do periferní kanyly (Kapounová, 2007). U pacientů, kteří jsou schopni příjmu potravy přirozenou cestou, se k běžné stravě přidávají výživné roztoky, které pacient popíjí během dne. Role sestry v tomto ohledu vychází z potřeby nemít hlad a nemít žízeň. Sestra tedy zajišťuje a monitoruje výživu a hydrataci pacienta. Při nedostatečném příjmu potravy a tekutin informuje lékaře a provádí intervence směřující ke zlepšení stavu. V neposlední řadě zajišťuje péči o sondy nebo perkutánní gastrostomii dle standardu nemocnice a pravidelně provádí i kontrolu vstupů, do kterých jsou aplikovány výživné vaky (Šváb, 2008).

Mezi biologické potřeby změněné u hospitalizovaných pacientů na akutním lůžku patří i potřeba vylučování. Snížená mobilita a změna ve stravovacím režimu bývá příčinou porušení vyprazdňování. Velkým problémem je pro pacienta nutnost vyprazdňování na lůžku. Omezená schopnost sebezpeče a ztráta soukromí a intimity jsou pro klienta psychickou zátěží. Rolí sestry není jen pouhé zabezpečení tělesné potřeby, ale především citlivý přístup respektující důstojnost nemocného. Sestra pomáhá pacientovi zvýšit možnosti sebezpeče, umožňuje-li mu to jeho stav. Pokud je nutná komplexní péče, může sestra svým empatickým přístupem ulevit od psychické zátěže,

kteřou tato situace pacientovi přináší. Klient trpí pocitem studu, který může vést k popírání důležitých příznaků při poruše vylučování. Vyžaduje li to stav pacienta, bývá mu zaveden permanentní močový katétr (Šamánková, 2011).

V péči o ventilovaného pacienta se setkáváme také se systémem k odvádění stolice, tzv. systémem flexi seal, který zvyšuje komfort ležícího pacienta, nedochází ke znečištění lůžka a tím je chráněna i pokožka predilekčních ploch oblasti hýždí, která bývá při inkontinenci stolice velmi namáhána. Sestra zajišťuje i nadále hygienu pacienta, včetně péče o katetry, dle platného standardu nemocnice. Monitoruje frekvenci vylučování a další parametry důležité pro kontrolu stavu pacienta. Velmi důležitou roli sestra zaujímá při hygieně pacienta, jehož schopnost sebepéče je vlivem onemocnění snížena nebo jí není vůbec schopen. Péče o pokožku, prevence vzniku dekubitů a infekce patří do činností sestry, které musí svědomitě provádět a případné změny v tomto směru dokumentovat a hlásit lékaři. Pacient na intenzivním lůžku je ohrožen komplikacemi vyplývajícími z nedostatečně kvalitní péče. Tyto komplikace mohou být zásadními faktory ovlivňujícími zhoršení stavu nemocného. Během péče o ventilovaného pacienta sestra provádí komplexní péči zahrnující hygienu těla, uší, dutiny ústní, nosu i očí. Sestra používá speciální pasty pro ochranu predilekčních míst a pečuje o výživu pokožky nemocného. Také sleduje a dokumentuje změny stavu kůže, včetně výskytu hematomů. Zajišťuje zvlhčení úst, oční i nosní sliznice. V případě zlepšení stavu nemocného edukuje a provádí nácvik ke zlepšení soběstačnosti klienta (Šamánková, 2011).

Potřebou, která je ovlivněna během hospitalizace na akutním lůžku, je i potřeba spánku. Na zhoršení kvality spánku může mít vliv velké množství přístrojové techniky, která vydává různé zvukové signály a ruší klid pacienta. I nutnost osvětlení je negativním faktorem pro klidný spánek. Ačkoliv bývá na jednotkách intenzivní péče rušný provoz i během noci, neměla by sestra zapomínat na zajištění odpočinku pacienta, který je pro něj obzvláště během nemoci velmi důležitý. V případě aplikace medikací na spaní je nutná monitorace účinku farmaka. V případě nedostatečného účinku je zapotřebí informovat lékaře. Častým jevem bývá spánková inverze. Pro zamezení tohoto jevu je dobré zvýšení aktivity pacienta během dne. Obzvláště u starších pacientů

může být spánková inverze jedním z faktorů negativně ovlivňujících jejich psychický stav, který může vést až ke vzniku kvalitativní poruchy vědomí ve formě dezorientace. U ventilovaných pacientů je spánek zajištěn pomocí aplikace farmak. Do dnešní doby však nejsou známy přesné informace o vjemech, které pacient uvedený do umělého spánku vnímá, a které nikoliv. Z tohoto důvodu je zachování režimu světla a tmy důležité i u těchto pacientů. Neméně důležité je i omezení rušivých elementů během doby nočního klidu (Šamánková, 2011).

Důležitou potřebou, která je společná všem hospitalizovaným pacientům je potřeba nemít bolest. Bolest je subjektivním pocitem vyznačujícím se objektivními symptomy. Výskyt bolesti a její prožívání jsou spjaty s tělesnými, emočními a sociálními poznatky. Bolest je reakcí organismu na porušený stav některé z jeho částí. Zároveň její výskyt ovlivňuje řadu dalších potřeb, kupříkladu spánek či chuť k jídlu (Šváb, 2008). Při poskytování intenzivní péče musí sestra hodnotit bolest u pacientů bdělých i uvedených do spánku, ačkoliv jsou těmto pacientům kromě sedativ aplikována i analgetika. Šváb (2008) uvádí, že: „*Pro hodnocení intenzity bolesti je popisováno mnoho různých způsobů, ale nejčastěji používaná je vizuální analogová škála pro měření bolesti, kde se většinou užívá číselného označení 0 (žádná bolest), 5 (střední bolest) až 10 (nesnesitelná bolest)*“. Sestra hodnotí charakter, intenzitu, lokalizaci bolesti, vyvolávající moment, popřípadě faktory, které přinášejí úlevu. Jsou-li aplikována analgetika, hodnotí jejich účinnost i dobu trvání účinku. U pacientů v umělém spánku sestra monitoruje přítomnost bolestivých grimas během polohování, provádění hygieny, odsávání a dalších výkonů. Většina výkonů prováděných u pacienta je doprovázena bolestí, proto je nutné, aby si sestra i při odběru krve, aplikaci injekce či zavádění periferní žilní kanyly byla vědoma, že těmito činnostmi způsobuje nemocnému bolest a trpělivě mu podala dostatek informací o důvodu výkonu a jeho přínosu pro klienta. Pokud jedinec bolest očekává, je na ní připravený, jeho spolupráce bývá ochotnější a negativní reakce mírnější, než v případě náhlé bolesti, kterou klient nečeká. Důležitou činností sestry představuje zajištění potřeby klienta nemít bolest. Sestra aplikuje analgetika, monitoruje stav bolesti, informuje lékaře o změnách, je oporou a poskytuje klientovi útěchu. Vykonává činnosti, které vedou k úlevě od pocitu

bolesti, umožňuje-li to stav pacienta. V případě intenzivní neztížitelné bolesti jsou ve většině větších nemocnic zřizována centra pro léčbu bolesti, která poskytují konziliární službu v této oblasti erudovaných lékařů pro případy, kdy selhává běžný režim aplikace analgetik. Tato problematika se týká především oblasti chronické bolesti vyskytující se např. u onkologicky nemocných. I na jednotkách intenzivní péče se však můžeme setkat s klientem, trpícím chronickými bolestmi, ačkoliv je hospitalizován s odlišnou diagnózou. V dnešní době je dostatek prostředků, které jsou-li aplikovány řádně, mohou velmi zmírnit až zcela odstranit bolest, která je považována za jeden z problémů negativně ovlivňujících celkový stav nemocného (Šamánková, 2011).

Šamánková (2011) uvádí ve výčtu potřeb taktéž potřebu bezpečí, jejíž naplnění je velmi důležitým faktorem pro zajištění psychické pohody pacienta a získání jeho spolupráce. Klient hospitalizovaný na jednotkách intenzivní péče si je obvykle vědom důvodu, který vedl k jeho hospitalizaci. Už samotný fakt, že jeho stav vyžaduje intenzivní péči, ho může děsit. Přítomnost velkého množství přístrojové techniky, personálu a rychlý provoz na jednotce jsou dalšími důvody, které klienta zneklidňují. Nejdůležitějším úkolem sestry je trpělivé vysvětlení všech intervencí, které jsou u pacienta vykonávány a ochotné zodpovězení otázek, které pacient klade. U klientů, kteří jsou probouzeni z umělého spánku, je toto obzvláště důležité. Nemocný je většinou zcela dezorientován. Obvyklou reakcí je neklid, snaha o útěk či agrese. Sestra by se měla pokusit o uklidnění klienta a vysvětlit mu situaci ve spolupráci s lékařem (Kapounová, 2007). Pacient obvykle během velmi krátké chvíle zapomene informace, které mu byly podány, a znovu se několikrát může zeptat. Sestra by se měla snažit o trpělivé vysvětlení s cílem zklidnit pacienta a zbavit ho strachu, který v něm neznámé prostředí a nastalá situace vyvolává. Informace by měly být podávány postupně, s vědomím, že klient potřebuje čas, aby si vše uvědomil a spojil souvislosti v logický celek. V těchto případech může být velkým přínosem rodina klienta, která jej svou přítomností může ujistit, že se nachází v bezpečí. Rodina však musí být náležitě lékařem informována o závažnosti stavu nemocného a o důležitosti zajištění jeho psychické pohody, abychom se vyvarovali ještě většího rozrušení pacienta. V některých případech může mít na klienta hospitalizace na jednotce intenzivní péče pozitivní efekt, ve smyslu

možnosti komplexního řešení jeho potíží. Pacient vidí, že jeho stav je důsledně monitorován, že je u něj prováděno množství činností, jsou mu aplikovány léky, tedy jeho stav se intenzivně řeší. Problémem je však přeložení pacienta na standardní oddělení, které obvykle klient může vnímat s obavami. Ačkoliv si je vědom zlepšení svého stavu, naplňuje ho obava z možného výskytu komplikací, kterých si při nedostatečné monitoraci nikdo nevšimne. I v tomto případě je nutné trpělivé vysvětlení s cílem uklidnit klienta a ubezpečit ho o zajištění kvalitní a profesionální péče i na standardním oddělení. Role sestry na jednotce intenzivní péče zahrnuje mnoho činností, které musí být schopna zvládat. Sestra je nejen poskytovatelkou specializované ošetrovatelské péče, je edukátorkou, mentorkou i manažerkou. Poskytuje klientům psychickou oporu a pomoc v těžké životní situaci. Musí být schopna ovládat množství přístrojové techniky a asistovat lékařům u mnoha diagnostických i léčebných výkonů, popřípadě je sama vykonávat. Sestra musí splňovat mnoho kritérií pro výkon práce na tomto typu oddělení, přičemž jednotka intenzivní péče nesmí pro sestru být pouze místem pro vykonání nutných pracovních závazků, ale místem, kde se může seberealizovat (Šamánková, 2011).

1.3 Poskytování péče na intenzivních lůžkách

1.3.1 Členění akutních lůžek II. interní kliniky VFN, specifika práce na jednotlivých odděleních

Členění lůžek, specifikace činností na jednotlivých odděleních a další organizační pokyny jsou součástí provozního řádu II. interní kliniky. Tento dokument je závazný pro všechna pracoviště dané kliniky. Je vytvářen vrchní sestrou dle platných předpisů s ohledem na provoz jednotlivých oddělení. Dokument musí být schválen nemocničním hygienikem a přednostou kliniky. Provozní řád kliniky musí procházet kontrolami v pravidelných časových intervalech pro aktualizaci informací a pokynů. Je závazným dokumentem pro všechny zaměstnance kliniky, kteří s ním musí být seznámeni. II. interní klinika disponuje počtem šedesáti devíti lůžek. Z tohoto počtu je

dvacet sedm lůžek vyčleněno pro poskytování intenzivní péče. Dle specifikace účelu jsou dále intenzivní lůžka členěna na devět lůžek pro péči o pacienty na antiarytmické JIP, která má povahu intermediální péče, deset lůžek pro pacienty hospitalizované na angiologickém oddělení, osm stálých a jedno příjmové lůžko je vyčleněno pro pacienty koronární jednotky(Hrušková, 2013a).

Oddělení angiologické JIP zajišťuje péči o pacienty s cévními chorobami a o pacienty po výkonech na tepnách nekoronárního charakteru a velkých žilách dolních, horních končetin i oblasti dutých žil a věnčitého řečiště. Na JIP je zajištěna komplexní lékařská a sesterská péče po invazivních výkonech zahrnujících perkutánní transluminální angioplastiku, implantaci stentů, katetrizační trombektomie či implantace kaválních filtrů. Dále je zde prováděna trombolytická léčba při uzávěru tepen a žil. Specifika sesterské práce na tomto oddělení vyplývají z výkonů, které jsou zde prováděny. Nejčastěji se zde vyskytují pacienti po aplikaci trombolýzy intraarteriální, intravenózní v případě hluboké žilní trombózy a pacienti, u nichž byla provedena implantace stentgraftu z důvodu aneurysmata břišní aorty (II. interní klinika kardiologie a angiologie, 2006a).

U pacientů s hlubokou žilní trombózou sestra provádí výkony dle ordinace lékaře. Po aplikaci trombolýzy sestra pravidelně kontroluje místo vpichu a stav končetiny z důvodu rizika její ischemie, či krvácení. Na postiženou končetinu se přikládá elastická bandáž a pacient dodržuje klid na lůžku (Chochola, 2011b). V případě podání intraarteriální trombolýzy sestra provádí intervence společné i při aplikaci intravenózní trombolýzy, navíc pravidelně měří obvod lýtka postižené končetiny. Samozřejmostí je kontrola celkového stavu pacienta, diurézy, fyziologických funkcí a hemokoagulačních parametrů dle ordinace lékaře (Chochola, 2011a). Elektivní implantace stentgraftu je výkon, který se aplikuje u pacientů s tepennou výdutí. Sestra provede, popřípadě zajistí u pacienta předoperační vyšetření dle ordinace lékaře. Před výkonem asistuje lékaři při zavedení centrálního žilního katétru, k zajištění invazivního vstupu. Po výkonu sleduje fyziologické funkce, vyhodnocuje hodinovou bilanci, sleduje odpady z drénů a provádí další ordinace a krevní odběry dle ordinace lékaře. Sesterská

práce na JIP angiologie je v mnohém směru jiná než práce na koronární či antiarytmické jednotce (Chochola, 2011c.).

Na antiarytmické jednotce jsou hospitalizováni pacienti s poruchami rytmu, u kterých jsou provedeny léčebné výkony jako elektrická kardioverze, kterou je možné provádět ambulantně, ablace arytmogenních ložisek, implantace kardiostimulátoru či implantabilního defibrilátoru (ICD). Z tohoto vyplývají i specifika ošetrovatelských činností na tomto oddělení, mezi které patří kontinuální kontrola křivek elektrokardiogramu (dále jen EKG), pravidelné vyhodnocení dvanáctisvodého záznamu EKG a včasná reakce na patologickou změnu rytmu, která by mohla u těchto pacientů nastat. Sestra kontroluje fyziologické funkce, pravidelnou bilanci, krvácení z invazivních vstupů a hemokoagulační parametry. Dále provádí odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře (II. interní klinika kardiologie a angiologie, 2006b).

1.3.2 Povinné materiální vybavení lůžek intenzivní péče

Povinné materiální vybavení na jednotkách intenzivní péče je přesně definováno legislativní normou, vyhláškou č. 421/2013 Sb., kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Další legislativní normou je vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Vyhláška č. 421/2013 Sb., v platném znění udává, jaká jsou pravidla pro vykazování ošetrovatelského dne na pracovišti v souvislosti s technickým a personálním vybavením, které musí pracoviště splňovat. Vyhláška kategorizuje oddělení dle potřebného personálního vybavení na oddělení resuscitační péče, neonatální resuscitační péče, oddělení poskytující intenzivní péči vyššího a nižšího stupně, přičemž koronární jednotka spadá do poskytovatele vyšší intenzivní péče. Povinné personální vybavení pro jednotku JIP vyšší kategorie zahrnuje vedoucího lékaře se specializovanou působností, ošetřujícího lékaře s minimálním úvazkem 0,3 na lůžko, lékaře ve službě určeného pouze pro potřebu pracoviště, staniční sestru, která absolvovala specializační studium ARIP, dále sestru bez odborného dohledu se specializací nebo pod odborným dohledem, v rozsahu úvazku 2,2 na lůžko, alespoň

z 25 % počtu sester, podmínkou je vždy jedna sestra se specializačním vzděláním ve směně (Česko, 2012; Česko, 1998).

Požadavky na minimální technické vybavení jsou kategorizovány dle získaného počtu bodů TISS, jejichž součet je ukazatelem náročnosti ošetrovatelské péče a nákladů spojených s léčbou, kdy resuscitační péče dosahuje počtu třiceti a více bodů, JIP vyššího stupně péče od dvaceti do dvaceti devíti bodů, JIP nižšího stupně je rozdělena dle dosaženého počtu na patnáct až devatenáct bodů a nejméně je devět až čtrnáct dosažených TISS bodů (Česko, 1998).

Koronární jednotka zařazená do kategorie poskytovatele intenzivní péče vyššího stupně musí, kromě jiného vybavení, disponovat jedním ventilátorem na tři lůžka, kardiostimulátorem a dalším vybavením nutným pro zajištění resuscitační péče po dobu minimálně čtyřiceti osmi hodin. Koronární jednotka II. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice disponuje kromě tohoto vybavení přístrojem pro kontinuální metody očišťování krve, intraaortální balónkovou kontrapulzací (dále jen IABK), přístrojem zajišťujícím termoregulaci pacienta coolguard, dvoudutinovým kardiostimulátorem a v neposlední řadě přístrojem sloužícím k mimotělnímu oběhu ECMO - extrakorporální membránová oxygenace (II. interní klinika kardiologie a angiologie, 2006c).

Koronární jednotka je svým vybavením na hranici mezi poskytovatelem resuscitační a vyšší intenzivní péče. Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, v platném znění, kategorizuje lůžka JIP na první stupeň, tedy nižší intenzivní péče, druhý stupeň - vyšší intenzivní péče a stupeň třetí - intenzivní resuscitační péče. Koronární jednotka v tomto členění spadá do stupně druhého. Vyhláška dále udává povinnost dalšího vybavení při poskytování péče pacientům s kardiologickým onemocněním, a to sonografem, přístrojem pro IABK a dalším defibrilátorem. Obzvláště na pracovištích velkých nemocnic však bývá počet přístrojového vybavení nad rámec počtů udaných vyhláškou, především z důvodu vysokého vyžití přístrojů (Česko, 2012; Česko, 1998).

1.3.3 Pracovní náplně sester na akutních lůžkách

Pracovní náplně sester, tedy činnosti, které sestra na akutním lůžku vykonává v rámci své pracovní činnosti, vycházejí z charakteru pracoviště, tedy zda je činnost vykonávána na jednotce intenzivní, semiintenzivní nebo intermediální péče (Kapounová, 2007). Dále tyto činnosti vycházejí z kompetencí daných zákonem č. 55/2011 Sb. a 96/2004 Sb., v platném znění. V neposlední řadě vychází z dokumentu pracovní náplň, který je součástí popisu práce a je zároveň součástí pracovní smlouvy mezi organizací a zaměstnávanou sestrou. Podstatou činností je péče o pacienta se selháním jednoho či více orgánových systémů nebo u kterého by selhání mohlo, s ohledem na jeho stav, nastat (Těšinová a kol., 2011).

Pracovní náplně sester na akutních lůžkách jsou součástí popisu práce a zpravidla tvoří jeho přílohu. Vychází z legislativy, resp. zákona č. 55/2011 Sb. a zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, s ohledem na potřeby oddělení, vzdělání a délku praxe sestry. Popisy práce jsou specifické pro sestru v jedenácté, desáté i deváté platové třídě. V popisu práce sestry v deváté platové třídě, do které se zahrnuje sestra po absolvování studia, pracující pod odborným dohledem, je uvedeno, že poskytuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru (Hrušková, 2013b).

Pracovní náplň sestry zaměstnávané Všeobecnou fakultní nemocnicí je specifikována pro každou sestru zvlášť a je uvedena v dokumentu s názvem kompetence všeobecné sestry pro intenzivní obory (Hrušková, 2013). Činnosti jsou aktualizovány v průběhu praxe sestry. Činnosti jsou dále definovány na ty, které sestra vykonává sama, tedy bez odborného dohledu, pod odborným dohledem zkušenější sestry, činnosti, které nevykonává a ty, jež vykonává pod přímým vedením lékaře nebo sestry specialistky. Pracovní náplň je dále členěna na provádění činností při poskytování základní ošetrovatelské péče na jednotce intenzivní péče, administrativní a další činnosti JIP a superspeciální péče na JIP. Do základních ošetrovatelských činností na JIP je zahrnuto poskytování kardiopulmonální resuscitace, zajištění plicní ventilace přes tracheální nebo orotracheální kanylu nebo provádění defibrilace u maligních arytmií a další. Do superspeciálních činností je zahrnuta kupříkladu příprava přístroje pro

monitoraci srdečního výdeje, spolupráce při zavedení a obsluha přístroje pro srdeční podporu nebo vedení záznamu o umělé plicní ventilaci. Pracovní náplně musejí vycházet z kompetencí, jejichž rámec je přesně definován platnou legislativou (Vondráček, Hugo, 2005). Lálková a Jurásková (2007) v tomto kontextu uvádějí, že dle výzkumu provedeného ve čtyřech pražských fakultních nemocnicích a jedné mimopražské, vyplynulo, že sestry v některých případech vykonávají činnosti převyšující jejich kompetence, ve většině případů si však tohoto faktu nebyly vědomy, ačkoliv byly s dokumentem pracovní náplně seznámeny.

1.3.4 Specifika péče o pacienty na lůžkách koronární jednotky II. interní kliniky VFN

V současné době je II. interní klinika společně s klinikou kardiologie a klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny součástí komplexního kardiocentra poskytujícího široký rozsah výkonů v nepřetržitém provozu. V roce 2001 byla provedena modernizace koronární jednotky (Zdravotnické noviny, 2001). V současné době disponuje jednotka osmi monitorovacími lůžky a jedním příjmovým lůžkem, využívaným k provádění ambulantních výkonů. Je zde poskytována léčebná a ošetrovatelská péče o pacienty s projevy akutního koronárního syndromu, rozvojem kardiogenního šoku, po kardiopulmocerebrální resuscitaci, s rozvojem respiračního nebo renálního selhání, maligními arytmiemi a dalšími chorobami srdce, kupříkladu endokarditidami či kardiomyopatií. Vzhledem k charakteru onemocnění zde léčených, je péče o pacienty na tomto oddělení velmi náročná. Sestra provádí komplexní specializovanou ošetrovatelskou péči a musí být schopna obsluhy množství přístrojové techniky. Velmi často pracuje ve stresových podmínkách. Sestra musí být vzdělaná, schopná uplatnit a prakticky aplikovat poznatky a vědomosti, kterými disponuje. Zároveň je nutné se neustále vzdělávat z důvodu modernizace techniky i postupů. Ošetrovatelská péče se odvíjí od stavu pacienta a diagnózy, kvůli které je hospitalizován (II. interní klinika kardiologie a angiologie, 2006c).

Nejčastěji je pacient na jednotce hospitalizován z důvodu vzniku akutního koronárního syndromu. Obvykle je pacient přivezen záchrannou službou při vzniku dušnosti s typickými bolestmi na hrudi, zpravidla s propagací do dalších oblastí. Pacient

je předán lékaři na katetizační laboratoři, kde je mu provedeno rentgenové vyšetření koronarografie, během kterého je aplikována kontrastní látka zobrazující průchodnost koronárních cév. V případě zjištění uzávěru některé z cév je pacientovi provedena intervence, zpravidla aplikací stentů. V případě nálezu nemoci tří tepen, při nichž došlo k uzávěru tří a více oblastí, bývá pacient dále vyšetřen a je doporučena kardiokirurgická léčba vytvořením bypassů, jimiž dojde k přemostění věnčitých tepen (II. interní klinika kardiologie a angiologie, 2006c). Ošetrovatelská péče o pacienta po prodělaném infarktu myokardu, u něhož bylo provedeno zprůchodnění postižené cévy během intervence, spočívá v neustálé monitoraci fyziologických funkcí a křivky EKG, neboť obzvláště v časně době může dojít ke vzniku arytmií. Po koronarografii je rovněž nutná kontrola místa vpichu, kterým byla intervence vedena. Vstup je proveden zpravidla z femorální arterie nebo arterie radialis, ze kterých může dojít k náhlému vzniku krvácení. Kromě kontroly místa vpichu sestra monitoruje bilanci a celkový stav nemocného. Také provádí krevní odběry dle ordinace lékaře, zahrnující kontrolu hemokoagulačních parametrů a kardiálních enzymů (Kolář a kol., 2003).

Činnosti prováděné na koronární jednotce se mohou od sebe velmi lišit. Pacient, který je stabilní, po intervenci bez komplikací, nepředstavuje pro sestru příliš náročnou pracovní zátěž. Zcela odlišná je situace při přijetí pacienta po kardiopulmocerebrální resuscitaci, který jeví známky oběhové nestability a je pro něho nutné užít mimotělní oběhovou podporu. Tento pacient je z ošetrovatelského i léčebného hlediska velmi náročný. Zpravidla je nutné provedení množství výkonů zahrnující aplikaci invazivních vstupů, tedy vstupu do tepenného i žilního řečiště, aplikaci permanentního močového katetru, nasogastrické či nasojejunální sondy. Jedná se o pacienta, jehož péče vyžaduje obzvláště zpočátku, souhru činností celého ošetrovatelského týmu. Sestra se stává partnerem lékaře a provádí specializovanou ošetrovatelskou péči. Monitoruje množství parametrů. Spolupracuje s lékařem na vytvoření léčebného a ošetrovatelského plánu, který následně aplikuje do praxe, pečuje o invazivní vstupy a provádí ošetrovatelské intervence v prevenci vzniku dekubitů u ležícího pacienta na umělé plicní ventilaci. (Kolář a kol., 2003). Je nutné, aby byla schopna obsluhovat množství přístrojové techniky zahrnující monitorovací jednotku, ventilátor, infuzní pumpy a lineární

dávkovače, pumpu na enterální výživu, a další speciální techniku, kupříkladu přístroj k mechanické srdeční podpoře IABK, přístroj sloužící k extrakorporální membránové oxygenaci, přístroj k provádění kontinuálních hemoelimačních metod a další specializované přístroje. Vzhledem k náročnosti provozu sestra prochází adaptačním procesem, ve kterém je zaškolená sestrou mentorkou a to i v případě, že nastupující sestra již absolvovala v minulosti adaptační proces na jiném pracovišti (Hrušková, 2013b).

1.4 Pracovní zátěž sester

1.4.1 Pracovní prostředí a jeho vliv na zaměstnance

Vlivem pracovního prostředí na zaměstnance se zabývá vědní obor pracovní lékařství. Tuček a kol. (2005) uvádějí, že koncepce pracovního lékařství byla schválena Vědeckou radou MZČR v roce 2004. Rada taktéž definuje náplň oboru pracovní lékařství. Pracovní lékařství je oborem zabývajícím se vlivem práce, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví pracovníků, prevencí, diagnostikou, léčbou a posudkovými aspekty nemocí způsobených nebo zhoršovaných prací a dohledem nad dodržováním zdravotně přijatelných pracovních podmínek. Neoddělitelnou součástí pracovního lékařství je i vědní obor ergonomie. Gilbertová a Hlávková (2004) uvádějí náplň tohoto vědního oboru, jež se zabývá problematikou vytváření pracovního prostředí a otázkami zátěže směnného provozu. Taktéž autorky uvádějí definici ergonomie dle Mezinárodní ergonometické asociace vydanou v roce 2000 (str. 15): „*Ergonomie je vědecká disciplína založená na porozumění interakci člověka a dalších složek systému. Aplikací vhodných metod, teorie i dat, zlepšuje lidské zdraví, pohodu i výkonnost*“. Problematiku pracovního prostředí řeší i další obory, např. pracovní psychologie, hygiena práce a bezpečnost práce (Erban, 2007).

Pojem pracovní prostředí v sobě zahrnuje materiální podmínky a další podmínky, kupříkladu organizaci práce, které dohromady vytvářejí faktory, jež působí na pracovníka v průběhu pracovního procesu (Molek, 2013). Tyto faktory jsou povahy fyzikální, chemické, biologické a sociálně psychologické. Pracovní prostředí můžeme

vidět z pohledu prostorového řešení, fyzikálního a sociálně-psychologického. Prostorovým řešením rozumíme stavební uspořádání nebo velikost pracovního místa. Mezi fyzikální činitele můžeme zařadit světlo, hluk teplotu a jiné parametry. V sociálně psychologickém pojetí se jedná o kontakt s ostatními lidmi. Dále jsou rozlišeny pojmy pracoviště a pracovní místo. Pracoviště je určitá část prostoru, kde zaměstnanec práci vykonává. Pracovní místo je dále prostorem, kde činnost vykonává stanoveným postupem, technologií, jehož součástí je kupříkladu nábytek sloužící pro činnost zaměstnance (Tuček a kol., 2005).

Z pohledu prostorového řešení je nutná znalost legislativy, přičemž v nemocničním prostředí se jedná o znalost vyhlášky č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, v platném znění, která příslušnou problematiku řeší (Česko, 2012). V případě akutní intenzivní lůžkové péče je nutná velikost prostoru pro lůžko pacienta minimálně 9m², v případě boxového systému je povinná pracovní plocha boxu minimálně 12 m². Kromě stavebního uspořádání vyhláška definuje i potřebné materiální vybavení. Při tvorbě a plánování míst se vychází z činnosti, která je v místě provozována, počtu pracovníků, antropometrických údajů, tedy rozměrů lidského těla, a pohybem který bude v prostoru vykonáván (Erban, 2007).

Mezi zátěžové faktory ovlivňující následně činnost zaměstnance můžeme řadit prašnost prostředí, výskyt chemických látek, hlučnost, přítomnost vibrací, abnormální barometrický tlak, výskyt ionizujícího a neionizujícího záření, výši fyzického a psychického zatížení a působení biologických činitelů. Prašnost prostředí je dána množstvím prachu, tedy částic ve vzduchu. Prach může mít na člověka toxický i netoxický účinek v závislosti na skladbě prašných částic. Prach, který není tvořen toxickými částicemi, se projevuje na zdraví člověka účinky fibrogenní povahy, dráždivými účinky a v neposlední řadě alergiemi, karcinogenními a infekčními účinky. Mezi rizika způsobující poslední zmiňované můžeme zařadit vdechování částic vzniklých kupříkladu při kašli pacienta. Z tohoto důvodu je na pracovištích prováděno měření prašnosti. Pracoviště jsou dále dle výše naměřených hodnot ve vztahu k expozičním limitům kategorizovány na 4 kategorie. Dle kategorií jsou vydávána

příslušná doporučení k ochraně před účinky prachu zahrnující technická opatření (tedy odsávání) a organizační opatření, ke kterým patří především dodržování postupů práce při výkonu činnosti. Důležité je i dodržování preventivních prohlídek, kde v souvislosti s prašností prostředí je prováděn např. rentgen plic či funkční vyšetření spirometrií (Tuček a kol., 2005).

V nemocničním prostředí je zaměstnanec vystaven účinkům chemických látek různé povahy. V průběhu zaměstnání je zaměstnanec opakovaně proškolen v manipulaci s chemickými látkami. Každá chemická látka musí být označena dle pokynů daných legislativou resp. § 20 zákona č. 356/2003 Sb., v platném znění. Součástí označení jsou i pokyny pro bezpečné zacházení s nimi. K monitoraci účinků chemických látek se používají biologický expoziční testy. Pro ochranu před chemickými látkami je nutné dodržování stanovených postupů včetně dalších opatření zahrnující i užití osobních ochranných pracovních prostředků (Erban, 2007).

Tuček a kol. (2005) popisují význam pojmu hluk, který představuje zvuk o síle od osmi do dvaceti kHz, nebo vyšší, jehož působení je člověkem negativně vnímáno. Hluk působí na soustředěnost člověka, působení vysokých hodnot zvuku může způsobit poškození sluchu a nervového systému. Z tohoto důvodu jsou v odvětví, ve kterých je riziko expozice hluku, prováděna pravidelná měření. Riziko vystavení zaměstnance ve zdravotnictví vibracím či abnormálnímu barometrickému tlaku není příliš vysoké, z tohoto důvodu se působení těchto činitelů nebudeme blíže zabývat.

V nemocničních provozech je však zaměstnanec vystaven působení záření. Záření dělíme na ionizující, a neionizující. Ionizující záření je dále děleno na typ alfa, beta a gama. Silným zdrojem gama záření jsou přístroje využívané v radioterapii. Zaměstnanec bývá vystaven i účinkům rentgenového záření. Působení záření je u zaměstnanců pracujících s rentgenovými zářiči měřeno osobními dozimetry a jednou ročně vyhodnocováno. Při překročení přípustných limitů je zaměstnanec vystaven riziku vzniku chorob, například radiační dermatitidy, riziku vzniku nádorového onemocnění, při vysokých dávkách nemoci z ozáření. Limity vystavení jedince záření jsou stanoveny ve vyhlášce Státního úřadu pro jadernou bezpečnost České Republiky č. 184/1997 Sb., která je zároveň prováděcí vyhláškou k atomovému zákonu č. 18/1997Sb. Problematiku

vybavení pracovišť radiologie řeší také vyhláška č. 92/2012 Sb., požadavky na technické a věcné vybavení pracovišť diagnostické a léčebné péče v oborech radiologie a zobrazovacích metod. Neionizující záření zahrnuje působení elektromagnetického záření, světla ultrafialového, infračerveného, a laserového. Dále zahrnuje působení elektromagnetického vlnění vznikajícího v přítomnosti magnetických a elektrických polí. Podrobnější popis působení jednotlivých typů záření není předmětem této práce (Tuček a kol., 2005).

Činitelem ovlivňujícím pracovní prostředí je v nemocničním prostředí fyzická zátěž. Pojem fyzická zátěž nevyjadřuje totéž co pojem pracovní zátěž. Fyzickou zátěží, jak popisují Tuček a kol. (2005), se rozumí působení činností na vybavenost a výkonovou kapacitu zaměstnance, která je charakterizována kupříkladu tělesnou zdatností, tělesnou stavbou, nebo věkem či pohlavím. Nadměrné působení fyzické zátěže může být příčinou zvýšeného počtu pracovních úrazů. Tuček a kol. (2005) taktéž udávají charakteristiku fyzická zátěže, jejíž hodnota je dána působením několika faktorů, a to prostorovým uspořádáním pracovního místa, polohou při práci, pohyby, které jedinec při práci vykonává, působením fyzické zátěže ve smyslu svalové práce, manipulací s břemeny a v neposlední řadě působením lokální svalové zátěže. Zmíněný zdroj dále uvádí, že prostorové uspořádání a velikost pracovního místa by měly odpovídat charakteru vykonávané činnosti s ohledem na průměrnou hmotnost a výšku populace, přičemž dalším vlivem je také poloha při výkonu činnosti. Vyhovující podmínky jsou prevencí před přetěžováním pohybového aparátu. Pracovní pohyby ovlivňují energetickou náročnost vykonávané činnosti, měly by být odpovídající přirozeným drahám tělesných pohybů, bez jednostranného přetěžování jedné z končetin. Fyzická zátěž je v širším kontextu charakterizována prací pohybového, kardiovaskulárního a respiračního systému, proto je důležité neprovádět činnosti působící pouze jednostrannou zátěž, ale kombinovat je tak, aby svalová práce měla jak statický, tak i dynamický charakter. Nadměrné přetěžování při působení zátěže na lokální svalové skupiny může způsobit poškození kloubů, šlach či dané svalové skupiny. K tomu dochází v případě opakovaně vykonávaných pohybů v nepřírozené poloze, či působením velké svalové síly. Manipulace s břemeny je v nemocničním

prostředí velmi diskutovaným tématem ve vztahu k pacientovi. Dle vyhlášky č. 288/2003 Sb. v platném znění, je uvedeno v příloze 1, části A, že za zvedání břemena se pokládá též manipulace s pacienty na lůžku. Nařízení vlády č. 178/2001 Sb. dále v § 9 udává nutnost vybavení zaměstnanců osobními ochrannými pracovními prostředky nebo použití vhodných technických prostředků tak, aby bylo zajištěno vyloučení nebo omezení rizika, především poškození bederní páteře nebo onemocnění pohybového aparátu. Pacient je tedy břemenem, se kterým musí být nakládáno tak, aby nedošlo k manipulaci k ohrožení zdraví zaměstnance. V praxi se jedná o použití technických pomůcek a manipulaci s pacientem ve více osobách (Dandová 2004; Dandová 2012).

Psychická a smyslová zátěž jsou nedílnou součástí pracovní zátěže. Její působení ovlivňuje množství faktorů, kupříkladu míra pracovního tempa, směnná pracovní doba s rotacemi služeb (především práce v noci), klima pracovního prostředí a další faktory. Nadměrné působení psychické zátěže se na zaměstnanci může projevit emoční labilitou, nervozitou, poruchami soustředěnosti, zvýšeným počtem pracovních úrazů či neurotickými příznaky, přičemž se zvyšuje i riziko vzniku psychosomatických chorob, kupříkladu vředové choroby gastroduodenální. Psychická zátěž je jedním z faktorů ovlivňujících vznik syndromu vyhoření. Výkon práce během noci má vliv na narušení přirozených biorytmů, což může vést k poruchám spánku a vzniku chronické únavy (Tuček a kol., 2005). Jedním z činitelů ovlivňujících psychickou zátěž jsou interpersonální vztahy na pracovišti. Povahou těchto vztahů je vytvořeno klima na pracovišti, které může působit na zaměstnance pozitivně, což zvyšuje výkonnost jednotlivce i celého týmu, nebo naopak působit negativně, obzvláště v případě působení patologických jevů jako mobbing. Pojem mobbing označuje útok vedený většinou silnějšími kolegy vůči slabším, přičemž útok může být různého charakteru, od prosté ignorace až po fyzické napadení. Prevencí negativního působení psychické zátěže je provádění činností vedoucích k duševní hygieně zaměstnance, tedy sport, relaxační metody a především dostatečný odpočinek mezi směnami (Švejsová, 2012).

Pracovní prostředí ovlivňuje v neposlední řadě působení biologických činitelů. Ti jsou rozděleni do čtyř hlavních skupin - na činitele skupiny první, kteří mohou způsobit člověku onemocnění, ale není to pravděpodobné, činitele skupiny druhé, kteří

mohou způsobit onemocnění a mohou být nebezpeční pro zaměstnance, jejich šíření do okolí však není příliš pravděpodobné, je možná prevence a v případě vyvolání onemocnění je možná jeho léčba. Do skupiny třetí Tuček a kol. (2005) zahrnují ty biologické činitele, kteří mohou být závažnou hrozbou pro zaměstnance, jejich působení se může šířit i mimo pracovní prostředí, je však možná prevence a léčba. Poslední, čtvrtá skupina představuje činitele způsobující závažné onemocnění šířící se do okolí, na něž není léčba. Biologickým činitelem se rozumí různé druhy parazitů, mikroorganismů a jiných biologických látek. Obzvláště ve zdravotnickém zařízení je pro zaměstnance vysoké riziko vystavení se působení biologických činitelů, kteří mohou způsobovat různé druhy infekcí. Z tohoto důvodu je nutné důsledné dodržování bariérových postupů při poskytování ošetrovatelské i léčebné péče a doporučených postupů při manipulaci s biologickým materiálem jakékoliv povahy. Pro určení rizikovitosti pracovního prostředí se užívá kategorizace dle hodnot výskytu výše uvedených činitelů na pracovišti a dalších činitelů, kupříkladu psychické zátěže, směnnosti atd. Tato kategorizace je dána vyhláškou MZČR č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli.

Vévoda a kol. (2013) uvádějí, že na pracovní prostředí má vliv množství faktorů, které jsou zpravidla ovlivnitelné technickými nebo organizačními zásahy. Bezpečné pracovní prostředí pro zaměstnance je jedním z klíčových bodů, kterými se zabývá Evropské Společenství. Česká Republika, která je členskou zemí, zvýšila aktivitu v této oblasti a do své legislativy začlenila směrnice zabývající se právě ochranou zdraví při práci, dále jen BOZP. Národní politiku BOZP upravuje Usnesení vlády č. 475 z roku 2003. Pravomoc státu však není absolutní, neboť předpisy vztahující se k této problematice určuje i zaměstnavatel, který se řídí doporučeními a právními předpisy Mezinárodní organizace práce, která vydala Českou Republikou ratifikované úmluvy, a to úmluvu č. 155 z roku 1981 O bezpečnosti a zdraví pracovníků a úmluvu č. 161 z roku 1985 O závodních zdravotních službách, jež je zahrnuta ve vyhlášce ministerstva

zahraničních věcí č.145/1988 Sb. Další mezinárodní úmluvu je směrnice č. 89/391/EEC Rady evropského společenství o zavedení opatření na podporu zlepšování bezpečnosti a zdraví pracovníků při práci. Mezi zákony uvedené v české legislativě zabývající se problematikou BOZP zahrnujeme zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění a předpis č. 262/2006 zákoníku práce, v platném znění, a dále zákon č. 373/2011 Sb., který upravuje činnost pracovně lékařských služeb (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Pro práci ve zdravotnických provozech je důležitá vyhláška č. 470/2004 Sb., která udává seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují uznání pracovní způsobilosti zdravotníka, dále vyhláška MZČR č. 288/2003 Sb., kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázány těhotným a kojícím ženám a matkám do konce devátého měsíce po porodu (Vévoda a kol., 2013). Cílem všech zmíněných právních předpisů a také zaměstnavatelů by mělo být vytvoření pozitivně působícího pracovního prostředí, které zvyšuje výkon zaměstnanců, kteří v něm pracují.

1.4.2 Faktory ovlivňující pracovní výkonnost zaměstnance

Pracovní výkon zaměstnance ovlivňuje řada faktorů, které jsou zčásti měnitelné, zčásti jsou však podstatou člověka a mají své limity, jejichž překročení či změna může být problémem. Základním pojmem v oblasti výkonu je výkonnost člověka, která je definována jako schopnost podání určitého výkonu za jednotku času. Pracovní výkon však nemá pouze kvantitativní část, tedy kolik práce člověk vykonal, ale také část kvalitativní, tedy jak ji vykonal, jaké má dovednosti a schopnosti, jaké vynaložil úsilí k činnosti atd. (Molek, 2007). Výkon je ovlivněn faktory, které je možné shrnout do dvou základních skupin, a to jsou tělesné faktory a faktory pracovního prostředí. Do skupiny první lze zařadit věk, pohlaví, národnost, úroveň funkce smyslových orgánů, tělesnou zdatnost, motoriku, psychickou kapacitu, schopnost přizpůsobit se pracovním podmínkám, stavbou těla. Mezi faktory pracovního prostředí lze zahrnout druh vykonávané činnosti, působení biologických, chemických či fyzikálních činitelů, směnnost, organizaci pracovní doby v souvislosti s intenzitou vykonávané činnosti a délku pracovní doby. Faktorem pracovního prostředí je též motivace zaměstnance

v souvislosti s hodnocením, odměňováním, platovými podmínkami, možnostmi kariérního postupu, možnostmi sebevzdělávání a v neposlední řadě celkový přístup managementu k zaměstnancům. Podstatnou částí jsou i mezilidské vztahy na pracovišti. Člověka v jeho pracovním výkonu ovlivňují i faktory týkající se jeho vlastní osoby, tedy rodina, vztahy, spokojenost atd. (Gilbertová, 2002).

Z tělesných faktorů je pro pracovní výkon důležitá celková tělesná konstituce člověka a jeho svalová síla, která je u žen nižší než u mužů až o třicet procent. I s věkem se svalová síla snižuje. Také funkce smyslových orgánů ovlivňuje schopnost práce zásadním způsobem. Funkčnost zraku je dána jeho ostrostí, schopností adaptace, rozlišováním barev nebo prostorovým viděním. Sluchové schopnosti jsou dány citlivostí, která ovlivňuje celkovou kapacitu sluchu mezi prahovými hodnotami. Ve zdravotnictví ovlivňuje citlivost sluchu na příklad schopnost rozpoznat alarmové limity během monitorace fyziologických funkcí nebo schopnost slyšet patologické změny při poslechu dýchacích fenoménů. Psychická kapacita je definována hodnotami inteligenčního kvocientu (dále jen IQ), který nám přibližuje úroveň intelektu. Průměrné hodnoty se pohybují v rozmezí devadesáti až sto deseti IQ. Psychická kapacita je dána také dalšími složkami tvořícími osobnost člověka, kupříkladu schopnostmi, potřebami atd. Úroveň schopnosti přizpůsobit se pracovním podmínkám závisí na druhu činnosti, která je vykonávána, na sociálním klimatu, organizaci práce, odpočinku a v neposlední řadě na rizicích souvisejících s pracovní činností nebo prostředím, kde je vykonávána. Jsou-li však překročeny limity schopnosti člověka přizpůsobit se, ať již fyziologicky či psychicky, dochází k maladaptaci, která má vliv na vznik dalších onemocnění mající obvykle psychosomatický charakter (vředová choroba gastroduodenální, neurózy atd.) (Gilbertová, 2002).

Na pracovní výkon mají také vliv již zmínění činitelé pracovního prostředí. Pro pracovní výkon je důležitá spokojenost a motivace zaměstnance. Tyto oblasti jsou obsahem řízení lidských zdrojů, jak udává Molek (2007). Pracovní spokojenost úzce souvisí s motivací a pracovním výkonem. Spokojenost je chápána jako emoční stav, kdy dochází k naplnění očekávání z práce (Vévoda a kol., 2013). Spokojenost může být přechodná či dlouhodobá, týkající se celkové práce nebo jednotlivých složek, které ji

dotvářejí (kolektivu, prostředí, platového ohodnocení, vlastní činnosti apod.). Nespokojenost může člověka motivovat k vyšší aktivitě, nebo může mít zcela opačný efekt a vést ke změně pracovního místa, obzvláště v případě dlouhodobé nespokojenosti (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Motivací se rozumí vnitřní hnací síly, které vedou člověka k určité činnosti. Podstatou motivace je vzbuzeňá touha. Není-li touha motivátorem vyvolána, nesplňuje podmínky pro vznik vnitřní hybné síly k činnosti, tedy motivaci. Motivátory jsou pro každého člověka individuální, vychází z jeho vlastního hodnotového žebříčku. Právě hodnoty mohou významně ovlivnit intenzitu aktivity ve vykonávání pracovních činností. Na výběr motivátorů a hodnotového žebříčku má vliv mnoho faktorů, například věk, sociální zázemí, pohlaví, vzdělání a jiné. Jednou z nejznámějších motivačních teorií se stala dvoufaktorová motivačně-hygienická teorie Fredericka Herzberga. Frederick Herzberg byl americkým psychologem zabývající se faktory ovlivňujícími nespokojenost člověka v jeho zaměstnání. Základem jeho teorie jsou dva druhy ovlivňujících faktorů a to faktory motivační a hygienické. Jsou-li pro zaměstnance faktory hygienické přítomny, nemusí je ani vnímat, jejich absence však způsobí nespokojenost. Přítomnost motivačních faktorů vede ke spokojenosti, jejich absence ale nespokojenost nezpůsobí. Hygienické faktory tvoří v této teorii: odpovídající platové ohodnocení, vztahy na pracovišti, sociální vztahy (například rodinné zázemí) apod. Vévoda a kol. (2013) označuje stejné faktory jako motivační, jinak také nazývané satisfaktory. Dle Herzberga se jedná o motivátory vedoucí k seberealizaci člověka. Hodnotový žebříček člověka má vliv na tvorbu postojů, z toho vyplývá skutečnost existence faktorů ovlivňujících postoj k práci. Postoj, který člověk následně zaujímá, má své důsledky, vedoucí k výsledkům. Vedle Herzbergovy teorie je další významnou teorií v této oblasti Maslowova hierarchie potřeb (Management Mania, 2011).

Pracovní výkon je nejen ovlivnitelnou, ale především hodnotitelnou veličinou. Smyslem řízení výkonu je nalezení společných cílů, popřípadě způsobů, jak stanoveného cíle dosáhnout. Vedoucí pracovník je v tomto případě spíše rádcem, podporuje a usměrňuje činnost zaměstnance. Smyslem hodnocení je posouzení kvality

činnosti zaměstnance. Řízení směřuje do budoucnosti, hodnocení se zabývá především minulostí (Molek, 2007). Správné hodnocení je velmi složitou záležitostí. Obzvláště náročné je hodnocení v zaměstnání, které není možné zhodnotit jasnými daty, čísly apod., jako je tomu kupříkladu v oblastech prodeje. Zdravotnictví je velmi specifickým odvětvím, ve kterém je možné hodnotit spíše oblast kvality než kvantity, tedy dodržení standardů. Fáze hodnocení pracovního výkonu se skládá v první řadě ze sběru informací o kvalitě činnosti, kterou pracovník vykonává, tedy o jeho chování v kolektivu, o způsobu plnění úkolů. Hodnotící fáze druhá spočívá v projednání zjištěných informací se zaměstnancem. Fáze hodnocení třetí spočívá v nalezení cesty ke zlepšení nedostatků a fáze závěrečná v realizaci opatření (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Kompetentním hodnotícím pracovníkem bývá obvykle přímý nadřízený. Existují chyby v hodnocení, kterých je nutné se vyvarovat. Mezi tyto chyby zahrnuje Molek (2007) kupříkladu přílišnou shovívavost či naopak přísnost, ovlivnění vedoucího předsudky a haló efekt, při kterém je hodnotitel ovlivněn zjevem zaměstnance jeho vystupováním apod.

Vzhledem k důsledkům, které hodnocení na pracovní výkon zaměstnance může mít, je důležité se chyb nejen vyvarovat, ale zejména jim předcházet. Hodnotitel by měl závěr vypracovávat dle jasných kritérií, bez prvků diskriminace či ovlivnění vlastními sympatiemi. Závěr je nutné vždy s pracovníkem pečlivě projednat a najít společnou cestu k řešení, ve smyslu zlepšení. Právě hodnocení pracovníka může být faktorem, který zvýší, nebo naopak sníží jeho motivaci a tím i celkový pracovní výkon (Pokořová, 2010).

1.4.3 Vliv pracovní zátěže na sestru

Pracovní zátěž je pojmem vyskytující se především v souvislosti s pracovním stresem. Stres je výsledkem působení faktorů, tzv. stresorů. V práci sestry můžeme za stresory označit směnovou práci, práci v časové tísní, fyzickou zátěž a samozřejmě zátěž psychickou. Stres je často diskutovaným pojmem, který můžeme charakterizovat jako stav vznikající působením činitelů, na které lidský organismus reaguje fyziologickými či psychickými změnami. Přiměřená pracovní zátěž má na člověka

kladný účinek. Pokud dojde k situaci, kdy pracovní úkoly převáží nad výkonovými možnostmi člověka, stává se pracovní zátěž nepřiměřenou a negativně působící. Negativní projevy najdeme v psychické sféře, kde mohou mít obraz strachu, úzkosti, obav a ve fyziologické sféře, kde se projevují jako motorický třes, neklid, poruchy koordinace, poruchy fyziologických pochodů (trávení, spánku), hormonální změny a také jako kognitivní změny, kupříkladu nesoustředěnost a zhoršení schopnosti rozhodování. Negativní působení zátěže však nemusí být pouze ve smyslu přetížení, ale i ve smyslu nevytížení, kdy není výkonová kapacita člověka dlouhodobě využívána (Vévoda a kol., 2013). Obecně vzato přiměřená pracovní zátěž pramení především z rovnováhy mezi pracovním úkolem, schopností a připraveností osobnosti jej za daných podmínek splnit. Dlouhodobě působící nepřiměřená pracovní zátěž má kromě výše uvedených změn za následek vznik syndromů označovaných jako burn-out, tedy syndrom vyhoření a chronický únavový syndrom. V souvislosti s výkonem práce může dojít i ke vzniku různých onemocnění, ať již v souvislosti s působením biologických, chemických či fyzikálních činitelů. Mezi některá tato onemocnění můžeme zmínit alergie, onemocnění dýchacích cest a choroby pohybového aparátu, převážně zad (Gilbertová, 2002).

Konkrétní zátěž působící na sestry lze shrnout do tří kategorií: zátěž psychická, fyzická a zátěž vlivem směnného provozu. Fyzická zátěž vzniká v důsledku manipulace s pacientem. Právě nesprávná manipulace může poškodit nejen zdraví sestry, ale i zdraví pacienta. Nejvíce se fyzická zátěž projevuje při polohování, které je však jednou z nejdůležitějších aktivit vyvíjených k prevenci vzniku dekubitů, je tedy nutné jeho pravidelné opakování. Fyzická zátěž je zároveň vyvíjena při manipulaci s prádlem i při činnosti s pracovními pomůckami a přístroji v rámci provozu. K působení nepřiměřené zátěže dochází obzvláště při manipulaci s imobilními pacienty. Prevencí v těchto případech může být nácvik správné manipulace s pacientem, využití dostupných pomůcek, popřípadě pomoc ostatního zdravotnického personálu. V reálném provozu však bývá právě polohovacích pomůcek a pomocného personálu nedostatek, dochází tak k vystavení sestry nepřiměřené fyzické zátěži, která může způsobit vznik pracovního úrazu a při dlouhodobém, nebo opakovaném působení i chronické onemocnění

pohybového aparátu. Problémem je také dodržování doporučených hmotnostních limitů pro manipulaci. Mezi faktory fyzicky zatěžující sestry můžeme zahrnout také práci ve vynucené nepřírozené poloze, nevhodnou výšku lůžka, nedostatečný prostor kolem lůžka a již nastíněný nedostatek pomůcek (Gručková, 2007). Možnosti fyzické zátěže upravuje vyhláška MZČR č. 288/2003 Sb., v platném znění, kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázané těhotným a kojícím ženám a matkám do konce devátého měsíce po porodu. Tato vyhláška také upravuje hmotnostní limity pro manipulaci. Míra působení zátěže je dána typem oddělení, druhem prováděné činnosti, počtem personálu, kvalitou a množstvím materiálu. Podstatným faktorem pro určení míry fyzické zátěže sestry na pracovišti je i působení únavy a vyčerpání z důvodu nedostatečného odpočinku (Gilbertová, 2002).

Psychická zátěž bývá u pomáhajících profesí přítomna ve zvýšené míře. Sestra se musí vyrovnávat se situacemi, se kterými se běžně člověk nemusí vůbec setkat. Běžně se setkává s projevy zoufalství, bolesti, utrpení či strachu. Je pacientům oporou ve chvílích, které jsou pro člověka často nejtěžší v jeho vlastním životě. Sestra je zároveň příjemcem pacientovy lítosti, agrese, vzteku. Vyrovnává se nutně také s reakcí rodinných příslušníků v případě sdělení pacientovy nepříznivé diagnózy. Tyto aspekty dělají práci zdravotníka velmi psychicky zatěžující (Schmidbauer, 2000). I nutnost práce ve stresu pramenící z nedostatku času, ať již při vzniku náhlé komplikace, či z důvodu velkého množství pacientů, činí toto zaměstnání někdy velmi stresujícím. Neméně působí na sestru i interpersonální vlivy, kupříkladu konflikty v kolektivu, vztahy lékaře a sestry nebo sestry a pacienta. Obzvláště ve vztahu lékař-sestra může docházet k působení zátěže, jsou-li na sestru přenášeny činnosti mimo její kompetenci, což je obzvláště v dnešní době velmi diskutovaným tématem (Jobánková, Kvapilová, 2007).

Sestra může pociťovat pocity vyčerpání a zoufalství, je-li zavalena činností, kterou nestíhá. Zvyšující se náročnost na administrativu, velké množství klientů, odborných výkonů, nové techniky a přenášení činností ostatních pracovníků pak může vyvolat pocit zoufalství, protože sestra práci nestíhá a nemá tím pádem dostatek času na vykonávání ošetrovatelské péče na takové úrovni, jakou by si představovala. Právě

nedostatek času na výkon ošetrovatelských intervencí je jednou z oblastí, na kterou si často sestry stěžují v souvislosti s vyšším množstvím administrativy (Bilavčíková, Karafiátová, 2010).

Výsledkem nepřiměřené psychické zátěže bývá pocit vyčerpání, frustrace, ztráta motivace, vznik chronického únavového syndromu či syndromu vyhoření. Prevencí jsou prvky duševní hygieny, jako dostatek spánku, relaxace, sportovní aktivita, četba atd. Důležitá je komunikace a v případě pocitů, které jsou pro zdravotníka již nadměrnou zátěží, může být pomocí i komunikace s nadřízenou staniční sestrou či vyhledání odborné pomoci (Berger, Hobbs, 2006).

Směnnost je jedním z faktorů, který je považován za velmi narušující, a to nejen z důvodu narušení přirozených biologických a cirkadiálních rytmů (spánek a bdění), ale i přítomností dalších souvisejících změn, kupříkladu v rámci společenského života, rodinného harmonogramu apod. Na lidský organismus působí střídání rytmů různě. Změny ročních období, dne či noci na člověka nemusí působit tak intenzivně, jako změna cirkadiálních rytmů. Každý člověk je individuum, stejně jako jeho schopnost adaptace. V populaci se rozlišují i tzv. skřivani a sovy, kdy skřivani nemají problém s brzkým vstáváním, ale uléhají ke spánku dříve než sovy, kterým se však v brzkých ranních hodinách jen těžko vstává. Noční směny tedy budou více vyhovovat sovám a skřivani se budou adaptovat problematičtěji (Vévoda a kol., 2013).

Na tomto místě je důležité zmínit, že lidská fyzická výkonnost během dne mění svou intenzitu, kdy nejvyšších hodnot dosahuje kolem desáté a kolem čtrnácté hodiny. Změny hodnot výkonnosti se dostavují i v průběhu týdne, kdy nejvyšších je dosahováno během středy a čtvrtka. Na konci týdne je dosahována nejnižší míra výkonnosti. Míra výkonnosti klesá i během noci, v době kolem jedenácté hodiny večerní až páté hodiny ranní. Míra negativních důsledků nočních směn je tedy u každého jedince jiná. Obecně však lze říci, že práce v noci má vliv na vznik chronického únavového syndromu, psychosomatických onemocnění, zahrnujících trvalé poruchy spánku a neurotické poruchy. Tyto poruchy mají za následek i vznik obezity či kardiovaskulárních onemocnění. Pracovní režim má vliv i na změny v sociální oblasti, především se jedná o možný důsledek ve smyslu sociální izolace. Noční práce by neměla být vykonávána

v případě, že dotyčná osoba již trpí nějakou psychosomatickou či psychickou chorobou, trpí poruchami spánku nebo trpí kardiovaskulárním onemocněním, ke zvažení je i sociální zázemí dotyčného, vzdálenost bydliště od zaměstnání a další faktory (Gilbertová, 2002).

1.4.4 Podíl managementu na ovlivnění pracovní zátěže zaměstnance

Management se zásadně podílí na vytváření a ovlivnění pracovních podmínek pro zaměstnance, ačkoliv v některých případech není možné vyjít zaměstnancům vstříc v plné míře jejich požadavků bez ohrožení stability organizace samotné. Zdravotnictví je převážně státním sektorem, který je řízen MZČR. Nejvyšší management musí respektovat vyhlášky a nařízení daná zmíněným ministerstvem. Příмым nadřízeným je pro sestru staniční sestra, dále vrchní a hlavní sestra nemocnice. Každá úroveň managementu má své kompetence. Nelékařský zdravotnický personál je řešen se staniční a vrchní sestrou. Pracovní zátěž, která je dána především aspekty prostředí a působení biologických, chemických či fyzikálních činitelů podléhá směrnicím, které jsou dány každému pracovišti, včetně nemocnice jako celku. Jedná se kupříkladu o hygienické předpisy, o předpisy pracovního uspořádání, technické směrnice aj. Zaměstnanci by měli absolvovat pravidelná školení z důvodu získání dostatečného množství informací o této problematice, jakož i o rizikových situacích, které mohou nastat a způsobu, jak jim lze předcházet (Kubíčková, 2007; Di Cara, Charvátová, 2013).

Fyzické zatížení může management ovlivnit zajištěním dostatečného počtu personálu, který je dán vyhláškou č. 421/2013 Sb. v platném znění, kterou se mění vyhláška č.134/1998 Sb., jakož i dostatečným množstvím materiálního vybavení, především polohovacími pomůckami. V neposlední řadě je důležité správné umístění lůžka s ohledem na ergonomii. Nedostatek manipulačního prostoru kolem pacienta je faktorem ztěžujícím práci. Taktéž prostorové uspořádání je dáno vyhláškou, konkrétně č. 92/2012 Sb. Management musí pro své zaměstnance zajistit i pravidelné lékařské kontroly. V kompetenci managementu je taktéž možnost zajistit zaměstnancům různá školení, kupříkladu správné manipulace s pacientem a rehabilitačního cvičení. V některých nemocnicích je možné docházet na masáže za snížený poplatek, popřípadě

získat poukázky na různé sportovní aktivity, jako plavání apod. Směnnost, která je velmi podstatným faktorem pracovní zátěže, je ovlivnitelná managementem především při procesu plánování směn (Pelikánová, 2013). Plánování směn a rozvržení pracovní doby je upraveno zákoníkem práce, zákonem č. 262/2006 Sb. Dobu odpočinku upravuje § 90 a § 92, práci přesčas upravuje § 93 (Česko, 2006).

Důležitým ukazatelem spokojenosti zaměstnanců a zrcadlem působení přiměřené pracovní zátěže na sestry by měla být zpětná vazba k managementu zajištěná prostřednictvím opakovaných výzkumných šetření mezi tímto personálem. Metodikou šetření může být na příklad anonymní dotazník či anketa, doplňkem může být pozorování zástupci středního managementu. Přímý rozhovor by nebyl příliš úspěšný, většina zaměstnanců by mohla mít obavy o zhoršení pracovních podmínek v případě vyjádření svého názoru (Kotasková, Tóthová, 2007). Hladký a Židková (1999) uvádějí, že je mnoho metod šetření, kupříkladu metoda hodnocení pracovních podmínek, která analyzuje vliv pracovních podmínek na zdraví zaměstnance. Obsahuje část hodnotící vliv sensorické zátěže a část hodnotící zátěž psychosociální. Taktéž popisují, že další možnou metodou je užití Meisterova dotazníku hodnocení pracovní zátěže a metody focus group u souboru sester, při šetření míry psychosociální zátěže. Tuto metodu využívají ve své práci Bártlová a Jobánková (2005). Autorem dotazníku je W. Meister. Podmínkou validity dotazníku je výběr pracovníků vždy z jednoho pracoviště, vykonávající činnost déle než rok. Hodnoceny jsou faktory pracovní zátěže řazené do třech kategorií - faktor přetížení, monotonie a nespecifický faktor. Po zhodnocení výsledků je vhodné provedení dalšího podrobnějšího průzkumu. Další možnou metodou je dotazník Maslach Burnout Inventory, který hodnotí míru vyhoření zaměstnanců. V České republice však tento dotazník nebývá příliš používán (Štikar, 2000). Míra pracovní zátěže a spokojenosti zaměstnanců jsou faktory přímo ovlivňující výkon zaměstnanců a tím i kvalitu poskytovaných služeb. Pro management by měla být jejich znalost samozřejmá. Zpětná vazba zaměstnanců k managementu je i ukazatelem kvality jejich vlastní práce. Funkční management umí dovést své podřízené ke kvalitním výkonům, zná-li správný způsob.

2 CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit názory sester pracujících na akutních lůžkách na jejich pracovní podmínky.

Cíl 2. Zjistit, které faktory ztěžují pracovní podmínky sester na akutních lůžkách.

Cíl 3. Zjistit názory sester, jak tyto faktory eliminovat a jak zkvalitnit ošetrovatelskou péči sester, pracujících na akutních lůžkách.

2.2 Výzkumné otázky

- Jak hodnotí sestry materiální vybavení, které mají k dispozici pro výkon pracovních činností?
- Jak hodnotí sestry stav personálního vybavení na jejich pracovišti?
- Jak hodnotí sestry možnost komunikace s managementem v problematice pracovních podmínek?
- Které faktory z oblasti materiálního vybavení hodnotí sestry jako faktory ztěžující výkon pracovních činností?
- Které faktory z oblasti personálního vybavení hodnotí sestry jako faktor ztěžující výkon pracovních činností?
- Jakým způsobem by sestry chtěly eliminovat materiální faktory, které jim ztěžují pracovní výkon?
- Jaký vliv by mohla mít eliminace těchto faktorů z oblasti materiálního vybavení na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?
- Jakým způsobem by sestry chtěly eliminovat personální faktory, které jim ztěžují pracovní výkon?
- Jaký vliv by mohla mít eliminace těchto faktorů z oblasti personálního vybavení na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?
- Které kroky managementu sestry považují za způsob ulehčení výkonu jejich práce a tím i za kroky vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče?

3 METODIKA

3.1 Metodika a technika šetření

K získání údajů bylo použito kvalitativního šetření formou nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány. Cílem bylo co nejpřesněji uvést získaná data, z tohoto důvodu byly při přepisování vynechány pouze hovorové výrazy, popřípadě byl rozhovor doplněn o vlastní postřehy autorky. Přímé výroky dotazovaných jsou odlišeny kurzívou. Osloveno bylo celkem patnáct dotazovaných - sester a šetření bylo provedeno ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze se souhlasem všech zúčastněných, vedení nemocnice, vrchní a hlavní sestry. Výzkumné šetření probíhalo během měsíců ledna až března roku 2015.

Pozn. Z důvodu rozsahu rozhovorů jsou jejich přepisy umístěny v samostatné příloze na přiloženém CD.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími na akutních lůžkách Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Sestry byly oslovovány přímo na pracovišti. Nejprve byly seznámeny s obsahem této diplomové práce a cíli výzkumného šetření. Všechny oslovené sestry byly ochotné rozhovor poskytnout. Vzhledem k jejich vlastní pracovní vytíženosti však bylo nutné na některé rozhovory s dotazovanými čekat, než provoz na oddělení umožnil provedení rozhovorů v klidné atmosféře. Oslovené sestry disponovaly různou délkou své praxe i vzděláním. Nejnižší dosažené vzdělání bylo vyšší odborné, nejvyšší dosažené vzdělání měla dotazovaná, která dosáhla magisterského titulu. Délka praxe se velmi lišila nebo byla téměř nulová u dotazované, která do zaměstnání nastoupila ihned po absolvování studia a neměla tedy žádnou předchozí praxi u lůžka, až po praxi u sester velmi zkušených, které měly vysoký počet odsloužených let. Výzkumný soubor byl v počtu 15 sester. Soubor tvořily muži i ženy.

1. dotazovaný – D1, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, délka praxe deset let, svobodná, bezdětná, doba dojezdu do práce 30 minut.

Rozhovor se sestrou probíhá na místě pracoviště, v místnosti vyhrazené pro odpočinek a stravu sester. Dnes je jeden z klidnějších pracovních dnů, uvádí sestra připravující kávu pro navození ještě klidnější a pohodové atmosféry pro rozhovor. Sestra je velmi komunikativní a působí vyrovnaně a příjemně. Po přípravě kávy usedáme na polstrovanou lavici ke stolu a začínáme rozhovor na dané téma. V místnosti je dostatek denního světla, které sem přivádějí velká okna. Místnost je velikostí prostoru spíše skromnější, přesto však působí útulným dojmem. Sestry mají k dispozici rychlovarnou konvici, kávovar, který jim byl darován vedoucím oddělení, mikrovlnou troubu a samozřejmě lednici. V místnosti je uklizeno a čisto, což jen dokresluje celkově příjemný dojem odpočinkové místnosti. Dotazovaná sestra byla před poskytnutím rozhovoru informována o jeho účelu včetně následného zpracování výzkumných dat. Ochetně souhlasila s poskytnutím informací.

Sestra pracuje na tomto oddělení dva roky. V minulosti byla zaměstnána v jiné Pražské nemocnici, na oddělení spadajícím mezi chirurgické obory, taktéž však poskytujícím intenzivní péči. Pro změnu pracoviště se rozhodla z důvodu touhy po nových informacích a zkušenostech. Po nástupu na koronární jednotku jí byla přidělena zkušená sestra školitelka, která ji zasvětila do činností potřebných pro výkon práce sestry koronární jednotky a poskytla jí i nezbytné informace. Školitelka postupovala podle předem vypracovaného adaptačního plánu, který je umístěn na oddělení. Nový zaměstnanec i jeho školitel s tímto plánem pracují a školitel vždy stvrzuje svým podpisem, že novou sestru proškolil v dané činnosti, vypráví sestra. Vzdálenost od zaměstnání ani osobní život nepovažuje dotazovaná za faktory ovlivňující jeho pracovní výkon.

2. dotazovaný – D2, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe sedm let, jedno dítě, družka, doba dojezdu do práce 30 minut.

Rozhovor s dotazovaným probíhal v místnosti určené k odpočinku a stravě sester. Dnešní den patří spíše k těm poklidnějším, což umožňuje vést rozhovor

v příznivé atmosféře. Pracovník působí příjemným dojmem, je velmi komunikativní a má jasné názory na danou problematiku, které jsou podloženy praktickými zkušenostmi z chodu oddělení.

Dotazovaný na tomto oddělení pracuje sedm let. Zaměstnán zde byl ihned po ukončení svého vzdělání na vyšší odborné škole, je to tedy jeho první pracoviště. Vzhledem k délce své praxe na tomto pracovišti má možnost školit nově nastupující pracovníky. Školení považuje za velmi odpovědný úkol. Prostřednictvím správně vedeného školení se vychovávají pracovníci pro oddělení a je tedy možné ovlivnit budoucí chod celé jednotky. Stejně jako ostatním mu byla po jeho nástupu přidělena školitelka, která ho provedla celým adaptačním procesem a naučila činnostem potřebným k výkonu práce na oddělení. Se zaměstnáním je v současné době spokojený a nechystá se ke změně. Stávající vzdálenost od zaměstnání ani osobní život nepovažuje dotazovaný za faktory ovlivňující jeho pracovní výkon.

3. dotazovaný – D3, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe 15 let, jedno dítě, vdaná, doba dojezdu do práce 30 minut.

Rozhovor s dotazovaným probíhal na oddělení, v místnosti určené pro odpočinek a stravu sester. Vzhledem k tomu, že provoz na oddělení příliš neumožňoval provedení rozhovoru v klidné atmosféře, odložili jsme povídání do pozdních odpoledních hodin. V odpoledních hodinách byl již provoz klidnější a bylo možné rozhovor zahájit. Dotazovaná byla velmi ochotná odpovídat. Byla komunikativní a příjemná. Rozhovor byl pro autorku práce příjemným zážitkem. Sestra na oddělení pracuje již patnáct let. Zaměstnání ji baví. Sama se vzdělává absolvováním přednášek a seminářů. Vzhledem k délce své praxe působí rovněž i jako školitelka pro nově nastupující sestry. Domnívá se, že vždy je prostor ke zlepšení, ale zároveň dodává, že nyní je se situací na oddělení spokojena. Vzdálenost od zaměstnání, ani svůj rodinný stav nepovažuje za zátěž, která by jakkoliv ovlivnila její pracovní výkon.

4. dotazovaný- D4, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, délka praxe 3 roky, bezdětná, vdaná, doba dojezdu do práce 35 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal přímo na oddělení, v ranních hodinách, po ukončení její noční služby. Vyprávěla, že služba probíhala v klidu a byla tedy ochotná rozhovor poskytnout, ačkoliv mohla již odejít domů. Pracovní den byl teprve na počátku, na oddělení vládla klidná atmosféra, než se znovu roztočí kolečka příjmů, překladů, vyšetření a všeho, co k provozu na oddělení patří. Dotazovaná byla příjemná a ochotná. Její odpovědi však byly velmi strohé. Sama uvedla, že není příliš komunikativní a není zvyklá se vyjadřovat, když ji někdo poslouchá. Rozhovor byl kratší než s ostatními dotazovanými. Na oddělení pracuje tři a půl roku. Jedná se o její první pracoviště po absolvování bakalářského studijního programu. Zatím ji práce baví. Vzdělání si stále doplňuje absolvováním různých kurzů. Vzdálenost od zaměstnání ani její osobní život nepovažuje za elementy, které by měly vliv na pracovní výkon.

5. dotazovaný – D5, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe 7 let, svobodná, bezdětná, doba dojezdu do práce 30 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal v místnosti určené k odpočinku sester, v ranních hodinách, po ukončení noční směny. Směna neprobíhala příliš v klidu, i přes svou únavu však byla sestra ochotná rozhovor poskytnout. V danou hodinu již vládl na oddělení klid, rozhovor tak mohl proběhnout v příjemné atmosféře. Dotazovaná působila příjemným dojmem. Její odpovědi byly podloženy praxí, kterou na oddělení absolvovala. Vzhledem k její délce působí dotazovaná i jako školitelka a zaučuje nově příchozí sestry. Jedná se o její první pracoviště po absolvování studia. Po ukončení studia na vyšší odborné škole absolvovala ještě specializační program v intenzivní péči ARIP, i v současné době si však vyhledává různé informace, absolvuje semináře. Práce ji baví. Vzdálenost od zaměstnání ani její osobní život nepovažuje za elementy, které by měly vliv na pracovní výkon.

6. dotazovaný – D6, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, délka praxe 3 roky, svobodný, bezdětný, doba dojezdu do práce 15 minut.

Rozhovor s dotazovaným probíhá na oddělení, v místnosti určené k odpočinku sester. Na oddělení vládne rušná atmosféra, je odpoledne, všední den. Na službě

dochází překladům, propuštění a příjmům pacientů. *Dnes již byly dva příjmy, dvě propuštění a jeden překlad*, vypráví dotazovaný. I přes náročnost dnešní služby chce rozhovor poskytnout dnes. Dotazovaný je komunikativní, má velmi dobrou náladu, je příjemný. Toto zaměstnání je jeho prvním po studiu. Vyzařuje z něj nadšení a pozitivní přístup k práci. Snaží se dále vzdělávat samostudiem odborné literatury a účastí na různých seminářích a přednáškách. Zatím je svobodný a bezdětný. Vzdálenost od zaměstnání ani jeho osobní život zatím nijak neovlivňují výkon jeho pracovních činností.

7. dotazovaný – D7, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe dva roky, svobodná, bezdětná, doba dojezdu do práce 30 minut.

Rozhovor se sestrou probíhal o noční službě. V danou chvíli panoval na oddělení klid. Na rozhovor byl dostatek času. Sestra byla komunikativní, příjemná a působila rozhodným dojmem. Na oddělení pracuje dva roky. Jedná se o její první zaměstnání po studiu na vyšší odborné škole. V současné době se dále vzdělává studiem na vysoké škole v bakalářském programu ošetřovatelství. Práce ji baví. Vypráví, že po škole bylo samozřejmě náročné se na takto odborném oddělení zapracovat. Dnes chodí do práce s větším klidem, ale dotazovaná zároveň dodává, že zde je nutné se učit stále přicházejícím novým metodám a poznatkům. Zatím je svobodná a bezdětná. Vzdálenost od zaměstnání ani její osobní život zatím nijak neovlivňují výkon jejich pracovních činností.

8. dotazovaný – D8, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe 17 let, vdaná, dvě děti, doba dojezdu do práce 45 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal na oddělení během víkendové denní služby, která byla velmi rušná, během rozhovoru však panoval klid. Sestra působí velmi rozhodným, zkušeným a profesionálním dojmem. Dříve pracovala na resuscitačním oddělení. Je znatelné, že její názory jsou podloženy léty zkušeností. Rozhovor probíhal v přátelské a klidné atmosféře. Na oddělení pracuje dotazovaná dostatečně dlouho na to, aby mohla vše objektivně zhodnotit. Práce ji vždy bavila a baví i nyní. Podmínky, za

kterých pracujeme v současné době, hodnotí jako příznivé. Zažila ještě doby, kdy bylo mnohem méně materiálu a celkového vybavení. Nyní je vše jednorázové a můžeme si vybírat z množství materiálu. Práce je v některých ohledech jednodušší, je však vyšší obrát pacientů a množství nových metod, které je zapotřebí se učit. Vzdělává se v současné době samostudiem literatury a absolvováním různých seminářů. Vzdálenost ani její rodinné povinnosti nijak neovlivňují výkon jejich pracovních činností.

9. dotazovaný – D9, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe půl roku, bezdětná, svobodná, doba dojezdu do práce 15 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal během víkendové noční služby. Na oddělení panoval klid a sestra měla dostatek času na rozhovor. Noční služby jí příliš nesvědčí. Má raději denní. Na systém nočních směn si ještě nezvykla a hodně ji unavují. Je však přesvědčena, že si brzy zvykne. Sestra působí spíše nesmělým dojmem, což je možné připisovat její zatím nepřilíš dlouhé praxi. Je však velmi milá a komunikativní a na své krátké zkušenosti měla až překvapivě vyspělé názory. Práce ji zatím velmi baví. V budoucnosti by ráda pokračovala ve studiu, přesněji v bakalářském studijním programu. V současné době se vzdělává především samostudiem literatury a návštěvami seminářů a přednášek. Vzdálenost ani její rodinné povinnosti nijak neovlivňují výkon jejich pracovních činností.

10. dotazovaný – D10, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe sedm měsíců, svobodná, bezdětná, doba dojezdu do práce 45 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal během víkendové denní služby. Ačkoliv bylo plně obsazené oddělení, pacienti byli stabilní a celkově působila služba velmi klidně. Bylo možné se usadit na místnosti určené k odpočinku sester a k rozhovoru si uvařit šálek kávy, k navození klidné atmosféry. Dotazovaná působila zpočátku rozhovoru nervózně, nevěděla, co přesně se od ní očekává, ale v průběhu rozhovoru se uklidnila a hovořila, aniž by bylo nutné ji vybízet. Dotazovaná byla komunikativní, příjemná a odpovědi na otázky ji nečinily potíže. V současné době je proškolená svou školitelkou, se kterou si velmi dobře rozumí. Práce na oddělení je sice velmi náročná

jak po odborné, tak někdy i fyzické stránce, ale velmi ji baví, je zajímavá a nutí ji na sobě více pracovat ve smyslu samostudia. V budoucnu by dotazovaná ráda zahájila studium v bakalářském programu. V současné době je svobodná a bezdětná a vzdálenost od práce ani její soukromý život nijak neovlivňují její pracovní výkon.

11. dotazovaný – D11, nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné, délka praxe dva roky, svobodná, bezdětná, doba dojezdu do práce 20 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal na sesterně o víkendové noční službě. Provoz na oddělení se uklidnil kolem desáté hodiny a byla tedy možnost na klidné poskytnutí rozhovoru. Dotazovaná byla velmi ochotná. Působí velice rozhodným a rázným dojmem. Je velmi aktivní a pracovitá. Sama si vyhledává informace o problematice onemocnění vyskytujících se na jejím pracovišti. Práce ji zatím velmi baví. Hledala oddělení, na kterém by mohla být aktivní a učit se stále novému, což ji koronární jednotka plně poskytuje. Zatím dotazovaná neplánuje doplnění vzdělání studiem na vysoké škole. V současné době je svobodná, bezdětná a její soukromý život ani vzdálenost od zaměstnání nijak neovlivňují její pracovní výkon.

12. dotazovaný – D12, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, délka praxe 25 let, vdaná, dvě děti, doba dojezdu do práce 45 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal v místnosti určené k odpočinku sester, během všedního pracovního dopoledne. Ačkoliv byla sestra velmi vytížena, našla si chvíli na poskytnutí odpovědí. Sestra působila velmi příjemně a komunikativně. Vzhledem k délce její praxe byly odpovědi podloženy lety zkušeností. Dotazovaná vystudovala magisterský studijní program již před lety. V současné době se aktivně účastní mnoha přednášek, kde převážně zastává roli přednášející. Taktéž publikuje do odborných zdravotnických časopisů a účastní se přípravy a výuky nelékařského zdravotnického personálu na EKG kurzech pořádaných Všeobecnou fakultní nemocnicí. Dotazovaná se taktéž věnuje sestrám při praktické výuce na oddělení koronární jednotky. Její práce ji stále baví, ačkoliv je velmi vyčerpávající. Vzdálenost od zaměstnání, ani rodinný stav neovlivňují zásadním způsobem výkon jejich pracovních činností.

13. dotazovaný – D13, nejvyšší dosažené vzdělání specializace ARIP, délka praxe 16 let, vdaná, jedno dítě, doba dojezdu do práce 20 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal ve všední den o její denní směně. Den byl velmi náročný, bylo mnoho pacientů na příjem, tedy i mnoho propuštění a překladů na oddělení. Nyní je ohlášen příjem resuscitovaného pacienta. Na oddělení panuje velmi rušná atmosféra, přesto si sestra přeje rozhovor poskytnout dnes. Začínáme tedy první otázkou, ale je nutné se přesunout ze sesterny na místnost sloužící k odpočinku a stravování sester, kde je o trošku klidnější atmosféra. Sestra pracuje na tomto oddělení již dlouhá léta, jedinou pauzu tvořila mateřská dovolená. Přesto vypráví, že na této jednotce je stále mnoho nových informací, které je zapotřebí vstřebávat. Sestra se zde stále musí učit, pokud chce dobře pracovat. Ona sama po střední zdravotnické škole absolvovala specializační vzdělávací kurz ARIP a EKG kurz pořádaný ve spolupráci s II. Interní klinikou VFN. Během práce dále absolvovala množství různých přednášek a seminářů, kterými se samovzdělává. Studium na vysoké škole zatím neplánuje. Má jedno dítě, které je velmi aktivní a plně vyžaduje její pozornost. Někdy je náročné přijít domů po noční směně a nejt si ani lehnout, protože syn si chce hrát, ale zatím to zvládá a doufá, že až bude starší, bude situace méně náročná. Zatím ji práce baví, její rodina a soukromí život nijak významně neovlivňují výkon pracovních činností, stejně jako ho neovlivňuje ani vzdálenost od práce.

14. dotazovaný – D14, nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, délka praxe jeden rok, svobodná, bezdětná, doba dojezdu do práce 15 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhal na oddělení, během její noční víkendové směny. Na oddělení panoval klid, přesto jsme se dostali k rozhovoru až v půl druhé ráno. Přes pozdní hodinu byla sestra velmi komunikativní a ochotná mi rozhovor poskytnout. Působí velmi příjemným dojmem. Ačkoliv nemá mnoho praktických zkušeností, je velmi snaživá a cílevědomá, s ochotou se stále vzdělávat a co nejrychleji si osvojit praktické dovednosti nutné k práci na koronární jednotce. Nových informací je mnoho, o to více ji však práce baví a zajímá. Do budoucna by se ráda dále vzdělávala formou různých seminářů a školení. Již teď se těší na absolvování EKG kurzu, kterým

projde po určité době každý zaměstnanec koronární jednotky. Zkušenosti zde na tomto oddělení jsou k nezaplacení, dodává sestra. V současné době je svobodná a bezdětná. V budoucnosti by ráda děti měla, ale ještě má čas, vypráví. Soukromý život ani vzdálenost od zaměstnání zatím neovlivňují výkon pracovních činností.

15. dotazovaný - D15, nejvyšší dosažené vzdělání specializační studium ARIP, délka praxe 19 let, dvě děti, vdaná, doba dojezdu do práce 30 minut.

Rozhovor s dotazovanou probíhá o víkendovém odpoledni. Na oddělení panuje klidná atmosféra. Již je po vizitě, jsou splněny všechny ordinace lékaře a pacienti odpočívají po obědě. Je to chvíle, kdy si mohou dát sestry kávu a na chvíli si odpočinout než půjdou plnit ordinace na druhou hodinu odpolední. Dotazovaná má dnes náročnější den než ostatní, protože pečuje o pacienta, který je uměle ventilován a jeho oběhové funkce jsou nahrazeny přístrojem ECMO. Sestra vypráví, že dnes se skoro nezastaví, ale takto odborná práce ji baví. Den alespoň rychleji uteče. Sestra pracuje na tomto pracovišti již léta. Jediným přerušením byla mateřská dovolená. Vzdělává se samostudiem absolvováním různých školení a seminářů. Na této jednotce je zapotřebí se neustále vzdělávat, protože se zde aplikují stále nové a nové postupy. Pracoviště by sestra neměnila. Práce ji stále baví, je pro ni zajímavá a naplňuje ji. Rodinný stav, ani vzdálenost od zaměstnání nijak neovlivňují výkon jejich pracovních činností.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní šetření

Z důvodu velkého rozsahu jsou prepisy všech rozhovorů vyčleněny jako samostatná příloha na CD.

4.1.1 Kategorizace

Výsledky výzkumného šetření jsou shrnuty do následujících hlavních kategorií, které mají své podkategorie k lepšímu a přesnějšimu rozdělení odpovědí jednotlivých dotazovaných. Jednotlivé kategorie jsou: materiální vybavení (podkategorie: léčiva, přístrojová technika, spotřební materiál, prádlo, tedy ložní prádlo a prádlo pro pacienty, hygienické prostředky), personální vybavení (podkategorie: lékaři, nelékařský zdravotnický personál, sanitáři, pracovníci úklidu), materiální faktory ztěžující výkon pracovních činností, komunikace s managementem, způsob řešení materiálních nedostatků, vliv řešení nedostatků na úroveň poskytované ošetrovatelské péče, personální faktory ztěžující výkon pracovních činností, způsob řešení personálních nedostatků, vliv řešení personálních nedostatků na úroveň poskytované ošetrovatelské péče, kroky managementu vedoucí k ulehčení výkonu práce a zvýšení úrovně ošetrovatelské péče.

- Materiální vybavení

Léčiva

D1 - Oddělení má dostatek potřebných léčiv, které jsou pravidelně objednávány staniční sestrou. V případě, že se nachází některé léčivo v omezeném množství, napíše ho personál do příslušného sešitu, který staniční sestra pravidelně kontroluje. Každý víkend je při úklidu lékáren kontrolována expirace a zároveň i množství balení léčiv. Výjimečně tedy dochází v této oblasti k nedostatkům, převážně se však jedná spíše o výpadek v distribuci lékárny.

D2 - Léčiv je dostatek, v případě, že některý lék není, sestry si ho zapůjčí z jiného pracoviště a v nejbližší možné době je staniční sestrou objednán.

D3 - V oblasti léčiv může být občas problém v dodávce, která se zdrží, problém musíme vyřešit zapůjčením léčiva na jiném oddělení.

D4 - Veškerého materiálního vybavení je dostatek.

D5 - V oblasti léčiv je dostatek materiálu, ačkoliv někdy nám některé léčivo schází. Staniční sestra ho objedná, ale někdy trvá dlouho, než je nám dodáno.

D6 - Léčiv je tolik, kolik je zapotřebí, popřípadě je běžné půjčení mezi odděleními na klinice, než bude objednávka dodána.

D7 - *V oblasti léčiv není problém.*

D8 - Léčiv je dostatek, dle potřeby je staniční sestra pravidelně objednává.

D9 - Léčiva objednává pravidelně staniční sestra dle ordinací lékařů a stavu zásob. Zásoby sama pravidelně kontroluje, případně je na nedostatky upozorněna personálem.

D10 - Léčiv je dostatek, dle toho jaká je potřeba oddělení. Speciální léky jsou objednávány na pacienty. Staniční sestra každé ráno dopisuje léčiva, která jsou zapotřebí.

D11 - Oblast léčiv hodnotí jako dostatečnou. Při vysokém obratu pacientů může dojít k nedostatku některého léčiva, ale to je v nejbližší možné době objednáno staniční sestrou. V případě, že dodávka trvá delší dobu, vyřeší personál prozatímní nedostatek zapůjčením léčiva na jiném oddělení.

D12 - Léčiv je dostatečné množství, tak jak je na jednotce zapotřebí.

D13 - *Léčiv je dostatečné množství.* Je zde trvalá zásoba nejužívanějších léčiv. Některá léčiva se objednávají na pacienta. Taktéž antibiotika se objednávají dle toho, zda je má někdo naordinovaná.

D14 - *Léčiv je tolik, kolik je zapotřebí,* v případě, že některé léčivo dojde, je objednáno staniční sestrou z nemocniční lékárny.

D15 - Léčiv je dostatečné množství, které je zapotřebí. Některých léčiv je až nadstandardní počet.

Přístrojová technika

D1 - Přístrojovou techniku hodnotí sestra jako nadstandardní jak počtem, tak i funkčností. V případě závady je po nahlášení staniční sestře urychleně zjednána náprava. *V současné době dochází k obnově monitorovací techniky, dodává.*

D2 - Přístrojovou techniku považuje za dostačující jak počtem, tak i funkčností. V případě její poruchy je vše hlášeno staniční sestře, popřípadě technikovi oddělení, kteří zjednají nápravu.

D3 - Technické vybavení je dostačující počtem i funkčností.

D4 - Veškerého materiálního vybavení je dostatek.

D5 - Technické vybavení je zatím dostačující, ačkoliv vzhledem k jeho vyčerpání bude také nutná obměna.

D6 - Přístrojové techniky je dostatek a vybavení je moderní.

D7 - *Přístrojové vybavení je adekvátní, možná až nadstandardní tomu, co je na JIP běžné.*

D8 - Materiální vybavení je vcelku dostačující, srovnatelné s jinými jednotkami intenzivní péče.

D9-*Technické zázemí je dostačující. Máme ventilátory, dialýzu, kontrapulzaci i coolguard.*

D10 - Technické vybavení je sice dostačující, ale sestra se domnívá, že by měly být jednotlivé kusy obměňovány vždy najednou, tedy nikoliv část monitorovací techniky a po určité době druhá část, protože je pro personál náročné pracovat na dvou typech techniky s odlišným ovládáním. Totéž se týká ventilátorů, které by taktéž měly být jednoho druhu.

D11 - *Technické vybavení jednotky je standardní na dnešní dobu, účel jednotky a léčebné postupy.*

D12 - Technické zázemí taktéž odpovídá potřebám jednotky a postupům moderní léčby.

D13 - *Přístrojová technika je na vysoké úrovni a ulehčuje nám práci.*

D14 - Domnívá se, že technické zázemí jednotky je vcelku nadstandardní, přístroje jsou moderní, pokud dojde k poškození některého, je zavčas vyměněn nebo opraven.

D15 - Přístrojové vybavení je zatím dostačující, ačkoliv vzhledem k jeho vytíženosti bude také nutná obměna, je v provozu 24 hodin denně.

Spotřební materiál (rukavice, obvazy, polohovací pomůcky atd.)

D1 - Množství spotřebního materiálu kupříkladu rukavic, obvazů atd., považuje sestru za absolutně dostačující. V případě, že dochází, je včas doplněn ze skladu sanitáři. Staniční sestra pravidelně materiál objednává. Mírný nedostatek vidí v počtu polohovacích pomůcek, které v případě větší vytíženosti oddělení nemusí vždy stačit a je nutná improvizace k zajištění prevence vzniku dekubitů.

D2 - Ostatní vybavení, mezi které zahrnuje kupříkladu spotřební materiál a polohovací pomůcky, považuje za dostačující.

D3 - Ve výjimečných případech chybí základní prostředky jako rukavice, buničina nebo jednorázové utěrky. Obvykle se však jedná pouze o časově velmi krátký výpadek v dodávce, který si personál dovede vyřešit zapůjčením.

D4 - Materiálního vybavení je dostatek.

D5 - *V dnešní době vzhledem k celkové finanční situaci nemocnice množství veškerého materiálu klesá.*

D6 - Další materiální vybavení je dostačující

D7 - Nedostatek vidí v počtu polohovacích pomůcek a v jejich kvalitě. Při svých stážích

na různých oddělené se setkávala s kvalitnějšími pomůckami. Občas sice dochází k jejich obnově, ale jde to velmi pomalu. Domnívá se, že by bylo zapotřebí nakoupit nové pomůcky a ve větším množství.

D8 - Sestra se domnívá, že není dostatek polohovacích pomůcek, což se projevuje především při hospitalizaci většího množství méně mobilních pacientů nebo pacientů po resuscitaci, které je nutné polohovat. Taktéž by uvítala více pomůcek k ohřívání pacientů, respektive tzv. *beránky*, v případě, že dochází k centralizaci oběhu a pacienti mají chladná akra.

D9 - Spotřebního materiálu je dostatek.

D10 - Spotřebního materiálu je dostatek.

D11 - Spotřebního materiálu je dostatek.

D12 - *Co se týká běžného spotřebního materiálu, je ho dostatek. Horší je to s pomůckami, které jsou v současné době na trhu a zpříjemnily by nám práci, ale bohužel jsou příliš drahé na to, abychom je objednávali.* Jedná se převážně o moderní pomůcky k polohování pacientů, modernější převazový materiál apod.

D13 - *Spotřebního materiálu je dostatek, akorát výběr převazového materiálu je omezen z důvodu nedostatečných finančních prostředků.* Taktéž je nedostatek polohovacích pomůcek a v případě plně obsazeného oddělení s více imobilními pacienty se jedná o problém, ve kterém si musí personál pomoci improvizací.

D14 - Spotřební materiál je dostatečný a je pravidelně kontrolován a doplňován sanitářem ze skladu.

D15 - Spotřebního materiálu je taktéž dostatek. *Máme to, co pro práci potřebujeme, ale vždy je zapotřebí trošku s materiálem šetřit.*

Prádlo (ložní, pro pacienty)

D1 - Veliký nedostatek sestra vidí v dodávce prádla pro pacienty.

- D2** - Udává nedostatek v oblasti dodávky ložního prádla a prádla pro pacienty.
- D3** - *V ničem nejsou dramatické nedostatky.*
- D4** - Za nedostatek považuje dodávky prádla. Počet kusů nepokryje standardní spotřebu oddělení.
- D5** - Nedostatek je především v oblasti ložního prádla.
- D6** - Udává nedostatek v oblasti dodávky ložního prádla a prádla pro pacienty.
- D7** - Za podstatný nedostatek považuje množství ložního prádla. *Na oddělení je velký obrat pacientů. Jsou zde pacienti ve vážném zdravotním stavu, napojeni na ventilátor, takoví pacienti musí být v čistotě a je někdy nutné jim měnit ložní prádlo častěji. Někdy trpí horečkou nebo dojde ke krvácení z třísla po invazivních vstupech. Je problém, že není dostatek čistého prádla a musíme ho nahradit papírovou podložkou.*
- D8** - *Nedostatkem je ložní prádlo, které obzvláště při větším obratu pacientů skutečně chybí.*
- D9** - *Nedostatek je především v množství ložního prádla pro pacienty.*
- D10** - Nedostatek vidí dotazovaná v množství ložního prádla pro pacienty. V případě několika příjmů pacientů za den během služby je prádla někdy nedostatek.
- D11** - Nedostatek vidí dotazovaná v dodávce prádla pro pacienty a ložního prádla, které nestačí pokrýt spotřebu oddělení.
- D12** – *Prádla je vysoká spotřeba, neuškodilo by mít ho větší množství.*
- D13** - *Nedostatkem je i vybavení lůžkovinami a prádlem pro pacienty.*
- D14** - Nedostatek je v oblasti lůžkovin, které jsou dodávány externí prádelnou. *Často není lůžko do čeho pohléci. To je obzvláště ve vytížených dnech veliký problém.*
- D15** - Nedostatek je především v oblasti ložního prádla.

Hygienické prostředky

D1 - Hygienických prostředků bývá v nemocnicích většinou nedostatek vzhledem k jejich velké spotřebě. *U nás se nejedná o výrazné nedostatky, ačkoliv by bylo dobré mít k dispozici větší množství přípravků k péči o pokožku, především pak promašťujících mlék, uvádí dotazovaná.*

D2 - Domnívá se, že by mohlo být více prostředků k hygienické péči o pacienta, především přípravků k ochraně a péči o namáhanou pokožku pacientů. Zejména zmiňuje krémy k promaštění pokožky, popřípadě ochranné pasty používané k promazání predilekčních oblastí náchylných k tvorbě dekubitů.

D3 - *Veškerého materiálu je vysoká spotřeba, vzhledem k vysokému počtu pacientů. V ničem nejsou dramatické nedostatky, dodává.*

D4 - Materiálního vybavení je dostatek.

D5 - Nedostatek je v oblasti hygienických prostředků. V současné době *je snaha spíše o čerpání některých prostředků z vlastních materiálů, kupříkladu hygienické prostředky může donést rodina pacienta.*

D6 - Oblast hygienických prostředků občas dostatečná nebývá, chybí především přípravky k péči o pokožku. Především krémy, zinkové pasty s ochrannou funkcí a pěny ve spreji na mytí.

D7 - V oblasti hygienických prostředků jsou občas nedostatky, ale nepovažuje je za výrazné.

D8 - Hygienické prostředky vesměs pokryjí potřebu oddělení, v některých případech si pacienti nosí své vlastní.

D9 - *Hygienické prostředky většinou dostačují, ačkoliv v případě většího obratu pacientů také nestačí.* Obvykle není dostatek přípravků určených k péči o pokožku pacientů, tedy ochranných past a krémů k promazávání pokožky.

D10 - Hygienické pomůcky jsou také převážně dostačující. Pouze při vyšším obratu pacientů může být nedostatek past k promazání predilekčních míst.

D11 - *Hygienických prostředků je nedostatek. Důvodem je vysoká spotřeba. Nejvíce se spotřebují tělová mléka, ochranné pasty a čistící pěny na pokožku. V některých případech je možné požádat rodinu o donesení pacientovo osobních hygienických prostředků ale někdy je to problém, kupříkladu když žije pacient sám.*

D12 - Hygienických prostředků je taktéž převážně dostatek, ale v některých případech když je na oddělení vysoká spotřeba může dojít ke krátkodobému nedostatku.

D13 - Hygienických pomůcek je dostatečné množství, taktéž je využíváno vlastních pomůcek pacienta.

D14 - Hygienických prostředků je převážně dostatek. *Máme k dispozici mycí pěny ve spreji, krémy a ochranné pasty. Někdy je nedostatek tělových mlék k promaštění pokožky.*

D15 - *Hygienických prostředků bývá tak akorát. Někdy nám především prostředky k péči o kůži dojdou, ale můžeme v některých případech čerpat vlastní přípravky, které si donese pacient nebo jeho rodina.*

Komplexní zhodnocení materiálního vybavení

D1 - V otázce materiálního vybavení se sestra vyjadřuje kladně.

D2 - *Komplexně považuje materiální vybavení za dostatečné.*

D3 - *Není vůbec špatné i s přihlédnutím k tomu, že se jedná o velkou fakultní nemocnici. Finanční situace samozřejmě není růžová, občas tedy jsou přítomny nedostatky.*

D4 - K otázce materiálního vybavení se sestra vyjadřuje kladně. Domnívá se, že v celkovém pohledu je materiálního vybavení dostatek.

D5 - V minulosti, když na jednotce začínala, bylo veškerého materiálu více. *V dnešní době vzhledem k celkové finanční situaci nemocnice množství veškerého materiálu klesá.*

D6 - *Materiální vybavení je u nás dostatečné.*

D7 - *Celkově je jistě dostačující oproti tomu, jaké mají ostatní nemocnice k dispozici.*

D8 - Dotazovaná se k otázce materiálního vybavení vyjadřuje kladně. Materiální vybavení je vcelku dostačující, srovnatelné s jinými jednotkami intenzivní péče.

D9 - Sestra hodnotí materiální vybavení jako vcelku dostačující.

D10 - K otázce materiálního vybavení se dotazovaná vyjadřuje kladně. Komplexně je dobré.

D11 - K otázce materiálního vybavení se dotazovaná zpočátku vyjádřila velmi obecně, uvedla že, *čas od času se setkává s nedostatečným materiálním vybavením.*

D12 – Nemáme mnoho možností. Jsme rádi, že máme všeho takové množství jaké je, a to vcelku dostačuje.

D13 - Komplexně je materiálního vybavení dostatek.

D14 - Materiální vybavení hodnotí sestra kladně.

D15 - *Finanční prostředky nemocnice jsou takové, jaké jsou a na to, jakou máme spotřebu všeho, je komplexně vybavení dostačující.*

Nedostatky materiálního vybavení

D1 - Veliký nedostatek sestra vidí v dodávce prádla pro pacienty.

D2 - Udává nedostatek v oblasti dodávky ložního prádla a prádla pro pacienty.

D3 - *V ničem nejsou dramatické nedostatky.*

D4 - Za jediný nedostatek považuje dodávky prádla. Počet kusů nepokryje standardní spotřebu oddělení.

D5 - Nedostatek je především v oblasti ložního prádla a v oblasti hygienických prostředků.

D6 - Chybí především přípravky k péči o pokožku. Především krémy, zinkové pasty s ochrannou funkcí a pěny ve spreji na mytí. Dále dotazovaná udává nedostatek v oblasti dodávky ložního prádla a prádla pro pacienty.

D7 - Nedostatek vidí v počtu polohovacích pomůcek a v jejich kvalitě. Za podstatný nedostatek považuje množství ložního prádla.

D8 - Není dostatek polohovacích pomůcek. *Dalším nedostatkem je ložní prádlo, které obzvláště při větším obratu pacientů skutečně chybí.*

D9 - *Nedostatek je především v množství ložního prádla pro pacienty.*

D10 - Nedostatek vidí dotazovaná v množství ložního prádla pro pacienty. V případě několika příjmů pacientů za den během služby je prádla někdy nedostatek.

D11 - *Hygienických prostředků je nedostatek. Důvodem je vysoká spotřeba.* Nejvíce se spotřebují tělová mléka, ochranné pasty a čisticí pěny na pokožku. Nedostatek vidí dotazovaná v dodávce prádla pro pacienty a ložního prádla, které nestačí pokrýt spotřebu oddělení.

D12 – Nedostatek moderních pomůcek k polohování pacientů, modernější převazový materiál apod.

D13 - *Nedostatek polohovacích pomůcek. Nedostatkem je i vybavení lůžkovinami a prádlem pro pacienty.*

D14 - Nedostatek je v oblasti lůžkovin, které jsou dodávány externí prádelnou.

D15 - Nedostatek je především v oblasti ložního prádla.

- Personální vybavení

Lékaři

D1 - Počet lékařů na oddělení je dostačující, ačkoliv v případě onemocnění jednoho či více ze stálých lékařů koronární jednotky je náhrada lékařem mladším, z jiného oddělení či kliniky nedostačujícím řešením. Lékař nezná zvyklosti oddělení a v případě náročného provozu je to velmi citelné, dochází k chaosu.

D2 - Počet lékařů považuje pracovník za dostačující, ačkoliv v případě větší vytiženosti oddělení je jejich práce velmi náročná a v některých případech je těžké stíhat praktické činnosti spolu s administrativou, konkrétně v případě příjmu akutního pacienta, je náročné stíhat psát vizity ostatních pacientů.

D3 - Počet lékařů je pro provoz oddělení dostačující

D4 - Počet lékařů pokryje potřeby oddělení, ačkoliv *se v některých náročnějších dnech musejí ohánět.*

D5 - Dotazovaná se domnívá, že lékařů je dostatečný počet, který pokryje potřebu jednotky.

D6 - Počet lékařů považuje pracovník za dostačující.

D7 - Počet lékařů na oddělení je jistě dostačující a obvyklý jako na jiném oddělení.

D8 - Počet lékařů je standardní.

D9 - *Lékařů je asi běžný počet, který by měl na jednotce intenzivní péče být.*

D10 - Počet lékařů je obvyklý pro jednotku intenzivní péče. Při náročnější službě jsou lékaři velmi vytiženi. Spolupráce mezi lékaři a sestrami však funguje na velmi dobré úrovni, takže se vždy vše zvládne jak má.

D11 - *Lékařů je relativně dostatek, ačkoliv v některých dnech se musejí skutečně ohánět.*

D12 - Počet lékařů je na směně dostačující a vyhovuje běžným počtům na jiných, takto intenzivních pracovištích.

D13 - Lékařů je dostatek na dané oddělení, dle zvyklostí podobně náročných jednotek.

D14 - *Lékařů je počet, který by měl asi na takovémto pracovišti být.*

D15 - *Lékařů je takové množství, jaké je běžné na jiných pracovištích.*

Nelékařský zdravotnický personál

D1 - Sester je početně dostatek. Na oddělení se nachází převážně mladý personál.

D2 - Uvítal by větší počet sester. Taktéž se domnívá, že nastupující personál nemá dostatečně dlouhou praxi u lůžka. Uvítal by přijetí většího počtu zkušenějších sester, sestry po studiu by sice také přijímal, ale jejich počet by rád omezil. *Kupříkladu dvě bez praxe na oddělení.*

D3 - Pět kvalifikovaných sester na službě je počet, který pokryje potřebu standardního pracovního dne, ačkoliv při vysoké vytíženosti oddělení to dostačující být nemusí. *Management má snahu udržovat dostatečný počet sloužícího personálu tak, aby na jednu sestru přicházel maximálně jeden ventilovaný pacient a mohla se takto náročnému klientovi dostatečně věnovat.*

D4 - Počet sester však dostačující není. *Jsme mladý kolektiv, je zde mnoho nových sester, které nemohou pracovat samy, udává. Než se zapracují, je zapotřebí čas a bohužel se ho někdy na službě nedostává. Bylo by zapotřebí navýšit počet, aby na nové sestry bylo dostatek času.*

D5 - *Sester je početně dostatek, ale je mnoho nových, nezaškolených, které nejsou schopny samostatně pracovat. Je to běžný koloběh, ale jistě by nezaškodilo, kdyby nás bylo více. Služby jsme však schopny pokrýt, míní sestra. Taktéž chybí na oddělení rehabilitační pracovník.*

D6 - Početně je sester jistě dostatek. *Je sice mnoho nových sester, ale vždy jsou na směně i zkušené sestry, takže dohromady je vždy služba zajištěná.*

D7 - *V současné době se najíždí na systém šesté sestry během dne, která se jistě uplatní.* Početně je sester dostatek. Obsazení služeb nebývá problém.

D8 - Sester je dostatek, služby jsou plně vykryty.

D9 - *Počet sester je dostačující, ačkoliv je hodně nově příchozích, které se zaučují. V případě, že je služba náročná, nemusí počet sester stačit, protože nová sestra nezastane tolik práce jako sestra zkušená.*

D10 - Personál je početně dostačující. *Každá nově nastupující sestra má svého školitele, což na některých jednotkách nebývá standardem.*

D11 - Nelékařského zdravotnického personálu samozřejmě nikdy dostatek není, ale v daných možnostech dostačující je. Bylo by zapotřebí mít více sester s praxí u lůžka a potřebnými informacemi. Toto však úzce souvisí s motivací, kterou může vedení zkušeným a vzdělaným sestřám nabídnout.

D12 - *Dlouholetý všeobecný nedostatek sester hlavně na JIP se nás samozřejmě také týká. Problém nastane hlavně v období dovolených a epidemií chřipky, kdy chybějící sestry není kým nahradit. Zbývající sestry pak pracují za cenu přesčasů.*

D13 - *Nelékařského zdravotnického personálu je nedostatek jak početně tak jejich zkušenostmi. Nově příchozí mladý personál nemá dostatek zkušeností a jejich zapracování trvá dlouho.*

D14 - *Kvalifikovaného nelékařského zdravotnického personálu je dle mého názoru na našem pracovišti nedostatek. Ve směně by se jeden člen navíc jistě uplatnil.*

D15 - *Je zde převážně mnoho nových sester. Jsme mladý kolektiv, ve kterém starší a zkušenější zaučují nové, mladé. Bohužel se často stává, že některé sestry, které se zaučí, nevydrží a odejdou. Služby jsme však schopny pokrýt, míní sestra.*

Sanitáři

D1 - Sanitářů je pro oddělení dostatek.

D2 - Počet sanitářů považuje taktéž za dostačující. *Během dne jsou na oddělení zpravidla dva sanitáři, z toho jeden na ranní směnu a druhý do večerních hodin. Nedomnívá se, že by byla nutná přítomnost sanitáře na noční službě, když přichází v brzkých ranních hodinách. Během víkendu je na oddělení jeden sanitář během dne, což zcela vykryje potřebu jednotky.*

D3 - Počet sanitářů považuje za dostačující.

D4 - Počet sanitářů pokryje potřeby oddělení.

D5 - *Sanitářů je dostatek. Mají sice dost své práce, ale vždy mají snahu nám pomoci v té naší. Není tedy nutné navyšovat jejich počet.*

D6 - Počet sanitářů by mohl být vyšší, alespoň o jednoho. Na noční by jistě potřeba nebyl, ale během dne by se ještě jeden sanitář uplatnil. *V některých případech, kdy je na službě více příjmů nebo překládů pacientů, by se další síla uplatnila.*

D7 - *Sanitářů je sice relativně dostatek, ale jistě by se na noční služby jeden uplatnil.*

D8 - *V některých případech by se uplatnil jeden sanitář navíc.*

D9 - Počet sanitářů je dostačující a pokryje potřeby jednotky. V některých případech, když je služba náročnější, by se další síla jistě uplatnila, ale nebylo by asi odůvodněné, aby byl další sanitář pravidelně přítomen na noční službě.

D10 - *V některých případech by se hodil jeden sanitář navíc, obzvláště při náročné službě, kdy je mnoho příjmů a odchodů.*

D11 - Sanitářů je také dostatek a plně pokryjí potřebu oddělení. *Samozřejmě, že by se hodila někdy další síla navíc, ale není to nezbytně nutné.*

D12 - *Počet pomocného personálu dostačující není, ale bohužel není možné ho navýšit, protože na provoz oddělení je určen příslušný počet osob pomocného personálu a i přesto, že by bylo zapotřebí přijmout další sílu, není toto managementem schváleno.*

D13 - *Taktéž je nedostatečný počet pomocného personálu, což je citelné kupříkladu ve dnech jako je tento, dodává sestra.*

D14 - *Pomocného personálu je vcelku dostatek, ačkoliv jsou dny, kdy by mohl být ještě jeden na směnu.*

D15 - *Sanitářů je dostatek, ačkoliv někdy je práce hodně a trošku se nestíhá, ale v rámci možností dostatek je.*

Pracovníci úklidu

D1 - *Občasný nedostatek vidí sestra v zajištění úklidových prací, které má na starosti externí úklidová firma.*

D2 - *V oblasti úklidu vidí občas také nedostatky, zároveň však dodává, že se jedná především o záležitost vedení soukromé úklidové firmy.*

D3 - *Úklid, na který dochází paní ze soukromé firmy, je dostačující.*

D4 - *Úklid dostačuje potřebám oddělení.*

D5 - *Úklid není příliš dostačující, ačkoliv se zaměstnankyně snaží. Je na ní nakládáno příliš mnoho prostorů.*

D6 - *Úklid se v poslední době velmi zlepšil. Dříve nestačilo, kolikrát zaměstnankyně přicházela, nyní však chodí častěji.*

D7 - *Uvítala by častější přítomnost úklidu na oddělení, protože v odpoledních hodinách někdy přetékají odpadkové koše v podstatě infekčním materiálem a sestra si je někdy musí vynášet sama, což ji zdržuje od její práce.*

D8 – Uvítala by častější přítomnost úklidu na oddělení, aby si personál nemusel občas vysýpat přetékající odpadkové koše. *Je nutné tento nedostatek neřešit s paní, která úklid vykonává, ale s vedením úklidové firmy, která by měla posílit počet personálu.*

D9 - *Někdy vidí nedostatky v úklidové firmě. Paní na úklid je velmi vytížena a nestačí přicházet opakovaně.*

D10 - *Možná by mohl být posílen úklid o další paní. V odpoledních hodinách dochází k situacím, kdy přetékají odpadkové koše materiálem a sestry si je musejí samy vynášet, což je zdržuje od jejich vlastní práce.*

D11 - Úklid není dostačující. Paní, která ho provádí, však nemůže dělat více. Firma, mající úklid na starosti se snaží zjevně počet personálu nenavyšovat, jedna uklízečka však nemůže pokrýt potřeby oddělení.

D12 – *Úklid je zajištěn soukromou firmou, která své zaměstnance velmi zatěžuje. Nyní mají snahu o zlepšení.*

D13 - Úklid dostačující nyní je, ale nebývalo tomu tak.

D14 - Úklid je zajišťován externí firmou a v současné době je dostačující.

D15 - Úklid je zajištěn firmou. Bylo by zapotřebí posílit personálně úklid, ale v poslední době se úroveň služeb zvýšila.

Komplexní zhodnocení personálního vybavení

D1 - Personální vybavení považuje sestra za relativně dostačující.

D2 - V otázce personálního vybavení se dotazovaný domnívá, že není zcela dostačující.

D3 - Personální vybavení považuje sestra za dostačující.

D4 - Personální vybavení sestra nepovažuje za zcela dostačující.

D5 – Počet personálu dotazovaná hodnotí jako dostačující.

D6 - V otázce personálního vybavení se dotazovaný domnívá, že je zcela dostačující.

D7 - Personální vybavení považuje dotazovaná za dostačující.

D8 - Personální vybavení jednotky hodnotí sestra jako dostačující.

D9 - Komplexně je personální vybavení dostačující.

D10 - Dotazovaná hodnotí personální vybavení jednotky jako dostačující.

D11 - *Snad na každém oddělení je podstav zdravotnického personálu, uvádí dotazovaná.*

D12 - Komplexně je personální vybavení dostačující.

D13 - *Stav personálního vybavení je na závažnost oddělení, počet lůžek a zvyšující se administrativu nedostačující.*

D14 - *Personální vybavení je vesměs dostačující, hodnotí sestra.*

D15 - Komplexně je personální vybavení dostačující.

Nedostatky personálního vybavení

D1 - Občasný nedostatek vidí sestra v zajištění úklidových prací, které má na starosti externí úklidová firma. Námitky však byly již staniční sestrou vzneseny, ale doposud nedošlo ze strany vedení úklidové firmy k nápravě. Úklid je zajišťován pouze jedním zaměstnancem na převážnou část kliniky. Ačkoliv zaměstnankyně vyvíjí veškeré své úsilí, není možné obsáhnout a důkladně zabezpečit plynulost úklidových prací na klinice, což se na oddělení projevuje konkrétně přeplněnými odpadkovými koši.

D2 - Uvítal by větší počet sester. Taktéž se domnívá, že nastupující personál nemá dostatečně dlouhou praxi u lůžka. Uvítal by přijetí většího počtu zkušenějších sester, sestry po studiu by sice také přijímal, ale jejich počet by rád omezil. *Kupříkladu dvě bez praxe na oddělení.* V oblasti úklidu vidí občas také nedostatky, zároveň však dodává, že *se jedná především o záležitost vedení soukromé úklidové firmy.*

D3 - Problém nastává v případě nástupu nedostatečně kvalifikovaných sester, tedy sester, které nemají předchozí praktické zkušenosti u lůžka. Domnívá se, že na takto intenzivní oddělení by měly nastupovat sestry, které mají alespoň půlroční předchozí praxi na standardním oddělení.

D4 - Počet sester dostačující není. *Jsme mladý kolektiv, je zde mnoho nových sester, které nemohou pracovat samy*, udává. Než se zapracují, je zapotřebí čas a bohužel se ho někdy na službě nedostává. Bylo by zapotřebí navýšit počet, aby na nové sestry bylo dostatek času.

D5 - Na oddělení chybí rehabilitační pracovník. V současné době pracovník dochází během pracovního týdne do odpoledních hodin. Bylo by však zapotřebí, aby měla jednotka vlastního, který bude s pacienty rehabilitovat i o víkendech.

D6 - Počet sanitářů by mohl být vyšší alespoň o jednoho.

D7 - Komplexně považuje personální vybavení za dostačující.

D8 - Personální vybavení jednotky hodnotí sestra jako dostačující.

D9 - *Někdy vidí nedostatky v úklidové firmě. Paní na úklid je velmi vytížena a nestačí přicházet opakovaně.*

D10 - *Možná by mohl být posílen úklid o další paní. V odpoledních hodinách dochází k situacím, kdy přetékaají odpadkové koše materiálem a sestry si je musejí samy vynášet, což je zdržuje od jejich vlastní práce.*

D11 - Úklid není dostačující. Nelékařský zdravotnický personál je početně nedostačující. Bylo by zapotřebí mít více sester s praxí u lůžka a potřebnými informacemi.

D12 - *Dlouholetý všeobecný nedostatek sester hlavně na JIP se nás samozřejmě také týká. Počet pomocného personálu není dostačující.*

D13 - *Nelékařského zdravotnického personálu je nedostatek jak početně, tak jejich zkušenostmi. Taktéž je nedostatečný počet pomocného personálu.*

D14 - *Kvalifikovaného nelékařského zdravotnického personálu je dle mého názoru na našem pracovišti nedostatek.*

D15 - *Jediným nedostatkem je počet rehabilitačních sester. Na oddělení jedna dochází, ale o víkendu už tam žádné nejsou.*

- **Komunikace s managementem**

D1 - *V problematice komunikace s managementem sestra neuvádí žádné nedostatky.*

D2 - *Problematiku komunikace s managementem hodnotí dotazovaný velmi kladně. V případě pracovního problému nebo žádosti se může na staniční sestru popřípadě vrchní sestru obrátit.*

D3 - *Problematiku komunikace s managementem sestra hodnotí pozitivně. V některých případech mají však svázané ruce, ale snahu jistě mají.*

D4 - *K otázce komunikace s managementem se sestra vyjadřuje kladně. Domnívá se, že vždy je snaha o pochopení problému zaměstnance a chuť vyjít mu vstříc, je-li to alespoň trošku možné.*

D5 - *V komunikaci s managementem nevidí problém. Jak jednám s vedením já, tak jedná vedení se mnou, dodává. Pokud je z mé strany slušné jednání, komunikace není problém. Na management je spoleh.*

D6 - *Na management by se jistě mohl obrátit v případě potíží. Problematiku komunikace s managementem hodnotí zaměstnanec velmi kladně.*

D7 - *V komunikaci s managementem neměla dotazovaná nikdy problém. Kdykoliv potřebovala výměnu služby, dovolenou nebo cokoliv jiného vždy ji staniční sestra vyšla vstříc. S vrchní sestrou není tak často v kontaktu, ale taktéž je s ní velmi dobrá*

komunikace. *Kdo jiný může v pracovních problémech pomoci než vedoucí pracovník, dodává.*

D8 - Komunikaci s managementem hodnotí sestra kladně. K managementu má důvěru a v případě pracovních problémů by se na zástupce mohla obrátit.

D9 - K otázce komunikace managementu se sestra vyjadřuje kladně. Dodává však, že vzhledem ke svému krátkému působení nemůže management zcela objektivně zhodnotit. Zatím nebylo zapotřebí s nadřízenými řešit nějaký pracovní problém. V případě, že by se vyskytl nějaký pracovní problém, jistě by se na staniční sestru obrátila.

D10 - Komunikace s managementem je dle dotazované na velmi dobré úrovni.

D11 - Na otázku komunikace s managementem odpovídá sestra rozhodně: *Komunikace s nižším managementem je bezproblémová, pracovní podmínky, ale ovlivňuje vyšší management, se kterým se komunikuje hůře.*

D12 – *S managementem mám samozřejmě velmi dobré, ale i špatné zkušenosti. Je to individuální. V poslední době (4 – 5let) zaznamenávám neustále se zvyšující přísun práce hlavně v oblasti administrativy na sestry u lůžka i staniční sestry. Přitom počet personálu se nezvyšuje. To je myslím velmi důležité téma k diskuzi s managementem.*

D13 - *Možnost komunikace s managementem v otázce pracovní problematiky je velmi dobrá. Sestra však dodává: Možnost komunikace je dostačující, ne však vždy s pozitivní odezvou. Komplexně je však komunikace dobrá.*

D14 - *Komunikaci s managementem mohu hodnotit jedině kladně, dosud nevím o žádném problému v tomto směru.*

D15 - Sestra uvádí, že v komunikaci s managementem nevidí problém. *Se staniční i vrchní sestrou pracuji již dlouho a nikdy jsem neměla problém.*

- Materiální faktory ztěžující výkon pracovních činností

D1 - Uvedla, že z oblasti materiálního vybavení by hodnotila skutečně jako největší nedostatek absenci prádla a v druhé řadě nedostatek promašťujících prostředků k péči o pokožku. *Počet kusů ložního prádla a prádla pro pacienty, kupříkladu košil, absolutně nepokrývá nároky provozu.*

D2 - Složitá obsluha technického vybavení pracoviště, zejména nové monitorovací techniky. Obzvláště v případě, kdy je nutné nastavit parametry v krátkém čase, pociťuje nejistotu a časové zdržení v činnosti, protože musí daný krok zdlouhavě vyhledávat, než dojde k žádoucímu nastavení. V druhé řadě by za faktor ztěžující výkon práce označil nedostatečné zásobování oddělení ložním prádlem. *Pacient pak zůstává v prádle, které sice není nadměrně znečištěné, ale znečištěné prostě je a nemůžeme mu ho vyměnit. Při úpravě lůžek se musíme tedy rozhodovat, komu skutečně prádlo vyměníme a komu ne, kdo má prádlo v horším stavu.*

D3 - Nenalézá žádný faktor, který by ji výkon ztížil. *Je-li čehokoliv nedostatek, je možné si vše krátkodobě zapůjčit a v brzké době je materiál doplněn.*

D4 - Nedostatek ložního prádla. Prádlo si pak musí shánět jinde, což celý proces časově prodlužuje a zdržuje ji od další práce. Dalším nedostatkem je převazový materiál, respektive moderní převazový materiál, který je samozřejmě finančně nákladnější a nemocnice ho objednáva ve velmi omezeném množství.

D5 - Nedostatek ložního prádla a komplexně menší množství materiálu, než v minulosti, kupříkladu hygienických prostředků.

D6 - Faktorů z oblasti materiálního vybavení, které by ztěžovaly pracovní výkon, si dotazovaná není vědom. Vždy je vše možné vyřešit zapůjčením, je to běžný způsob spolupráce mezi jednotlivými odděleními.

D7 - Nedostatek ložního prádla. *Nemohu předat na další směnu pacienta v takovém stavu, jak bych si to sama představovala. Pokud je lůžko znečištěné, musím shánět prádlo na jiném oddělení, které je na tom však podobně jako my sami. Tento nedostatek*

je skutečný problém. Polohovacích pomůcek je nedostatek a některé mi nepřijdou ani příliš účinné, kupříkladu botičky. Které absolutně neventilují.

D8 - Nedostatek kvalitních polohovacích pomůcek, které v některých případech absolutně nepokryjí potřebu oddělení. *Personál si samozřejmě vždy poradí, pacienta vypodloží improvizovanými pomůckami, ale jejich hledání činnost zdržuje.* Dalším ztěžujícím faktorem je nedostatek čistého ložního prádla pro pacienta. V případě znečištění je zapotřebí si prádlo půjčovat, což taktéž zdržuje celý proces úpravy lůžka.

D9 - Nedostatek ložního prádla, které je zapotřebí si v některých případech půjčovat na jiném oddělení. Obzvláště ráno toto velmi zdržuje a prodlužuje dobu nutnou k úpravě lůžka. Žádné jiné nedostatky ji tolik neobtěžují jako tento.

D10 - Nedostatek ložního prádla a prádla pro pacienty. Domnívá se, že vzhledem k tomu, že se na jednotce prostřídá velké množství pacientů, by bylo zapotřebí mít v zásobě mnohem větší množství kusů čistého prádla tak, aby po každém propuštění bylo možné zkompletovat čisté lůžko pro dalšího pacienta. *Pro nově příchozího pacienta není jistě příjemné, že mu kupříkladu chybí polštář, protože ho personál nemá do čeho pohléct.*

D11 - *Nedostatek pomůcek pro manipulaci s pacientem, tedy polohovací pomůcky, pomůcky k usnadnění přesunu pacienta z lůžka na jiné lůžko, tzv. rolo a další prostředky, sloužící ke snadnějšímu pohybu klienta. Dalším problémem je poddimenzované sociální zázemí, konkrétně koupna se sprchovým koutem a WC. Jednotka má neodpovídající stavební úpravy, přístup do sprchového koutu není bezbariérový.* Vzhledem k povaze jednotky je zjevné, že její klientelu tvoří často věkově vyšší pacienti, takže *bezbariérový přístup by měl být samozřejmostí.* Taktéž je problémem absence některých hygienických pomůcek, převážně pomůcek k péči o pokožku pacientů, která je obzvláště u méně mobilních pacientů velmi zatížena.

D12 - *Asi nedostatek ochranných pomůcek. Při péči o pacienta je důležitá vlastní ochrana zdravotnického personálu, k dispozici je základní ochranné vybavení, což*

v některých případech nestačí a na lepší nejsou finance. V případě užití lepšího vybavení je ho nedostatek a je nutné s ním šetřit.

D13 - *Nedostatek lůžkovin, které skutečně zpomalují a ztěžují personálu práci. Pacient není vždy v čistém lůžku, ačkoliv by být jistě měl. Personál si v případě nutnosti musí shánět lůžkoviny na jiném oddělení, což ne vždy lze. Dalším problémem je nedostatek polohovacích pomůcek, které v některých případech nekryjí potřebu oddělení. Pacienty je pak nutné polohovat za pomoci improvizovaných pomůcek, které neodpovídají moderní době. Taktéž je ztěžujícím faktorem náročná administrativa, která je skutečně čím dál náročnější a personál zdržuje od toho, aby se mohl věnovat pacientovi jako člověku.*

D14 - *Nedostatek lůžkovin. Je problém, když nemáte do čeho pacientovi převléct znečištěné lůžko. Samozřejmě ho nenecháme ležet ve špinavém a snažíme se lůžkoviny sehnat jinde, ale to velmi zdržuje a prodlužuje celý proces úpravy lůžka. Nepůsobí to ani dobře na pacienty. Toto je skutečný problém.*

D15 - *Nedostatek ložního prádla. Je problém, když nemáme pacienta do čeho převléknout. Nedostatek v ložním prádle je zjevný obzvláště o víkendy. Prádlo se snažíme si někde vypůjčit, ale jinde taktéž většinou nemají dostatek a půjčit nemohou.*

- Způsob řešení materiálních nedostatků

D1 - *Adekvátním řešením nedostatku prádla by dle sestry bylo vytvoření vlastní prádelny pro nemocnici, která by zajistila dostatečnou distribuci, popřípadě vyhledání a oslovení jiné firmy, která by uměla poskytnout nemocnici kvalitnější služby za přibližně stejnou cenu jako dosavadní firma. Za řešení nedostatku v oblasti hygienických pomůcek by sestra považovala samozřejmě nákup jejich většího množství. Zároveň však dodává, že nepředpokládá, že kdyby měla nemocnice dostatek finančních prostředků, již by tak její vedení neučinilo. Řešením v některých případech by tedy mohlo být čerpání z pacientových vlastních zdrojů. Rodina může pomůcky donést a ty budou při provádění péče pacienta využívány.*

D2 - *Za jeden ze způsobů považuje svůj aktivnější přístup k zaškolení v obsluze nové techniky. On sám by si měl více prostudovat všechny nabízející možnosti přístroje, aby se naučil ho rychleji ovládat. Další možností by byla příprava školení pro všechny zaměstnance oddělení, jehož součástí by bylo teoretické předvedení přístroje s následným praktickým nácvikem. Dále by mohl být vypracován stručný manuál s nejčastěji prováděnými úkony, který by byl vždy personálu při ruce a ve kterém by se snadno a rychle orientovali. Nedostatky v dodávkách ložního prádla by chtěl dotazovaný eliminovat nákupem dostatečného množství kusů prádla.*

D3 - Dotazovaná neshledává žádný materiální faktor, který by ji ztěžoval výkon pracovních činností, nemůže tedy adekvátně odpovědět ani na způsob eliminace těchto faktorů.

D4 - *Nákup většího množství prádla, míní dotazovaná. Zároveň však dodává, že si je vědoma, že nemocnice nemá dostatek finančních prostředků. Bylo by zapotřebí obětovat více financí na nákup.*

D5 - Poskytnutí vyšších finančních prostředků na nákup prádla a hygienických prostředků. V neposlední řadě je možnost požádat rodinu nemocného o poskytnutí jeho osobních hygienických přípravků.

D6 - Vždy je vše možné vyřešit zapůjčením, je to běžný způsob spolupráce mezi jednotlivými odděleními.

D7 – Ke zlepšení materiálních faktorů by přispělo, pokud by měla nemocnice vlastní prádelnu a nemuselo se prádlo dovážet z jiného města. *Nejen, že by prádla bylo více, ale zároveň by vznikla další pracovní místa.* V případě, že by nemocnice nechtěla zařídit výstavbu prádelny, bylo by řešením nakoupit více kusů prádla. Nákup by vyřešil i problém s nedostatkem polohovacích pomůcek. Do způsobu financování však nevidí, takže neví, jaké jsou možnosti.

D8 - K eliminaci materiálních faktorů by přispělo nakoupení novějších a kvalitnějších pomůcek, konkrétně tedy polohovacích pomůcek a ložního prádla. Možná by k žádoucímu výsledku vedla změna dodávající prádelny.

D9 - Domnívá se, že řešením by byla výstavba nemocniční prádelny. V současné době je prádlo dodáváno firmou, která jej pere a poté dováží. Dodávky však nejsou tak časté, jak by bylo zapotřebí. Pokud by měla nemocnice vlastní prádelnu, problém by se vyřešil. Dotazovaná se domnívá, že by nedošlo ani k navýšení nákladů, ačkoliv si je vědoma faktu, že počáteční investice by nebyla rozhodně zanedbatelná. Problém vidí v nedostatečné informovanosti nejvyššího managementu o výskytu tohoto problému. Je však možné, že nedochází k řešení z důvodu nedostatku finančních prostředků, míní.

D10 - Řešením nedostatku je nákup nových kusů lůžkovin. V praxi tedy zadání požadavku k nejvyššímu managementu a poté dodavatelské firmě. Netuší však, zda je na nákup dostatek finančních prostředků. Samozřejmostí je především šetření prádlem. V případech, kdy to není nezbytně nutné, tak samozřejmě nemusí sestra převlékat kompletně celé lůžko, ale na druhou stranu je nezbytně nutné, aby byl pacient za každých okolností v čistotě.

D11 - Především navýšením rozpočtu. Jiným způsobem není možné stav řešit. Bez dostatečného finančního zázemí není možné cokoli nakoupit a tím nedostatky změnit. Bohužel tento problém je problémem komplexním, zasahujícím celý zdravotnický sektor. Více financí nemocnice nemůže mít, pokud jí nebudou přiděleny. Rozpočet na nákup pomůcek bez větší finanční podpory státu nemocnice navýšit nemůže a pomůcky se tedy nenakoupí, stavební úpravy nebudou provedeny. Je to začarovaný kruh, který nemá příliš mnoho cest k řešení. Jedinou možností je postupné nakupování důležitých pomůcek, jako je to prováděno nyní. V případě hygienických pomůcek donesení vlastních, na které je pacient zvyklý.

D12 - Tak to nevím, moc možností nemáme, když nejsou peníze, tak s tím nic jako sestry neuděláme. Nedomnívá se však, že by nemocnice plýtvala finančními prostředky. Zdravotnictví je sektorem, který je nákladný a nevýdělečný. Finance vždy budou

chybět. *Veškerý materiál, provoz i náklady na léčbu jsou vysoké a finančních prostředků nikdy nebude nazbyt.*

D13 - *Není to v mé kompetenci, mohu o nedostatcích pouze informovat svého nadřízeného a doufat, že nalezne prostředky k jejich nápravě.*

D14 - *Řešením by byl nákup většího počtu lůžkovin. Domnívá se, že by nebylo špatné nakoupit kupříkladu prostěradla z froté materiálu tzv. natahovací, namísto současných klasických bavlněných, které se často vlivem mobility pacienta posouvají. Jsou modernější, usnadňují a zrychlují práci. Nedomnívá se, že by byla řešením výstavba prádelny přímo v areálu nemocnice, protože to je v současné době velmi nákladné řešení. Nákup lůžkovin by vyšel levněji.*

D15 - *Poskytnutí vyšších finančních prostředků na nákup prádla, nebo změna dodávající firmy, která by dodávala prádlo častěji. Výstavba prádelny je finančně velmi nákladná a nemocnice si ji nemůže dovolit.*

- *Vliv řešení nedostatků na úroveň poskytované ošetrovatelské péče*

D1 - *Eliminace nedostatků by se jistě projevila na zkvalitnění ošetrovatelské péče. Pacient, který je uložen v čistém lůžku a jsou u něj používány prostředky v prevenci vzniku dekubitů, má následně méně komplikací při dlouhodobějším pobytu na lůžku, čímž se nejen zkracuje doba jeho léčby, ale i náklady nemocnice.*

D2 - *Eliminaci těchto faktorů by pacient spíše nepostřehl, protože snaha personálu o spokojenost pacientů je natolik intenzivní, že pacient při zlepšení nemá příliš možností něco poznat, pro něj se totiž nic nezmění, pro personál však ano. Rychlejší obsluha techniky znamená méně stresu v situacích, ve kterých je nutné rychlé jednání, dostatek prádla urychlí proces úpravy lůžka. Personál nebude muset shánět čisté kusy po oddělení. Kvalita ošetrovatelské péče se v tomto ohledu nezmění, míní dotazovaný.*

D3 - *Dostatek veškerého materiálu by mohl mít pozitivní vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, protože pokud by bylo všeho dostatek, nemusel by si personál*

půjčovat jinde, tím by bylo možné ušetřit čas a věnovat ho péči o pacienta. Provádění veškerých činností by bylo jistě klidnější.

D4 - Domnívá se, že pacient by změnu příliš nepocítil, ale personálu by se práce ulehčila, když by nemusel shánět při každé úpravě lůžka čisté lůžkoviny. Možná, že by pocítil kladně častější výměnu prádla, což by mělo za následek zvýšení komfortu pro pacienta. *Větší množství obvazových materiálů by pacient nepocítil, protože je mu v podstatě jedno, čím má přelepený centrální žilní katétr, míní dotazovaná.*

D5 - Eliminace nedostatku v oblasti materiálních faktorů by jistě měla kladný vliv na úroveň poskytované ošetrovatelské péče ve smyslu zvýšení komfortu pro pacienta. *Nemuseli bychom přemýšlet, zda pacientovi promážeme pokožku jednou denně nebo třikrát, když je to zapotřebí. Pacient by měl stále upravené, čisté lůžko. Kvalita péče by se jistě zvýšila.*

D6 - K otázkám způsobu eliminace materiálních ani personálních faktorů ztěžujících výkon se pracovník nemůže vyjádřit, protože se nedomnívá, že by nějaké faktory vyloženě existovaly. *Samozřejmě pokud by byl dostatek ložního prádla, pracovalo by se snadněji. Ale nemocnice by ho musela nakoupit a to stojí nemalé finanční prostředky, které nemá nemocnice k dispozici. Kromě toho se v poslední době poměry dodávek prádla zlepšily, míní dotazovaný.*

D7 - V případě, že by bylo možné tyto faktory eliminovat, došlo by k ulehčení práce personálu. Úroveň ošetrovatelské péče by se mohla zlepšit kupříkladu ve větší možnosti prevence vzniku dekubitů, vzhledem k modernizaci pomůcek. *Pacient by mohl pocítit vyšší komfort, pokud by byla možnost častější výměny ložního prádla a byl by v čistotě.*

D8 - Dostatečné množství pomůcek by mělo vliv na usnadnění práce personálu. *Větší množství ložního prádla by pozitivně ovlivnilo kvalitu poskytované ošetrovatelské péče ve smyslu zvýšení komfortu, pacient by ležel stále v čistém lůžku. V jiném směru by však ke zlepšení péče nedošlo, protože již teď dělá personál pro pacienty maximum, tedy není možné kvalitu péče již nijak zvýšit. Personálu by se však usnadnila práce a jistě by se i zkrátila doba nutná k jejímu výkonu.*

D9 – Řešení by vedlo k ovlivnění poskytované ošetrovatelské péče ve smyslu zvýšení její úrovně, domnívá se sestra. *Pacient by vždy ležel v čistém lůžku. Udržení čistoty je základ u každého nemocného člověka.* Rovněž by došlo i k usnadnění práce personálu, který by mohl vždy provést výměnu a nemusel si čisté prádlo v některých případech shánět na jiném oddělení, kde také často mívají nedostatek.

D10 - Domnívá se, že nákup většího množství kusů a tím i větší možnosti na výměnu prádla by jistě ovlivnily v pozitivním smyslu kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Jen pacient, který je v čistotě, se může cítit dobře. Nejen, že by došlo ke zvýšení komfortu pacienta, ale i pro personál by byla práce příjemnější, když by nemusel shánět lůžkoviny a pracoval by v čistém prostředí. *Když je všude uklizeno, čisto a pořádek, působí to na všechny mnohem příjemněji a lépe se pracuje, dodává dotazovaná.*

D11 - *Navýšení rozpočtu má zásadní vliv na dostatečné materiální vybavení, tudíž i na kvalitu ošetrovatelské péče.* Dále dotazovaná upřesňuje, že bude-li dostatek pomůcek, bude snadnější manipulace s pacientem, který se bude muset méně namáhat. Taktéž personálu bude práce ulehčena. Nezanedbatelný vliv by měl dostatek pomůcek i na prevenci vzniku dekubitů nebo imobilizačního syndromu, domnívá se dotazovaná. Stavební úpravy ve smyslu větší bezbariérovosti jednotky by usnadnily i hůře mobilním pacientům provedení hygienických úkonů v koupelně, čímž by se zvýšil i komfort pacienta. *Vyřešení nedostatků by jednoznačně pozitivně ovlivnilo úroveň poskytované ošetrovatelské péče ve smyslu jejího zvýšení a samozřejmě by personálu usnadnilo výkon práce.*

D12 - Vliv řešení nedostatků na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče je *částečný, protože dostatek pomůcek nikdy nemůže nahradit kvalitní lidskou péči, naopak nedostatek pomůcek ne vždy zapříčiní nedostatečnou péči.* Možná by dostatek veškerého materiálu zvýšil komfort pacienta a jistě usnadnil výkon činností personálu, ale v případě špatného přístupu k pacientovi by stejně kvalitu péče nezvýšil.

D13 - *Pokud by došlo k nápravě materiálních nedostatků, jistě by se zlepšil komfort pacienta a s tím i úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče, protože by bylo na*

pacienta více času. Měl by čisté, neinfekční lůžko. V neposlední řadě by se snadněji prováděla prevence vzniku proleženin u imobilních pacientů. Celkově by se zjednodušela i práce personálu. S dostatkem kvalitních pomůcek se vždy lépe pracuje.

D14 - *Konkrétně by byla možná úspora času a vynaloženého úsilí se sháněním prádla. V případě natahovacích prostěradel by došlo samozřejmě ke zkrácení doby manipulace s pacientem např. na ventilátoru, mimotělní podpoře apod., který není mobilní a manipulaci zajišťuje personál.*

D15 - *Pacient by měl stále upravené, čisté lůžko. Kvalita péče by se určitě zvýšila. Každý se cítí lépe v čistém. Pro personál by jistě bylo také příjemnější, když by mohl ráno vzít lůžkoviny ze skříně a nemusel je shánět všude možně.*

- Personální faktory ztěžující výkon pracovních činností

D1 - V oblasti personálního vybavení sestra považuje za jediný faktor ovlivňující v negativním slova smyslu výkon jejích činností nedostatky ze strany úklidu. V odpoledních hodinách si někdy musí sestra vynášet koš sama, což ji zdržuje od jejích činností.

D2 – Nedostatečný počet nelékařského zdravotnického personálu. Dalším nedostatkem je vyšší počet sester na oddělení, které nedisponují dostatečnými praktickými zkušenostmi. Jejich zaučení vyžaduje mnoho času. *Bylo by tedy lepší přijímat spíše menší počet zaměstnanců bez praxe a na oddělení mít více sester zkušených, které by nedostatky méně zkušených vyvážily.*

D3 – Jedná se především o nedostatečnou předchozí praxi nově nastupujících sester.

D4 - Nedostatek sester. Respektive *sester dostatek je, ale nikoliv zkušených. Je zde mnoho nových zaměstnanců, kteří se musejí učit, starší a zkušenější odcházejí, což je koloběh.* Bylo by však zapotřebí celkový počet navýšit, aby při přijetí nových zaměstnanců byl i dostatek těch zkušených, kteří je budou moct učit a zároveň vykompenzují jejich nedostatky.

D5 - Personálním faktorem, který sestře ztěžuje práci je především nedostatek zaškolených sester.

D6 - Personálního faktoru, který by ztížil výkon pracovních činností, si dotazovaný není vědom.

D7 - Mezi personální faktory, které dotazované ztěžují pracovní výkon, by sestra zařadila především nedostatečnou aktivitu sanitářů. *Je nutné je vždy zavolat ze skladu, kde přes den setrvávají.* Sestra se domnívá, že by se měli sanitáři sami nabízet k činnosti, uvítala by, aby byli stále přítomni na oddělení.

D8 - Dotazovaná neshledává žádné personální faktory, které by jí jakkoliv ztěžovaly pracovní výkon. *Vždy si vzájemně vypomůžeme, jestliže je zapotřebí.*

D9 - Z oblasti personálního vybavení sestra nehodnotí žádný z faktorů jako takový, který by jí ztížil výkon pracovních činností. Je na tomto pracovišti krátce, aby toto mohla objektivně zhodnotit.

D10 - Sestra si není přímo vědoma nějakého závažného faktoru z personální oblasti, který by jí ztěžoval výkon práce. Jediné co jí při práci občas negativně ovlivňuje, je nedostatek zkušeností nově příchozích sester, které si neví rady v závažných situacích a přesto mají tendenci přiběhnout na pomoc, jenže stejně nejsou schopny nic udělat. Ona sama nemá dostatek zkušeností a v případě, kdy dojde ke stresové situaci, zatím musí spoléhat na starší. *Nové sestry by se měly dívat, nehrnout se k činnosti a nechat pracovat ostatní zkušenější sestry a neplést se jim do cesty.* Zároveň však dodává, že toto není záležitost oddělení jako celku, ale jednotlivých lidí. *Je to o člověku.*

D11 - *V našem pracovním týmu není nižší odborný zdravotnický pracovník, který by zastával činnosti ošetřovatelky. Sanitář by zastával kupříkladu doplňování skladu, údržbu vybavení jednotky nebo pomoc při převážení pacientů. Sestra zastává odborné ošetřovatelské úkony a ošetřovatelka by dále vykonávala péči o pacienta, kupříkladu pomoc při jídle.* Tyto úkony jsou pro pacienta důležité, ale nevyžadují nutně přítomnost odborně vzdělané sestry, která by mezitím mohla plnit ordinace lékaře.

D12 - *Nízký počet pomocného personálu. K pokrytí provozních potřeb jednotky by bylo zapotřebí přijmout minimálně jednu sílu navíc.*

D13 - *Nedostatek nelékařského zdravotnického personálu a personálu pomocného. Nedostatek sester je znát hlavně v období chřipek, kdy je zvýšená nemocnost, nebo v období dovolených. Obsazení služeb je pak náročné. Problémem je i nedostatečná erudovanost nově přichozích sester. Sestry přicházejí bez praxe, je tedy logické, že nebudou některé věci zvládat, ale nemají ani dostatečné teoretické znalosti, takže není absolutně na čem stavět. Bohužel ani praktické znalosti nejsou dostačující. Tento personál se velmi dlouho zapracovává a někdy se nezpracuje vůbec a musí odejít.*

D14 - *Nedostatek dostatečně kvalifikovaného nelékařského zdravotnického personálu. Sestry přicházejí hned po škole, bez zkušeností, ale především bez dostatečných vědomostí. To je však problém, který asi nelze vyřešit na oddělení.*

D15 - *Personálního faktoru, který by sestře ztěžoval výkon, si není dotazovaná vědoma. Jediný nedostatek vidí v počtu rehabilitačních pracovníků. O víkendu není možné provádět rehabilitaci u pacientů. Provádějí ji sestry, ale je lepší, když ji provádí odborně vyškolený pracovník.*

- Způsob řešení personálních nedostatků

D1 - *Eliminace tohoto faktoru je tedy na straně vedení nemocnice, která by měla vyslechnout námitky staniční sestry, stav prověřit a vše konzultovat s vedením úklidové firmy. Ze strany firmy by následně mělo dojít k navýšení počtu personálu zajišťujícího úklid.*

D2 - *Aktivnější přístup v hledání adekvátních pracovní sil, tedy aktivita oddělení informatiky, které by umístilo na internetové stránky nemocnice inzerát o nábore nových zaměstnanců. V inzerátu by byly uvedeny požadavky na předchozí praxi. Samozřejmostí by muselo být při výběru zaměstnanců vrchní sestrou přijímání spíše zkušenějších pracovníků ve větším počtu, než je tomu nyní, nové sestry by doplnily stav*

oddělení. Nutností je nabídnutí takových benefitů a motivačních prvků, kvůli kterým by se zájemci mohli rozhodnout nastoupit do této nemocnice a nikoliv do jiné.

D3 – Nedostatek by mohla vyřešit přítomnost jedné sestry na ranní směnu. Tato sestra by měla za úkol provedení ambulantních výkonů, vyřízení telefonů, krevní odběry apod. Tím by se odlehčilo sestrám na denní směně a bylo by více času na zaškolování nového zaměstnance.

D4 - Zvýšení motivačních prvků, díky kterým by se hlásil větší počet již zkušených sester a ty, které již pracují, by měly větší důvod zůstat.

D5 - Přítomnost rehabilitační sestry nastálo. Taktéž by uvítala vyšší počet sester s předchozí praxí.

D6 - Personálního faktoru, který by ztížil výkon pracovních činností, si dotazovaný není vědom. Domnívá se, že na některých *klinikách nemají ani to, co máme my*. Nepovažuje tedy nic vyloženě za nedostatečné.

D7 - Řešením ztěžujících personálních faktorů by mohlo být vydání nařízení pro sanitáře, že musejí být přítomni na oddělení. *Ačkoliv je to spíše o lidech. Někteří jsou skoro po celou dobu své směny na oddělení a pomáhají bez vyzvání. Těžko říci, zda se tento problém dá plošně řešit.*

D8 - Vzhledem k tomu, že sestra neuvádí žádné personální faktory, které by jí ztěžovaly výkon pracovních činností, vyjadřuje se k otázce eliminace jen okrajově. Domnívá se, že v případě sanitáře do služby navíc, by mohlo dojít k usnadnění a zrychlení některých vykonávaných ošetrovatelských činností, kupříkladu v případě hygieny pacienta nebo úpravy lůžka.

D9 - Vzhledem k tomu, že si dotazovaná není vědoma žádného personálního faktoru, který by jí ztěžoval výkon pracovních činností, nevyjadřuje se k této otázce.

D10 – Problém nemá komplexní možnost řešení, domnívá se sestra. *Přístup k práci je vždy o jednotlivci. Jedinou možností je upozornění školitelem dané sestry. Školitelé však nemohou být u všeho, dodává.*

D11 - *Navýšení rozpočtu významně pomůže při doplnění personálního vybavení. V případě navýšení rozpočtu by bylo možné přijmout další sílu, konkrétně nižšího zdravotnického pracovníka, ošetřovatelku, která by zastala alespoň nějaké činnosti z oblasti péče o pacienta a tím ulehčila personálu práci. Samozřejmě by nebylo možné přijmout pouze jednoho člověka, ale minimálně dva, aby se pokryly jejich směny. V současné době však není na jednotce vytvořené ani pracovní místo pro danou osobu, takže je zjevné, že s něčím podobným se nyní nepočítá.*

D12 - *Sestry nemohou eliminovat nedostatek personálu, nemají na to kompetence.*

D13 - *Není v mé kompetenci rozhodovat o personálních věcech, nemohu je nijak ovlivnit, pouze mohu na nedostatky poukázat.*

D14 - *V současné době je situace neřešitelná. Dalo by se sloužit ve více lidech, ale to nelze z důvodu nedostatku personálu. Domnívá se, že směna ve více lidech by probíhala klidněji a na pacienta by bylo mnohem více času. Bohužel v současné době není početně personálu takový dostatek, aby toto bylo možné uskutečnit.*

D15 – Sestra by uvítala přítomnost rehabilitační sestry nastálo. Takto by bylo možné provádět rehabilitaci u pacienta kdykoliv, kdy by to bylo zapotřebí.

- Vliv řešení personálních nedostatků na úroveň poskytované ošetřovatelské péče

D1 - Eliminace tohoto faktoru by v konečném důsledku mohla mít vliv na ušetření času pro sestru, který by mohla věnovat péči o pacienta. Tedy i tímto by se mohla zvýšit kvalita poskytované péče, míní sestra.

D2 - V případě, že by byl dostatek sester, respektive dostatek zkušených sester, zlepšila by se i úroveň poskytované ošetřovatelské péče, protože by bylo více času na pacienta. *Zkušenější sestra má jistější vystupování a dovede poskytnout pacientovi potřebné*

informace, které mladá nezkušená sestra ještě mít nemůže. Pacient by získal větší důvěru k personálu. Lepší vztahy mezi personálem a klientem vždy v konečném důsledku pozitivně ovlivní úroveň poskytované péče, protože obě strany lépe spolupracují.

D3 - Vyřešení tohoto problému by ve svém důsledku pozitivně ovlivnilo atmosféru na pracovišti. Na veškeré činnosti by bylo více času, během kterého bychom se mohli kvalitněji pacientovi věnovat. Činnosti by probíhaly ve větší pohodě.

D4 - Dotazovaná se nedomnívá, že by však vyřešení personálních nedostatků mělo vliv na poskytnutou ošetrovatelskou péči. *Péče námi poskytovaná, je v současné době již dostatečně kvalitní.* Navýšení počtu personálu by ji nemohlo zlepšit.

D5 - *Eliminace zatěžujících personálních faktorů by pozitivně ovlivnila kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,* uvádí sestra. Pokud by nová sestra měla již alespoň základní zkušenosti, měla by i školitelka dostatek času na péči o svého pacienta. Taktéž zvýšení počtu sester na směně by pozitivně ovlivnilo ošetrovatelskou péči. Více sester znamená více času na pacienta, větší zkušenosti sester přinášejí lepší spolupráci s klientem a zvýšení jeho důvěry v personál.

D6 - K otázkám způsobu eliminace personálních faktorů ztěžujících výkon se pracovník nemůže vyjádřit, protože se nedomnívá, že by nějaké faktory vyloženě existovaly. *Na personálních faktorech v současné době není co zlepšovat,* udává dotazovaný. Díky tomu, že je personál v takové kvalitě, je schopen poskytovat i kvalitní péči pacientům.

D7 - Vyřešení by mohlo ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče asi z pohledu rychlosti vykonání jednotlivých úkonů, které jsou teď při nepřítomnosti sanitáře zdrženy.

D8 - Pacient by změnu nepocítil. Jednalo by se o ulehčení pro personál.

D9 - Vzhledem k tomu, že si dotazovaná není vědoma žádného personálního faktoru, který by jí ztěžoval výkon pracovních činností, nevyjadřuje se k této otázce.

D10 - Změna v chování nezkušených sester by jistě ovlivnila míru stresu na oddělení, který na dotazovanou působí. *Na oddělení by byla „pohodovější“ atmosféra a jistě by toto ovlivnilo v pozitivním slova smyslu vztahy na pracovišti. Pacient by taktéž byl jistě ve větším klidu, když by k němu přistupovaly sestry, která si ví rady, a jsou si jisté v tom, co dělají.*

D11 - *Pokud bude dostatek dobře finančně ohodnoceného personálu a potřebného materiálního vybavení, bude výrazně vyšší i kvalita ošetrovatelské péče.* Pro personál bude možné ošetrovatelské činnosti vykonat rychleji. Pro pacienta se zkrátí časové prodlevy mezi ošetrovatelskými úkony a celková doba, kupříkladu při hygieně bude při větším počtu výkonných sil jistě kratší. Dojde ke zvýšení komfortu pacienta a zvýšení úrovně poskytované péče.

D12 - *Dostatek dobře vyškoleného personálu by měl vést ke zkvalitnění péče.* Více personálu znamená více času na pacienta. Taktéž samotné provedení veškerých ošetrovatelských činností by bylo jednodušší s menším zatížením pacienta i personálu. Jednoznačně by se zvýšil komfort a úroveň poskytované ošetrovatelské péče.

D13 - *Dostatek personálu by jistě zvýšil kvalitu poskytované péče, protože by sestry měly dostatek času na pacienta, nebyly by tak vytížené jako nyní. Zkušenější sestry by samozřejmě byly schopny poskytnout odbornější péči v kratším čase a v pacientovi by vzbuzovaly větší důvěru než mladé sestry, na kterých jsou zjevné jejich obavy.* Více pomocného personálu by nejen ulehčilo práci sestrám, ale pro pacienta by se jistě zvýšil komfort, pokud by mohly být některé činnosti vykonány ihned, bez delších časových prodlev.

D14 - *Sestry by byly více odpočaté, mohly by se věnovat pacientům více individuálně. Vliv eliminace těchto negativních faktorů na úroveň ošetrovatelské péče by byl veliký, domnívá se sestra.*

D15 – Řešení by mělo vliv především na kvalitu péče pro pacienta, který by mohl rehabilitovat častěji, zlepšení by se díky tomu mohlo dostavit dříve, mohl by být dříve mobilnější. Pro personál by asi nebyl efekt výrazný, protože *nikomu nevádí, když*

s pacientem cvičí, ale jistě by se ulehčila práce a sestra by mohla čas věnovat jiné práci.

- Kroky managementu vedoucí k ulehčení výkonu práce a zvýšení úrovně ošetrovatelské péče

D1 - Sestra by uvítala, kdyby kroky managementu směřovaly více k základním atributům, jejichž plnění je základem pro poskytování kvalitnější péče. Mezi kroky, které by sestra uvítala a považovala za vstřícné ze strany managementu, zahrnula zajištění lepších stravovacích podmínek pro personál. Konkrétně by se jednalo o větší výběr a kvalitněji připravená jídla pro personál. Příjemná by byla i možnost zakoupení zvýhodněných vstupů na různá sportoviště či masáže. *Personál, který pravidelně pečuje o své zdraví, je mnohem výkonnější a vykazuje menší nemocnost, míní sestra.* Zvýhodněné vstupy mohou představovat motivační prostředek pro zvýšení aktivity zaměstnanců. Samozřejmě mohou být i motivátorem pro lepší výkon a loajalitu vůči zaměstnavateli. Každý motivační prostředek může v důsledku pozitivně ovlivnit fluktuaci sester.

D2 - Navýšení počtu personálu a jeho zkvalitnění, navýšení dodávky prádla a lepší technickou přípravu k obsluze přístrojů, zjednodušení dokumentace. Administrativa je jedním z bodů, který zdržuje zaměstnance od praktických činností u pacienta. *Čím jednodušší dokumentace je, tím více času pro klienta mám a nemusím veškeré ošetrovatelské činnosti vykonávat ve spěchu, což kladně pocítí jak klient, tak i personál,* uvádí. Dalším krokem managementu, který by dotazovaný uvítal, by bylo zajištění dodávek balené vody pro personál jednotky, protože v některých vytíženějších dnech nemá personál dostatek času si pití zajistit.

D3 – nábor většího počtu kvalifikovaných sester, což však není jednoduché, dodává. *Na této jednotce je práce náročná a bohužel toto má za následek pokles její atraktivity u nelékařského zdravotnického personálu.* Je tedy nutné navýšení motivačních prvků, především finančního ohodnocení. Sestra by vítala zásah managementu v problematice delších dodávek léčiv z lékárny. *Čekací doba je v některých případech zbytečně dlouhá.*

D4 - Za krok, který by jí ulehčil práci, by považovala navýšení počtu sester ve směně. Vše by probíhalo klidněji, v menším stresu a na práci by bylo více času. Sice není přesvědčena, že by se zvýšila tímto krokem již tak dost vysoká úroveň poskytované ošetrovatelské péče, ale nemůže to vyloučit.

D5 - Navýšení finančního ohodnocení. Plat je nejlepší motivací a tedy jeho výšení sebou přináší i zvýšení motivace personálu. Taktéž by uvítala uveřejnění inzerátu s nabídkou pro nově přicházející sestry, ve kterém by uvedla kupříkladu nutnost předchozí praxe.

D6 - Uvádí nabídku benefitů pro zaměstnance ve smyslu sportovních nebo kulturních poukázek, popřípadě masáží, aby mohl personál více pečovat i o své zdraví a zvládal náročnost služeb. Obzvláště v letních měsících by uvítal dodávky balené vody. S upřímností však dodává, že management se snaží vycházet potřebám zaměstnanců vstříc. *Jedná se o velkou nemocnici s množstvím zaměstnanců, každý má nějaké požadavky a není možné nikdy vyhovět všem, ale vedení nemocnice i kliniky má snahu.*

D7 - Zajištění většího množství ložního prádla, nákupem nebo zprovozněním prádelny. Zajištění neustálé přítomnosti sanitáře na oddělení během dne. Uvítala by častější přítomnost úklidu na oddělení, protože v odpoledních hodinách někdy přetékají odpadkové koše v podstatě infekčním materiálem a sestra si je někdy musí vynášet sama, což ji zdržuje od její práce. Jedním z kroků ke zlepšení by bylo i zkvalitnění jídelníčku prostřednictvím dietní sestry tak, aby pacientům více strava chutnala. To by jistě zkvalitnilo kvalitu hospitalizace. Zlepšení úrovně stravy by jistě uvítali i zaměstnanci.

D8 - Nákup materiálu, konkrétně tedy polohovacích pomůcek a ložního prádla. Možná by k žádoucímu výsledku vedla změna dodávající prádelny. Dostatek *potřebných pomůcek by personálu usnadnil práci.* Taktéž by uvítala častější přítomnost úklidu na oddělení, aby si personál nemusel občas vysypat přetékající odpadkové koše. *Je totiž nutné tento nedostatek neřešit s paní, která úklid vykonává, ale s vedením úklidové firmy, která by měla posílit počet personálu.*

D9 - Vyřešení situace s prádlem, ať nákupem dalších kusů, změnou dodavatelské firmy nebo výstavbou nemocniční prádelny. Dalším krokem ke zlepšení by byla přestavba některých cest v areálu do bezbariérové podoby, neboť někdy je nutné jet s pacientem na lůžku na vyšetření, které je prováděno v jiném pavilonu a tato cesta je velmi náročná pro všechny zúčastněné. *Cesty již nejsou nejnovější a snesly by opravu. Taktéž bych uvítala větší výběr jídel pro personál.*

D10 - Pravidelné návštěvy zástupců nejvyššího managementu na oddělení. Je důležité, aby vedení vidělo provoz na oddělení v praxi, nikoliv dle zpráv ostatních. Přála by si, aby zástupci managementu měli čas na provedení rozhovoru se zaměstnanci a znali jejich spokojenost s pracovními podmínkami. *Jen takto může vedení skutečně pochopit podmínky, za kterých jejich podřízení pracují a eventuálně i některé věci změnit.*

D11 - Především zajištění dostatečného materiálního vybavení nutného k péči o pacienty. Kromě výše uvedených kroků by ocenila *pravidelnou obměnu technického zázemí jednotky nejlépe v jednom kroku, nikoliv tak aby byly na pracovišti dva typy techniky najednou*, a dále pravidelnou obměnu *komunikačních technologií a IT zařízení*. Kupříkladu telefonní přístroje u lůžka pacientů, stejně jako komunikační zařízení s pacientem, jsou již zastaralé a obměna by jistě jednotce prospěla. *Taktéž IT zařízení, kupříkladu tiskárny, jsou často poruchové.*

D12 - *Dostatečný přístup k informacím o nových postupech a metodách*. Jistě by bylo možné pořádání většího množství přednášek, které by se více týkaly aktuálních léčebných metod a postupů. Taktéž poskytnutí odborné literatury, kupříkladu časopisů by jistě personál ocenil. Bylo by příjemné, kdyby si personál nemusel jen vyhledávat informace samostudiem, ale byly mu nabídnuty na jeho pracovišti.

D13 - *Nábor dostatečného množství zkušených sester za pomoci inzerátů*, které by přesněji specifikovaly požadavky jednotky, *příslib finančních benefitů*, by ovlivnil poptávku po pracovním místě a možná i ovlivnil fluktuaci stávajících zaměstnanců. *Pro zaměstnance by byly jistě dobrou motivací i odměny.*

D14 - Intenzivnější snaha zástupců managementu o navýšení nelékařského zdravotnického personálu na směně. Komplexně by se tedy jednalo o navýšení celkového počtu sester na pracovišti, aby bylo možné psát do směny jednu sílu navíc.

D15 - Zajištění dostatečných dodávek ložního prádla. Dále benefity pro zaměstnance ve formě masáží nebo různých poukázek na sportovní a kulturní akce. Velmi motivačně by působily finanční odměny. Taktéž by uvítala kvalitnější stravu pro pacienty a zaměstnance.

4.1.2 Sumarizace kategorií

- Materiální vybavení a materiální faktory ztěžující výkon pracovních činností

Z dostupných výsledků je zřejmé, že většinou jsou všechny zkoumané atributy vcelku dostačující. Materiální vybavení hodnotili dotazovaní jako vcelku dostačující s ohledem na velikost a vytiženost nemocnice a s ohledem na poskytované finanční prostředky. Sestry však uváděly, že vždy je prostor ke zlepšení. Oblast léčiv hodnotily jako dostačující. Léčiva pravidelně kontroluje a objednává staniční sestra. O víkendu je kontroluje sloužící nelékařský zdravotnický personál, který staniční sestře napíše druhy léků, které jsou již v omezeném množství. Několik dotazovaných uvedlo, že občas bývá problém v dodací lhůtě lékárny. V těchto případech si personál chybějící lék půjčí z jiného oddělení, jak vyplynulo z rozhovorů.

Přístrojové vybavení bylo dotazovanými hodnoceno jako dostačující, někdy až jako nadstandardní. Bylo však zjištěno, že v současné době dochází k obměně monitorovací techniky, což některým dotazovaným působí potíže. Na jednotce se z uvedeného důvodu nacházejí dva typy techniky zároveň a obsluha přístrojů je tedy zejména v případě spěchu ztížena nutností znát správné postupy v dvojím softwaru.

V oblasti spotřebního materiálu nacházely některé sestry nedostatky především v množství polohovacích pomůcek, které při větším počtu méně mobilních pacientů musí nahrazovat pomůckami improvizovanými. Některé taktéž uvedly, že spotřebního materiálu je komplexně dostatek, ale chybí modernější převazový materiál, který je

finančně náročnější a proto nemůže být objednáván. Převážně však byl stav spotřebního materiálu hodnocen jako dostačující.

Oblastí, ve které většina dotazovaných uváděla nedostatky, bylo prádlo. Lůžkoviny jsou dodávány externí prádelnou, přičemž nemocnice nakoupí určitý počet lůžkovin a prádelna zajišťuje pouze jeho praní. Lůžkoviny jsou po znečištění zabaleny do pytlů a firma sídlící mimo Prahu je vypere a zašle zpět. Prádla je však permanentní nedostatek. Jak sestry uvedly, obvykle o víkendu již není do čeho pacienty převlékat a je nutné si prádlo zapůjčit na jiném oddělení, které však obvykle také nemá k dispozici větší množství. Na jednotce je vysoká spotřeba, protože je nutné udržovat pacienty v neustálé čistotě a jedná se o pacienty ve velmi vážném zdravotním stavu, mnohdy i imobilní. Podle mínění dotazovaných lůžkoviny svým počtem absolutně nepokryjí potřebu jednotky.

V oblasti hygienických pomůcek uváděli dotazovaní občasný nedostatek prostředků k péči o pokožku, tedy tělových mlék k promazávání kůže a ochranných past, které jsou používány k ochraně predilekčních oblastí před tvorbou dekubitů. V některých případech donese hygienické prostředky rodina pacienta, popřípadě si je k hospitalizaci přinese pacient sám. Někdy však není možné požádat nikoho z příbuzných, ať již z důvodu, že pacienta nenavštěvují, nebo je pacient nemá. Jsou tak používány pouze prostředky, které jsou na oddělení k dispozici. Mezi hlavní nedostatky materiálního vybavení řadily dotazované sestry především nedostatek lůžkovin, polohovacích pomůcek a výše uvedených hygienických prostředků. V některých případech uvedly taktéž složitou obsluhu techniky. Komplexně však zhodnotily materiální vybavení jako dostačující .

- Personální vybavení

Oblast personálního vybavení byla rozdělena do několika podkategorií, z nichž každá byla sestrami hodnocena zvlášť. Počet lékařů zhodnotily sestry jako dostačující potřebě jednotky. Taktéž uváděly, že je počet lékařů srovnatelný s jinými pracovišti podobného typu. V kategorii nelékařských zdravotnických pracovníků se názory různily. Někteří dotazovaní hodnotili počet sester jako dostačující, někteří ale uvedli, že sice je početně

sester dostatek, ale ne všechny mají potřebné zkušenosti, protože mnohdy přicházejí přímo po škole a je nutné jejich dlouhodobé zaškolení, aby byly schopny pracovat samostatně. Na jednotce je běžnou praxí, že každý nově nastupující má svou školitelku, která ho naučí potřebným dovednostem. Délka doby, po kterou je sestra zaškolována, se odvíjí od její předchozí praxe a samozřejmě od jejích znalostí a dovedností. Do směny je psána nová sestra vždy se svým školitelem, který ji má na starost. Některé dotazované uváděly, že na jiných pracovištích toto není možné a z toho důvodu hodnotily tuto oblast personálního vybavení jako dostačující, neboť vždy je možné pokrýt směny. Z důvodu vyššího počtu mladých a nezkušených sester by bylo dle některých dotazovaných zapotřebí navýšit početně personál, aby bylo možné směny posílit ještě o jednu sestru a služby probíhaly ve větším klidu. V současné době slouží na jednotce pět zapracovaných sester na směnu, popřípadě pět sester plus jedna, která prochází adaptačním procesem. Dotazovaní uváděli, že by pomohlo navýšit počet o jednu sílu na dopoledne, kdy je nejvíce administrativy a docházejí pacienti k ambulantním výkonům (kupříkladu kardioverzi).

Počet pomocného zdravotnického personálu byl hodnocen jako dostačující. V některých případech by se však uplatnila ještě jedna síla a to především přes den, kdy je nejvíce práce. Na noc by se další síla sice někdy uplatnila, ale není nezbytně nutná. Převážně dotazovaní hodnotili tuto oblast jako dostačující, někdy však byla pomocnému personálu vytýkána jejich nízká aktivita k pracovním úkolům.

Oblast úklidu měla velmi různorodé hodnocení. V současné době je úklid zajišťován externí firmou. Zaměstnankyně úklidu by měla oddělení navštívit třikrát denně a vždy provést úklid podlah, sanitárních zařízení a odnos odpadu. Zaměstnankyně svou návštěvu píše do deníku, kde zaznamenává čas příchodu a stvrzuje ho podpisem. Vzhledem k vytíženosti jednotky je množství odpadu vysoké. Některé sestry uváděly, že zaměstnankyně někdy nestihne přijít a úklid není proveden, sestry tedy vynáší odpadkové koše samy a to je logicky zdržuje od jejich vlastní práce. Důvodem není nízká aktivita úklidového personálu, ale jeho přetížení. Zaměstnankyně má na starosti celou kliniku a během pracovní doby jednoduše nestihne na jednotku třikrát přijít. Některé sestry však uvedly, že v poslední době nastalo zlepšení oproti době dřívější

a neshledaly oblast úklidu jako nedostatečnou.

Mezi hlavní nedostatky personální oblasti řadily dotazované především nedostatečnou praxi nastupujících sester a v některých odpovědích i nedostatečný počet nelékařského zdravotnického personálu. Taktéž se objevil názor hodnotící jako nedostatečný počet pomáhajícího zdravotnického personálu a nedostatky v oblasti úklidu. Některé dotazované sestry by rády měly na oddělení častěji zaměstnance rehabilitace, aby bylo možné odborně rehabilitovat s pacienty i o víkendech a odpoledne. Uplatnila by se jistě i ošetřovatelka, která na jednotce momentálně zcela chybí. Komplexně hodnotily dotazované sestry personální oblast jako dostatečnou.

- Komunikace s managementem v oblasti pracovní problematiky

Oblast komunikace s managementem hodnotily sestry jako velmi dobrou. Převažoval názor, ve kterém uvedly, že mají k zástupcům managementu důvěru a v případě pracovního problému by se na ně mohly obrátit. Staniční sestra i vrchní sestra působí mile a vstřícně. Obě mají snahu plnit svým zaměstnancům jejich požadavky, mají-li možnost. S hlavní sestrou se dotazované sestry příliš nesetkávají a neměly zatím v souvislosti s projednávání pracovních problémů důvod ji vyhledat.

- Způsob řešení materiálních nedostatků a vliv řešení těchto nedostatků na kvalitu ošetrovatelské péče

Někteří dotazovaní zhodnotili, že řešením nedostatku ložního prádla by mohla být výstavba prádelny v areálu nemocnice, popřípadě oslovení jiné než stávající firmy, která by byla schopna poskytnout kvalitnější služby. Možným řešením by bylo i nakoupení většího množství ložního prádla. Nákupem materiálu by bylo možné vyřešit i nedostatky v oblastech spotřebního materiálu a hygienických pomůcek. U hygienických pomůcek je možné požádat rodiny pacientů o jejich poskytnutí. Některé dotazované uváděly jako možné řešení navýšení finančního rozpočtu kliniky pro nákup materiálu. Tyto otázky však nejsou v jejich kompetenci a mohou pouze upozornit na nedostatky své nadřízené. Vyřešení stávajících nedostatků by mělo vliv na kvalitu a úroveň

poskytované ošetrovatelské péče ve smyslu jejího zvýšení. S dostatečným množstvím pomůcek je možné poskytovat lepší péči. Pacient by měl vyšší komfort, pokud by byl vždy uložen v čistém lůžku a prevence vzniku dekubitů by byla jistě snadnější s vyšším množstvím polohovacích pomůcek a ochranných past. Dotazované se domnívají, že by se vyřešením nedostatku ulehčila i práce ošetrovatelského personálu.

- Personální faktory ztěžující výkon pracovních činností, způsob řešení těchto nedostatků a vliv řešení na kvalitu ošetrovatelské péče

Dotazovaní se vyjádřili, že k řešení personálních nedostatků by bylo zapotřebí vyvinout větší úsilí v hledání nových zkušenějších sester tak, aby došlo k navýšení jejich počtu. Bylo by nutné nabídnutí benefitů, aby se zvýšil zájem těchto zkušených sester o pracovní pozici a zároveň aby se snížila fluktuace stávajícího personálu. Mezi benefity by dotazovaní rádi zařadili vstupenky na různé kulturní akce, poukázky na masáže či sportovní vyžití. Motivací je ale především finanční ohodnocení, které by bylo zapotřebí navýšit, nebo poskytnout odměny. Řešením personálních nedostatků by bylo navýšení počtu personálu na směně alespoň na dopoledne, kdy by bylo zapotřebí o jednu sestru a sanitáře navíc. Taktéž by se jistě uplatnila stálá přítomnost rehabilitačního pracovníka. Komplexním řešením by samozřejmě bylo navýšení rozpočtu na personální otázky. Někteří dotazovaní však uvádějí, že řešení těchto nedostatků není v jejich kompetenci. Vyřešení těchto personálních otázek by mohlo mít vliv na úroveň poskytované ošetrovatelské péče, ale někteří dotazovaní se domnívají, že její úroveň je již natolik vysoká, že by navýšení personálu pacient nijak nepocítil. Spíše by se jednalo o ulehčení práce ošetřujícího personálu, protože ten se snaží dělat vždy pro pacienta maximum a takto by se práce zjednodušila a na směně by byla mnohem „pohodovější“ atmosféra.

- Kroky managementu vedoucí k ulehčení výkonu práce a zvýšení úrovně poskytované ošetrovatelské péče

Mezi kroky, které by mohly vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, ulehčení práce personálu a tím i zlepšení pracovních podmínek, uváděly sestry navýšení rozpočtu tak, aby bylo možné nakoupení potřebných chybějících pomůcek v oblasti materiálního vybavení, tedy prádla, polohovacích pomůcek a hygienických prostředků. Navýšení rozpočtu by umožnilo i zvýšení počtu personálu, tedy sester a pomocného personálu. Důležitá je nabídka benefitů a motivačních prvků, které by zvýšily zájem zkušených sester o práci a omezily by fluktuaci stávajícího personálu. Taktéž by dotazovaní uvítali zvýšení kvality poskytované stravy pro personál i pacienty. Některé sestry uvedly, že i zjednodušení administrativy by jim ulehčilo práci a poskytlo čas, který by bylo možné věnovat péči o pacienta. Jedna z dotazovaných sester uvedla, že by ocenila častější návštěvy nejvyššího managementu na oddělení, aby jeho zástupci viděli realitu běžného pracovního dne a mohli lépe posoudit stav věcí. Taktéž by bylo dobré provádět častější rozhovory nebo průzkumy spokojenosti zaměstnanců a nedostatky se poté vážně zabývat. Spokojený zaměstnanec vždy odvede kvalitnější práci.

5 DISKUZE

Z výsledků výzkumného šetření vyplynul mimo jiné zajímavý poznatek. Některé dotazované oblasti, ačkoliv v nich byly nalezeny nedostatky, byly celkově dotazovanými přesto hodnoceny jako dostačující. Aby bylo možné objektivně zhodnotit stav nedostatků a konfrontovat jej s literárními fakty, je nutné nehledět na problematiku z celkového pohledu, ale zachovat výchozí rozdělení na jednotlivé kategorie. Diskuze se z pochopitelného důvodu ve větší míře věnuje oblastem, ve kterých byly nalezeny citelnější nedostatky.

Materiální vybavení

Léčiva pravidelně kontroluje a objednává staniční sestra, několik dotazovaných však uvedlo, že občas bývá problém v dodací lhůtě lékárny. V těchto případech si personál chybějící lék půjčí z jiného oddělení. Léčiva jsou objednávána z nemocniční lékárny, která je jedním ze specializovaných úseků Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN). Jak uvádí výroční zpráva VFN(2014) v současné době disponuje lékárna počtem deseti oddělení a sto třiceti zaměstnanci, jejichž úkolem je příprava a distribuce objednaných léčiv. Lék, který je zapotřebí dodat urgentně je objednan na žádanku statim (neodkladně, přednostně). Lékárna lék bez odkladu vydá ve chvíli, kdy má potřebný počet na skladě, popřípadě vydá léčivo náhradní téhož složení po telefonické domluvě a v co nejkratším možném čase.

Přístrojové vybavení hodnotily sestry jako dostačující, někdy až jako nadstandardní. Taktéž k tomuto uváděly, že v současné době dochází k obměně monitorovací techniky, což některým dotazovaným působí potíže, protože se na jednotce nacházejí dva typy techniky a její obsluha je v případě spěchu náročná, když si musejí pamatovat postupy v dvojím softwaru. Přístrojové vybavení resp. požadavky na minimální technické vybavení upravuje vyhláška č. 421/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami. Minimální technické vybavení nalezneme v příloze vyhlášky 7, kapitole 7.2 - Minimální technické vybavení, které je rozčleněno dle bodového ohodnocení (TISS) ošetrovacího dne. Další legislativní normou upravující minimální technické vybavení je předpis

č. 92/2012 Sb., v platném znění, vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče (Česko, 2013; Česko, 2012a). Dle vyhlášky č. 92/2012 Sb. je jednotka, kde bylo provedeno výzkumné šetření zařazena do intenzivní péče třetího stupně a musí splňovat konkrétně udávaný počet a druhy přístrojů ve vyhlášce uvedených a to: „*Defibrilátor, EKG přístroj, ventilátor transportní, mobilní RTG přístroj, monitorovací centrála, přístroj pro extrakorporální eliminaci (CVVH), přístroj nebo modul pro měření hemodynamiky, k lůžku 4 ks dávkovače, 2 ks infuzní pumpy, monitor vitálních funkcí, zařízení pro zvlhčování dýchacích cest a ventilátor pro umělou ventilaci pacienta*“. Jestliže je poskytována péče převážně kardiologickým pacientů, což v případě jednotky, na které probíhal výzkum je, musí pracoviště disponovat navíc kardiostimulátorem, sonografem, dalším defibrilátorem a přístrojem IABK (Česko, 2012a). V současné době jednotka disponuje devíti monitorovanými lůžky, z nichž pět prošlo výměnou monitorovací techniky za novější typ. Na sesterně je umístěna monitorovací centrála. Jednotka má k dispozici oproti standardnímu povinnému vybavení navíc další defibrilátor, přístroj k invazivnímu ochlazení pacienta coolguard, ECMO, speciální chladicí podložku s možností ohřevu pacienta a monitor regionální mozkové oxygenace INVOS. Rovněž je součástí vybavení počet čtyř telemetrií, které umožňují monitoraci EKG křivky pacientů umístěných na standardním lůžku, u nichž by mohl hrozit výskyt arytmií. Dle staniční sestry je v budoucnosti plánována výměna zbylé monitorovací techniky, aby byl typ monitorů jednotný. Z finančních důvodů však není možné nákup a výměna monitorovací techniky najednou. Zde ještě doplňujeme, že na nákup monitorovací techniky je vždy vypsána veřejná zakázka.

V oblasti spotřebního materiálu nacházely některé sestry nedostatky především v množství polohovacích pomůcek, které při větším počtu méně mobilních pacientů, musely nahradit pomocí pomůcek improvizovaných. Některé taktéž uvedly, že spotřebního materiálu je komplexně dostatek, ale chybí modernější převazový materiál, který je finančně náročnější a proto nemůže být objednáván ve vyšší míře. Převážně však byl stav spotřebního materiálu hodnocen jako dostačující. Na oddělení se momentálně nachází polohovací pomůcky v nepromokavých obalech, které umožňují

dezinfekci a tím opakované hygienické použití. Na počet osmi pacientů se nachází na jednotce 6 klínů k umožnění polohování na poloboky, 6 polštářků pod hlavovou část, 11 polohovacích vaků s perličkami určenými k polohování horních končetin, dvě kolečka, taktéž pod hlavovou část, a čtyři měkké kvádry. V současné době dochází k obnově polohovacích pomůcek dolních končetin. Je zjevné, že v případě plné obsazenosti jednotky imobilními pacienty nemůže být počet polohovacích pomůcek dostatečný. Polohovací pomůcky jsou velice podstatnou součástí prevence tvorby dekubitů, která je obzvláště na jednotkách intenzivní péče velmi diskutovaným tématem. Jak lze zjistit i ze zahraničních zdrojů, v současné době se provádí řada studií zaměřených na faktory vzniku dekubitů a jejich možnou prevenci. Jak uvádí Kareen L. Cooper ve svém článku pro časopis americké asociace sester intenzivní péče *Critical Care Nurse* (2013): „*Je v USA od roku 2008 vznik dekubitu III. a IV. stupně získaný v nemocnic, považován za nežádoucí událost a náklady na léčbu odmítla centra Medicare a Medicaid hradit*“. Zdravotnické zařízení si tedy léčbu musí hradit na své náklady. Dále je zde uvedeno, že: „*Náklady na léčbu dekubitu se pohybují v ceně pěti až padesáti tisíc amerických dolarů*“. Cooper v článku také píše, že: „*Dle studií je prevalence dekubitů na JIP v rozmezí od 10% do 41%*“. Studie, které jsou nyní v USA i jinde po světě prováděny se zabývají kontinuálním mapováním tlaku na pokožku ležícího pacienta. Hodnotí vliv polohování na změnu tlaku, vliv aktivních antidekubitních matrací. Taktéž se zjišťuje účinnost nejnověji vyvinuté podložky přes matraci nemocničního lůžka, která má v sobě zabudovaný systém kontinuálního měření tlaku a personál snadno může zhodnotit, zda je nutné změnit polohu pacienta a jak (Robert Behrendt a kol., 2014). O výsledcích této studie Behrendt a kol. dále píše: „*Systém kontinuálního mapování tlaku může být způsob, jak zvýšit účinnost polohování pacientů. Ačkoliv naše skupina a další studovali proveditelnost pomocí systému mapování tlaku pro prevenci dekubitů, je nám známo, že tuto studii je nejdříve nutné přezkoumat využitím technologie jako pomocného nástroje pro zaměstnance k posouzení účinnosti polohování pacientů. Dílčí zpětná vazba od sester však potvrdila, že funkce mapování je ujistila o účinnosti svého vynaloženého úsilí*“.

Studiem rizik vzniku dekubitů se taktéž zabývá Ulrych (2011) z kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny VFN v Praze (dále jen KARIM), který zhodnotil, že na pracovišti KARIM jsou hospitalizováni pacienti mající riziko vzniku dekubitu až 60%. U 11% z těchto pacientů dojde k rozvoji dekubitu. Autor zkoumal, jaká opatření mají vliv na tvorbu dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Mimo jiné Ulrych (2011) ve výsledcích studie uvádí, že: *„Na nárůst dekubitů mají podíl méně kvalitní antidekubitní systémy. Je nutné podotknout, že ani ta nejkvalitnější matrace nezmírní tvorbu dekubitů při zanedbání ošetrovatelské péče. Sledování polohování a hygienické péče pacientů a rozdíly v množství vytvořených dekubitů u skupiny nepolohovaných a polohovaných pacientů ukazují na nutnost ošetrovatelské péče“*. Kapounová (2007, str. 130) taktéž uvádí že: *„Na každém oddělení by měl být dostatek pomůcek potřebných k nastavení určité polohy nemocného (molitany, polštáře, klíny, podložky, kolečka, botičky, apod.)“*. Na oddělení se v současné době výše uvedené pomůcky nacházejí, ale v případě plné obsazenosti by se jistě uplatnilo pomůcek více.

Dotazované sestry dále poukazyvaly na nedostatečné množství moderních krycích materiálů. Jak popisuje Kapounová (2007, str. 131): *„Obvaz by měl usnadnit práci sestřám, urychlit hojení rány a zvýšit komfort pacienta. Měl by vždy zajistit, aby rána zůstala vlhká, měla optimální teplotu, nebyla traumatizována při převazu, neinfikovala se a byla zbavena exsudátu a nekróz“*. Není cílem diskuze popisovat správný postup při léčbě ran a využití jednotlivých typů krytí. Je však podstatné, že na sledovaném pracovišti se nachází několik typů krycích materiálů a to: Antiseptické obvazy -Inadine, a Bactigras, Nepřilnavé obvazy – Grasolind a Atrauman, obvaz s aktivním uhlím Actisorb, hydrogel – Nu gel, krycí film Tegaderm, obvaz s aktivním stříbrem Atrauman Ag a desinfekční a zvlhčující Debriesanspray a gel. Veškeré tyto materiály lze považovat za materiály moderního typu. Jak bylo zaznamenáno, na oddělení se nacházejí, bohužel je někdy problematické jejich objednávání ve větším množství, vzhledem k jejich vyšší ceně. Na druhou stranu je prokázáno, že pokud je rána léčena správnými moderními postupy, zkracuje se doba hojení oproti léčbě nemoderními obvazy. Jak uvádějí v popisu ideálního krycího materiálu Karlová

a Čížková (2010): „*Ideální krycí materiál je ekonomický, náklady jsou přímo úměrné rychlosti a účinnosti léčby.*“

Oblastí, ve které většina dotazovaných uváděla nedostatky, bylo prádlo. Lůžkoviny jsou dodávány externí prádelnou, přičemž nemocnice nakoupí určitý počet lůžkovin a prádelna zajišťuje pouze jeho praní. Lůžkoviny jsou po znečištění zabaleny do pytlů a firma sídlící mimo Prahu je vypere a zašle zpět. Jak sestry uvedly, obvykle o víkendu již není do čeho pacienty převlékat a je nutné si prádlo zapůjčit na jiném oddělení, které však obvykle také nemá k dispozici větší množství. Na jednotce je vysoká spotřeba, protože je nutné udržovat pacienty, kteří jsou ve velmi vážném zdravotním stavu, mnohdy i imobilní, v neustálé čistotě. Lůžkoviny svým počtem absolutně nepokryjí potřebu jednotky, jak uváděly dotazované. Z šetření také vyplynulo, že až polovina nemocnic nepřikládá dostatečný význam kvalitě nakupovaného prádla, ačkoliv to přímo ovlivňuje jeho životnost a tím i celkové (Klaška, 2007).

Důležitou otázkou pro zdravotnická zařízení je způsob údržby prádla. Nemocnice využívají buď služeb vlastní nemocniční prádelny, nebo mají možnost využít služeb prádelny komerční. V případě komerční prádelny si zdravotnické zařízení může prádlo pronajmout anebo zakoupit. „*Pro zdravotnické zařízení musí být důležitým ukazatelem hodnota předpokládané ceny praní*“, jak dále uvádí Klaška (2007, str. 6). Dále uvádí, že: „*Je obvykle předpokládaná cena nižší, než reálná*“, do které se promítá spotřeba energií, strojové vybavení, náklady na personál a odpisy strojového vybavení a budov. Moderní provoz dle studie mohou ušetřit až 60 % nákladů oproti tradičním prádelnám. Taktéž produktivita práce ovlivňuje celkové náklady na provoz prádelny. Klaška (2007, str. 7) uvádí, že: „*Vysoké produktivity a úspor na médiích je možné dosáhnout jen u vysokokapacitních a investičně náročných moderních provozech*“. Provoz nemocniční prádelny je spojen s modernizací a tudíž i vysokými náklady. V současné době se v západních zemích Evropské Unie pronajímá prádlo ve všech hospodářských odvětvích až z 80 %. „*Zařízení si prádlo pronajímá a starost o kvalitu prádla je na straně pronajímatele*“ jak konkretizuje důvody Klaška (2007, str. 3) ve své zprávě. V současné době dle slov staniční sestry nejvyšší management nemocnice jedná o využití prádelny s pronájmem prádla, která by pro potřeby VFN byla efektivnější.

V oblasti hygienických pomůcek uváděly dotazované občasný nedostatek prostředků k péči o pokožku, tedy tělových mlék k promazávání kůže a ochranných past, které jsou používány k ochraně predilekčních oblastí před tvorbou dekubitů. Na důležitost správně provedené hygienické péče s použitím profesionálních přípravků upozorňuje Šeflová a Jančíková (2010) v článku *Postupy v prevenci a léčbě dekubitů: „K mytí znečištěné kůže používáme výhradně profesionální kosmetiku“*. Dále autorky popisují konkrétní přípravky k péči a ochranu rizikových partií, kterými jsou: čistící pěna, olejový sprej, ochranná pěna na pokožku, kožní ochranný krém, zinková pasta. Hygienické pomůcky jsou objednávány staniční sestrou dle potřeby. V současné době nemocnice využívá převážně výrobky firmy Uniderma s.r.o., které jsou výhodné v poměru kvality a ceny. V maloobchodních cenách se pohybuje kupříkladu zinkový krém k ochraně náchylných oblastí, v řádu sto až sto dvacetin korun (Mamed s.r.o., 2011a) oproti konkurenční řadě Menalind výrobce Hartmann za sto padesát až sto šedesát korun (Mamed s.r.o., 2011b). Nemocnice tedy odebírá levnější výrobek. V případě, že není výrobek naskladněn, může dojít ke krátkodobému výpadku a tím i nedostatku, jak staniční sestra vypovídá. O faktu, že se nejedná o výrazný nedostatek, hovoří i hodnocení jednotlivých dotazovaných sester, které zhodnotily hygienické pomůcky jako občas nedostačující. Komplexně však materiální vybavení zhodnotily jako dostačující.

Personální vybavení

Nelékařský zdravotnický personál tvoří nejpočetnější část zdravotnické veřejnosti. Dle údajů z registru Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCONZO), dosahuje počet registrovaných Všeobecných sester čísla 105033 (Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015). Počty personálu pro jednotlivá pracoviště zdravotnických zařízení udává vyhláška č. 99/2012 Sb. O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v platném znění. Tato vyhláška je však mnohdy mylně interpretována jako důvod, proč nelze počet zdravotníků na pracovišti navýšit. Vyhláška však udává minimální, nikoliv maximální počet zaměstnanců. Na zkoumaném

pracovišti je v současné době 21 sester na plný úvazek, čtyři sestry na úvazek 75% a jedna sestra na poloviční úvazek. V adaptačním procesu se z tohoto počtu nacházejí tři sestry pracující na plný úvazek a jedna pracující na úvazek 75 %. Zmíněná vyhláška (část II., 2.2.2) udává, že dle stupně intenzivní péče, kterou jednotka poskytuje, by měla splnit minimální počet všeobecných sester bez dohledu a všeobecných sester nebo zdravotnických asistentů celkem 2,2 úvazku na lůžko, z toho 25 % úvazku sestry pro intenzivní péči bez dohledu, dále jedna sestra pro intenzivní péči na úvazek 1,0 (Česko, 2012c). Tyto normy zkoumaná jednotka svým počtem 24,5 úvazku sester na devět lůžek jednoznačně splňuje, neboť z tohoto počtu jsou pouze čtyři pod odborným dohledem a ostatní sestry pracují bez odborného dohledu. Specializační studium má třetina personálu, další studium (Vysoká škola, Vyšší odborná škola) mají zbylé dvě třetiny zaměstnanců. V případě jednotky, kde bylo výzkumné šetření prováděno, si je management vědom, že náročnost oddělení vyžaduje větší počet personálu, než je dán vyhláškou, ten je proto navýšen a v současné době se jedná ještě o další navýšení. Na zkušební dobu je také přidávána do směny jedna sestra na ranní službu, která zajišťuje provádění ambulantních výkonů a dalších činností, které jsou zapotřebí.

Staniční sestra jednotky shledává problém v nedostatečném zájmu sester o zaměstnání na pracovišti. Dotazované sestry k této problematice uvedly, že řešením by mohla být nabídka benefitů a podání lépe formulovaného inzerátu na internetových stránkách. Na webových stránkách VFN je inzerát umístěn. Kromě výpisu požadavků Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (2012a) uvádí nabídku: *„Náborový příspěvek po uplynutí tříměsíční zkušební doby, ubytování pro mimopražské, zázemí velké fakultní nemocnice, odborný růst a podporu specializací v oboru a dále balíček zaměstnaneckých benefitů“*. Balíček benefitů je konkrétněji uveden na dalším odkazu: *„Vlastní mateřská školka, příspěvek na stravování, 5 týdnů dovolené a další týden volna“* (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2012b). Při setrvání v nemocnici může využít zaměstnanec příspěvku na životní a penzijní připojištění, bezúročnou půjčku, dostává odměny k životnímu a pracovnímu výročí. Pro srovnání, například fakultní nemocnice Motol navíc nabízí sportovní a kulturní aktivity, víkendové pobyty v lázních, popřípadě vlastních rekreačních zařízení a zároveň proplácení přesčasových hodin.

Obecný nedostatek sester je problémem na celostátní úrovni. Z popsaného lze doufat, že se více dostává do obecného podvědomí závažnost nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků a managementy nemocnic si uvědomují nutné navýšení mezd i jiných benefitů. V poslední době se toto projevilo i na mzdách na jednotce. Ke zvýšení zájmu o práci zde je však nutné odměňování ještě navýšit. Dle tabulkových platů je nástupní mzda zdravotníka bez praxe téměř žalostná. Nezájem nové generace zdravotníků je pochopitelný.

Počet pomáhajícího zdravotního personálu je dán vyhláškou 99/2012 Sb., v platném znění, v počtu sanitář (nebo ošetřovatel) 0,2 úvazku na lůžko (Česko, 2012c). Toto při počtu tří zaměstnanců jednotka splňuje. V některých dnech by se další síla uplatnila, ale někdy by byla skutečně nadbytečná. Nedostatky úklidové firmy, které některé dotazované sestry udávaly, se již během výzkumného šetření vyřešily. Vedení firmy bylo upozorněno na nedostačující počet úklidového personálu, který úklid v pravidelných cyklech nemohl vykonat. Firma navýšila počet personálu a v současné době je úklid zajišťován tak, aby bylo zabezpečeno udržování prostoru dle platných nařízení.

Některé z dotazovaných sester uvedly, že přínosem a ulehčením jejich práce by mohlo být zjednodušení administrativy. Způsob vedení zdravotnické dokumentace upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, která přesně definuje náležitosti, které musí dokumentace obsahovat kromě jiného zejména: „*Identifikační údaje poskytovatele, pacienta, informace týkající se zdravotního stavu, průběhu a výsledku poskytovaných zdravotnických služeb.*“. V bodě 11 tato vyhláška přesně definuje náležitosti ošetřovatelské dokumentace, která musí obsahovat ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelský plán, průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta a ošetřovatelskou propouštěcí nebo překladovou zprávu. Dále vyhláška udává, že poskytovatel služeb může rozsah přizpůsobit charakteru poskytované péče (Česko, 2012b). Kapounová (2007, str. 167) upozorňuje: „*K rysům moderního ošetřovatelství patří zavedení kvalitní ošetřovatelské dokumentace*“. Dále tato autorka vypisuje, k čemu tato dokumentace slouží (kupříkladu pro poskytování informací pro kontrolu kvality ošetřovatelské péče), nebo že může být

zdrojem informací v případě právního vyšetřování. Jedině správně vedená, čitelná a podrobná dokumentace může být důkazním materiálem a zprávou o péči poskytované lege artis. Řešením tedy není zjednodušení dokumentace ve smyslu jejího zkrácení, ale omezení duplicity některých záznamů.

6 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo získání podvědomí o pracovní situaci sester, které vykonávají zaměstnání na lůžkách akutní péče. Vzhledem k metodice výzkumu a počtu dotazovaných je však zřejmé, že pro získání komplexního přehledu o dané problematice je nutné provedení dalšího výzkumného šetření v mnohem širším měřítku kvantitativními metodami výzkumu a na celorepublikové úrovni. Výsledky šetření formou hloubkových rozhovorů přinášejí nástin oblastí, na které by se bylo možné dále zaměřit. Tyto oblasti dotazované sestry uváděly v rozhovorech jako nedostačující, ztěžující výkon jejich práce. Problematikou, která by mohla být předmětem dalšího výzkumného šetření, je zejména uváděný nedostatek nelékařského zdravotnického personálu, s čímž souvisí i nedostatky v oblasti předchozí praxe a zkušeností. Taktéž nemocniční prádlo, jeho nedostatek a způsob ošetřování s ohledem na hledání nejekonomičtějšího řešení v rovnováze s kvalitou a efektivitou, je možným předmětem rozsáhlejšího výzkumu. Neopomenutelnými jsou i nedostatky v oblasti hygienických a polohovacích pomůcek, které jsou však důležitými faktory prevence vzniku dekubitů na jednotkách intenzivní péče. Oblast zdravotnické dokumentace, která je stále velmi aktuálním a diskutovaným tématem, je možným předmětem k šetření, ve smyslu nalezení kompromisu mezi legislativními podmínkami, kvalitou dokumentace a její praktičností v realitě každodenního použití, která doposud dle literárních pramenů nalezena nebyla. Autorka práce se domnívá, že všechny výše uvedené nedostatky se nacházejí v oblastech, které jsou pro práci sester na akutních lůžkách velmi zásadní. Výsledky této diplomové práce mohou být předmětem pro tvorbu výzkumných hypotéz aplikovatelných při komplexním výzkumném šetření na celorepublikové úrovni. Hypotézy pro následný výzkum by mohly být například v tomto znění:

- Využití komerční prádelny s pronájmem prádla je nejefektivnější možností ošetření nemocničních lůžkovin pro provoz nemocnice.
- Omezení duplicity záznamů v ošetrovatelské dokumentaci významně ovlivňuje náročnost jejího vedení.

- Dostatečné množství moderních polohovacích pomůcek má přímý vliv na prevalenci dekubitů u pacientů hospitalizovaných na akutních lůžkách.
- Finanční ohodnocení má přímý vliv na dostatek nelékařského zdravotnického personálu na akutních lůžkách.

Výzkumnou metodou dotazníkového šetření by mohla být nalezena odpověď na otázku, zda výše zmíněné nedostatky mají lokální povahu, nebo zda se jedná skutečně o komplexní problém vyžadující řešení na nejvyšších úrovních managementu.

7 SEZNAM LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva a Marta JOBÁNKOVÁ. *Metody posuzování psychosociální pracovní zátěže a jejich užití u souboru sester v českém zdravotnictví*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2005. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve. ISBN 80-88866-32-4

BEHRENDT, Robert, Amir M. GHAZNAVI, Meredith MAHAN, Susan CRAFT and Aamir SIDDIQUI. Continuous Bedside Pressure Mapping and Rates of Hospital-Associated Pressure Ulcers in a Medical Intensive Care Unit. *Inflow: American Journal of Critical Care*[online]. 2014, roč. 23, č. 10 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z:<http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/2/127.full.pdf+html>

BERGER, M. Ann a Barbara B. HOBBS. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clinical journal of oncology nursing* [online]. 2006, roč. 10, č. 4 [cit. 2014-12-6]. Dostupné z:https://cjon.ons.org/sites/default/files/V50614081H765720_first.pdf

BILAVČÍKOVÁ, Pavla a Michaela KARAFIÁTOVÁ. Jak vnímají sestry pracovní podmínky a psychosociální zátěž. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 9, str. 26-28. ISSN 1210-0404.

BOHUŠ, Ondřej. *Anesteziologie a resuscitace v České a Slovenské republice na cestě k oborové samostatnosti*. 1. vyd. Praha: Pražská vydavatelská společnost, 1996. ISBN: 80-853-6936-2.

COOPER, Karen L. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Inflow: Critical Care Nurse* [online]. 2013, roč. 33, č. 6 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/6/57.full.pdf+html>

ČESKO. Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006 zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84, s. 3146-3241.

ČESKO. Vyhláška 134 ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998, částka 46, s. 5674-6264.

ČESKO. Vyhláška 493 ze dne 9. prosince 2005, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 171, s. 8990-9580.

ČESKO. Vyhláška 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544.

ČESKO. Vyhláška 92 ze dne 15. března 2012, o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012a, částka 36, s. 1522-1608.

ČESKO. Vyhláška 98 ze dne 22. března 2012, zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012b, částka 39, s. 1666-1685.

ČESKO. Vyhláška 99 ze dne 22. března 2012, zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012c, částka 39, s. 1686-1730.

DANDOVÁ, Eva. Je pacient "břemeno"? *BOZPinfo.cz* [online]© 2002-2015 [cit. 2014-10-1]. Dostupné z: http://www.bozpinfo.cz/rady/otazky_odpovedi/ochrana_pred_riziky/dotaz173041018.html

DANDOVÁ, Eva. Přenášení břemen. *Sestra+* [online]. 2012, roč. 14, č. 10 [cit. 2014-12-2]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prenaseni-bremen-467081>.

DI CARA, V., P. CHARVÁTOVÁ a T. PETR. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR průzkum ČAS 2013. *Florence*. 2014, roč. 10, č. 1-2, str. 35-36. ISSN 1801-464X.

DOSTÁL, P., V. ČERNÝ a J. VÍTOVEC. *Základy umělé plicní ventilace*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. *Intenzivní medicína*. ISBN 80-734-5059-3.

DUČALOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ. Fenomén pracovního stresu a možnosti jeho prevence. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 4, str. 21-23. ISSN 1210-0404.

II. INTERNÍ KLINIKA KARDIOLOGIE A ANGIOLOGIE. *Invazivní angiologie a intenzivní angiologická péče*. int2.lf1.cuni.cz [online]. © 2006-2015a [cit. 2011-05-17]. Dostupné z: <http://int2.lf1.cuni.cz/invazivni-angiologie-a-intenzivni-angiologicka-pece>

II. INTERNÍ KLINIKA KARDIOLOGIE A ANGIOLOGIE. *Arytmologie*. int2.lf1.cuni.cz [online]. © 2006-2015b [cit. 2011-05-17]. Dostupné z: <http://int2.lf1.cuni.cz/arytmologie>

II. INTERNÍ KLINIKA KARDIOLOGIE A ANGIOLOGIE. *Intenzivní péče*. int2.lf1.cuni.cz [online]. © 2006-2015c [cit. 2011-05-17]. Dostupné z: <http://int2.lf1.cuni.cz/intenzivni-pece>

II. INTERNÍ KLINIKA KARDIOLOGIE A ANGIOLOGIE. *Průvodce pro pacienty před katetrizačním vyšetřením srdce*. int2.lf1.cuni.cz [online]. © 2006-2015d [cit. 2011-05-17]. Dostupné z: <http://int2.lf1.cuni.cz/pruvodce-pro-pacienty-pred-katetrizacnim-vysetrenim-srdce>

ERBAN, Václav. *Zdravotní, pracovní-hygienické, preventivní a sociálně-psychologické otázky a problémy v podnicích a v jiných provozech*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. ISBN 978-807-3721-725.

GILBERTOVÁ, Sylva. *Ergonomie: Optimalizace lidské činnosti*. 1.vyd. Praha: GradaPublishing, 2002. *Sestra*. ISBN 80-247-0226-6.

GILBERTOVÁ, Sylva a Jana HLÁVKOVÁ. Pojetí a cíle ergonomie v současné době. *České pracovní lékařství*. 2004, roč. 5, č. 4, str. 182–183. ISSN 1212-6721.

GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 6, str. 21. ISSN 1210-0404.

GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R. DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče: Optimalizace lidské činnosti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. Sestra. ISBN 80-247-0267-3.

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-718-4890-5.

HRUŠKOVÁ, Jana. *Provozní řád II. Interní kliniky kardiologie a angiologie VFN a I. Lékařské fakulty univerzity Karlovy*. 1. vyd. Praha: II. Interní klinika kardiologie a angiologie VFN Praha, 2013a.

HRUŠKOVÁ, Jana. *Pracovní náplň sestry VFN, kompetence všeobecné sestry pro intenzivní obory - příloha popisu práce*. 1. vyd. Praha: II. Interní klinika kardiologie a angiologie VFN Praha, 2013b.

CHOCHOLA, Miroslav. *Pracovní postup VFN intraarteriální trombolýza*. 1. vyd. Praha: II. Interní klinika kardiologie a angiologie VFN Praha, 2011a.

CHOCHOLA, Miroslav. *Pracovní postup VFN hluboká žilní trombóza*. 1. vyd. Praha: II. Interní klinika kardiologie a angiologie VFN Praha, 2011b.

CHOCHOLA, Miroslav. *Pracovní postup VFN elektivní implantace stentgraftu pro aneurysma břišní aorty*. 1. vyd. Praha: II. Interní klinika kardiologie a angiologie VFN Praha, 2011c.

JOBÁNKOVÁ Marta a Jarmila KVAPILOVÁ. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 7-8, str. 18-19. ISSN 1210-0404.

KAPOUNOVÁ, G., V. ČERNÝ a J. VÍTOVEC. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-309.

KARLOVÁ, Jarmila, Bronislava Čížková. Moderní hojení ran v 21. století. Inflow: *Příloha – lékařské listy* [online]. 2010, č. 18 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/moderni-hojeni-ran-v-21-stoleti-455170>

KLÁŠKA, Jaromír. Nákup, údržba a pronájem zdravotnického prádla. Inflow: *Sestra, mimořádná příloha Zdravotnické prádlo* [online]. 2007 č. 10 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/nakup-udrzba-a-pronajem-zdravotnickeho-pradla-324836>

KOLÁŘ, J., R. ŽĎÁREK a R. POLICAR. *Kardiologie: pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003. ISBN 80-862-3206-9.

KOTASKOVÁ, Lenka a Valerie TÓTHOVÁ. Stanovení zátěže sester metodou kvantifikace ošetrovatelské péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 3, str. 105. ISSN 1801-1349.

KUBÍČKOVÁ, Daniela. Pracovní doba, stres a evropský výzkum. *Bezpečnost a hygiena práce*. 2007, roč. 58, č. 1, str. 7-8. ISSN 0006-0453.

LÁLOVÁ, Ilona a Dana JURÁSKOVÁ. Kompetence sester na JIP. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 12, str. 510–512. ISSN 1801–464X.

MAMED s.r.o. *Uniderma zinkový ošetřující krém 200 ml*. Lékárna pohoda [online]. ©2011a [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://lekarnapohoda.cz/pece-o-telo/pece-oblicej/uniderma-zinkovy-osestrujici-krem-200ml/>

MAMED s.r.o. *Menalind Professional kožní ochranný krém 200 ml*. Lékárna pohoda [online]. ©2011b [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://lekarnapohoda.cz/pece-o-telo/pece-o-pokozku/menalind-professional-kozni-ochranny-krem-200ml>

MANAGEMENT MANIA. What is Herzberg's Two Factor Theory. *ManagementMania.com* [online]. ©2011-2013 [cit. 2014-9-8]. ISSN 2327-3658. Dostupné z: <https://managementmania.com/en/herzbergs-two-factor-theory>

MOLEK, Jan. *Personalistika ve veřejné správě, studijní opora předmětu oboru sociální práce ve veřejné správě KS a ČŽV*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky, 2007.

MOLEK, Jan. *Řízení lidských zdrojů, opora předmětu řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky, 2013.

MRÁZEK, Vratislav. *Organizační řád II. Interní kliniky VFN*. 1. vyd. Praha: II. Interní klinika kardiologie a angiologie VFN Praha, 2010.

NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. Statistika - Počty registrovaných osob v jednotlivých oborech k 01. 04. 2015. In: *Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. 4. dubna 2015 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/statistika>

PELIKÁNOVÁ, Martina. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 11, str. 7. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka. Hodnocení zaměstnanců jako součást kariérního růstu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 12, str. 24-26. ISSN 1210-0404.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství II: sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4732-237.

ŠEFLOVÁ, Lenka, Gabriela Jančíková. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. Inflow: *Medicína pro praxi* [online]. 2010, č. 13 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rizika-vzniku-dekubitu-459802>

ŠEVČÍK, P., V. ČERNÝ a. J. VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-726-2203-X.

ŠTIKAR, Jiří. *Metody psychologie práce a organizace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0048-X.

ŠVÁB, Jan. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4726-045.

ŠVARŤÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

ŠVEJDOVÁ, Michaela. *sikanavpraci.cz* [online]. © 2012 [cit. 2011-10-1]. Dostupné z:<http://www.sikanavpraci.cz/>

TĚŠINOVÁ, J., R. ŽĎÁREK a R. POLICAR. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2011. ISBN 978-80-7400-050-8.

TUČEK, M., M. Cikrt a J. HUGO. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry: příručka s doporučenými standardy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4709-277.

ULRYCH, Ondřej. Rizika vzniku dekubitů. Inflow: *Sestra* [online]. 2011, č. 5 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rizika-vzniku-dekubitu-459802>

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-802-4747-323.

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan HUGO. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4711-980.

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. Volná místa - všeobecná sestra - registrované všeobecné sestry. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. ©2012a [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/kariera/volna-mista-zdravotnici-nelekari/volna-mista-vseobecna-sestra/registrovane-vseobecne-sestry.html>

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. Zaměstnanecké výhody. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. ©2012b [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/kariera/zamestnanecke-vyhody/>

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. Výroční zpráva VFN 2013. In *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. 1. dubna 2014, [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/priloha/4d00b337cb232/vyrocnizprava-vfn-2013.pdf>

ZADÁK, Z., E. HAVEL a J. VÍTOVEC. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-999.

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. Kardiologie v novém. *Zdravotnické noviny* [online]. 2001, roč. 3, č. 10 [cit. 2014-12-2]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kardiologie-v-novem-13394>