



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Stanovení míry ošetrovatelské zátěže na oddělení
následné péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Pavlína Trachtová

Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Stanovení míry ošetrovatelské zátěže na oddělení následné péče jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2019

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za podporu, trpělivost, cenné odborné rady a nesmírnou ochotu při vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem ochotným respondentům a nepochybně mým nejbližším, kteří mi byli velkou oporou po celou dobu studia.

Stanovení míry ošetrovatelské zátěže na oddělení následné péče

Abstrakt

Současný stav: Základní podmínkou kvalitní ošetrovatelské péče je zajištění dostatečného počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu.

Hlavním cílem výzkumu bylo určit optimální počet ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. Východiskem byla standardizovaná metodika manželů Pochylých (1999, 2008).

Metodika: Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativně kvantitativní metodou. První fáze výzkumného šetření probíhala technikou hloubkových rozhovorů se šesti sestrami z Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice Jihočeského kraje. V druhé fázi výzkumného šetření byla stanovena průměrná časová hodnota základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta hospitalizovaného na Oddělení následné a rehabilitační péče za 24 hodin. Celkem bylo provedeno 140 časových náměrů výkonů základní ošetrovatelské péče. Ve třetí fázi výzkumu byla stanovena celková denní doba ošetrovatelské péče u všech pacientů hospitalizovaných na Oddělení následné a rehabilitační péče v období od 7. 1. do 20. 1. 2019. Následně by určen optimální počet a kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu na tomto oddělení ve sledovaném období.

Výsledky: Průměrná doba základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta vyžadující zvýšený dohled činila 76,1 minut/24 hod. a průměrná doba základní ošetrovatelské péče na jednoho imobilního pacienta činila 125,3 minut/24 hod., rozdíl byl statisticky významný ($p < 0,001$). Ve sledovaném období bylo na Oddělení následné a rehabilitační péče hospitalizováno v průměru 23,9 pacientů. Celková doba ošetrovatelské péče u této skupiny pacientů činila v průměru 4 871,3 minut/24 hodin. Z toho 1/2 celkové ošetrovatelské péče představovala základní ošetrovatelská péče, 1/4 speciální ošetrovatelská péče a 1/4 organizace péče včetně vedení dokumentace. Rozdíl mezi dobou základní a speciální ošetrovatelské péče byl statisticky významný ($p < 0,001$). Dle metodiky Pochylé a Pochylého (1999, 2008) doporučený průměrný počet ošetrovatelského personálu při této zátěži činil 10,2 osob za 24 hodin. Ve skutečnosti na oddělení bylo 9,4 ošetrovatelského personálu. Rozdíl mezi doporučeným a skutečným počtem personálu byl 0,8 osoby a šlo o statisticky významný rozdíl ($p = 0,015$). Pochylá a Pochylý (1999) doporučují na tomto typu oddělení 17,2 úvazků ošetrovatelského personálu (36,4 % sester a 63,6 % ostatního ošetrovatelského personálu). Reálně je

na tomto oddělení zaměstnáno 17,5 ošetrovatelského personálu. Z toho je 54,3 % sester a 45,7 % ostatního ošetrovatelského personálu.

Závěry a doporučení pro praxi: Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že na Oddělení následné a rehabilitační péče převažují základní ošetrovatelské činnosti nad speciálními výkony. Proto je při plánování optimálního počtu ošetrovatelského personálu nutné uzpůsobit kvalifikaci ošetrovatelských pracovníků spektru výkonů typických pro toto oddělení. Výstupem práce je návrh motivačního programu pro vedoucí pracovníky, jehož cílem je získat a udržet si dostatek ošetrovatelského personálu ve zdravotnické organizaci.

Klíčová slova

Dlouhodobá následná a rehabilitační péče; kvantifikace; pacient; sestra; ošetrovatelství

Determination of the nursing load at the aftercare department

Abstract

Current status: The basic condition of quality nursing care is to ensure sufficient number of qualified nursing staff.

Main aim of this research was to determine the optimal number of nursing staff at the after-care and rehabilitation department of a selected hospital in the South Bohemian Region. The starting point was the standardized methodology of Mr and Mrs Pochylý (1999, 2008).

Methodology: The research was carried out quantitatively. The first phase of the research was conducted by means of in-depth interviews with six nurses from the after-care and rehabilitation department of a selected hospital in South Bohemia. In the second phase of the research, the average time value of basic nursing care per patient hospitalized at the aftercare department was determined for a 24 hour period. A total of 140 time units of basic nursing care tasks were performed. In the third phase of the research, the total daily period of nursing care was determined for all patients hospitalized at the after-care and rehabilitation department in the period from 7 January to 20 January 2019. Subsequently, the optimal number and qualification representation of nursing staff in this department for the monitored period was defined.

Results: The average period of basic nursing care for one patient requiring increased supervision was 76.1 minutes / 24 hours and the average basic nursing care per immobile patient was 125.3 minutes / 24 hours, the difference was statistically significant ($p < 0.001$). On average, 23.9 patients were hospitalized in the follow-up and rehabilitation department during the reporting period. The total nursing care time for this patient group was 4871.3 minutes / 24 hours on average, of which 1/2 of the total nursing care was represented by basic nursing care, 1/4 by special nursing care and 1/4 by the organization of care including documentation. The difference between primary and special nursing care was statistically significant ($p < 0.001$). According to the methodology of Pochylá and Pochylý (1999, 2008), the recommended average number of nursing staff at this load was 10.2 persons for 24 hours. In fact, there was 9.4 nursing staff members at the department. The difference between the recommended and actual number of staff was 0.8 and which is a statistically significant difference ($p = 0.015$). Pochylá and Pochylý (1999) recommend 17.2 nursing staff members (36.4% of nurses and

63.6 % of other nursing staff) in this type of nursing ward. In reality, only 17.5 nursing staff are employed at this department. Of these, 54.3 % are nurses and 45.7 % are other nursing staff.

Conclusions and recommendation for practical use: It is clear from these results that basic nursing activities outweigh special performances in the aftercare departments. Therefore, when planning the optimal number of nursing staff, it is necessary to adapt the qualifications of nursing staff to the spectrum of tasks typical of the given department. The output of this work is a proposal of a motivational program for managers, with the aim to acquire and maintain enough nursing staff in a given healthcare organization.

Key words

Long-term follow-up and rehabilitation care; quantification; patient; nurse; nursing

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Ošetřovatelství	11
1.1.1 Historie ošetřovatelství a významné osobnosti	13
1.1.2 Historie českého ošetřovatelství	14
1.2 Povolání sestry	16
1.2.1 Role sestry	17
1.2.2 Osobnost sestry.....	18
1.3 Pracovní zátěž sester ve zdravotnictví	19
1.3.1 Fyzická zátěž sester	20
1.3.2 Psychická zátěž sester.....	21
1.3.3 Syndrom vyhoření	22
1.4 Stáří a stárnutí	23
1.5 Změny ve stáří	24
1.6 Geriatrie a gerontologie	26
1.6.1 Geriatrické syndromy	27
1.6.2 Pacient s potřebou geriatrické péče a geriatrická křehkost.....	29
1.6.3 Potřeby geriatrického pacienta	29
1.6.4 Specifika ošetřovatelství v geriatrii	31
2 Cíle, výzkumné otázky a hypotézy	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
2.3 Hypotézy	33
2.4 Operacionalizace základních pojmů	33
3 Metodika	35
3.1 Popis metodiky	35

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	37
4	Výsledky	38
4.1	Kategorizační výsledky z rozhovorů s všeobecnými sestrami	38
4.1.1	Obsazenost personálu a harmonogram práce ošetřovatelských činností na Oddělení následné a rehabilitační péče.....	38
4.1.2	Základní a speciální ošetřovatelská péče na oddělení následné péče	41
4.1.3	Náročnost práce na oddělení a předcházení syndromu vyhoření	42
4.2	Vyhodnocení základní ošetřovatelské péče u vybraných kategorií pacientů	43
4.2.1	Statistické testování hypotézy 1	46
4.3	Vyhodnocení optimálního počtu ošetřovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče	48
4.3.1	Statistické testování hypotézy 2	50
4.3.2	Statistické testování hypotézy 3	51
4.4	Kvalifikační zastoupení ošetřovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče	51
5	Diskuze.....	53
6	Závěr	59
6.1	Doporučení pro praxi	60
7	Seznam použitých zdrojů	61
8	Přílohy	67
8.1	Seznam příloh	Chyba! Záložka není definována.
9	Seznam zkratk	11

Úvod

Povolání všeobecné sestry je jedno z nejnáročnějších a nejdopovědnějších povolání vůbec. Je to dáno tím, že na sestry jsou kladeny stále vyšší nároky, mění se způsob vzdělávání sester a rozvíjí se ošetrovatelská péče. Konec 20. a počátek 21. století je pro ošetrovatelství obdobím velkých změn. Ošetrovatelství i vzdělávání všeobecných sester je ovlivněno řadou domácích a mezinárodních faktorů (společenských, politických, ekonomických, právních, ale i postavením žen ve společnosti). S rozvojem stále složitějších technologií v medicíně se mění i role nelékařských zdravotnických pracovníků. Očekává se od nich schopnost flexibilně reagovat na změny v diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupech. S rostoucími požadavky přibývá i zátěžových situací a zvyšuje se i náročnost tohoto povolání i z důvodu snižování počtu ošetrovatelského personálu a zvyšováním počtu hospitalizovaných pacientů.

Na oddělení následné péče, v léčebnách dlouhodobě nemocných, ale i v domovech pro seniory se díky stárnutí populace léčí stále více pacientů s potřebou geriatrické péče. Zdravotníci jsou vystaveni stresu, vysoké fyzické zátěži, jsou na ně kladeny stále vyšší nároky a okolí od nich očekává vysoké pracovní nasazení. Mění se i role sester.

Pracuji na Oddělení následné a rehabilitační péče jedné oblastní nemocnice Jihočeského kraje. Ošetrovatelská péče na tomto oddělení je velmi náročná jak fyzicky, tak psychicky nejen pro všeobecné sestry, ale i ostatní ošetrovatelský personál. Nezbytnou podmínkou pro poskytování kvalitní zdravotní péče je potřeba dostatečného počtu kompetentního zdravotnického personálu. Současné zdravotnictví trpí nedostatkem lékařů a sester. Proto stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu je velmi aktuální a potřebné. Geriatrie a gerontologie jsou lékařské obory, které se zabývají diagnostikou a léčbou nemocí ve stáří. Této problematice jsem se rozhodla věnovat i ve své bakalářské práci.

Cílem mé bakalářské práce je popis základní a specifické ošetrovatelské péče o pacienty na lůžkovém oddělení následné péče. Dále stanovení časových hodnot pro základní ošetrovatelské činnosti a stanovení hodnot pro speciální ošetrovatelské činnosti. Na závěr určení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče s počtem 25 lůžek. Výstupem práce je návrh motivačního programu pro ošetrovatelský personál, jehož smyslem je zvýšit spokojenost sester a ostatního ošetrovatelského personálu s pracovními podmínkami.

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelství

Láska k lidem, pomoc a moudrost, tak by se dalo definovat ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče zahrnuje různě obtížné činnosti a klade vysoké požadavky na behaviorální stránky ošetrovatelského povolání (Plevová a kol., 2011). Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína, která se zabývá péčí o pacienta, aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby člověka a zajišťuje profesionální péči (Koncepte ošetrovatelství, 2004). Plevová a kol. (2011) uvádí, že ošetrovatelství je relativně mladý obor, který prošel mnohými změnami a diferencovanými etapami vývoje. Rozvoj ošetrovatelství byl ovlivněn kulturními, sociálními, náboženskými a politickými faktory, které na sebe vzájemně působily.

Koncepte ošetrovatelství (2004) označuje ošetrovatelskou péči jako soubor odborných činností zaměřených na předcházení, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, které mají společné sociální prostředí nebo trpí podobnými zdravotními obtížemi. Ošetrovatelská péče zahrnuje péči o tělesně a psychicky nemocné, nevléčitelně nemocné a zdravotně postižené osoby všech věkových kategorií. Součástí této péče je zmírňování jejich utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Koncepte ošetrovatelství, 2004).

Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství patří péče, která je založená na hledání a uspokojování potřeb pacienta ve vztahu ke zdraví nebo k nemoci prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Koncepte ošetrovatelství, 2004).

Standardem ošetrovatelské praxe je ošetrovatelský proces, který představuje systematickou a racionální metodu při plánování a poskytování ošetrovatelské péče (Mastiliaková, 2014).

Mezi další rysy ošetrovatelství patří poskytování aktivní ošetrovatelské péče. Aktivní ošetrovatelskou péčí se rozumí spoluúčast pacienta při rozhodování o péči jeho samotného. Dále se tímto rozumí aktivní předcházení problému ze strany ošetrovatelského personálu (Plevová a kol., 2011).

Dalším rysem ošetrovatelství je poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem a holistický přístup k pacientům (Koncepte ošetrovatelství, 2004). Právě výzkum je nezbytnou složkou ošetrovatelství pro rozvoj

oboru. Díky němu je možné poskytovat ošetrovatelskou péči založenou na důkazech – EBN – Evidence Based Nursing (Jarošová a kol., 2014).

V ošetrovatelství se velmi zdůrazňuje holistický přístup k pacientovi. Jedná se o celostní přístup k pacientovi. Proto, když člověk onemocní, vytvoří si své postoje, díky kterým je schopen s nemocí bojovat, mít naději nebo rezignovat (Plevová a kol., 2011).

Ošetrovatelství má nezastupitelnou roli při prevenci nemocí. Motivuje lidi, aby se podíleli na péči o vlastní zdraví (Plevová a kol., 2011).

Dalším rysem je poskytování péče ošetrovatelským týmem, který je složený z různě kvalifikovaného personálu (Koncepce ošetrovatelství, 2004). Pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče je nutné zajistit několik kroků. Důležité je zajištění dostatečného počtu kompetentního personálu poskytující ošetrovatelskou péči (multidisciplinárního týmu) po 24 hodin denně (Plevová a kol., 2012). Dále je nutné zajistit diagnostickou a terapeutickou technologii, dostatek zdravotnického materiálu (například léky, lůžkoviny, osobní prádlo), zajištění včasného řešení krizových situací a nežádoucích událostí (Plevová a kol., 2012).

Pacient má právo na kvalitní zdravotnickou péči, která je prováděna kvalifikovanými pracovníky. Kompetence jsou dány ve vyhlášce č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských povoláních), v aktuálním znění. Ošetrovatelství využívá poznatků z dalších vědeckých disciplín, biologických, medicínských, sociologických, psychologických a pedagogických. Každá disciplína má svou filozofii, metaparadigma, paradigma, metodologii, výzkum, systém pregraduálního i postgraduálního vzdělávání a národní a mezinárodní profesní organizace (Kutnohorská, 2010).

Hlavním cílem ošetrovatelství je, jak bylo výše uvedeno, upevňování, podpora nebo navrácení zdraví, péče o rodinu a společnost, rozvíjení soběstačnosti, snížení utrpení a zajištění důstojného umírání a klidné smrti (Koncepce ošetrovatelství, 2004).

1.1.1 Historie ošetrovatelství a významné osobnosti

Prvopočáteční péče o nemocné je stará jako lidstvo samo. Když člověk onemocněl, jeho blízcí se mu snažili zmírnit jeho utrpení a bolest. Léčba a ošetřování nemocných byly předávány z generace na generaci (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

Ošetrovatelství procházelo třemi liniemi: neprofesionální – lidové ošetrovatelství si poskytoval pacient sám nebo mu ji poskytovali na základě tradice blízcí (Kutnohorská, 2010). V ošetrovatelské péči zaujímaly hlavní místo ženy, které k ošetřování používaly hlavně přírodní zdroje (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

Jak dále Pospíšilová a Tóthová (2014) uvádí, v charitativním ošetrovatelství bylo ošetřování nemocných zaměřeno na uspokojování jeho potřeb a bylo chápáno jako morální povinnost pomoci nemocnému od bolesti a utrpení. Tato péče vycházela nejen z tradic, ale i z náboženství. Charitativní ošetrovatelství v Českých zemích je spjato se zakládáním útulků, špitálů, klášterů a nemocnic.

Profesionální ošetrovatelství vzniklo s rozvojem medicíny. Velkým zlomem byla Krymská válka (1854-1856) a ošetrovatelské působení Florence Nightingalové (Plevová a kol., 2011).

Právě Florence Nightingalová (1820 – 1910) se zasloužila o reformaci ošetrovatelství a je považována za zakladatelku moderního ošetrovatelství. Do Krymské války Nightingalová přivezla čtyřicet vyškolených dobrovolnic, které se staraly o raněné vojáky (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Kutnohorská (2010) uvádí, že hlavní důraz Nightingalová kladla na dodržování hygienických zásad. Nedodržování těchto zásad vedlo nejen k šíření epidemií, ale i k velkým ztrátám na životech. Poukazovala na špatné prostředí a nečistoty.

V Krymské válce Florence Nightingalová sledovala stav ležících pacientů, uvedla do provozu hygienická zařízení, prádelnu a kuchyň, zajistila dostatek potravin a prádla. Dokázala snížit úmrtnost pacientů z 50 % na 22 % (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

Nightingalová prakticky využívala statistické diagramy a grafy. V roce 1860 otevřela v Londýně první ošetrovatelskou školu při Nemocnici svatého Tomáše. Studium trvalo jeden rok a mnoho předmětů vyučovali lékaři. Studentky studovaly nejen v klasických třídách, ale praktikovaly i přímo u lůžek pacientů. V roce 1862 se na této škole otevřel i ročník pro porodní asistentky (Plevová a kol., 2011).

Další významnou osobou v počátcích laické ošetrovatelské péče byl švýcarský kupec Henri Dunant (1828 – 1910). Narodil se v aristokratické rodině ve Švýcarsku.

V roce 1859 se zúčastnil Napoleonova tažení do Itálie, kde se stal svědkem jedné z nejkrutějších bitev u obce Solferino. Právě tato otřesná zkušenost ho inspirovala v roce 1862 k napsání knihy *Vzpomínky na Solferino*, kterou rozeslal evropským panovníkům a státníkům. V závěru této knihy navrhl založit mezinárodní organizaci pro pomoc raněným vojákům. V roce 1901 za svou práci získal Nobelovu cenu (Kutnohorská, 2010).

V roce 1864 byla na popud Dunantova snažení v Ženevě založena mezinárodní organizace Červeného kříže, která se stará nejen o jedince postižené válkou, ale i o oběti hladomoru a živelných pohrom (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

Další velkou osobností historie ošetrovatelství byl ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810 – 1881), který zrealizoval myšlenku uplatnit ženy jako ošetrovatelky ve válce. Vyškolil 30 ruských dobrovolnic – ošetrovatelek pro ruskou frontu na Krymu. Důraz kladl stejně jako Nightingalová na dodržování hygienických zásad (Plevová a kol., 2011). Pigorov byl jedním ze zakladatelů dobrovolné ošetrovatelské péče o raněné a nemocné na bojištích (Kutnohorská, 2010).

1.1.2 Historie českého ošetrovatelství

Už v 10. století za vlády knížete Boleslava I. (935 – 967) můžeme pozorovat zárodky organizovaného ošetrovatelství. Na území Prahy se začaly zakládat první hospice a v nich řeholní sestry poskytovaly charitativní pomoc chudým, nemajetným a nemocným lidem. V této době byl v Týně založen i první špitál v českých zemích (dnešní Staroměstské náměstí), který byl určen pro 12 nemocných a o které se staralo 7 žen (Plevová a kol., 2011).

Další významnou osobou ve vývoji českého ošetrovatelství byla příslušnice rodu Přemyslovců, dcera Přemysla Otakara I. a Konstanc Uherské Anežka Přemyslovna. Mládí obětovala službě boží a náboženskému nadšení. V roce 1232 zakládá pro nemocné a chudé špitál svatého Františka a v roce 1233 zakládá na Poříčí dva kláštery, svatého Františka a svaté Kláry. V roce 1234 se sama Anežka stává abatyší u klarisek (Plevová a kol., 2011). Dle Pospíšilové a Tóthové (2014) Anežka Přemyslovna vypracovala pravidla, jimiž se řídilo ošetrování a opatrování v nemocnicích. Je považována za zakladatelku českého ošetrovatelství. V roce 1989 byla Anežka Přemyslovna svatořečena.

Špitály vznikaly v kláštorech a přednostně sloužily jako útulky pro pocestné, zchudlé měšťany a kupce. Další špitály v Čechách zakládal konvent milosrdných bratří. Jedná se

o špitál Na Františku (založen 1605), v Těšíně (založen 1694), v Novém Městě nad Metují (založen 1696), v Prostějově (založen 1733), v Brně (založen 1747) aj. V těchto špitálech byly ošetřováni pouze nemocní, a tak vzniká nový název - nemocnice (Kutnohorská, 2010).

V roce 1753, v době osvícenské, byl dle Kutnohorské (2010) vytvořen systém státní zdravotní správy a prvních zdravotnických zákonů. Vzniká reforma systému výuky a výchovy lékařů a ostatních zdravotníků. Změny proběhly i v iniciativě státu – v budování zdravotnických zařízení.

Dále Kutnohorská (2010) uvádí, že reformy za vlády Marie Terezie a Josefa II. přispěly k většímu zájmu obyvatel o své zdraví. Právě tyto reformy umožnily ranhojičům a porodním bábám návštěvy přednášek na pražské lékařské fakultě. Václavu Joachymovi Vrabcovi se později podařilo prosadit školení opatrovníků na lékařské fakultě, kde jeho přednášky byly situovány na plnění základních potřeb nemocných. Avšak tyto přednášky byly pozastaveny Dvorským dekretem 13. 6. 1789.

Od poloviny 18. století se začaly zakládat první všeobecné nemocnice při lékařských fakultách. Lékař si začal uvědomovat potřebu pomocníka, který bude vykonávat jeho pokyny a bude dohlížet na nemocné. Takový pomocník by měl být vzdělaný, a proto se v druhé polovině 19. století v Čechách zakládají první ošetřovatelské školy (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

Plevová a kol. (2011) uvádí, že na rozvoj ošetřovatelství měl vliv i vznik emancipačního ženského národnostního hnutí. Právě toto emancipační hnutí a založení první ošetřovatelské školy v Londýně podnítilo i vznik první české ošetřovatelské školy v roce 1874 v Praze. Dle Kutnohorské a kol. (2010) byla tato škola počátkem přeměny opatrovnícké činnosti na ošetřovatelskou profesi. U zrodu první ošetřovatelské školy byly propagátorky zemského emancipačního hnutí Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská.

Období od konce 19. století do konce 2. světové války se vyznačuje velkým rozvojem nemocnic (Plevová a kol., 2011). Po 1. světové válce pracovaly v nemocnicích hlavně řádové sestry, které byly postupně nahrazovány sestrami civilními. Po vzniku Československé republiky dochází k novým změnám v oblasti sociální a zdravotní péče. Rozvíjí se nemocniční péče i samostatná práce sester v primární péči v terénu. Práce těchto sester byla orientována na vedení poraden pro matky a děti, zdravotních stanic pro pacienty s tuberkolózou a pohlavně přenosnými nemocemi (Kutnohorská, 2010).

Za 2. světové války se ošetřovatelství potýkalo s problémy. Po podepsání Mnichovské dohody došlo k oslabení československého zdravotnictví. Řada

zdravotnických zařízení byla uzavřena. Zdravotnictví se potýkalo s nedostatkem ošetřovatelek. Během války došlo ke zlepšení organizace ošetřovatelské péče v nemocnicích. V roce 1940 byla stanovena funkce vedoucí sestry ošetřovatelské služby v nemocnici. Dále byly stanoveny povinnosti vedoucích sester a sester ve směnách (Plevová a kol., 2011). Po roce 1948 narušil komunistický převrat úspěšný rozvoj Československého ošetřovatelství. Řádové sestry, které pracovaly v nemocnicích, byly přeřazeny na pomocné práce (Plevová a kol., 2011).

Ošetřovatelství do 90. let 20. století nebylo plně autonomním povoláním. Role zdravotní sestry byla považována za pozitivní a dostačující. Sestra nemusela samostatně rozhodovat. Z pohledu odborníků bylo ošetřovatelství považováno jen za praktickou činnost, která byla zaměřena spíše na technickou stránku než na teorii.

Rok 1989 přinesl v Československé společnosti nejen změny společenské a politické, ale změnilo se i chápání sociální a zdravotní péče. Mezi hlavní cíle ve vzdělávání ošetřovatelství patřilo zvýšení úrovně ošetřovatelské péče, zlepšení kvality zdraví a zajištění kompatibility vzdělávání sester v souladu s kritérii Evropské unie (Kutnohorská, 2010). Dále Kutnohorská (2010) uvádí, že v roce 1998 byla schválena koncepce Českého ošetřovatelství, která definuje obor ošetřovatelství, vymezuje jeho cíle, předmět zájmu a poukazuje na hlavní úkoly v ošetřovatelství.

1.2 Povolání sestry

V ohnisku zájmu sestry je člověk – pacient. K základním povinnostem sester patří podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. Tyto zásady jsou přijaty Mezinárodní radou sester (ICN – International Council of Nurses) a jsou obsaženy v Etickém kodexu vypracovaném Mezinárodní radou sester (Zacharová a kol., 2007).

Od sestry se očekává, že unese fyzické nároky svého povolání a dokáže se vypořádat i s ostatními problémy spojenými s výkonem této profese. Musí brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale i morální hodnoty (Zacharová a kol., 2007).

Kutnohorská (2010) uvádí, že sestry jsou povinny během svého profesního života udržovat svoji odbornost na úrovni současných vědeckých poznatků. Odborná způsobilost sester je vyjádřena kompetencemi, které jsou oprávněny vykonávat a za které jsou plně odpovědné.

Vytejšková a kol. (2011) vidí všeobecnou sestru jako poskytovatelku ošetrovateľskej péče, ktorá absolvovala kvalifikačné štúdium na vyššej odbornej škole oboru všeobecná sestra, na vysokej škole v oboru všeobecná sestra alebo do roku 2004 na strednej zdravotníckej škole. Ďalej je sestra povinná poskytovať zdravotní péču v súlade s právnymi predpismi a štandardy, dodržiava hygienicko-epidemiologický režim, poskytuje pacientovi informácie v súlade so svojou odbornou spôsobilosťou a podieľa sa na vyučovaní študentov.

Dnes sestry pracujú v nemocniciach zpravidla vo dvanásťhodinových službách, striedajú sa v denných a nočných smenách. Nachádzajú uplatnenie v ambulantných prevádzkach, nemocniciach, v sociálnych službách, v hospicovej péči, v terénnych službách, vo školstve a v administratíve (Vytejšková a kol., 2011).

Správna organizácia práce ošetrovateľského personálu na oddelení je dôležitá pre hladký priebeh ošetrovania nemocných, čo smeruje k spokojnosti pacienta.

1.2.1 Role sestry

Všeobecná sestra je jedna z prvých, so ktorou sa nemocný setká v nemocnici. Sestra pacientovi poskytuje podporu a radu v prípadoch, keď sa pacient cíti byť v beznádziejnej situácii a v nejistote. Sestra je prostredníkom medzi lekárom a pacientom. Musí sa chovať profesionálne, byť asertívna a poskytovať čo najlepší ošetrovateľskú péču. Sestra je rovnocennou členkou multidisciplinárneho tímu. Svojím profesionálnym pôsobením je schopná samostatnej práce v oblasti svojej pôsobnosti a zastáva vždy viaceré úlohy, ktoré sa vzájomne prelínajú (Neuwirth, 2008).

Profesná úloha sestier je očakávané správanie sestier súvisiace s ich profesiou. Ako sa mení v priebehu času ošetrovateľstvom, mení sa i úloha sestier. K súčasnej základnej úlohe sestry patria úloha ošetrovateľky, manažerky, edukantky, úloha poradkyne, komunikátorky, výskumnice, členka tímu, nositeľky zmien a advokátky (Špirudová, 2015).

Sestra ošetrovateľka zaisťuje základnú a špecializovanú péču prostredníctvom ošetrovateľského procesu a podieľa sa na preventívnej, diagnostickej, terapeutickú a neodkladnú péču o nemocných (Vytejšková a kol., 2011).

Sestra poradkyňa poskytuje nemocnému rady a povzbudzuje ho k interakcii s nemocou a liečbou (Vévoda a kol., 2013). Sestra edukátorka edukuje, učí pacienta to, čo má pacient záujem a čo nevie (Vévoda a kol., 2013). Podľa Halma (2015) sestra edukuje pacienta napríklad o metódach a postupoch v oblasti sebaopieky a ďalším. Sestra advokátka

prosazuje a obhajuje práva pacientů (Vévoda a kol., 2013). Kutnohorská (2010) uvádí, že například při příjmu pacienta k hospitalizaci ho sestra poučí o jeho právech, o domácím a provozním řádu. Sestra jako nositelka změn (navrhovatelka) podněcuje a pomáhá realizovat změny v ošetrovatelské praxi, které zvyšují kvalitu poskytované péče (Dlugošová a Tkáčová, 2012). Sestra komunikátorka (zprostředkovatelka) vytváří a formuje vztahy mezi členy zdravotnického týmu a mezi pacienty a sestrou (Dlugošová a Tkáčová, 2012). Jak uvádějí Vévoda a kol. (2013), profesionální komunikace je nezbytná a je jedním z předpokladů úspěšné týmové práce. Sestra výzkumnice využívá nové poznatky, technologie a postupy v ošetrovatelství (Plevová a kol., 2011).

K dovednostem vedoucí sestry patří zajištění a udržení dostatečného počtu personálu a umění ho inspirovat. Manažerka musí umět pracovat dle priorit a klást důraz na pozitivní motivaci zaměstnanců (Brabcová, 2016).

1.2.2 Osobnost sestry

Na utváření osobnosti každého jedince působí celá řada faktorů. Mezi faktory, které ovlivňují každého z nás, patří genetické dispozice, výchova a prostředí. Chování zdravotníka a jeho profesionalita se odvíjí od jeho charakterových vlastností (Kelnarová a Matějková, 2014). Utváření osobnosti sester začíná již v průběhu školní docházky a během dalšího studia (Zacharová a kol., 2007). Osobnost sestry je postavena na etických zásadách. Je velmi důležitá maximální důvěra mezi sestrou a pacientem a jeho rodinou. Tato důvěra urychluje i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

Janáčková (2008) uvádí, že sestra musí umět jednat s pacienty a navázat s nimi kontakt. Přichází do styku s mnoha lidmi, kterým by měla umět odpovídat na jejich otázky a řešit množství úkonů a problémů. Nevhodné chování sestry devalvuje sesterskou profesi a zvyšuje riziko nekvalitní ošetrovatelské a léčebné péče (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

Zkušená sestra by měla znát základní formy a metody práce s pacientem, umět zvolit adekvátní komunikaci k danému pacientovi, využívat správných prostředků, ohodnotit stav pacienta, vědět, jak aplikovat potřebné ošetrovatelské postupy a umět se pohotově rozhodnout ve standardních i neobvyklých situacích (Venglářová a kol., 2011). Dále Venglářová a kol. (2011) uvádějí, že nevyzrálá osobnost sestry není schopna uspokojovat potřeby pacienta.

Kutnohorská (2010) charakterizuje osobnost sestry jako ochotnou a schopnou pracovat samostatně, emancipovanou a odpovědnou za své činy. Dále uvádí, že sestra je vzdělaná, osobně se angažuje ve své profesi a hledá možnosti zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Dává najevo úctu k nemocným a bere je jako rovnocenné pacienty. Stojí vždy na straně pacienta. Uplatňuje nové vědní poznatky v praxi a celoživotně se vzdělává.

1.3 Pracovní zátěž sester ve zdravotnictví

Povolání sester vyžaduje mimo fyzicky a psychicky náročné práce i kontinuální vzdělávání se a učení se novým dovednostem (Venglářová a kol., 2011). Zdravotničtí pracovníci vykonávají ve své profesi činnosti, které mohou být příčinou nemoci z povolání nebo pracovního úrazu. Evropská data ukazují, že zdravotníci jsou více ohroženi než pracovníci v jiných oborech (Vévoda a kol., 2013).

Dle Venglářové a kol. (2011) pracovní zátěž sester souvisí se stykem s trpícími, nevyléčitelně nemocnými a umírajícími pacienty. Po fyzické stránce mají sestry narušený biologický rytmus, přetěžují páteř apod. Pracovní zatížení sester se liší nejen typem oddělení, ale i počtem sester na směně, počtem pomocného zdravotnického personálu, stavem a počtem pacientů, organizací práce na odděleních a dostupností pomůcek snižujících fyzickou zátěž (Venglářová a kol., 2011).

Špirudová (2015) uvádí, že pracovní zátěž a potažmo spokojenost nebo nespokojenost sester na pracovišti ovlivňuje pracovní kolektiv, pracovní vztahy, komunikaci, spolupráci s kolegy, lékaři, pacienty a jejich příbuznými, spokojenost v osobním životě a v neposlední řadě i finanční ohodnocení. Petrovová (2017) poukazuje na pracovní rizika, s nimiž přicházejí zdravotníci při výkonu svého povolání do styku a která mohou negativně ovlivnit jejich zdraví. Podle Petrovové (2017) se rizikové faktory dělí na specifické (fyzikální, chemické, biologické) a nespecifické (směnný provoz, nedostatek odpočinku, fyzicky a psychicky náročná práce).

K biologickým faktorům patří zvýšené riziko infekce. Infekční mikroorganismy se mohou vyskytovat v biologickém materiálu a zvyšují riziko alergické či toxické reakce nebo infekčního onemocnění. Proto je dle Brabcové (2016) velmi důležité dodržování hygieny v nemocničním prostředí a protiepidemiologických opatření. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít k dispozici postupy pro zabezpečení hygieny rukou zdravotnických pracovníků, postupy pro nakládání s odpady i při manipulaci

s biologickým materiálem, postupy, kterými se definují činnosti po poranění o použitou jehlu apod. (Marx a Vlček, 2014).

Dalším rizikovým faktorem v práci ve zdravotnictví je vystavení organismu chemickým látkám, které se používají např. při diagnostice, léčbě, dezinfekci a sterilizaci (Petrovová, 2017). Tyto látky mohou působit jako alergeny, a proto při manipulaci s nimi je nutné používat ochranné pomůcky (Vévoda a kol., 2013). Dalšími rizikovými látkami jsou cytostatika a chemoterapeutika. Nejvíce se používají v onkologii, imunologii, v infekčním lékařství a v revmatologii (Petrovová, 2017). Vévoda a kol. (2013) uvádějí, že největší riziko představují léky ze skupin alkylačních látek, které mají karcinogenní účinky. Proto je důležité dobré prostorové a technické vybavení pracovišť, dodržování režimových opatření a používání ochranných pomůcek.

1.3.1 Fyzická zátěž sester

Fyzická zátěž se dá definovat jako činnost, kdy se aktivuje svalstvo a vzniká svalový tah (Dušátko, 2011). Faktory fyzické zátěže v práci jsou popsány v nařízení vlády č. 93/2012 Sb., ve kterém se stanoví podmínky pro ochranu zdraví při práci. V § 23 je fyzická zátěž definována následovně: *Za celkovou fyzickou zátěž se považuje zátěž při dynamické fyzické práci konané velkými svalovými skupinami, při které je zatěžováno více jak 50 % svalové hmoty.* Dle svalového tahu dělíme práci na dynamickou (po stahu svalu následuje relaxace) a statickou (sval nemění délku, ale roste jeho svalové napětí) (Dušátko, 2011).

Velkou fyzickou zátěž mají hlavně sestry, které pracují na lůžkových odděleních. Způsobuje ji hlavně manipulace s pacientem, manipulace s prádlem a dalším zdravotnickým materiálem (Vévoda a kol., 2013). Dále Vévoda a kol. (2013) poukazují na oddělení se značnou fyzickou zátěží. Jedná se o neurologii, ortopedii, rehabilitační a geriatrická oddělení, jednotky intenzivní péče a léčebny dlouhodobě nemocných.

Hrnčír (2007) dělí fyzickou zátěž na celkovou fyzickou zátěž, lokální fyzickou zátěž, pracovní polohu a ruční manipulaci s břemeny. Nařízení vlády 93/2012 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, v § 28 definuje ruční manipulaci s břemeny jako nošení, zvedání, pokládání, posunování, přemísťování jedním nebo více zaměstnanci, při kterém může dojít k poškození páteře zaměstnance.

Paragraf 29 nařízení vlády č. 246/2018 Sb., kterým se novelizuje nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanovují podmínky ochrany zdraví při práci, určuje limit

pro ručně zvedané břemeno. Při občasném zvedání a přenášení je maximální limit u mužů 50 kg a u žen 20 kg, při častém zvedání a přenášení činí maximální limit u mužů 30 kg a u žen 15 kg. Vsedě je hmotnost ručně manipulovaného břemene u mužů 5 kg, u žen 3 kg.

Vévoda a kol. (2013) uvádějí, že na řadě odděleních, kde byly provedeny studie tělesné zátěže sester, nepřekračují limitní hodnoty pro dlouhodobě únosnou fyzickou zátěž žen, zejména v oblasti pohybového systému. Zdravotničtí pracovníci jsou nuceni zaujímat nefyziologické polohy, jako je hluboký předklon, záklon hlavy bez opory, otáčení trupu, stoj apod. Při těchto polohách dochází k zatěžování zad a k rozvoji bolesti v oblasti krční a bederní páteře.

Hrnčíř (2007) upozorňuje na důsledek únavy při opakované zátěži, na přepracování a vyčerpání organismu, což úzce souvisí s přílišnou konzumací kávy, alkoholu, cigaret nebo léků. Může dojít také k rozvoji syndromu vyhoření.

1.3.2 Psychická zátěž sester

Psychická zátěž a stres jsou dalšími zátěžovými faktory v práci zdravotníků. Sestry se mnohdy musí vyrovnávat s časovou tísni, závažnými situacemi, obávají se nesprávného rozhodnutí a důsledků svého jednání, jsou vystaveny emocionální zátěži (Petrovová, 2017). Vévoda a kol. (2013) definují psychickou zátěž jako zpracování a vyrovnání se s požadavky pracovního a životního prostředí, přičemž déle trvající psychická zátěž může u jedince navodit poruchy zdraví a psychomotorická onemocnění, např. vysoký krevní tlak, ischemickou chorobu srdeční, bolesti hlavy nebo vředovou chorobu žaludku. Sestry mohou i několikrát během své směny prožívat psychickou zátěž, potýkají se s utrpením, bolestí, ztrátou soběstačnosti pacienta, bezmocností, ztrátou soukromí pacienta nebo úmrtím (Nešpor, 2007). Dostávají se do tzv. chronických denních nepříjemností, které sestru přivádějí do „vnitřní tísně“, při níž se musí správně rozhodnout, neboť na jejím rozhodnutí závisí život pacienta (Heydari et al., 2016). Na psychické zátěži se výrazně podepisuje i nedostatek ošetrovatelského personálu (Riahi, 2011). Mnohdy musí sestry zastoupit i práci pomocného ošetrovatelského personálu a na svou práci pak nemají dostatek času, jsou frustrované, protože nemohou plně vykonávat svou práci (Bratianu, 2015).

Velkou roli v psychické zátěži sester hraje i její osobnost. Psychická zátěž je ovlivněna schopnostmi a charakteristikou osobnosti konkrétní sestry (Kadučáková, 2011).

Podle výzkumu prováděném na fakultních klinikách, na jednotkách dlouhodobě nemocných a jiných pracovištích bylo zjištěno, že sestry vystavené psychickému stresu uvádějí čtyři strategie, jak tento stres zvládat. K první strategii se řadí rodina – především manžel a děti. Do druhé strategie sestry řadí přátele a kamarády. Třetí strategii tvoří sport, procházky, meditace, spánek, relaxace a muzikoterapie. Čtvrtou strategii tvoří racionální řešení problému (Křivohlavý, 2010).

1.3.3 Syndrom vyhoření

Zdravotníci se setkávají s lidskou bolestí i těžkými lidskými osudy, a právě z těchto důvodů jsou ohroženi syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření – burnout se dá popsat jako profesionální selhání vzniklé na základě vyčerpání (Venglářová a kol., 2011). Ptáček, Bartůněk a kol. (2011) definují syndrom vyhoření jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, které vedou k poklesu efektivity práce. Dále uvádějí, že mezi rizikové skupiny zdravotnických pracovníků pro rozvoj syndromu vyhoření patří lékaři, sestry, ošetrovatelky, psychologové a psychoterapeuti (zvláště na odděleních dlouhodobé, následné péče, na jednotkách intenzivní péče, na odděleních onkologie a chirurgie). Venglářová a kol. (2011) rozdělují syndrom vyhoření do tří oblastí. Tělesné vyčerpání se projevuje nedostatkem energie, únavou, slabostí, svalovou bolestí, změnami tělesné hmotnosti, poruchami krevního oběhu a poruchami spánku. Při psychickém vyčerpání se dle Venglářové a kol. (2011) zdravotník stává cynickým, negativním a pesimistickým. Při emocionálním vyčerpání se člověk cítí citově vysátý, vyhýbá se lidem a uzavírá se do sebe.

Při předcházení syndromu vyhoření je důležitá informovanost a práce s celým pracovním týmem. Mezi preventivní opatření patří dobré vztahy na pracovišti, adekvátní ohodnocení za práci, vhodné načasování pracovních úkolů, přestávek a odreagování se od pracovní činnosti (Kelnarová a Matějková, 2014). Po nástupu do zaměstnání sestra pracuje pod dohledem sestry-školitelky, která jí poskytuje pomoc a podporu v průběhu adaptačního procesu, neboli doby zpracování (Venglářová a kol., 2011). Dále Venglářová a kol. (2011) uvádějí, že sestry by neměly zapomínat na dobré vztahy

s rodinou a přáteli. Důležité je věnování se osobním zájmům a zálibám, protože to, co děláme s potěšením, je zdrojem emočních zážitků a energie.

1.4 Stáří a stárnutí

Demografie a zdraví světové populace se neustále mění. Především dochází k prodlužování délky života a snižování míry plodnosti (Briggs a kol., 2018). WHO v roce 2015 uvedla, že do roku 2050 se podíl světové populace nad 60 let oproti hodnotám v letech 2015 téměř zdvojnásobí (viz příloha 1), WHO, 2015.

Stárnutí u každého jedince začíná od početí až do okamžiku smrti. Stárnutí probíhá v určitých vývojových etapách, které mají své zákonitosti. Tyto zákonitosti ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života (Malíková, 2011). Nejvíce zdůrazňovaným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života, je zdraví. Zdraví je ovšem výslednicí mnoha faktorů, které na sebe vzájemně působí. Jedná se o vzájemné působení prostředí, emocí člověka, nacházení smyslu života, postoje ke stárnutí a podobně. Kvalita života podléhá mnoha dalším jevům a v dnešní době se považuje za nejdůležitější osobní spokojenost (Dvořáčková, 2012). Stárnutí je biologický proces, který se projevuje chátráním tělesné schránky, kdy organismus ztrácí efektivitu a účinnost fungování, objevují se různé defekty organismu a klesá schopnost organismu tyto defekty odstranit a nahradit odumřelé buňky novými, funkčními buňkami (Malíková, 2011). Organismus má vyšší náchylnost k různým onemocněním. Nováková (2011) uvádí, že proces tělesného a duševního stárnutí neprobíhá souběžně a orgány v těle nestárnou najednou. Stárnutí a stáří je všeobecně chápáno negativně. Ve stáří se očekávají problémy, ztráta samostatnosti a soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, ztráta možnosti seberealizace a omezení kontaktů s okolním prostředím (Malíková, 2011).

Stárnutí je možné rozdělit na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí je přirozenou a normální součástí života jedince a jedná se o fázi ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik (Malíková, 2011). Patologické stárnutí se může projevovat několika různými způsoby. Malíková (2011) dále uvádí například předčasné stárnutí, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se mimo jiné projevuje sníženou soběstačností.

Na buněčné stárnutí poprvé poukázali Leonard Hayflick a Paul Moorhead, kteří v roce 1961 popsali omezený replikační potenciál lidských diploidních fibroblastů (Jayapalan a Sedivy, 2008; Lidzbarsky et al., 2018). Dle Mlýnkové (2011) existuje

několik teorií, které by mohly vysvětlit, proč dochází ke stárnutí buněk. V teorii působení vnějších vlivů Mlýnková (2011) popisuje působení chemických látek na lidský organismus, skladby potravin, mikroorganismů, stresových a psychosociálních faktorů. Podle jiné teorie dochází k buněčnému stárnutí v důsledku zkracování telomer při každém cyklu genomové duplikace nebo jiného genotoxického stresu poškozující DNA (deoxyribonukleová kyselina), především prostřednictvím tumor supresorového proteinu p53 (Jayapalan a Sedivy, 2008). V teorii volných radikálů, které poškozují buněčnou membránu, dochází v důsledku jejich nadměrného množství k poškození organismu (Mlýnková, 2011). Oxidační stres mimo jiné urychluje i již zmíněné zkracování a dysfunkci telomer (Jayapalan a Sedivy, 2008). Genetická teorie pojednává o tom, že délka života je předem geneticky naprogramovaná. Pokud rodiče dosáhnou vyššího věku, je pravděpodobné, že i jejich děti se dožijí vysokého věku (Mlýnková, 2011). Imunologická teorie uvádí, že při fyziologickém dělení buněk nastávají ve stáří chyby a v důsledku autoimunitního procesu dochází k ničení vlastních buněk (Mlýnková, 2011). Souhrnem stárnutí je komplexní soubor těchto a dalších procesů, které vedou k akumulaci poškozené DNA, ztrátě regeneračního potenciálu a následnému zvyšování počtu stárnoucích buněk, což vede ke stárnutí tkání, orgánů a nevyhnutelné smrti (Lidzbarsky et al., 2018).

V souvislosti s věkem můžeme na lidský organismus pohlížet z několika aspektů. Nejčastější dělení stáří je dle věku kalendářního na období počínajícího stáří (60 – 74 let), na vlastní stáří (75 – 89 let) a při věku více jak 90 let se hovoří o dlouhověkosti (Čevela a kol., 2012). Biologické stáří je podmíněno zdravotním stavem a vitalitou seniorů. Psychologický věk udává, jak se lidé ve stáří sami cítí. Sociální stáří je ovlivněno mírou sociálních změn, jako jsou ovdovění, adaptace člověka na změny, ztráta životní perspektivy a dalšími faktory (Čevela a kol., 2012).

1.5 Změny ve stáří

Stáří je přirozený proces, kdy dochází k fyzickým i psychickým změnám, ke změnám energetického stavu a společenského života (Klevetová, 2017). Fyzické změny postihují tkáně a orgány, které atrofují a mění se i jejich funkce. Nejvíce je ohrožena centrální nervová soustava, především mozek. Plasticita mozku a nervové soustavy mají sníženou schopnost vytváření nových spojení neuronů a posilování funkčních okruhů, které pomáhají při soběstačnosti (Klevetová, 2017). Procvičováním

kognitivních funkcí můžeme dosáhnout toho, že nefunkční neuronové spojení převezme jiný mozkový okruh (Klevetová, 2017).

U pohybového systému dochází ke změně tělesné výšky, vysychají a oplošťují se meziobratlové ploténky, vazivo ztrácí svou elasticitu, tuhnou chrupavky hlavně v kloubech, dochází k poklesu svalové síly v důsledku ubývání svalové hmoty (Klevetová, 2017). Rychlost nervových vzruchů se zpomaluje a způsobuje zhoršené řízení svalové práce a pohyb u seniorů je pomalejší (Klevetová, 2017). Kostí se díky snížení hladiny vápníku stávají křehčími a snadněji se lámou (Klevetová, 2017). Vzniká osteoporóza a přibývá riziko úrazu a následných fraktur. Ochabnutím kosterních svalů a atrofií meziobratlových plotének se páteř více ohýbá (Klevetová, 2017). Hladké svalstvo, které je součástí především vnitřních orgánů, plní svou funkci až do vysokého věku. Toto se však netýká hladkého svalstva cév, které se věkem mění. Stav cév je ovlivněn životním stylem a pohybem. Ve stáří se v cévách ukládají tukové látky a vápník, což je příčinou zužování a následných nedokrevností (ischemií) příslušných částí organismu. Jsou postiženy hlavně tepny horních a dolních končetin, věnčité tepny a tepny v mozku (Klevetová, 2017).

V ústech se snižuje tvorba slin, snižuje se i tvorba trávicích šťáv a strava se pomaleji rozkládá a vstřebává. V játrech a ve slinivce se zpomaluje metabolismus důležitých živin. Klesá funkce tlustého střeva, která se projevuje chronickou zácpou (Kalvach a kol., 2004). Některé léky mají vliv na žaludeční sliznici. Kvalita zubů se mění, horní a dolní čelist atrofuje, někdy zuby chybí úplně (Klevetová, 2017). U kardiopulmonálního systému se snižuje funkce plic. Pohyby hrudního koše jsou menší, klesá vitální kapacita plic a člověk přijímá z prostředí méně kyslíku. Průtok krve důležitými orgány se zpomaluje a srdce přečerpává méně krve. Vzniká kornatění cév (Klevetová, 2017).

Očišťovací a koncentrační činnost ledvin klesá. V močovém ústrojí zanikají glomeruly, glomerulární filtrace se snižuje (Klevetová, 2017). Klesá elasticita uretry, snižuje se kapacita močového měchýře a zvyšuje se postmikční reziduum (Klevetová, 2017). Svalové svěrače kolem uretry ochabují a vzniká močová inkontinence. Snižuje se funkce pohlavních hormonů, což vede u mužů ke snížení potence a u žen končí menstruace (Klevetová, 2017). U mužů dále dochází ke zbytnění prostaty a u žen se objevuje pokles dělohy (Klevetová, 2017). Velmi častou příčinou vertebrogenních potíží je osteoporóza (Kalvach a kol., 2004). Kůže ztrácí elasticitu, ztenčuje se a tvoří se vrásky. Kožní turgor je snížený. Vlasy jsou řidší a šedivější. Kožní barvivo způsobuje zhnědnutí kůže a vznikají stařecké skvrny (Klevetová, 2017).

V neuronech dochází k biochemickým změnám, což ovlivňuje vedení vzruchů a vzniká demence (Dvořáčková, 2012). Objevují se poruchy rovnováhy a chůze. Senioři trpí poruchami usínání a spánku (Klevetová, 2017). Adaptační schopnost se zhoršuje, senioři si těžko zvykají na nové životní změny (Klevetová, 2017) a hůře se adaptují na nové prostředí nebo novou situaci (Dvořáčková, 2012). Na základě úbytku receptorů se zhoršují smyslová vnímání, a to zrak, sluch, čich, chuť i hmat (Klevetová, 2017). Ve stáří dochází ke změně osobnosti. Začínají se projevovat negativní vlastnosti a negativní rysy osobnosti. Objevuje se emoční labilita, výkyvy nálad a nestálost v rozhodování. Snižují se kognitivní funkce, jako je schopnost zapamatovat si, schopnost rozpoznat viděné předměty, snižuje se koncentrace a zvyšuje se zapomínání (Dvořáčková, 2012).

Změny nastávají i ve společenském životě. Jednou z nejzávažnějších změn je odchod do důchodu. Senioři toto vnímají jako ztrátu osobní a sociální prestiže (Dvořáčková, 2012). Z důvodu odchodu do důchodu mohou nastat i finanční potíže, kdy dochází ke zhoršení ekonomické situace. Na základě tohoto je člověk nucen změnit životní styl (Dvořáčková, 2012). Další událostí, která poznamená člověka, je tzv. syndrom prázdného hnízda, kdy děti opouštějí své rodiče a ti se náhle ocitají sami (Dvořáčková, 2012). Ke stáří patří i smrt. Smrt partnera znamená konec partnerského soužití. Starý člověk se musí vyrovnat nejen se ztrátou svých vrstevníků, ale i se ztrátou partnera. S přibývajícím věkem se snižuje i manuální činnost a senior může trpět „handicapem sociální integrace“ (Dvořáčková, 2012).

1.6 Geriatrie a gerontologie

Gerontologie (anglicky gerontology) je souhrn poznatků o problematice stáří, stárnutí a života ve stáří (Čeledová a kol. 2016). Etymologicky jde o spojení starořeckých pojmů geron – stařec a logos – slovo nauka. Čeledová a kol. (2016) rozlišují tři směry gerontologie. První, experimentální (biologická) gerontologie, se zabývá tím, jak a proč živé organismy stárnou. Dalším směrem je sociální gerontologie, která se zabývá životem v seniu, vztahy mezi starými lidmi a společností, vztahy mezi generacemi, sociologií, demografií, konkrétními souvislostmi ekonomickými, politologickými i dalšími. Třetím směrem je klinická gerontologie (geriatrie, anglicky geriatrics) zabývající se zdravotním stavem, chorobami a jejich léčením v seniu, přístupem ke starým pacientům, především

k lidem vyššího věku s medicinskými riziky a s problémy tzv. geriatrické křehkosti (anglicky frailty).

Geriatric je specializovaný lékařský obor zabývající se zdravotním a funkčním stavem ve stáří. Tento obor vznikl z důvodu demografických změn a nutnosti péče o seniory (Hudáková a Majerníková, 2013). Geriatric patří do skupiny interních oborů. Zabývá se zdravotním stavem seniorů, jejich specifickými potřebami, funkčním zdravím, diagnostikováním a léčením poruch a chorob ve stáří (Kalvach a kol., 2011). Hlavním cílem lékařského oboru geriatric je zvýšit šance uchovat si dobré zdraví, dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, nezávislosti a soběstačnosti seniora (Topinková, 2005). Dle Topinkové (2005) je geriatric samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči osobám vyššího věku. Topinková (2005) dále uvádí, že poznatky a znalosti z diagnostiky a léčby chorob ve stáří zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění a že geriatric má intervenčně – preventivní charakter, to znamená, že kromě specifických metod zdravotní péče má komplexnější, koordinovanou týmovou péči.

Senioři starší 65 let představují nejpočetnější klientelu s největším objemem služeb a výdajů (Kalvach a kol., 2011). Na geriatrických odděleních jsou hospitalizováni senioři, u kterých došlo k poklesu zdravotního potenciálu, k manifestaci chorob a k deficitu funkčního zdraví. Geriatric by se měla ujmát takových pacientů, u kterých zdravotní a funkční problémy přesahují zodpovědnost, znalost a možnost praktického lékaře, ale nevyžadují specializované služby z jiného oboru (Kalvach a kol., 2011).

Centrem oboru geriatric je vnitřní lékařství, ale přesahuje i do jiných oborů jako je neurologie, rehabilitace, gerontopsychiatrie a ošetrovatelství. Geriatrická péče zahrnuje složky akutní, následnou, paliativní, ambulantní, lůžkovou, ošetrovatelskou a rehabilitační (Kalvach a kol., 2011). Gerontologie by měla v této oblasti vychovávat odborníky s vysokoškolským vzděláním pro sociální, zdravotně sociální služby a státní správu. Měla by ucelit teorii stáří v soudobém světě, koncept života ve stáří v oblasti bio – psycho – socio – spirituální (Kalvach a kol., 2011).

1.6.1 Geriatrické syndromy

U pacientů s potřebou geriatrické péče se některé zdravotní potíže a syndromy opakují velmi často i bez příčiny určitého onemocnění. Proto na přelomu 60. a 70. let 20. století vznikly první formulace geriatrických syndromů. Těmi jsou instabilita,

imobilita, intelektové poruchy a inkontinence. O 25 let později vznikl širší koncept geriatrických syndromů (Kalvach a kol., 2008).

Geriatrické syndromy u starších lidí klinicky popisují jejich funkčnost a ohroženost. Lépe vystihují zdravotně funkční a zdravotně sociální problematiku geriatrických pacientů než výčet jejich onemocnění (Kalvach a kol., 2011).

K charakteristickým rysům geriatrických syndromů Kalvach a kol. (2011) řadí multikauzální etiologii, chronický průběh, omezování pacientovy soběstačnosti a kvality života a neexistenci kauzálního léčení.

Koncept geriatrických syndromů vystihuje teoretický rámec problematiky geriatrických pacientů. Je to nástroj multidisciplinárního komplexního geriatrického hodnocení. Je vhodný i pro výuku geriatrické medicíny. Slouží k identifikaci geriatrických pacientů ohrožených komplikacemi a špatnou prognózou, např. při hospitalizaci nebo po operaci (Kalvach a kol., 2011).

Kalvach a kol. (2011) uvádějí, že při určování geriatrických syndromů se uplatňují dva přístupy: geriatrický syndrom jako synonymum jednotlivých příznaků a zdravotních problémů častých u pacientů s potřebou geriatrické péče – k rizikovým faktorům těchto symptomů patří pokročilá stáří, porucha mobility, kognitivní a funkční postižení. Druhým určovacím přístupem geriatrického syndromu jsou složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní logickou patogenickou provázaností.

Jako příklad Kalvach a kol. (2008) uvádějí: syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti; dále syndrom instability s pády; anorexie a malnutrice, inkontinence; syndrom mobility (imobilizační syndrom), syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a chování, syndrom maladaptace, syndrom týrání, zanedbávání, zneužívání starého člověka (elder abuse), syndrom terminální geriatrické deteriorace.

Topinková (2005) dělí geriatrické syndromy v oblasti somatické na poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, instabilitu, pády a úrazy, inkontinenci moči a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy/tekutin, dekubity, v oblasti psychické na demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace a v oblasti sociální na ztrátu soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolaci, týrání a zneužívání, dysfunkci rodiny.

Geriatrické syndromy lze chápat jako klíčové koncepty geriatrické medicíny, které významně doplňují diagnostikování a léčení standardních onemocnění. Měly by pomoci změnit současnou praxi, kdy četné příčiny komplexnějšího syndromu se redukují na jedinou, a to „standardní chorobu“. Ta je pak mylně chápána jako příčina potíží

a je brána jako hlavní důvod např. hospitalizace. Tradiční biomedicínský model klade důraz na nemoc. Geriatrický model zdůrazňuje funkční stav a zdravím podmíněnou kvalitu života (Kalvach a kol., 2011).

Abychom porozuměli a úspěšně zvládali problémy pacientů s potřebou geriatrické péče, je nutné pochopit povahu nemocnosti a pojetí zdraví ve stáří (Kalvach a kol., 2008).

1.6.2 Pacient s potřebou geriatrické péče a geriatrická křehkost

V lékařských ordinacích stále více přibývá pacientů vyššího a vysokého věku, přesto pojetí geriatrického pacienta není zcela jednoznačně ustálené. Dle Kalvacha a kol. (2011) se do geriatrických programů začleňují senioři starší 65 let. Lenochová (2010) uvádí, že je pacient s potřebou geriatrické péče starší 70 let, jehož zdravotní stav bývá komplikován řadou chorob, je ohrožen ztrátou soběstačnosti, dehydratací, inkontinencí, poruchami chování atd. Senioři potřebují specializovanou péči, ambulantní nebo lůžkovou. Hlavním cílem ve stáří je vést samostatně co nejkvalitnější život, proto je snaha udržet nebo co nejvíce zlepšit jeho soběstačnost (Holmerová a kol., 2007). Funkční rezervy jsou sníženy z důvodu fyziologických a chorobných změn ve stáří (Schuler a Oster, 2010). Pacienti, kteří jsou ohroženi syndromem geriatrické křehkosti (frailty), vyžadují aktivní dispenzarizaci, jistotu kontaktu, tísňovou péči a pomoc na úrovni instrumentálních aktivit denního života (Kalvach a kol., 2011). Termín geriatrická křehkost úzce souvisí s termínem pacient s potřebou geriatrické péče. Geriatrická křehkost znamená přirozené a postupné chátrání tělesné schránky ve stáří, pokles výkonnosti a snížení funkčních rezerv bez spojitosti s určitou nemocí (Čevela a kol., 2012). Mezi klasické důsledky geriatrické křehkosti patří pády a zmatenost (Schuler a Oster, 2010). Existuje interakce geriatrického pacienta s prostředím a tato interakce je narušena především při zátěži, proto např. senioři bývají zmatení při horečce, nebo v novém prostředí. Křehkost se diagnostikuje pomocí zátěžových testů pro hodnocení interakce mezi okolním prostředím a jedincem (Schuler a Oster, 2010).

1.6.3 Potřeby geriatrického pacienta

Potřeba je projev vyjadřující nějaký nedostatek nebo chybění něčeho, co je třeba odstranit (Trachtová a kol., 2013). Při pojmenování potřeb vycházíme z osobních, obecných a společenských standardů. Standard je určitá úroveň, která by měla být dosažena při naplňování potřeb (Šamánková a kol., 2011). Standardy závisí na odborné

ošetřovatelské péči poskytovatelů, na asertivním jednání, na jejich morální úrovni a empatickém cítění. Základem poznání potřeb u lidí ve zdraví a v nemoci je záležitostí upřímného vztahu mezi lidmi, pochopením a vzájemné pomoci (Šamánková a kol., 2011).

Ve stáří se potřeby mění jak z hlediska kvantity, tak i kvality. Za nejdůležitější projev zdraví u geriatrického pacienta považujeme schopnost vést co nejkvalitnější a samostatný život a být soběstačný (Holmerová a kol. 2007). Základem ošetřovatelské péče je zjišťování a uspokojování potřeb pacienta. Uspokojování potřeb člověka teoreticky objasňuje například Maslowova hierarchie lidských potřeb. Dle Maslowa je možné potřeby rozdělit na fyziologické, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby navázání vztahu, lásky a sounáležitosti, potřeby úcty a potřeby seberealizace (Mastiliaková, 2014).

Potřeby fyziologické souvisí s narušením homeostázy. Do fyziologických potřeb patří potřeba výživy, tekutin, kyslíku, udržení tělesné teploty, vyprazdňování, potřeba pohybu, tělesné pohody (např. potřeba hygieny, nebo potřeba být bez bolesti). Další je potřeba bezpečí a jistoty, která se projevuje při jejich ztrátě, kdy u člověka vzniká pocit ohrožení zdraví, života, ekonomického a existenčního selhání. Potřeba navázání vztahů lásky a sounáležitosti se projevuje touhou někam a někomu patřit a náležet k nějaké skupině. Potřeba úcty je potřebou být milován, mít respekt, dosahovat vysoké prestiže a úspěšného výkonu. Tato potřeba souvisí s uznáním a vědomím zvládnání životních nároků. Potřeba seberealizace se projevuje ve snaze vyjádřit vlastní individualitu, realizovat záměry, vyjádřit své schopnosti (Mastiliaková, 2014).

Právě z Maslowovy teorie lidských potřeb vycházejí i lidské potřeby ve stáří, kdy se mění jejich naplňování a uspokojování. Dochází ke změnám jak funkčním, tak proměnám v partnerství, v rodině a ve společenských vztazích a na základě toho se mění i priority v uspokojování potřeb (Čevela a kol., 2012). Velmi důležitá je i seniorova autonomie, kdy jedná podle vlastních přesvědčení, chce sám rozhodovat o svém způsobu života, chce mít svůj názor a nenechat se ovlivňovat druhými. Povinností ošetřovatelského personálu, ale i rodiny, je toto respektovat (Sýkorová, 2007).

Každý senior chce být ve stáří nezávislý, a to vůči svému okolí. Tuto nezávislost tvoří potřeba spojená se sebeobsluhou v denních činnostech, jako je schopnost se umýt, schopnost obléknout se, obstarat svou domácnost, nákupy, sám se najíst a vyprázdnit se (Sýkorová, 2007). Každý senior chce vypadat důstojně, čistě, chce být upravený, a to vypovídá o potřebě sebepojetí. Důležitá je i potřeba být bez bolesti, potřeba tělesného komfortu, mít pocit pohodlí, zdraví, bezpečí a odpočinku. Velmi zásadní je pro starého člověka mít pocit, že někam patří, chce být milován a chce mít

někoho rád. Pokud nejsou tyto potřeby naplněny, vzniká u starého člověka pocit frustrace a deprivace (Šamánková, 2011).

1.6.4 Specifika ošetřovatelství v geriatрии

Obor geriatрии má v péči o seniory komplexní a koordinovaný přístup v ošetřovatelství. Cílem geriatрии je včas rozpoznat a léčit akutní onemocnění a tím zvýšit možnosti seniora a uchovat jeho dobré zdraví, protože lidé s potřebou geriatrické péče jsou různorodí a potřebují diferencovaný přístup jak z hlediska zdravotního tak i funkčního (Hudáková a Majerníková, 2013).

Základem pro plánování ošetřovatelské péče o seniory je posuzování jejich schopností. K hlavním problémům geriatrických pacientů patří např. porucha spánku, problémy s jídlem (vlastní příjem potravy, krmení), inkontinence, zmatenost a pády (Pokorná a kol., 2013). Dle Wisniewské et al. (2007) ošetřovatelská péče o seniory zahrnuje hlavně bezpečnost jedince a jeho okolí. Znalost těchto poruch pomáhá sestřám podporovat optimální funkce seniorů a reálné zhodnocení jejich schopností, umožňuje sestřám nastavit rozsah ošetřovatelské péče a ošetřovatelský plán (Pokorná a kol., 2013).

V roce 1980 Světová zdravotnická organizace (WHO) publikovala mezinárodní klasifikaci poruch, disability a handicapů (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – MkP- ICIDH), (Németh, 2009). V roce 2001 vznikla definitivní verze nazvaná jako Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví – MkF (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), (Németh a kol., 2011). Tato klasifikace poskytuje standardizovaný rámec srovnání a popisu zdraví populace a komplexně hodnotí somatické zdraví, psychosociální stav a funkční schopnost hlavně „křehkých“ pacientů (Németh a kol., 2011).

Németh (2009) popisuje ošetřovatelství jako komplexní, kontinuální, zohledňující aktivní přístup, plánovitě a preventivní. Sestry pracující na geriatrických odděleních by měly brát zřetel na aktuální nebo potencionální problémy pacientů. Z hlediska poskytování ošetřovatelské péče o seniory lze činnost sester rozdělit do dvou oblastí. Základní ošetřovatelská péče je zaměřená především na uspokojování životních potřeb člověka. Bývá prováděna hlavně ve specializovaných institucích (např. léčebny dlouhodobě nemocných) nebo v domácím prostředí a nemusí být vždy poskytovány odborníkem (Jarošová, 2007). Druhou oblastí poskytování ošetřovatelské péče je odborná ošetřovatelská péče, která zahrnuje veškeré odborné činnosti sester. Tato ošetřovatelská

péče musí být prováděna s vysokou profesionalitou. Hlavním cílem je uspokojit potřeby a vyřešit problémy pacienta související s onemocněním. V této oblasti je role sester nezastupitelná (Jarošová, 2007).

2 Cíle, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Popsat základní ošetrovatelskou péči (ZOP) a speciální ošetrovatelskou péči (SOP) na lůžkovém Oddělení následné a rehabilitační péče.
2. Vyhodnotit průměrné časové hodnoty pro základní ošetrovatelské činnosti ve vazbě na kategorie pacientů dle jejich soběstačnosti.
3. Stanovit ve sledovaném období časovou náročnost ošetrovatelské péče na pacienty na Oddělení následné a rehabilitační péče.
4. Určit ve sledovaném období optimální počet ošetrovatelského personálu na lůžkových odděleních následné a rehabilitační péče.

2.2 Výzkumné otázky

Jaký je harmonogram ošetrovatelské péče o pacienty na lůžkovém oddělení následné péče?

2.3 Hypotézy

1. Průměrná časová náročnost základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta hospitalizovaného na oddělení následné péče za 24 hodin se statisticky významně mění dle míry jeho soběstačnosti.
2. Existují statisticky významné rozdíly mezi hodnotou celkové základní ošetrovatelské péče a hodnotou speciální ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení následné za 24 hodin.
3. Existuje statisticky významný rozdíl mezi doporučeným a skutečným počtem ošetrovatelského personálu na lůžkovém oddělení následné péče.

2.4 Operacionalizace základních pojmů

Ošetrovatelství zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o nemocné, zdravotně postižené a umírající lidi. Je to autonomní a společná péče o jednotlivce všech věkových kategorií, rodin, skupin a komunit (WHO, © 2010).

Geriatric je jeden z interních oborů zabývajících se zdravotním stavem seniorů, jejich specifickými potřebami, funkčním zdravím, diagnostikou a léčením poruch a chorob ve stáří (Kalvach a kol., 2011).

Metodou kvantifikace ošetrovatelského personálu lze stanovit standardní personální vybavení lůžkových ošetrovatelských jednotek pro dospělé. Tato metoda napomáhá vytvořit časové podmínky pro provádění kvalitní ošetrovatelské péče (Pochylá a Pochylý, 1999).

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

K výzkumnému šetření byla použita metoda kvantifikace ošetrovatelské péče dle Pochylé a Pochylého (1999). Cílem bylo určit optimální počet ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. Výzkum byl prováděn kvalitativně kvantitativní metodou. Písemný souhlas k realizaci výzkumu byl získán od managementu nemocnice. Je k dispozici u autorky bakalářské práce.

První kvalitativní fáze výzkumného šetření probíhala formou hloubkových rozhovorů. Rozhovory probíhaly se sestrami lůžkového Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. Během rozhovorů bylo sestram položeno celkem 24 předem připravených otázek (příloha 2). Obsah rozhovorů byl zaznamenáván písemnou formou metodou „*tužka a papír*“. Délka každého rozhovoru se přibližně pohybovala od 40 do 60 minut. Vše záleželo na momentálním vytížení sester během směny. Rozhovory byly zaměřeny na obsazenost personálu a harmonogram práce na Oddělení následné a rehabilitační péče, na základní a speciální ošetrovatelskou péči na Oddělení následné a rehabilitační péče a na náročnost práce na oddělení a předcházení syndromu vyhoření. Informace získané během rozhovorů byly analyzovány a následně vyhodnoceny a zpracovány do kategorizačních skupin.

V druhé kvantitativní fázi výzkumného šetření bylo vybráno 24 pacientů z Oddělení následné a rehabilitační péče a zařazeni do kategorií. Kategorizace pacientů byla provedena na základě Metody kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu manželů Pochylých. Východiskem byla používaná kategorizace pro zdravotní pojišťovny. Pacienti byli zařazeni do kategorií dle soběstačnosti v oblasti pohybové, osobní hygieny, jídla, inkontinence moče a stolice, návštěvy WC, dekubitů a v oblasti spolupráce s pacientem. Pacienti z Oddělení následné a rehabilitační péče byli zařazeni dle stanovených kritérií do dvou kategorií. Kategorie 3 (pacienti vyžadující zvýšený dohled) a kategorie 4 (imobilní pacienti, u kterých je nutná ošetrovatelská pomoc při všech běžných úkonech). Dále bylo vybráno 7 základních ošetrovatelských výkonů, které byly za pomoci stopek 20x změřeny a zaznamenány do tabulek rozdělených dle kategorie soběstačnosti pacienta. Šlo o tyto základní ošetrovatelské výkony:

- 1) celková koupel pacienta
- 2) dopomoc při ranní hygieně
- 3) dopomoc při stravování
- 4) péče o znečištěného pacienta
- 5) polohování a vertikalizace pacienta
- 6) nácvik přesunu chůze
- 7) uložení pacienta ke spánku

Celkem bylo provedeno 140 časových náměrů. Za pomoci programu Microsoft Excel byly pro každý ošetrovatelský výkon vypočítány centrální hodnoty rozložení (průměrná doba výkonů, směrodatná odchylka). Nakonec pro každou kategorii pacientů byl stanoven průměrný čas pro základní ošetrovatelskou péči (ZOP). Náběry výkonů probíhaly od 7. 1. do 20. 1. 2019.

Ve třetí fázi výzkumného šetření byl stanoven optimální počet ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. V období od 7. 1. do 20. 1. 2019 (tj. 14 dní, včetně víkendů), byly na Oddělení následné a rehabilitační péče u všech pacientů zaznamenány veškeré ošetrovatelské výkony za 24 hodin (viz příloha 3). Tyto výkony byly zaznamenány metodou pozorování a zpětným nahlížením do ošetrovatelské dokumentace. Písemný souhlas k nahlédnutí do zdravotnické dokumentace byl získán od vedení vybrané nemocnice Jihočeského kraje. Oddělení následné a rehabilitační péče disponuje 25 lůžky a bylo zde v období od 7. 1. do 20. 1. 2019 hospitalizováno celkem 24 pacientů, počítáno včetně propuštění a příjmu nových pacientů. Obloženost lůžek byla 96 %. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni pacienti převážně s diagnózami: centrální mozková příhoda, pacienti po pádu s různými frakturami, onkologicky nemocní pacienti a pacienti po odeznění akutní fáze srdečního či ledvinového selhání. Za pomoci programu Microsoft Excel „kvantifikace ošetrovatelského personálu“ byly vypočítány průměrné hodnoty ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin, ošetrovatelská zátěž za 24 hodin a byl určen optimální počet ošetrovatelského personálu.

V poslední fázi výzkumného šetření bylo na základě metodiky Pochylé a Pochylého (2008) sledováno a určeno kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor pro kvalitativní část šetření byl tvořen skupinou šesti všeobecných sester, pracujících na Oddělení následné a rehabilitační péče. Věková hranice dotazovaných sester se pohybovala od 26 do 59 let. Všechny vystudovaly střední zdravotnickou školu. Jedna ze sester má ukončené vysokoškolské vzdělání v bakalářském studijním programu Všeobecná sestra a jedna ze sester má kurz bazální stimulace. Z pohledu délky praxe sester na Oddělení následné a rehabilitační péče se hranice pohybovala od 1 roku do 12 let.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 140 časových náměrů pro základní ošetrovatelské výkony. Subjekty tohoto souboru byly pacienti, u kterých daný výkon byl prováděn.

Třetí výzkumný soubor byl tvořen pacienty, kteří byli hospitalizováni v období od 7. 1. do 20. 1. 2019 na Oddělení následné a rehabilitační péče. V tomto období bylo na Oddělení následné a rehabilitační péče hospitalizováno 24 pacientů. Z tohoto počtu bylo 18 žen a 6 mužů, přičemž nejmladšímu pacientovi bylo 52 let a nejstaršímu 91 let.

4 Výsledky

4.1 Kategorizační výsledky z rozhovorů s všeobecnými sestrami

Na základě analýzy dat byly stanoveny tři kategorie výsledků. Obsazenost personálu a harmonogram práce na Oddělení následné a rehabilitační péče, základní a speciální ošetrovatelská péče na Oddělení následné a rehabilitační péče a náročnost práce na oddělení a předcházení syndromu vyhoření.

4.1.1 Obsazenost personálu a harmonogram práce ošetrovatelských činností na Oddělení následné a rehabilitační péče

První otázka byla zacílena na obsazenost sester a ostatního ošetrovatelského personálu na denní a noční směně. Všechny sestry se shodly na počtu dvou sester na směnu. Sestra (S2) odpověď rozšířila o poznatek, že pokud onemocní více sester najednou, je na oddělení jedna sestra. Ohledně otázky na ostatní ošetrovatelský personál se již odpovědi sester lišily. Sestry (S2, S3 a S5) uvedly, že jak v denní, tak v noční službě mají 2 sanitáře/ky. Kdežto sestry (S1, S4 a S6) uvedly, že z důvodu nedostatku personálu se v poslední době stává, že je snížen počet ostatního ošetrovatelského personálu na noční směně. K této odpovědi ještě sestra (S1) dodala: *„Když zůstaneme na směnu buď jedna sestra a dva sanitáři/ky či naopak, tak se snažíme navzájem si pomáhat“*. Další otázka byla mířená na časový harmonogram práce na oddělení. Všechny sestry se opět shodly a sdělily, že harmonogram práce je pevně stanovený a ve všedních, víkendových nebo svátečních dnech se ve své podstatě neliší (viz tabulka 1). Pouze sestry (S3, S4 a S6) uvedly, že je harmonogram umístěn na viditelném místě v pracovní místnosti sester. Sestra (S6) ještě dodala: *„Kromě harmonogramu práce pro sestry zde visí ještě harmonogram práce pro ostatní ošetrovatelský personál a harmonogram týdenních činností.“* Na otázku, zda se liší harmonogram práce ve všední den, o víkendu a svátku, sestry (S3, S4 a S5) odpověděly, že se práce neliší. Sestry (S1 a S2) zmínily, že harmonogram se liší o víkendu v tom, že se neprovádí celková koupel u pacientů. Sestra (S6) podotkla, že se koupel neprovádí i během státních svátků. Ohledně otázky na dodržování harmonogramu práce všechny sestry odpověděly, že ho striktně dodržují. Sestra (S5) k tomuto tématu uvedla, že občas nastanou situace, kdy se musí akutně řešit zdravotní stav pacienta a tím dochází k nesouladu s harmonogramem práce.

Tabulka 1 Denní harmonogram ošetrovatelských činností

Denní náplň činností sester	
06.00-06.15	předání a převzetí služby, klíčů od lékáren a opiátů
06.15-06.30	odběr biologického materiálu, odnos vzorků biologického materiálu na určené sběrné místo; měření TT a zapisování do zdravotnické dokumentace; buzení pacientů, ranní toaleta, stlaní lůžek
07.00-08.00	aplikace inzulinů a injekcí, měření FF dle týdenního rozpisu a ordinace lékaře, zapisování hodnot do zdravotnické dokumentace; rozdávání léků
08.00-10.45	převazy u pacientů a zpracování ordinací z vizit; polohování pacientů
10.45-11.15	odběry biologických materiálů a odnos na sběrné místo; aplikace inzulinů
11.15-11.45	rozdávání poledních léků
11.45-13.00	úprava pacientů po obědě, polohování
13.00-15.00	práce s dokumentací, odpolední rehabilitace s pacienty dle doporučení rehabilitační sestry, zapisování stolic
15.00-16.45	kontrola výsledků odběrů a příprava pacientů na večeři, polohování
16.45-17.15	odběr biologického materiálu a odnos na sběrné místo; aplikace inzulinů, krmení pacientů s PEG
17.15-18.00	práce s dokumentací a příprava na předání směny noční službě
18.00-18.15	předání denní směny noční službě, předání informací o pacientech, předání klíčů od lékáren a opiátů

Zdroj: Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice

Denní směna začíná pracovat v 6.00 hod. Po předání informací o pacientech sestry začínají ošetrovatelskými činnostmi. Po odběrech biologického materiálu na vyšetření následuje ranní hygiena pacientů, úprava lůžek, měření fyziologických funkcí a aplikace inzulinu. Kolem 7.00 hod pacienti snídají a sestry podávají ranní léky. Poté se pacienti polohují. U některých se provádí celková koupel v koupelně, u některých na lůžku. Lékař provádí vizitu, po níž sestry plní ordinace lékaře, kde jsou prováděny převazy a podávány infuze. Jsou zpracovávány nové příchody, překlady a odchody pacientů a jiné ordinace z vizity. Pacienti obědvají kolem 11.30 hod. Sestry připravují a rozdávají polední lékárnu. Po obědě se opět provádí péče o znečištěné pacienty. Pacienti se polohují a nastává polední klid. Okolo 14.00 hod začínají chodit návštěvy k pacientům. V 16.30 hod se podává večeře a po večeři sestry opět procházejí pokoje a provádějí úpravu pacientů včetně polohování. Před 18.00 hod je předána služba noční směně (viz tabulka 1).

Tabulka 2 Noční harmonogram ošetrovatelských činností

Noční náplň pracovních činností sester	
18.00-18.15	předání a převzetí služby, klíčů od lékáren a opiátů
18.15-19.00	měření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře, zapisování do zdravotnické dokumentace; večerní toaleta, stlaní lůžek
19.00-20.00	rozdávání večerních léků
20.00-20.45	ukládání pacientů ke spánku, polohování, krmení do PEG
20.45-21.30	odběry biologických materiálů a odnos na sběrné místo; aplikace inzulinů; rozdávání noční lékárny
21.45-24.00	úklid sesterny a plnění týdenního harmonogramu
00.00-02.00	kontrola pacientů, polohování
02.00-04.00	práce s dokumentací, kontrola výsledků a zakládání do příslušné dokumentace
04.00-05.30	kontrola a polohování pacientů
05.30-06.00	zápis do dokumentace a příprava na předání směny denní službě
06.00-06.15	předání služby, informací o pacientech, klíčů od lékáren a opiátů

Zdroj: Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice

Noční směna oddělení následné péče vybrané nemocnice má opět vytvořen harmonogram ošetrovatelské péče (viz tabulka 2).

Noční směna začíná v 18.00 hod předáním služby a informací o pacientech. Sestry rozdávají večerní léky a aplikují večerní injekce. Okolo 20.00 hod se u pacientů provádí večerní hygiena včetně péče o znečištěné pacienty. Pacienti se polohují, aplikují se noční inzulinů, diabetikům se podává druhá večeře a ukládají se ke spánku. Sestry na noční směně zpracovávají ošetrovatelskou dokumentaci a plní harmonogram nočních prací na oddělení (viz tabulka 3).

Tabulka 3 Týdenní harmonogram nočních činností

Pondělí	příprava tiskopisů, razítkování tiskopisů, kontrola odsávačky, razítko „velká vizita“
Úterý	kontrola expirace léků v lednici
Středa	úklid a dezinfekce vozíku na vizitu, kontrola všech léků ve vozíku na vizitu, razítko „velká vizita“
Čtvrtek	příprava a kontrola materiálu na sterilizaci, razítko „váha“
Pátek	úklid a dezinfekce převazového vozíku, doplnění převazového materiálu, zápis vah a BMI do nemocničního informačního systému
Sobota	kontrola a přepis plánek, kontrola pomůcek a léků na KPR, záznam do sešitu o provedené kontrole
Neděle	úklid a dezinfekce lékárny, sepsání chybějících léků, kontrola expirace, záznam do sešitu o provedené kontrole

Zdroj: Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice

4.1.2 Základní a speciální ošetrovatelská péče na oddělení následné péče

Tato kategorie je zaměřená na provádění základní a speciální ošetrovatelské péče. Sestrám byla položena otázka, jakou základní ošetrovatelskou péči poskytují na oddělení a která činnost jim zabere nejvíce času při poskytování základní ošetrovatelské péče. Sestra (S1) zmiňuje, že provádí hygienickou péči o pacienty, pravidelnou hydrataci pacientů, podávání stravy nesoběstačným pacientům a polohování. Sestra (S2) k polohování podotkla, že během dne polohují pacienty každé dvě hodiny a v noci polohují každé tři hodiny. Sestra (S6) poskytování základní ošetrovatelské péče rozšířila ještě o nácvik vertikalizace, chůze a posazování pacientů. Ostatní sestry se v odpovědích shodovaly se sestrou (S1). Na dotaz ohledně činnosti, která jim během poskytování ošetrovatelské péče zabere nejvíce času, se všechny sestry kromě sestry (S5) shodly na hygienické péči o pacienty. Sestra (S2) k této otázce zmiňuje že: „*Celková hygienická péče o jednoho pacienta nám zabere téměř 30 minut, vše se totiž odvíjí od celkové pohyblivosti pacienta a stavu vědomí.*“ Sestra (S5) poukázala na důležitost zaměření se na pomoc nesoběstačným pacientům s příjmem potravy a tekutin. Sestra (S6) se během rozhovoru zmínila, že i polohování imobilních pacientů zabere hodně času, jelikož na oddělení mají většinu pacientů částečně nebo zcela imobilních. Další otázka byla zaměřená na to, jakou speciální ošetrovatelskou péči poskytují na zmíněném oddělení. Ze speciální ošetrovatelské péče se nejčastěji provádí péče o tracheostomické kanyly

(TSK), péče o perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) a převazy dekubitů či jiných defektů. Na této odpovědi se shodovaly téměř všechny dotazované sestry. Sestra (S3) dále zmínila aplikace injekcí intramuskulárně, intravenózně a subkutánně, podávání infuzních roztoků a odběry biologického materiálu. Péči o permanentní močový katétr (PMK) a nasogastrické sondy (NGS) zmiňuje pouze sestra (S4). Do speciální ošetrovatelské péče zahrнула sestra (S2) i bazální stimulaci, kterou aktivně provádí u pacientů hospitalizovaných na Oddělení následné a rehabilitační péče. Ohledně činnosti, která zabere nejvíce času při poskytování speciální ošetrovatelské péče, se všechny sestry totožně shodovaly na převazech dekubitů a péči o defekty různého charakteru. Na podotázku, jak dlouho trvá takový převaz, sestra (S6) odpověděla: „*Momentálně máme na oddělení pacienta, u kterého péče o defekty trvá téměř 45 minut.*“

4.1.3 Náročnost práce na oddělení a předcházení syndromu vyhoření

V této kategorii byla sestrám položena otázka, zda práci na Oddělení následné a rehabilitační péče považují za fyzicky náročnou, a jaká činnost je pro ně fyzicky nejnáročnější. Všechny sestry (S1-S6) se shodly a uvedly, že práci na tomto na oddělení považují za velmi fyzicky náročnou. Sestra (S6) podotkla, že jsou i dny, kdy přijde po práci domů a padne rovnou do postele. I sestra (S2) se zmínila, že chodí domů vyčerpaná. Dále všechny sestry (S1-S6) uvádějí, že nejnáročnější je po fyzické stránce polohování pacientů. Ohledně polohování se ještě sestry (S1, S2, S6) shodovaly na nesnadné manipulaci se silně obézními pacienty. Ohledně otázky na limit často ručně zvedaného břemene u žen byla za všechny sestry (S1-S6) jednoznačná odpověď 15 kilogramů, přičemž sestra (S3) si myslí, že tento limit denně u některých pacientů překračuje. Další dotaz byl mířen na to, zda je práce na zmíněném oddělení psychicky náročná. I zde sestry (S1-S6) odpovídaly, že práci považují za psychicky náročnou. Náročná není jen práce s lidmi, ale občas i časová tíseň během služby, dodává sestra (S3). Sestrám byla dále položena otázka, zda ví, co je to syndrom vyhoření a jak by ho popsaly. Všechny sestry uvedly, že ví, co to syndrom vyhoření je. Sestra (S1) ho popsala: „*Syndrom vyhoření vzniká po dlouhodobém stresu, při kterém dochází k citovému a mentálnímu vyčerpání.*“ Sestra (S2) ho specifikovala jako dlouhodobý stres u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. S tvrzením sester (S1 a S2) se shodovala i odpověď sestry (S6). Ostatní sestry (S3, S4 a S5) syndrom vyhoření nijak nepopsaly. Následující otázka byla mířena na předcházení syndromu vyhoření. I zde se sestry (S1-S6) shodly na relaxaci

a odpočinku po práci či ve svém volnu. Sestry (S1-S6) syndromu předchází tím, že se pravidelně věnují svým koníčkům. Sestry (S2 a S4) podotýkají jako prevenci dostatek dovolené. Na otázku provádění pracovních přestávek se sestry (S1-S6) shodly, že si alespoň jednou či dvakrát za den udělají přestávku. Sestra (S1) uvádí, že přestávky si organizuje dle pracovní vyčerpání na oddělení. Nejčastější náplní přestávek je stravování, hydratace a chvilkové posezení u kávy.

4.2 Vyhodnocení základní ošetrovatelské péče u vybraných kategorií pacientů

Tabulka 4 Časové náměry ZOP u pacientů vyžadujících zvýšený dohled (kat. 3)

Výkon ZOP	Časové dotace náměrů v minutách									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Celková koupel	5,6	14,4	18,2	15,8	15,6	16,3	16,1	16,1	15,9	17,7
Dopomoc při ranní hygieně	5,1	5,9	4,5	3,9	4,8	4,4	3,9	5,3	5,6	4,6
Dopomoc při stravování/ snídani, oběd, večeře	8,8	7,4	6,3	10,8	8,6	5,7	6,9	9,8	7,9	8,6
Péče o znečištěného pacienta (1x)	5,1	4,7	6,8	6,9	5,2	3,7	4,0	6,4	3,1	5,8
Péče o znečištěného pacienta/ 24 hod.	25,3	23,1	27,6	26,2	24,3	22,4	25,4	27,4	20,3	25,2
Polohování	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uložení pacienta ke spánku	3,1	2,6	3,9	3,5	2,1	3,7	1,9	2,7	2,1	3,1
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze (1x)	3,3	2,5	3,2	2,0	2,7	3,1	2,6	4,3	3,5	3,3
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze/ 24 hod.	15,2	10,3	13,5	11,6	9,5	12,6	9,2	15,3	10,4	14,9
Celková doba na ZOP za 24 hod./1pac.	71,5	70,9	84,0	80,7	72,8	71,9	70,0	87,3	68,8	83,2

ZOP – základní ošetrovatelská péče, kategorie pacienta dle pojišťovny kód 3 – pacient vyžadující zvýšený dohled ošetrovatelského personálu

Zdroj: Vlastní zpracování

Časová náročnost základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta vyžadujícího zvýšený dohled (kategorie pacientů dle soběstačnosti 3) hospitalizovaného na Oddělení následné a rehabilitační péče za 24 hodin, byla vypočítána jako součet časových náměrů těchto výkonů: celková koupel (min. 5,6 min.; max. 18,2 min.), dopomoc při stravování - snídani, oběd, večeře (min. 5,7 min; max. 10,8 min.), péče o znečištěného pacienta

za 24 hodin (min. 20,3 min.; max. 27,6 min.), ranní hygiena (min. 3,9 min., max. 5,9 min.), uložení pacienta ke spánku (min. 1,9 min., max. 3,9 min.), vertikalizace pacienta za 24 hodin (min. 9,2 min., max. 15,3 min.). Každý výkon byl naměřen 10x. Časová náročnost základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta vyžadujícího zvýšený dohled (kategorie 3) za 24 hodin činila minimálně **68,8 minuty** a maximálně **87,3 minuty**.

Tabulka 5 Průměrná doba ZOP u pacientů vyžadujících zvýšený dohled v kategorii 3 v minutách

	Minimum	Maximum	Průměr	Směr. odchylka
Základní ošetrovatelská péče na jednoho pacienta za 24 hod.	68,8	87,3	76,1	6,9
Péče o znečištěného pacienta za 24 hod.	20,3	27,6	24,7	2,3
Celková koupel	5,6	18,2	15,2	3,5
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze/ 24 hod.	9,2	15,3	12,2	2,4
Dopomoc při stravování (snídaně, oběd, večeře)	5,7	10,8	8,1	1,6
Péče o znečištěného pacienta (1x)	3,1	6,9	5,2	1,3
Dopomoc při ranní hygieně	3,9	5,9	4,8	0,7
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze (1x)	1,9	4,3	3,0	0,6
Uložení pacienta ke spánku	1,9	3,9	2,9	0,7

ZOP – základní ošetrovatelská péče, kategorie pacienta dle pojišťovny kód 3 – pacient vyžadující zvýšený dohled ošetrovatelského personálu

Zdroj: Vlastní zpracování

Průměrná doba základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta vyžadujícího zvýšený dohled za 24 hodin činila **76,1 minut**. Průměrná doba péče o znečištěného pacienta za 24 hodin byla stanovena na 24,7 minut. Průměrná doba celkové koupele byla 15,2 minut. Časová náročnost vertikalizace pacienta, nácviku chůze a přesunů za 24 hodin byla stanovena na 12,2 minut. Průměrná doba dopomoci při stravování pacienta byla 8,1 minut. Průměrná doba péče o znečištěného pacienta činila 5,2 minuty a průměrná doba uložení pacientů ke spánku činila 2,9 minuty.

Tabulka 6 Časové náměry ZOP u imobilních pacientů (kategorie soběstačnosti 4)

Výkon ZOP	Časové dotace náměrů v minutách									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Celková koupel	18,3	18,9	16,8	17,9	19,6	17,8	18,9	18,4	17,9	17,1
Dopomoc při stravování/ 24 hod.	37,3	10,3	28,6	14,2	29,1	19,2	24,6	21,2	18,8	22,6
Péče o znečištěného pacienta (1x)	5,5	4,3	6,3	4,2	3,5	2,4	5,3	5,5	7,4	5,5
Péče o znečištěného pacienta/ 24 hod.	25,4	20,6	30,2	21,5	15,4	12,5	16,3	17,2	30,4	26,9
Polohování za 24 hodin	11,2	13,5	18,5	9,7	10,6	12,3	10,8	12,6	16,9	9,2
Ranní hygiena	6,2	5,1	9,7	4,0	10,3	8,0	5,3	6,1	4,2	8,0
Uložení pacienta ke spánku	3,4	6,8	3,1	3,1	5,7	4,5	7,4	4,5	6,4	7,1
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze (1x)	8,4	4,9	5,3	7,2	6,5	5,8	7,0	7,4	5,7	8,0
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze/ 24 hod.	33,2	20,4	26,4	28,7	24,1	22,5	28,6	29,3	22,2	33,2
Celková doba na ZOP za 24 hodin/1 pac.	148,9	104,8	144,9	110,5	124,8	105	124,2	122,2	129,9	137,6

ZOP – základní ošetrovatelská péče, kategorie pacienta dle pojišťovny kód 4 – jde o imobilního pacienta, kde je nutná ošetrovatelská pomoc při všech běžných úkonech.

Zdroj: Vlastní zpracování

Časová náročnost základní ošetrovatelské péče na jednoho imobilního pacienta, kde je nutná ošetrovatelská pomoc při všech běžných úkonech (kategorie pacientů dle soběstačnosti 4) hospitalizovaného na Oddělení následné a rehabilitační péče za 24 hodin byla vypočítána jako součet časových náměrů těchto výkonů: celková koupel (min. 16,8 min.; max. 19,6 min.), dopomoc při stravování za 24 hodin (min. 10,3 min.; max. 37,3 min.), péče o znečištěného pacienta za 24 hodin (min. 12,5 min.; max. 30,4 min.), polohování za 24 hodin (min. 9,2 min.; max. 18,5 min.), ranní hygiena (min. 4,0 min.; max. 10,3 min.), uložení pacienta ke spánku (min. 3,1 min.; max. 7,4 min.), vertikalizace pacienta za 24 hodin (min. 20,4 min.; max. 33,2 min.).

Každý výkon byl naměřen 10x. Časová náročnost základní ošetrovatelské péče na jednoho imobilního pacienta, kde je nutná ošetrovatelská pomoc při všech běžných úkonech (kategorie pacientů dle soběstačnosti 4) za 24 hodin činila **minimálně 104,8 minut a maximálně 148,9 minut.**

Tabulka 7 Průměrná doba ZOP u imobilních pacientů v kategorii 4 v minutách

	Minimum	Maximum	Průměr	Směr. odchylka
Základní ošetrovatelská péče na jednoho pacienta za 24 hod.	104,8	148,9	125,3	15,5
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze/ 24 hod.	20,4	33,2	26,9	4,5
Dopomoc se stravováním za 24 hodin	10,3	37,3	22,6	7,8
Péče o znečištěného pacienta za 24 hodin	12,5	30,4	21,7	6,4
Celková koupel	16,8	19,6	18,2	0,9
Polohování za 24 hodin	9,2	18,5	12,5	3,0
Ranní hygiena	4,0	10,3	6,7	2,2
Vertikalizace, nácvik přesunů, chůze (1x)	4,9	8,4	6,6	1,2
Uložení pacienta ke spánku	3,1	7,4	5,2	1,7
Péče o znečištěného pacienta (1x)	2,4	7,4	5,0	1,4

ZOP – základní ošetrovatelská péče, kategorie pacienta dle pojišťovny kód 4 – jde o imobilního pacienta, kde je nutná ošetrovatelská pomoc při všech běžných úkonech

Zdroj: Vlastní zpracování

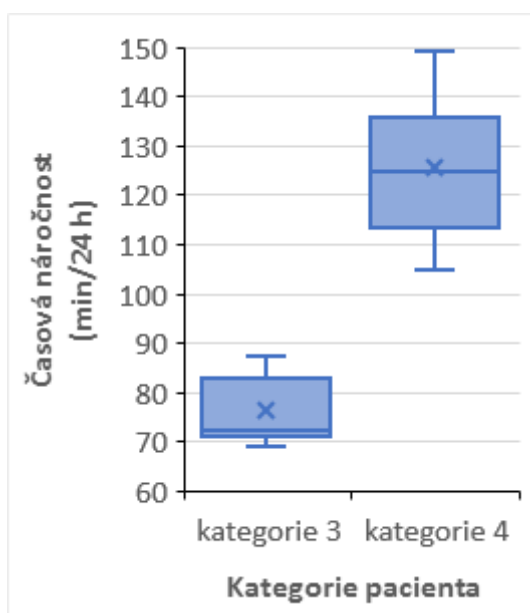
Průměrná doba základní ošetrovatelské péče na jednoho imobilního pacienta, kde je nutná ošetrovatelská pomoc při všech běžných úkonech za 24 hodin činila **125,3 minut**. Průměrná doba vertikalizace pacienta za 24 hodin byla stanovena na 26,9 minut. Průměrná doba dopomoci při stravování za 24 hodin byla 22,6 minut. Průměrná doba péče o znečištěného pacienta za 24 hodin byla stanovena na 21,7 minut. Průměrná doba celkové koupele byla 18,2 minut. Průměrná doba polohování za 24 hodin byla 12,5 minut. Průměrná doba ranní hygieny byla stanovena na 6,7 minut. Průměrná doba pro uložení pacienta ke spánku byla 5,2 minut.

4.2.1 Statistické testování hypotézy 1

H0: Průměrná časová náročnost základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta hospitalizovaného na oddělení následné péče za 24 hod. se statisticky významně **nemění** dle míry jeho soběstačnosti.

HA: Průměrná časová náročnost základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta hospitalizovaného na oddělení následné péče za 24 hod. se statisticky významně **mění** dle míry jeho soběstačnosti.

Graf 1 Rozložení časové náročnosti ZOP u vybraných kategorií pacientů (boxplot)



Boxplot (krabicový graf) poskytuje základní informaci o rozložení časové náročnosti základní ošetrovatelské péče (ZOP) u pacientů vyžadujících zvýšený dohled (kategorie 3) a u imobilních pacientů (kategorie 4). Boxplot názorně zachycuje medián, kvartily a extrémní hodnoty v datech. Z celkového počtu 20ti náměrů ZOP byla průměrná doba základní ošetrovatelské péče u pacientů, kteří vyžadují zvýšený dohled (kategorie 3) 76 minut (směrodatná odchylka 7), medián 72 minut. Maximální hodnota ZOP u této kategorie pacientů byla 87 minut a minimální 69 minut. Průměrná doba ZOP u imobilních pacientů (kategorie 4) byla 125 minut (směrodatná odchylka 16), medián 124 minut. Maximální hodnota ZOP u této kategorie pacientů byla 149 minut a minimální 105 minut.

Na základě dvou-výběrového T-testu byla verifikována statistická významnost rozdílů časové náročnosti ZOP mezi pacienty v kategorii 3 a 4. Dosažená hladina významnosti (p) byla menší než **0,001**. **Platí alternativní hypotéza H_A** . *Průměrná časová náročnost základní ošetrovatelské péče u imobilních pacientů (kategorie 4) je statisticky významně vyšší než průměrná časová náročnost základní ošetrovatelské péče u pacientů vyžadujících zvýšený dohled (kategorie 3).*

4.3 Vyhodnocení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče

Vyhodnocení optimálního počtu ošetrovatelského personálu probíhalo během 14 dnů. Každý den byla u všech pacientů stanovena hodnota základní ošetrovatelské péče (ZOP), speciální ošetrovatelské péče (SOP) a časová náročnost organizace ošetrovatelské péče a vedení dokumentace. Následně byl vypočítán optimální počet ošetrovatelského personálu na ONP na 24 hodin.

Tabulka 8 Stanovení doporučeného počtu ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče v období od 7. 1. 2019 do 13. 1. 2019

Datum	Den	Počet pacientů	Hodnota ZOP	Hodnota SOP	Organizace péče	Celková potřeba oš. péče	Doporučený počet OP/ 24 hod	Reálný počet OP/ 24 hod	Rozdíl v počtu OP
			[min/24 hod]						
7.1.	Po	24	2712,0	1222,5	960,0	4894,5	10,2	10	-0,2
8.1.	Út	24	2712,0	1072,5	960,0	4744,5	9,9	10	+0,1
9.1.	St	24	2712,0	1120,0	960,0	4792,0	10,0	10	0
10.1.	Čt	23	2635,9	1138,8	920,0	4694,7	9,8	10	+0,2
11.1.	Pá	24	2761,2	1200,0	960,0	4921,2	10,3	10	-0,3
12.1.	So	24	2761,2	1175,0	960,0	4896,2	10,2	8	-2,2
13.1.	Ne	24	2761,2	1110,0	960,0	4831,2	10,1	8	-2,1
Průměr		23,9	2722,2	1148,4	954,3	4824,9	10,1	9,4	-0,7

Poznámka: ZOP – doba základní ošetrovatelské péče, SOP – doba speciální ošetrovatelské péče, OP – ošetrovatelský personál (sestry, včetně staniční sestry, ostatní ošetrovatelský personál – ošetrovatelky, sanitáři)

Zdroj: Vlastní zpracování

V prvním týdnu měření bylo na oddělení následné péče hospitalizováno v průměru 23,9 pacientů. Průměrná doba ZOP u této skupiny pacientů činila 2 722,2 minut za 24 hodin. Průměrná doba SOP byla 1 148,4 minut za 24 hodin. Doba na organizaci ošetrovatelské péče a záznamů do ošetrovatelské dokumentace činila 954,3 minut za 24 hodin.

Doporučený průměrný počet ošetrovatelského personálu při této ošetrovatelské zátěži činil 10,1 sester a ostatního ošetrovatelského personálu za 24 hodin. Průměrný počet ošetrovatelského personálu byl 9,4 za 24 hodin. Během pracovních dnů byly

na denní službě tři sestry včetně staniční sestry a tři sanitářky. Na noční službu přicházely dvě sestry a dvě sanitářky. Během víkendu byly na oddělení dvě sestry a dvě sanitářky a to jak během denní, tak noční služby. **Průměrný rozdíl v počtu doporučeného a skutečného personálu byl 0,7 osoby.** Přičemž nejvyšší rozdíl v počtu doporučeného a skutečného počtu ošetrovatelského personálu byl zjištěn během víkendu.

Tabulka 9 Stanovení doporučeného počtu ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče na 24 hodin v období od 14. 1. 2019 do 20. 1. 2019

Datum	Den	Počet pacientů	Hodnota ZOP	Hodnota SOP	Organizace péče	Celková potřeba oš. péče	Doporučený počet OP/ 24 hod	Reálný počet OP/ 24 hod	Rozdíl v počtu OP
			[min/24 hod]						
14.1.	Po	24	2712,0	1192,5	960,0	4864,5	10,1	10	-0,1
15.1.	Út	23	2635,9	1257,5	920,0	4813,4	10,0	10	0
16.1.	St	24	2761,2	1187,5	960,0	4908,7	10,2	10	-0,2
17.1.	Čt	24	2761,2	1337,5	960,0	5058,7	10,5	10	-0,5
18.1.	Pá	24	2761,2	1282,5	960,0	5003,7	10,4	10	-0,5
19.1.	So	24	2712,0	1302,5	960,0	4974,5	10,4	8	-2,4
20.1.	Ne	24	2712,0	1127,5	960,0	4799,5	10,0	8	-2,0
Průměr		23,9	2722,2	1241,1	954,3	4917,6	10,2	9,4	-0,8

Poznámka: ZOP – doba základní ošetrovatelské péče, SOP – doba speciální ošetrovatelské péče, OP – ošetrovatelský personál (sestry, včetně staniční sestry, ostatní ošetrovatelský personál – ošetrovatelky, sanitáři)

Zdroj: Vlastní zpracování

V druhém týdnu měření bylo na oddělení následné péče hospitalizováno v průměru 23,9 pacientů. Průměrná doba ZOP u této skupiny pacientů činila 2 722,2 minut za 24 hodin. Průměrná doba SOP byla 1 241,1 minut za 24 hodin. Doba na organizaci ošetrovatelské péče a záznamu do ošetrovatelské péče činila 954,3 minut za 24 hodin.

Doporučený průměrný počet ošetrovatelského personálu při této ošetrovatelské zátěži činil 10,2 sestry a ostatního ošetrovatelského personálu za 24 hodin. Průměrný počet ošetrovatelského personálu byl 9,4 za 24 hodin. Během pracovních dnů byly na denní službě 3 sestry včetně staniční sestry a tři sanitářů. Na noční službu přicházeli 2 sestry a 2 sanitáři. Během víkendu byli na oddělení 2 sestry a 2 sanitáři, a to jak během denní, tak i noční služby. *Průměrný rozdíl v počtu skutečného a doporučeného personálu*

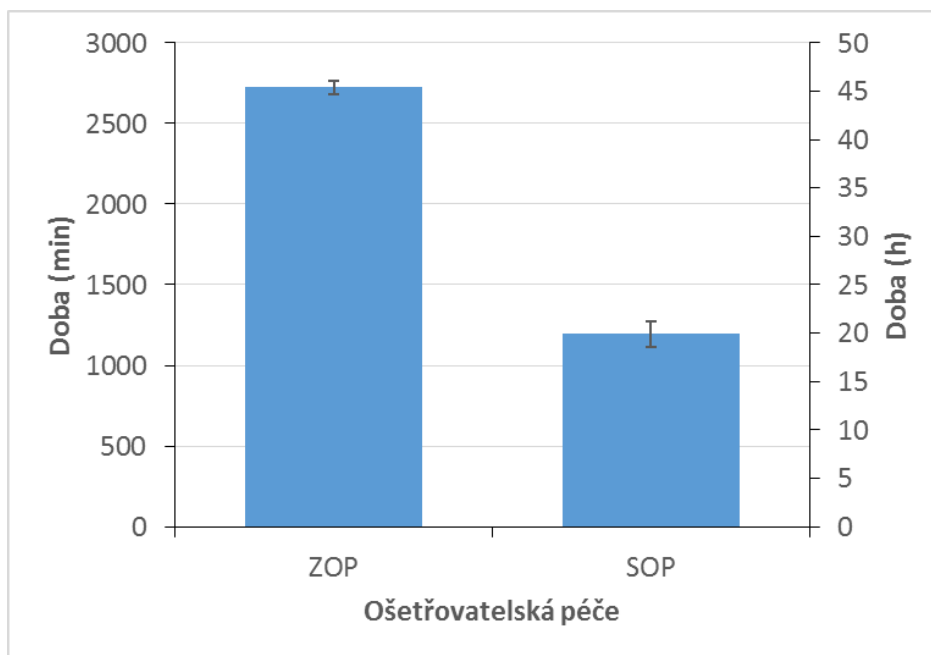
byl 0,8 osob. Přičemž nejvyšší rozdíl v počtu doporučeného a skutečného počtu ošetřovatelského personálu byl zjištěn během víkendu.

4.3.1 Statistické testování hypotézy 2

H0: Neexistují statisticky významné rozdíly mezi celkovou hodnotou základní ošetřovatelské péče a celkovou hodnotou speciální ošetřovatelské péče u pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení následné péče za 24 hodin.

HA: Existují statisticky významné rozdíly mezi celkovou hodnotou základní ošetřovatelské péče a celkovou hodnotou speciální ošetřovatelské péče u pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení následné péče za 24 hodin

Graf 2 Rozdíly mezi základní a speciální ošetřovatelskou péčí



Průměrná doba základní ošetřovatelské péče (ZOP) u pacientů hospitalizovaných na Oddělení následné a rehabilitační péče v období od 7. 1. do 20. 1. 2019 byla 2 722,2 minut za 24 hodin (směrodatná odchylka – 43,5). Průměrná doba speciální ošetřovatelské péče (SOP) byla 1148,4 minut za 24 hodin (směrodatná odchylka – 78,6). Na základě statistického testování byl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi hodnotou základní ošetřovatelské péče (ZOP) a hodnotou speciální ošetřovatelské péče (SOP) na lůžkovém oddělení následné péče ($p < 0,001$). Základní ošetřovatelská péče o pacienty

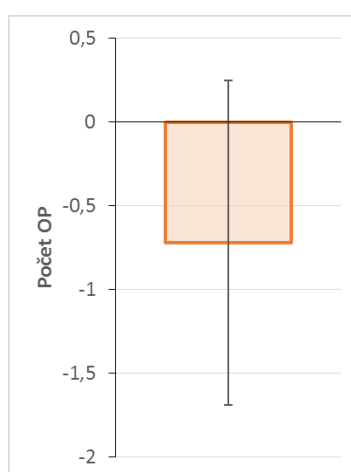
na ONP je statisticky významně časově náročnější než doba speciální ošetrovatelské péče. **HA byla potvrzena.**

4.3.2 Statistické testování hypotézy 3

H0: Neexistují statisticky významné rozdíly mezi doporučeným a skutečným počtem ošetrovatelského personálu na lůžkovém oddělení následné péče.

HA: Existují statisticky významné rozdíly mezi doporučeným a skutečným počtem ošetrovatelského personálu na lůžkovém oddělení následné péče.

Graf 3 Rozdíly mezi skutečným a doporučeným počtem ošetrovatelského personálu



Doporučený průměrný počet ošetrovatelského personálu ve sledovaném období na ONP byl 10,1 sester a ostatního ošetrovatelského personálu na 24 hodin (směrodatná odchylka – 0,2). Reálný počet ošetrovatelského personálu byl 9,4 (směrodatná odchylka – 0,9). Na oddělení následné péče bylo v průměru za 24 hodin o 0,7 personálu méně, než doporučuje metodika Pochylé a Pochylého (1999). Na základě statistického testování byl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi doporučeným a reálným počtem ošetrovatelského personálu (**HA byla potvrzena**). Přičemž počet ošetrovatelského personálu je významně nižší, než je doporučený počet ($p = 0,015$).

4.4 Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče

V poslední části výzkumu byl stanoven celkový počet úvazků ošetrovatelského personálu dle výzkumu Pochylé a Pochylého (2008) a vyhlášky MZ ČR č. 285/2017 Sb.,

v platném znění. Zároveň bylo určeno skutečné zastoupení sester a ostatního ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče.

Tabulka 10 Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu na oddělení následné péče

	Následná péče – 30 lůžek				
	Počet sester včetně staniční sestry		Ostatní ošetrovatelský personál		Celkem
	%	počet	%	počet	počet
Výzkum Pochylé a Pochylého (2008)	36,4	6,3	63,6	10,9	17,2
Vyhláška MZ 285/2017	69,4	6,8	30,6	3,0	9,8
Skutečnost	54,3	9,5	45,7	8,0	17,5

Zdroj: Pochylá a Pochylý, 2008 a vyhláška MZ č. 285/2017 Sb., v platném znění

Dle vyhlášky č. 285/2017 Sb., v platném znění je na oddělení následné péče stanoven minimální počet ošetrovatelského personálu na hodnotě 9,8 pracovních pozic, z toho 6,8 úvazků činí sestry (69,4 %) a 3 úvazky ostatní ošetrovatelský personál (30,6 %).

Pochylá a Pochylý (1999) doporučují na tomto typu oddělení 17,2 úvazků ošetrovatelského personálu (z toho 6,3 sester – 36,4 % a 10,9 ostatního ošetrovatelského personálu – 63,6 %).

Reálně je na tomto oddělení zaměstnáno 17,5 ošetrovatelského personálu. Z toho je 9,5 sesterských úvazků (54,3 %) a 8 úvazků ostatního ošetrovatelského personálu (45,7 %).

5 Diskuze

Předmětem výzkumné studie bylo vyhodnocení míry ošetrovatelské zátěže na Oddělení následné a rehabilitační péče a stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na tomto oddělení. Hlavním důvodem výběru tématu práce, byl zájem aplikovat do praxe standardizované metody kvantifikace ošetrovatelské péče dle Pochylé a Pochylého (1999, 2008).

V současné době je téma práce aktuální, protože počet starších pacientů s potřebou následné a rehabilitační péče stále narůstá (WHO, 2015). Proto je důležité zhodnotit, zda je na odděleních následné péče optimální počet ošetrovatelského personálu a stanovit časovou náročnost ošetrovatelské péče. V praxi je nezbytné, aby ošetrovatelský personál pracoval jako dobře fungující tým. Výzkumné šetření bylo vedeno v nemocničním prostředí vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. Při šetření byla použita metoda kvantifikace ošetrovatelské péče (Pochylá, Pochylý, 1999) a metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé (Pochylá, Pochylý, 2008). Výzkum probíhal kvalitativně kvantitativní metodou.

Prvním cílem výzkumné studie bylo popsat spektrum základní ošetrovatelské péče (ZOP) a speciální ošetrovatelské péče (SOP) na lůžkovém Oddělení následné a rehabilitační péče. K tomuto cíli se váže výzkumná otázka: Jaký je harmonogram ošetrovatelské péče o pacienty na lůžkovém oddělení následné péče? Při výzkumném šetření bylo osloveno šest sester pracujících na Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. Pro získání informací od sester byla použita technika rozhovoru, při kterém byly sestřám kladeny předem připravené otázky. Zaměřenost otázek byla směřována na obsazenost personálu a harmonogram práce na Oddělení následné a rehabilitační péče, dále na základní a speciální ošetrovatelskou péči poskytovanou ošetrovatelským personálem, náročnost při vykonávání práce a předcházení syndromu vyhoření.

Na začátku rozhovorů byly sestry dotazovány, jak dlouho působí na Oddělení následné a rehabilitační péče, jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání a věk. V další otázce jsme se sester ptali, jaká je na obsazenost sester a ostatního ošetrovatelského personálu při denní a noční směně. Všechny sestry se shodly na počtu dvou sester na každou směnu. K tomu sestra S2 podotkla, že pokud onemocní více sester najednou, tak na oddělení slouží jedna sestra na směnu. Dále jsme se dotazovali na počet ostatního

ošetřovatelského personálu. Zde se tři sestry shodovaly na dvou sanitářích/kách na každou službu. Zbylé tři sestry uvedly, že z důvodu nedostatku ostatního ošetřovatelského personálu je snížen jejich počet na noční směně. Další otázkou v rozhovoru bylo, jak sestry dodržují harmonogram práce na oddělení. Harmonogram práce je pro sestry klíčový a všechny se ho snaží dodržovat. Avšak nastanou i situace, kdy se musí akutně řešit zhoršený zdravotní stav pacienta a tím dojde ke zpoždění harmonogramu pracovních činností, jak podotkla sestra S5. Z rozhovorů dále vyplynulo, že harmonogram je umístěn na viditelném místě a liší se v pracovní náplni sester a v pracovní náplni ostatního ošetřovatelského personálu. Sestra S6 uvedla, že poměrně velkou část pracovní doby tvoří i práce se zdravotnickou dokumentací. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění její novely č. 137/2018 Sb. stanovuje povinnost poskytovatelům zdravotních služeb vést záznamy lékařské, ošetřovatelské, nutriční a rehabilitační péče. Nicméně novela vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci již nespecifikuje obsah, rozsah a formu těchto záznamů. Tato skutečnost dle mého názoru umožňuje nemocnicím navrhnout vlastní ošetřovatelskou dokumentaci, která na jedné straně sníží časovou náročnost vedení dokumentace, odstraní různé duplicity záznamů, na druhou stranu bude vycházet z moderního pojetí poskytování ošetřovatelské péče, a to formou ošetřovatelského procesu.

Další otázky byly směřovány na poskytování základní (ZOP) a speciální ošetřovatelské péče (SOP), které se provádí na Oddělení následné a rehabilitační péče. Na otázku která základní ošetřovatelská péče se provádí na Oddělení následné a rehabilitační péče všechny sestry odpověděly, že poskytují hygienickou péči o pacienty, polohování, péči o znečištěného pacienta a pomoc při stravování. Sestra S6 podotkla, že na jejich oddělení jsou převážně imobilní pacienti, vyžadující pomoc při všech úkonech. Dále udává, že je nutné polohovat pacienty v rámci prevence vzniku dekubitů. Sestra S4 doplnila, že u imobilních pacientů používají všechny dostupné antidekubitární pomůcky. Sestra S5 podotkla: „*důležitá je i hydratace pacienta, proto kdykoliv navštívím pacienta u lůžka, dám mu automaticky napít*“. Dále dodala, že při stravování a hygieně se snaží vést pacienty k soběstačnosti. Také Mastiliaková (2014) uvádí, že základem ošetřovatelské péče je zjišťování a uspokojování potřeb pacienta. Většina sester se shodla, že nejvíce času při ZOP jim zabere hygienická péče o pacienty. Sestra S2 zmínila, že celková hygienická péče o jednoho pacienta trvá někdy až 30 minut. Další otázky byly zaměřeny na provádění speciální ošetřovatelské péče. Při poskytování speciální

ošetřovatelské péče se dle sester provádějí tyto výkony: převazy defektů a dekubitů, podávání léku per os, aplikace injekcí, podávání infúzí, péče o PMK, TSK, PEG a stomie. Dále se aplikují klyzmata, inhalace pro zvlhčení dýchacích cest a provádí odběry biologického materiálu. Všechny sestry se shodly, že nejvíce časově náročná je péče o pacienty s chronickými kožními defekty. Sestra S6 zmínila, že převaz dekubitu u jednoho pacienta trvá i 45 minut, což vytváří následně časový skluz. Sestry S4 a S3 uvedly, že hodně času stráví i u odběru biologického materiálu a aplikace injekcí. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry na Oddělení následné a rehabilitační péče poskytují jak základní, tak speciální ošetřovatelskou péči o pacienty. Na otázku, zda sestry považují svou práci za fyzicky a psychicky náročnou všechny sestry jednoznačně odpověděly ano. Sestra S1 uvedla, že má problémy se zády a sestry S3 a S4 toto také potvrdily. Sestra S3 dodala: „*nejhorší je polohování a manipulace s imobilními pacienty.*“ Všechny sestry S1-S6 shodně potvrdily, že práce na Oddělení následné a rehabilitační péče je psychicky náročná a proto se snaží dostatečně věnovat svým zálibám. I Venglářová (2011) uvádí, že dobré tělesné zdraví je jedním z nejlepších způsobů, jak se chránit před syndromem vyhoření.

Druhým cílem výzkumné studie bylo vyhodnotit průměrné časové hodnoty pro základní ošetřovatelské činnosti ve vazbě na kategorie pacientů dle jejich soběstačnosti. Výzkumný soubor tvořilo 24 pacientů hospitalizovaných na Oddělení následné a rehabilitační péče, přičemž byli rozděleni do kategorií dle soběstačnosti. Na Oddělení následné a rehabilitační péče jsou hospitalizováni pouze pacienti v kategorii 3 a 4, protože se jedná o pacienty nesoběstačné či částečně soběstačné, u nichž odezněla akutní fáze onemocnění, avšak jejich zdravotní stav neumožňuje pobyt v domácím prostředí. Z 24 pacientů bylo dle daných kritérií 10 pacientů zařazeno do kategorie 3 (vyžadující zvýšený dohled) a 14 pacientů do kategorie 4 (imobilní pacient, kde je nutná ošetřovatelská péče při všech činnostech). Východiskem byla používaná kategorizace pro pojišťovny, kde jsou pacienti děleni dle soběstačnosti do pěti kategorií. Pochylá a Pochylý (1999) dělí kategorie pacientů dle soběstačnosti v oblasti pohybové, stravování, osobní hygieny, inkontinence moče a stolice, návštěvy WC, dekubitů a spolupráce s pacientem. Dále upozorňují na to, že při zařazování pacienta do kategorie je nutné zhodnotit jeho stav, který může velmi ovlivnit výsledný čas na ošetřovatelskou péči. Jelikož jsem sestra pracující na již zmiňovaném oddělení, mohu tuto skutečnost potvrdit. Pro zjištění průměrných časových hodnot pro poskytování ZOP byly provedeny náměry výkonů základní ošetřovatelské péče. Časové náměry byly odebrány u těchto výkonů ZOP:

celková koupel, dopomoc při ranní hygieně, dopomoc při stavování (snídaně, oběd, večeře), péče o znečištěného pacienta za 24 hodin, polohování pacienta, uložení pacienta ke spánku, vertikalizace (návčik přesunů, chůze) za 24 hodin. Každý výkon byl naměřen desetkrát.

Průměrná doba námi měřených výkonů ZOP u jednoho pacienta v kategorii 3 činila 76,1 minut za 24 hodin (viz tabulka 5). Dle metodiky Pochylá, Pochylý (1999) je průměrná doba ZOP na jednoho pacienta v kategorii 3 - 62 minut za 24 hodin. Z výsledků vyplývá, že námi naměřená hodnota základní ošetrovatelské péče o jednoho pacienta s potřebou zvýšeného dohledu (v kategorii 3) o 14,1 minut delší.

Průměrná doba ZOP u jednoho imobilního pacienta v kategorii 4 činila 125,3 minut za 24 hodin (viz tabulka 7). I zde dle metodiky Pochylá, Pochylý (1999) je průměrná doba ZOP na jednoho pacienta v kategorii 4 - 122 minut za 24 hodin. Z výsledků vyplývá, že dnešní základní ošetrovatelská péče o jednoho pacienta v kategorii 4 je 3,3 minut delší. V dnešní době mají sestry k dispozici velké množství jednorázových pomůcek, které zkracují dobu základní ošetrovatelské péče o pacienta. Nicméně z mého pohledu se doba základní ošetrovatelské péče u pacientů v obou kategoriích soběstačnosti navýšila z důvodu narůstající náročnosti činností při provádění základní ošetrovatelské péče. Osobně si myslím, že oproti roku 1999 je dnešní péče kvalitnější a komplexnější.

Na základě dvou-výběrového T-testu byla verifikována statistická významnost rozdílů časové náročnosti ZOP mezi pacienty v kategorii 3 (zvýšený dohled) a 4 (imobilní pacient). Dosažená hladina významnosti (p) byla menší než 0,001. Platí alternativní hypotéza HA. *Průměrná časová náročnost ZOP u imobilních pacientů (kategorie 4) je statisticky významně vyšší než průměrná časová náročnost ZOP u pacientů vyžadující zvýšený dohled (kategorie 3).*

Cílem třetí fáze výzkumu bylo stanovení časové náročnosti ošetrovatelské péče na Oddělení následné a rehabilitační péče a určení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na tomto oddělení.

Ve sledovaném období 14 dnů byla u všech hospitalizovaných pacientů stanovena hodnota základní a speciální ošetrovatelské péče. Pochylá a Pochylý (1999) ve své metodice dělí speciální ošetrovatelskou péči do čtyř tematicky podobných skupin. Mezi skupiny speciálních ošetrovatelských výkonů patří: podávání léků (zahrnuje přípravu, podání a sledování účinku léků), sledování (vitálních funkcí, příjmu a výdeje tekutin), speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony (zahrnuje přípravu, vlastní provedení a dokončení výkonu, asistence lékařů) a jiné činnosti ve vztahu k pacientovi.

Celková doba ošetrovateľskej péče u všetkých pacientů byla vypočítána součtem časových dotací základních a speciálních ošetrovateľských výkonů za 24 hodin a součtem jednorázové denní hodnoty. Jednorázová denní hodnota je hodnota nepřímé ošetrovateľské péče týkající se výkonů činností v péči o pacienta. Pochylá a Pochylý (1999) stanovují tuto hodnotu na jednoho pacienta za 24 hodin a činí 40 minut. Jednorázovou časovou hodnotou se rozumí například účast na vizitě, jednání s rodinou nebo plánování ošetrovateľské péče, včetně záznamů do ošetrovateľské dokumentace. Domnívám se, že tato hodnota je nedostačující, protože se zvyšují nároky na vedení zdravotnické dokumentace jak v tištěné, tak elektronické podobě.

Protože na Oddělení následné a rehabilitační péče jsou hospitalizovaní pacienti dlouhodobě, byly naměřené hodnoty v prvním i druhém týdnu měření podobné. V průměru celková doba ošetrovateľské péče u všech pacientů za 24 hodin činila 4 871,3 minut/24 hodin. Z toho 1/2 celkové ošetrovateľské péče představovala základní ošetrovateľské péče (průměrně 2 722,2 minut za 24 hodin), 1/4 speciální ošetrovateľská péče (průměrně 1 241,1 minut za 24 hodin) a 1/4 organizace péče včetně vedení dokumentace (průměrně 954,3 minut za 24 hodin), viz tabulka 8 a 9. *Rozdíl mezi dobou základní a speciální ošetrovateľské péče byl statisticky významný ($p < 0,001$).* Důvodem proč je ZOP 2x větší než SOP je to, že oddělení následné péče je zaměřeno na péči o pacienty, kteří mají deficit v oblasti sebedpěče a potřebují pomoc při všech denních úkonech.

Na základě časové náročnosti ošetrovateľské péče u všech pacientů na Oddělení následné a rehabilitační péče byly stanoveny ve sledovaném období doporučené počty ošetrovateľského personálu. V průměru by na oddělení mělo být 10,2 ošetrovateľského personálu za 24 hodin (viz tabulky 8 a 9).

Osobně bych do doporučeného počtu ošetrovateľského personálu přímo nezahrnovala staniční sestru, protože svým působením se věnuje spíše organizaci ošetrovateľské péče. S tímto se ztotožňuje i Stachová (2018) ve své kvantifikační práci. Dále bych posílila denní směnu o víkendu, protože počet pacientů je víceméně stejný jako ve všední den, přičemž personální vybavení je o víkendu oslabeno.

Na základě statistického testování byla potvrzena hypotéza 2, že existují statisticky významné rozdíly mezi hodnotou základní ošetrovateľské péče a hodnotou speciální ošetrovateľské péče u pacientů hospitalizovaných na lůžkovém Oddělení následné a rehabilitační péče za 24 hodin.

Zároveň byla potvrzena hypotéza 3, že existuje statisticky významný rozdíl mezi doporučeným a skutečným počtem ošetřovatelského personálu na lůžkovém Oddělení následné a rehabilitační péče.

Cílem čtvrté, poslední fáze výzkumu bylo určení kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na vybraném Oddělení následné a rehabilitační péče. Na tomto oddělení pracuje 17,5 ošetřovatelského personálu. Metodika Pochylá a Pochylý (2008) doporučují o 0,3 pracovních úvazků méně než je ve skutečnosti. Nutno ale podotknout, že Pochylá a Pochylý doporučují větší zastoupení ostatního personálu než je ve skutečnosti, což je žádané vzhledem k větší časové náročnosti pro základní ošetřovatelskou péči prováděné na tomto oddělení. Podle vyhlášky MZ č. 285/2017 Sb. v platném znění by na oddělení tohoto typu mělo pracovat celkem 9,8 zaměstnanců, což je o 7,7 pracovních pozic méně než je ve skutečnosti (viz tabulka 10). Podle mého názoru je počet pracovních úvazků doporučených Ministerstvem zdravotnictví nedostačující. Ministerstvo zdravotnictví by mělo přehodnotit, jak minimální počet, tak kvalifikační zastoupení ošetřovatelského personálu na ošetřovatelských jednotkách dlouhodobé a následné péče. Zvláště bych doporučila zvýšení ostatního ošetřovatelského personálu z důvodu spektra poskytovaných ošetřovatelských činností. Je třeba si uvědomit, že na odděleních tohoto typu jsou hospitalizováni převážně pacienti, kteří jsou částečně nebo zcela nesoběstační a je třeba uspokojit jejich potřeby.

Osobně se přikláním k doporučenému počtu ošetřovatelského personálu dle metodiky manželů Pochylých, protože ošetřovatelská péče je na tomto oddělení náročná jak pro sestry, tak i pro ostatní ošetřovatelský personál.

6 Závěr

Předmětem výzkumné studie bylo stanovení časové náročnosti ošetrovatelské péče na Oddělení následné a rehabilitační péče vybrané nemocnice Jihočeského kraje a určení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na tomto oddělení. Pro zjištění optimálního počtu ošetrovatelského personálu byla použita Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách (Pochylá a Pochylý, 2008) a Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče (Pochylá a Pochylý, 1999).

K výzkumu byla použita kvalitativně kvantifikační metoda. Výzkumné šetření bylo rozděleno do čtyř fází.

První fáze probíhala technikou hloubkových rozhovorů se sestrami z Oddělení následné a rehabilitační péče. Na tomto oddělení pečují sestry převážně o starší křehké pacienty, u kterých probíhá následná a rehabilitační péče po CMP, zlomeninách atd. Dle názoru oslovených sester na tomto oddělení převažuje základní ošetrovatelská péče nad speciálními ošetrovatelskými výkony. Přičemž nejvíc času při poskytování ZOP zabere hygienická péče o pacienty a nejvíce času při poskytování SOP zaberou převazy dekubitů a jiných defektů.

V druhé fázi výzkumu byla vyhodnocena základní ošetrovatelská péče ve vazbě na kategorie pacientů dle jejich soběstačnosti. Průměrná doba základní ošetrovatelské péče na jednoho pacienta vyžadujícího zvýšený dohled (kategorie 3) činila 76,1 minut za 24 hodin. Průměrná doba základní ošetrovatelské péče na jednoho imobilního pacienta (kategorie 4), kde je nutná ošetrovatelská pomoc při všech činnostech, činila 125,3 minut za 24 hodin. Rozdíl mezi průměrnou dobou základní a speciální ošetrovatelské péče byl statisticky významný.

Ve třetí fázi výzkumného šetření byl stanoven optimální počet ošetrovatelského personálu na Oddělení následné a rehabilitační péče. Vyhodnocení optimálního počtu ošetrovatelského personálu probíhalo během 14 dnů. Průměrná doba celkové potřeby ošetrovatelské péče za 24 hodin v tomto období činila v průměru 4 871,3 minut. Přičemž ½ celkové péče zabrala základní ošetrovatelská péče a ¼ speciální ošetrovatelská péče. Rozdíl byl statisticky významný. Doporučený počet ošetrovatelského personálu za 24 hodin činil 10,2 pracovníků. Skutečný počet ošetrovatelského personálu byl 9,4.

Rozdíl v doporučeném a optimálním počtu ošetrovatelského personálu byl statisticky významný.

V poslední fázi výzkumu bylo zjištěno, že na vybraném Oddělení následné a rehabilitační péče pracuje celkem 17,5 ošetrovatelského personálu (z toho 9,5 sester a 8,0 ostatního ošetrovatelského personálu). Tento počet odpovídá výzkumu Pochylé a Pochylého (2008), kteří na tomto typu oddělení doporučují 17,2 úvazků ošetrovatelského personálu (z toho 6,3 sester a 10,9 ošetrovatelského personálu). Mnohem nižší počet ošetrovatelského personálu na tomto typu oddělení stanovuje vyhláška MZ č.285/2017, kde minimální počet ošetrovatelského personálu na oddělení následné péče je 9,8 úvazků (6,8 sester a 3,0 ostatního ošetrovatelského personálu).

6.1 Doporučení pro praxi

V současné době české zdravotnictví řeší problém nedostatečného počtu sester, lékařů, ale i ostatního ošetrovatelského personálu. Vedoucí pracovníci hledají účinné metody, jakým způsobem lze potřebný personál nejenom získat, ale i udržet si ho.

Mezi motivační faktory, které lze zaměstnancům v rámci personální politiky nemocnice nabídnout, patří:

- možnost plného nebo částečného pracovního úvazku
- adekvátní mzdové ohodnocení
- dobré podmínky pro osobní a profesní rozvoj
- nabídka odborných seminářů
- hrazené vzdělávací aktivity
- možnost specializačního vzdělávání bez smluvního závazku
- podpora zaměstnanců s dětmi, možnost kratších úvazků po návratu z mateřské dovolené
- podpora zdraví zaměstnanců, pravidelné lékařské prohlídky, slevy na vybraných specializovaných výkonech a v lékárnách (poukázky do lékárny)
- příspěvek na penzijní připojištění od zaměstnavatele
- pět týdnů dovolené
- stravování ve vlastní jídelně
- bezplatné parkování v areálu nemocnice
- vánoční balíčky atd.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BRABCOVÁ, I., 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 66 s. ISBN 978-80-7394-604-3.
2. BRATIANU, P., 2015. *Why workplace stress impacts Nurses* [online]. Ausmed [cit. 2018-10-9]. Dostupné z: <https://www.ausmed.com/articles/stress-in-nursing/>
3. BRIGGS, A. M., VALENTIJN P. P., THIYAGARAJAN J. A., ARAUJO DE CARVALHO I., 2018. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 8(4), doi 10.1136/bmjopen-2017-021194.
4. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
5. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L., 2012. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra*. 22(10), 29-30. ISSN 1210-0404.
7. DUŠÁTKO, A. Fyzická zátěž, pracovní poloha, psychická a smyslová zátěž. *BOZPprofí* [online] 2011. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: https://www.bozpprofí.cz/33/fyzicka-zatez-pracovni-poloha-psychicka-a-smyslova-zatez-uniqueidgOke4NvrWuOKaQDKuox_Z9-5rm8Vaj45ICLOpBX5O-U/
8. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
9. HALMO, R., 2015. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
10. HEYDARI, A., KARESHKI, H., ARMAT, M. R., 2016. Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A CrossSectional Study. *Journal of Caring Sciences*. 5(2), 121-132, doi: 10.15171/jcs.2016.013.
11. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
12. HRNČÍŘ, K., 2007. *Psychická zátěž*. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS .Rožnovský vzdělávací servis. 78 s. ISBN 978-80-254-2482-7

13. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
14. JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. 100 s. ISBN 9788073871796.
15. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 80-247-2150-3.
16. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4
17. JEYAPALAN, J. C., SEDIVY, J. M., 2008. Cellular senescence and organismal aging. *Mechanisms of Ageing and Development*. 129(7-8): 467–474. doi:10.1016/j.mad.2008.04.001.
18. KADUČÁKOVÁ, H., 2011. Sestra a psychická pracovní zátěž. *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. s. 299-307. ISBN 97880-87035-37-5.
19. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
20. KALVACH, Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P a kol., 2004 *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0548-6.
21. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
22. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
23. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
24. Koncepce ošetrovatelství, 2004. Metodická opatření [online]. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 9, s. (2-3). [cit. 2018-06-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html.
25. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
26. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

27. LENOCHOVÁ, E., 2010. Stáří a co dál? *Medicina pro praxi*. 7(3), 152-154. ISSN 1803-5310.
28. LIDZBARSKY, G., GUTMAN D., SHEKHIDEM, H. A., SHARVIT, L., ATZMON, G., 2018. Genomic Instabilities, Cellular Senescence, and Aging: In Vitro, In Vivo and Aging-Like Human Syndromes. *Frontiers in Medicine*. 17(5), 104-106. doi 10.3389/fmed.2018.00104.
29. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
30. MARX, D., VLČEK, F., 2014. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Spojená akreditační komise společně s nakladatelstvím TIGIS. 168 s. ISBN: 978-80-87323-04-05.
31. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
32. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha : Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
33. Nařízení vlády č. 93/2012 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví, 2012. [online]. [cit. 2018-07-20] Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
34. Nařízení vlády č. 246/2018 Sb., kterým se stanoví podmínky zdraví při práci, 2018. [online]. [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: <http://www.vzdelavacisluzby.cz/dokumenty/legislativa/placena-sekce/novely-pravnich-predpisu-v-uplnem-zneni/361-2007-246-2018.pdf>
35. NÉMETH, F., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
36. NÉMETH, F., DERŇÁROVÁ, L., HUDÁKOVÁ, A., 2011. *Komplexné hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotnických odborov. 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
37. NEŠPOR, K., 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi*. 4(9), 371-373. ISSN 1214-8687
38. NEUWIRTH, Š., 2008. *Puls nemocnice*. Ostrava: Repronis. 144 s. ISBN 978-80-7329-192-1.
39. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 9788024737096.

40. PETROVOVÁ, M., 2017. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence*.3(11). 28-30. ISSN 1801-464X.
41. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
42. PLEVOVÁ, I. a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0
43. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O., 1999. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků pro zdravotnictví. 38 s. ISBN 80-701-3290-6.
44. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O., 2008. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště*. Praha: Galén. 20 s. ISBN 978-80-7262-550-5
45. POKORNÁ, A. a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
46. POSPÍŠILOVÁ, E., TÓTHOVÁ, V., 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. 184 s. ISBN 978-80-7387-824-5.
47. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
48. RIAHI, S., 2011. Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *Journal of nursing management*. 19, 721-731, doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x
49. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
50. STACHOVÁ, K., 2018. *Stanovení míry ošetrovatelské zátěže a optimálního počtu ošetrovatelského personálu na vybraných standardních odděleních nemocniční lůžkové péče*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU. Vedoucí práce Doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
51. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 285 s. ISBN 978-80-86-42-9-62-5.

52. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
53. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
54. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
55. TRACHTOVÁ, E., TREJTAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
56. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
57. VÉVODA, J. a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
58. Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, 2018. [online]. [cit. 2019-04-25] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-137>
59. Vyhláška č. 285/2017 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2017. [online]. [cit. 2019-04-20] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-285>
60. Vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. [online]. [cit. 2018-07-20] Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=391&r=2017>
61. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. [cit. 2019-04-25] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
62. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
63. WHO, 2015. *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 246 s. ISBN 978 92 4 069481 1.
64. WISNIEWSKI, A. M., ERDLEY W. S. , SINGH R., SERVOSS T. J., NAUGHTON B. J., SINGH G., 2007. Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. *Geriatric Nursing*. 2(28),126-136, doi 10.1016/j.gerinurse.2007.01.001.

65. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
66. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2018-07-20] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

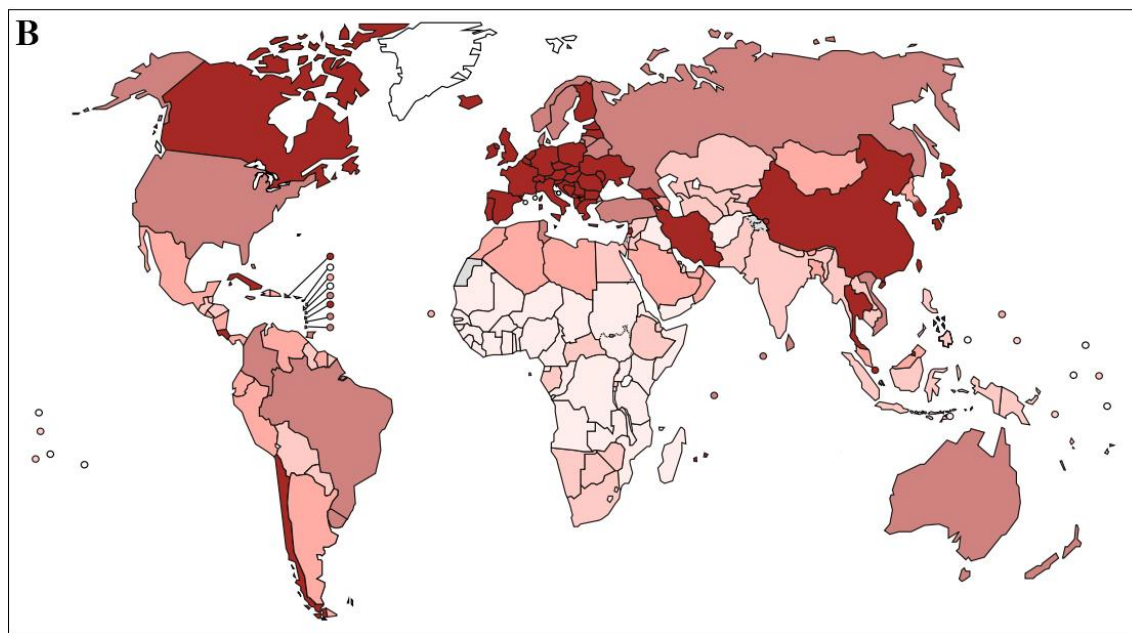
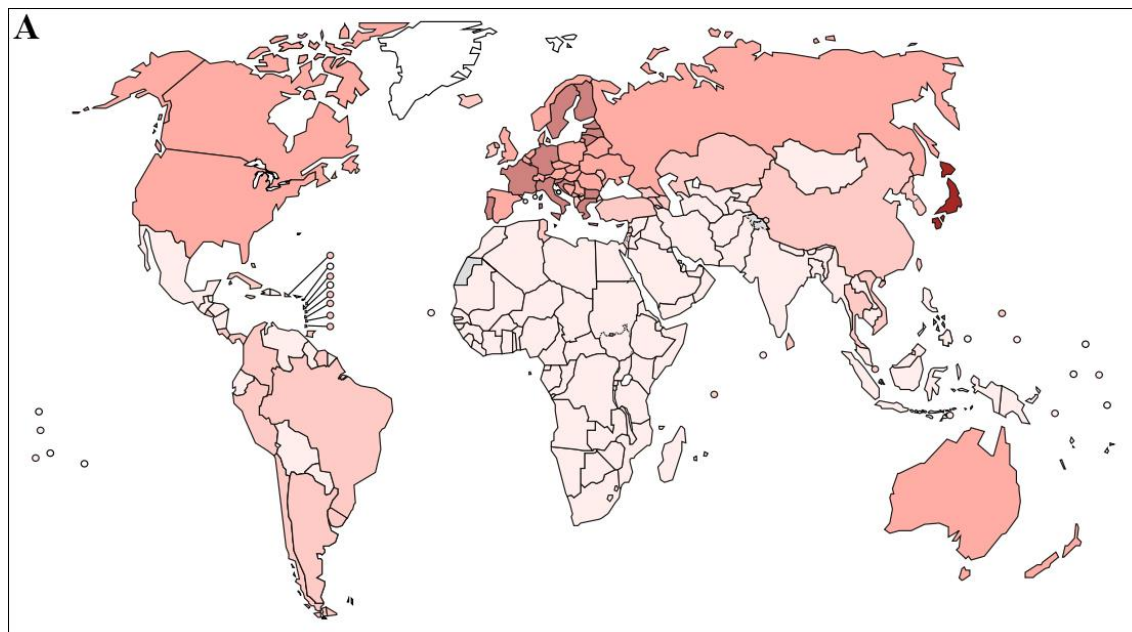
8 Seznam příloh

Příloha 1 – Srovnání procentuálního zastoupení světové populace ve věku nad 60 let v roce 2015 a odhadu pro rok 2050

Příloha 2 – Otázky použité při rozhovoru se sestrami

Příloha 3 – Záznamový list výkonů

Příloha 1 Srovnání procentuálního zastoupení světové populace ve věku nad 60 let v roce 2015 a odhadu pro rok 2050



Procentuální zastoupení:

0 – 9 % 10 – 19 % 20 – 24 % 25 – 29 % ≥ 30 %

Zdroj: Adaptováno z WHO, 2015, s. 44

Příloha 2 Otázky použité při rozhovoru se sestrami

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete na ONRP?
4. Kolik sester máte na denní směnu?
5. Kolik sester máte na noční směnu?
6. Kolik máte pomocného ošetrovatelského personálu na denní směnu?
7. Kolik máte pomocného ošetrovatelského personálu na noční směnu?
8. Jak vypadá Váš časový harmonogram?
9. Liší se harmonogram ve všední den, o víkendu či ve svátek? Specifikujte.
10. Dodržujete harmonogram práce? Pokud ne, uveďte důvod.
11. Jakou základní ošetrovatelskou péči poskytujete na oddělení?
12. Jakou speciální ošetrovatelskou péči poskytujete na oddělení?
13. Která činnost zabere nejvíce času při poskytování základní ošetrovatelské péče?
14. Která činnost zabere nejvíce času při poskytování speciální ošetrovatelské péče?
15. Považujete práci na oddělení za fyzicky náročnou?
16. Jakou činnost při poskytování ošetrovatelské péče považujete za fyzicky náročnou?
17. Víte, jaký je limit na ručně zvedané břemeno?
18. Považujete práci na oddělení za psychicky náročnou?
19. Víte, co je to syndrom vyhoření?
20. Jak byste ho popsala?
21. Projevil se u Vás syndrom vyhoření?
22. Víte, jak předcházet syndromu vyhoření?
23. Jak často v průběhu pracovní směny zařazujete přestávku?
24. Co je nejčastější náplní Vaší přestávky?

Příloha 3 Záznamový list výkonů

Datum																
Pacient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Kategorie pacienta																
Podávání léku perorálně																
Podávání léků do sondy a PEG																
Aplikace léků - do tělových dutin																
Aplikace injekcí subkutánně a intramuskulárně																
Aplikace injekcí intravenózně																
Aplikace infuzí, zahájení monitoring a ukončení																
Asistence lékaři při aplikaci krevních přípravků																
Místní aplikace léčebných prostředků																
Celková aplikace léčebných prostředků																
Inhalace léků a kyslíku																
Monitoring fyziologických funkcí																
Sledování příjmu a výdeje tekutin																
Vyhodnocení objemu tělesných částí																
Speciální péče o dutinu ústní																
Odsávání a péče o odváděcí systémy																
Péče o ránu, jednoduchý převaz																
Péče o ránu, složitý převaz																
Péče o PŽK, CŽK, epidurální katétr																
Ošetření stomii, výměna stomického sáčku																
Bandáž dolních končetin (nízká, vysoká)																
Podání klyzmatu																
Zavedení a výměna nazogastrické sondy																
Speciální vyšetření prováděná sestrou																
Výplach žaludku																
Cévkování močového měchýře, zavedení PMK																
Asistence lékaři při punkci																
Odběry biologického materiálu																
Dechová ošetrovatelská rehabilitace, nácvik dýchání																
Asistence při vyšetření																
Příprava nemocného k náročnému vyšetření nebo k operačnímu výkonu																
Jednoduchá edukace pacienta (do 15 minut)																
Složitá edukace pacienta (nad 15 minut)																
Psychická podpora pacienta																
Organizace konziliárního vyšetření, jednání s jinými odborníky																
Příjem propuštění, přeložení, úmrtí pacienta																
Doprovod pacienta sestrou na vyšetření																

Zdroj: Adaptováno z Pochylé a Pochylého 1999

9 Seznam zkratek

- DNA – deoxyribonukleová kyselina
- EBN – Evidence Based Nursing (ošetřovatelství založené na důkazech)
- FF – fyziologické funkce
- ICF – International Classification of Functioning Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)
- ICIDH – International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps (Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapu)
- ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
- MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
- MKP – Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapu
- MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- NGS – nasogastrická sonda
- PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie
- PMK – permanentní močový katétr
- SOP – speciální ošetřovatelská péče
- TSK – tracheostomie
- TT – tělesná teplota
- WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
- ZOP – Základní ošetřovatelská péče