

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Lenka Pšeničková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU OŠETŘOVATELSKÉ
PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Plzeň 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2013

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Bohumile Hajšmanové za trpělivost, poskytování cenných rad a odborné vedení práce a také děkuji své rodině za neustálou podporu.

Anotace

Příjmení a jméno:	Pšeničková Lenka
Katedra:	Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče
Vedoucí práce:	Mgr. Bohumila Hajšmanová
Počet stran:	číslované 53, nečíslované (tabulky a grafy) 23
Počet příloh:	1
Počet titulů použité literatury:	22
Klíčová slova:	kvalita - ošetrovatelství - ošetrovatelská péče ošetrovatelský proces - role sestry

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá zjišťováním faktorů, které ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče.

V teoretické části popisují jak samotnou kvalitu, tak i prvky, které jsou její neodmyslitelnou součástí. Jsou to především ošetrovatelské standardy, ošetrovatelství jako takové a organizace ošetrovatelství. Soustředím se ale i na osobnost sestry a vztah mezi zdravotníkem a nemocným.

Praktická část zahrnuje už samotný výzkum, který byl prováděn v podobě dotazníků a byl určen všeobecným sestřám na standardním oddělení. Cílem dotazníku bylo zjistit, v čem jsou silné a slabé stránky daných oddělení a co ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče jako takovou.

Annotation

Surname and name:	Pšeničková Lenka
Department:	Department of nursing and midwifery
Title of thesis:	Factors affecting nursing care quality
Consultant:	Mgr. Bohumila Hajšmanová
Number of pages:	numbered 53, unnumbered 23
Number of appendices:	1
Number of literature items used:	22
Key words:	nursing - quality - roll of nurse nursing process

Summary:

This bachelor's thesis deals with identifying of nursing quality care factors. Theoretical part describes quality itself, as well as elements, which are its inseparable part. Primarily it is nursing standards, nursing itself and nursing organization. However, I focus on nurse personality and relationship between medic and patient as well.

Practical part includes the very research, which was conducted in form of questionnaires designated for general nurses on standard ward.

Questionnaire's goal was to find out what are strong and weak points of given departments and what affects nursing care quality as such.

Obsah

Úvod	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1. Kvalita	13
1.1. Co je kvalita	13
1.2. Co je kvalitní (dobrá) ošetrovatelská praxe	13
1.3. Posuzování kvality ošetrovatelské péče	14
1.3.1. Hodnocení kvality péče pacienty	14
2. Ošetrovatelské standardy	16
2.1. Typy standardů	16
2.1.1. Centrální standardy	17
2.1.2. Lokální standardy	17
2.2. Akreditace	17
2.3. Ošetrovatelský audit	18
3. Ošetrovatelství	19
3.1. Definice ošetrovatelství	19
3.2. Hlavní trendy rozvoje ošetrovatelství	19
3.3. Hlavní znaky ošetrovatelského povolání	21
3.3.1. Práce s lidmi	21
3.3.2. Fyzická a psychická náročnost práce	21
3.3.3. Práce ve směnném provozu	22
3.3.4. Potřeba vědomostí a dovedností	22
4. Organizace ošetrovatelské péče	23
4.1. Ošetrovatelský proces	23
4.1.1. Vysvětlení jednotlivých pojmů v ošetrovatelském procesu	23
4.1.2. Proč je důležitý ošetrovatelský proces pro práci sestry?	24
4.2. Dokumentace	25

4.2.1.	K čemu slouží zdravotnická dokumentace?	25
4.3.	Zásady vedení dokumentace	26
5.	Zdravotník a nemocný	27
5.1.	Osobnost zdravotníka	27
5.2.	Vztah mezi zdravotníkem a nemocným.....	27
5.3.	Profesionální chování zdravotnických pracovníků	27
5.4.	Komunikace s pacientem	28
6.	Sestra	30
6.1.	Role sestry.....	30
6.2.	Základní role sestry v moderním ošetrovatelství	30
7.	Pochybení a omyly	32
7.1.	Situace v českém zdravotnictví.....	32
7.2.	Problémy ošetrovatelské praxe	32
	PRAKTICKÁ ČÁST	34
8.	Problém, cíle a hypotézy	34
8.1.	Problém.....	34
8.2.	Hlavní cíl.....	34
8.2.1.	Dílčí cíle	34
8.3.	Hypotézy	35
8.3.1.	Hypotézy vztahující se k cíli 1	35
8.3.2.	Hypotézy vztahující se k cíli 2	35
8.3.3.	Hypotéza vztahující se k cíli 3.....	35
9.	Metodika a realizace výzkumu	36
9.1.	Metodika výzkumného šetření.....	36
9.2.	Vzorek respondentů	36
9.3.	Analýza návratnosti dotazníků.....	36
10.	Výsledky výzkumného šetření	37

Diskuse	60
Závěr	64
Použité zdroje	66
Seznam zkratek.....	68
Seznam tabulek.....	69
Seznam grafů	70
Seznam příloh.....	71
Příloha č. 1: Dotazník	72

Úvod

Téma mé bakalářské práce nese název Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče. Kvalita je to, co v dnešní době lidé vyžadují a zvláště pak ve zdravotnickém zařízení. Samozřejmě musí probíhat určité kontroly, abychom měli jistotu, že je nám opravdu poskytována kvalitní ošetrovatelská péče. K tomuto účelu slouží takzvané standardy. Ovšem kromě standardů také záleží na tom, kdo tuto péči vykonává a jaký má vztah ke svým klientům. Čím více dotyčnému záleží na klientovi a na tom, aby jeho práce byla odváděna co nejlépe, tím spíše budou výsledky kvalitní.

V teoretické části se věnuji jak samotnému významu kvality, tak i termínům, které s tématem této práce úzce souvisejí. Následující kapitoly se tedy věnují popisu ošetrovatelství, organizace ošetrovatelské péče a ošetrovatelských standardů.

I vztah, který má zdravotník a nemocný mezi sebou, vypovídá o kvalitě celkové ošetrovatelské péče, proto jsem nemohla toto téma opomenout a stejně tak následující kapitolu, zabývající se osobností sestry. Poslední kapitola se věnuje výčtu nejčastějších pochybení a omylů ze strany zdravotníků.

Základem praktické části je zpracování dat dotazníkového šetření, které jsem prováděla mezi všeobecnými sestrami. Na všeobecné sestry jsem se zaměřila především proto, že jsou poskytovatelkami ošetrovatelské péče a hlavně na nich záleží, jak kvalitní tato péče bude.

Mým cílem je zmapovat situaci na standardních odděleních, co se týče materiálního a věcného vybavení, časového prostoru sester a personálního obsazení. Doufám, že má bakalářská práce tedy bude přínosem ne jen pro mne, budoucí všeobecnou sestru, ale i pro ty, kteří tuto profesi již vykonávají, nebo jsou v procesu vzdělávání pro tento obor.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Kvalita

1.1. Co je kvalita

Pojetí „kvality“ je dáno kulturním a sociálním prostředím. Představa kvality zdravotní péče je ovlivněna jak hodnotami v dané společnosti, tak i individuálními hodnotami těch, kteří definují samotnou kvalitu péče, např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy a v neposlední řadě sami zdravotničtí pracovníci. V tomto procesu se ozývají i hlasy dalších skupin a oborů a to díky demokratizaci péče a zvyšující se účasti pacienta.

Teoreticky by se dalo říci, že kvalita je výsledek „dohody“ mezi zdravotníky, pacienty (a širší veřejností) a vládou, která kontroluje zdroje. V minulosti byly výrazně omezeny možnosti sester ovlivňovat kvalitu zdravotní péče. Po mnoho let převládaly biomedicínské definice zdraví. Rovněž se z hlediska biomedicínského určovaly teorie ohledně toho, co je a co není ve zdravotní péči důležité. Doposud medicínské hodnoty určovaly zásady, výzkumné programy, rozdělování zdrojů i roli ošetřovatelství.

Aby mohla být zajištěna kvalitní péče je zapotřebí ji nejprve definovat, tj. stanovit, co je pokládáno za dobrou, standardní kvalitní péči. Zpravidla je vyjádřena v tzv. standardech, na jejichž podkladě se následně poskytovaná péče posuzuje. Záleží tedy na vymezení, co konkrétně znamená „kvalitní ošetřovatelská péče“, abychom mohli pochopit samotný význam slova „kvalita“.

1.2. Co je kvalitní (dobrá) ošetřovatelská praxe

Za kvalitní ošetřovatelskou praxi se považuje péče, která je poskytována prostřednictvím ošetřovatelského procesu a je odvozená od potřeb pacienta. Dále musí být stanovena jasná koncepce ošetřovatelství a to jak v dané zemi, tak i v konkrétním zařízení. Ošetřovatelský personál by měl být dobře motivovaný a odborně připravený a měl by pracovat týmově. K zajištění kvalitní ošetřovatelské praxe je také nutné stanovit si reálné cíle a dodržovat etický kodex. Do ošetřovatelské praxe se aktivně zapojují sami pacienti a existuje zde účinná mezioborová spolupráce. Praxe samozřejmě musí být vědecky podložena.

K hodnocení kvalitní péče slouží standardy, které konkrétně vymezují, co je pokládáno za kvalitní v dané oblasti. (1)

Vytvořené normy nemusí být vždy označovány jako standardy, ale tam kde se tyto charakteristiky ošetřovatelství vyskytují, lze hovořit o poskytování kvalitní péče.

1.3. Posuzování kvality ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče nemá jednoznačná kritéria. V první řadě záleží na tom, kdo hodnocení vykonává. Lékař například hodnotí práci sestry na základě toho, jak zajišťuje diagnosticko-terapeutický plán pacienta. Sestra sama hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle koncepce, s níž se ztotožnila. Je-li pro ni hlavní povinností plnění ordinací lékaře, hodnotí podle toho. Ztotožňuje-li se s koncepcí ošetrovatelského procesu a individualizovanou péčí, jsou její hlediska při hodnocení o mnoho širší a náročnější.

Pracovníci ošetrovatelského managementu se snaží stanovit kritéria, která jim umožní objektivně hodnotit a kontrolovat kvalitu ošetrovatelské péče, eventuálně porovnat jednotlivá pracoviště.

Aby bylo možné stanovit určitou objektivní míru kvality, je nezbytné určit její základní kritéria, to znamená definovat termín kvalita ošetrovatelské péče. K tomu slouží standardy v ošetrovatelství. (1)

1.3.1. Hodnocení kvality péče pacienty

Nemocný kvalitu ošetrovatelské péče obvykle hodnotí na základě toho, do jaké míry je narušeno uspokojování jeho základních potřeb v době nemoci, jak si sestry všímají problémů pacienta, nebo problémů ostatních nemocných a jak se k těmto problémům dokážou postavit. Dále pacient posuzuje jednání a aktivitu sester, tedy sleduje, jak často a jakým způsobem se sestry na nemocného obracejí. Pacient hodnotí i úpravu zevnějšku sestry a kultivovanost jejího projevu. Ošetrovatelská péče hodnocena pacientem zohledňuje poněkud jiná kritéria, než je tomu u hodnocení prováděného zdravotníky. Jestliže pacient není zdravotníkem, obvykle nedokáže posoudit, zda byly jednotlivé výkony provedeny přesně podle standardů. Nemocný i jeho rodina proto poskytovanou péčí hodnotí především podle toho, jak se sestry chovají a jaké je jejich vystupování vůči nim. (2)

Spokojenost pacientů se zdravotnickým zařízením ovlivňuje tedy zejména takzvaná konvence - oblast, kam spadají takové kategorie jako komunikace s pacienty ze strany zdravotnického personálu (její obsah a forma), objednávací a čekací lhůty, dostupnost a obslužnost zdravotnického zařízení (lékárna, zastávky hromadné dopravy, parkovací možnosti), čistota zařízení, v případě nemocnic kvalita stravy a další. Na to je třeba

pamatovat jak při interpretaci průzkumů spokojenosti pacientů, tak i při přípravě a realizaci kroků k jejímu zlepšování. (3)

2. Ošetrovatelské standardy

Standardy zdravotní péče jsou odborníky vypracované závazné normy, které umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Mají pacientům zajistit bezpečí a chránit sestry před neoprávněným postihem. Standard je nástrojem k posuzování úrovně péče nemocnic a zdravotnických zařízení. Formy zpracování standardů se liší, není stanoven žádný nadnárodní formální předpis, který by bylo možné převzít. Standardy se prezentují ve formě volného textu. Standard má vždy obsahovat parametry, které je možné měřit a hodnotit. (4)

2.1. Typy standardů

V souladu s třemi základními charakteristikami kvality je možné rozdělit standardy do tří oblastí:

1. Strukturální standardy - umožňují dosažení stanovené kvality, a to optimálními personálními, technickými, hygienickými a organizačními prostředky. Jsou spjaté s regulací ošetrovatelské praxe a zahrnují organizaci ošetrovatelských služeb, nábor, výběr pracovníků, personální obsazení pracovišť, poskytnutí nezbytného vybavení a budov a všechny statutární a legislativní záležitosti. Často určují minimální požadavky na úroveň poskytovaných služeb.
2. Procesuální standardy (standardy ošetrovatelské péče) - týkají se konkrétních ošetrovatelských činností a stanovují kvalitu ošetrovatelské péče. Lze je rozdělit do dvou oblastí podle jejich zaměření:
 - a. standardy ošetrovatelských postupů při výkonech;
 - b. standardy ošetrovatelských činností v rámci ošetrovatelského procesu. Ty mohou být zaměřeny na jednotlivé ošetrovatelské problémy nebo vycházejí z onemocnění. Tyto standardy rovněž zahrnují měřítko spokojenosti pacienta s poskytovanou péčí.
3. Standardy hodnocení výsledků - týkají se obvykle celkového hodnocení kvality poskytované péče v daném zařízení, na určitém pracovišti apod. K zajištění objektivity, při zjišťování skutečné úrovně poskytované péče spolu se spokojeností pacientů, lze aplikovat mnoho standardizovaných metodik, jež můžeme obecně označovat jako ošetrovatelský audit. Pro správné použití těchto metodik musí mít vedoucí sestra patřičnou průpravu. (1)

2.1.1. Centrální standardy

Jsou zpravidla vydávány Ministerstvem zdravotnictví jako zákonné či podzákonné normy. Ministerstvo zdravotnictví může také vydávat rámcové standardy jako doporučené podklady pro tvorbu lokálních standardů.

K realizaci centrálních standardů, je zapotřebí určit základní cíle oboru a strukturální i procesuální kritéria. Příkladem centrálního standardu je oficiální koncepce ošetrovatelství, zákony a podzákonné normy, jež se týkají ošetrovatelství a ošetrovatelských pracovníků, dále jsou to hygienické předpisy pro provoz pracovišť, etický kodex apod.

2.1.2. Lokální standardy

Vycházejí z rámcových standardů. Jsou obvykle zpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení, či na konkrétním pracovišti. Každý pracovník by měl být s nimi seznámen a písemně se zavázat k jejich dodržování v rámci pracovní smlouvy. Lokální standardy nesmějí být v rozporu s centrálními standardy. Do vytváření zejména lokálních standardů mají být co nejvíce zapojeny řadové sestry, u kterých tak dochází nejen k jejich profesionálnímu rozvoji, ale mnohem ochotněji se jimi také v praxi řídí. (1)

2.2. Akreditace

Akreditace zdravotnických zařízení je významná objektivizující metoda hodnocení a zlepšování kvality zdravotní péče, poskytované v jednotlivých stacionárních a ambulantních zdravotnických zařízeních. Smyslem akreditace může být i posouzení schopnosti zdravotnického zařízení poskytovat pre- a postgraduální výchovu a vzdělávání.

Akreditační programy vycházejí z principů, které stanovila Mezinárodní společnost pro kvalitu zdravotnictví (ISQua) ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Akreditační standardy, podle kterých jsou zdravotnická zařízení hodnocena, jsou připravovány zdravotnickými profesionály a poskytovateli péče vždy s ohledem na požadavky a zájmy pacientů.

Zdravotnické zařízení, které splnilo akreditační standardy, obdrží od příslušné agentury certifikát o akreditaci. (5)

Agentury, které v České republice provádějí akreditaci jsou: Spojená akreditační komise, Český institut pro akreditaci, Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře.

V souladu s akreditačními principy Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) a Světovou zdravotnickou organizací, akredituje v ČR zdravotnická zařízení i společná mezinárodní komise (JCI). (6)

2.3. Ošetřovatelský audit

Audit představuje vyhodnocení. Při tvorbě a formulaci standardů je však zapotřebí určit i způsob jejich hodnocení. Hodnocení - audit - se orientuje převážně na objektivně měřitelné stránky kvality ošetřovatelské péče.

Audit slouží k systematickému hodnocení kvality poskytované ošetřovatelské péče s ohledem na její účinnost, finanční efektivnost a etickou přiměřenost. Je základem pro zjišťování kvality.

Ošetřovatelský audit hodnotí jak plnění jednotlivých standardů tak i celkovou kvalitu ošetřovatelské péče.

Kvalita ošetřovatelské péče se může posuzovat auditem, který může být externí nebo interní. Externí audit je vykonáván certifikovanou organizací, respektive komisí nezúčastněnou přímo v ošetřovatelské péči. Interní audit vykonávají interní auditoři přímo zapojení do ošetřovatelské péče.

Cílem auditu kvality je posouzení potřeby vylepšení poskytované ošetřovatelské péče.

(7)

3. Ošetřovatelství

Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetřovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin, osob, majících společné sociální prostředí.

3.1. Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství definuje Světová zdravotnická organizace jako: „Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.“

Ošetřovatelství se zaměřuje především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se tak významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Sestra pomáhá jednotlivci i skupinám tak, aby byli schopni samostatně uspokojovat své základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. (8)

3.2. Hlavní trendy rozvoje ošetřovatelství

V roce 1989 bylo popsáno sedm hlavních trendů, které mezinárodně přispívají k rozvoji oboru ošetřovatelství a ošetřovatelské metodologie.

- **Snižování nákladů na zdravotní péči.**

Především tlak vyvíjen na snižování počtu drahých nemocničních lůžek a nemocničního personálu, má za následek potřebu péče mimo nemocnice. *Proto je zapotřebí, aby ošetřovatelství definovalo standardy profese a ošetřovatelské péče a poskytovalo účinnou a finančně efektivní péči.* To znamená, že péče musí být plánována a musí uspokojovat individuální potřeby pacientů. Žádoucím výsledkem tedy je, aby sestry pracovali co nejefektivněji a to v důsledku omezených finančních zdrojů. (9)

- **Stanovení ceny ošetřovatelské péče.**

Tím se rozumí přepočtení počtu hodin potřebné ošetřovatelské péče na finanční náklady. Toto téma se stalo centrem profesionální pozornosti. Sestry v manažerských funkcích musí sestavovat rozpočty v situacích, kdy mají méně peněz, limitovaný čas, omezený počet lůžek a personálu.

U konkrétních pacientů musí být do stanovené ceny zdravotnické péče zahrnuta i péče, kterou poskytují nelékařské profese, jelikož bez ní celková péče nemůže být kvalitní ani efektivní.

Jak lze vymezit podíl ošetřovatelské péče na celkové péči u jednotlivých pacientů: Nejprve je nutné zařadit pacienta podle klasifikačního systému (funkční úroveň -

soběstačnosti) do určitého stupně a standardem pak stanovit časový limit potřebné ošetrovatelské péče pro každý tento stupeň.

Standardní počet hodin potřebné ošetrovatelské péče pro každý stupeň, který odpovídá náročnosti péče, vyžaduje stanovení individuálních plánů ošetrovatelské péče po celou dobu léčby a péče. Individuální plán péče zahrnuje ošetrovatelské diagnózy podle priorit, k nim stanovené očekávané výsledky a ošetrovatelské zásahy. Pak mohou být tyto individuální plány ošetrovatelské péče použity jako přímý účet pro náklady na individuální ošetrovatelskou péči. Aby se všechny tyto kroky mohly realizovat, je nezbytně nutné standardizovat terminologii pro ošetrovatelské diagnózy, očekávané výsledky a ošetrovatelské zásahy. (9)

- **Zkracování délky pobytu v nemocnici.**

Ačkoli se délka pobytu snižuje, individuální péče musí být plánována a kontinuálně poskytována. Sestry přebírají větší část odpovědnosti za takto propuštěné pacienty, kteří vyžadují ošetrovatelskou péči podle určité diagnostické skupiny. Nutná je úzká týmová a dobře organizovaná spolupráce, která vede k zajištění optimálních výsledků péče u pacientů od přijetí do nemocnice, během hospitalizace až po propuštění do domácí péče.

- **Stoupající závislost na náročných diagnostických a léčebných technologiích**

V právně sporné společnosti obranná praxe medicíny vedla ke zvýšené závislosti na náročných diagnostických technologiích a léčebných intervencích. Pacienti jako lidské bytosti se často ztrácejí mezi složitými přístroji, hadicemi a monitory, jež začaly převažovat v jejich péči. To vede sestry k plnění jejich nové profesní role - obhajování lidské individuality jako „bio-psycho-sociálního“ celku, upozorňují na etické důsledky dilematu: kvality života a práva na smrt. Usilují o zajištění rovnováhy mezi výhodami technologií a lidskými potřebami, obhajují dostupnost a rovnoprávný přístup ke kvalitní péči o zdraví. (9)

- **Potřeba širších a hlubších znalostí v ošetrovatelství.**

K zajištění účinné ošetrovatelské péče v náročném společenském prostředí vyžaduje vysokou klinickou odbornost a dovednosti sester, zralost, kritické myšlení, asertivitu a efektivní komunikaci. Vzdělávací programy tyto cíle sledují a nadále rozšiřují znalosti sester a zvyšují jejich odpovědnost.

- **Potřeba úzké spolupráce a komunikace**

Tato potřeba se neustále zvyšuje z důvodu důrazu na komplexnost a efektivnost péče. Zdravotnický personál může poskytovat úplnou a efektivní péči za předpokladu, že bude

probíhat týmová spolupráce mezi jednotlivými odděleními, službami a zařízeními. K tomu je zapotřebí, aby byly jasně vymezené kompetence a odpovědnost. Sestry jakožto primární koordinátor celkové péče výrazně přispívají k této efektivitě. Plány ošetrovatelské péče slouží jako nástroj komunikace jak mezi sestrami, tak i jinými odbornými profesemi. Je to právní a etická dokumentace rozhodovacího a komunikačního procesu. Celkovou efektivitu péče významně ovlivňuje aktivní účast pacientů a jejich rodinných příslušníků.

- **Možnost používání počítačů v plánování ošetrovatelské péče.**

Sestry jsou přesvědčeny, že jejich limitovaný čas může být využit lépe v přímé péči o pacienty než administrativou. Sestavení adekvátní struktury plánů ošetrovatelské péče v počítači velmi usnadňuje sestram administrativu. Sestry mohou velmi rychle napsat, zobrazit, aktualizovat, vyhodnotit a vytisknout plán péče, což vede ke zlepšení kvality záznamu. Většina počítačových systémů ve světě už dnes používá standardizované plány péče, jež reflektují přijaté standardy ošetrovatelské péče u určitých stavů. Běžně se užívají i ošetrovatelské diagnózy NANDA. Standardní obsah ošetrovatelské dokumentace slouží také pro srovnávání a vyhodnocování informací na národní i mezinárodní úrovni a k výzkumu. (9)

3.3. Hlavní znaky ošetrovatelského povolání

3.3.1. Práce s lidmi

Práce zdravotnického pracovníka spočívá mimo jiné v neustálém kontaktu s lidmi, ať už jsou to spolupracovníci, pacienti, nebo příbuzní pacientů. Má-li mít tento kontakt žádoucí výsledky, neobejde se od obou zúčastněných stran bez vstřícnosti, pochopení, trpělivosti a tolerance. Není tedy pochyb o tom, že zdravotnický pracovník, by měl vykazovat jisté osobní vlastnosti. Značné nároky jsou kladeny zejména při kontaktu s pacienty, kdy se mohou objevit změněné reakce nemocných, které jsou vyvolány nejrůznějšími faktory jako je bolest, nejistota, obavy až strach. Tyto pocity se následně odrazí v jejich chování, kdy jsou pacienti podráždění, nejsou ochotni komunikovat ani spolupracovat, nebo reagují i slovními výpady. Bezproblémový nemusí být ani kontakt s příbuznými nemocných. Jejich reakce vyplývají z obav o zdravotní stav jejich blízkých.

Ačkoli zdravotnický pracovník může pociťovat při takovýchto situacích nelibé pocity, je nutné, aby se choval zdrženlivě, taktně, laskavě a aby neztrácel trpělivost. (10)

3.3.2. Fyzická a psychická náročnost práce

Dá se předpokládat, že míra fyzického zatížení zdravotnických pracovníků se liší a to v závislosti na typu oddělení a druhu vykonávané činnosti, stavu pacientů a na počtu

pracovníků, kteří pečují v danou dobu o nemocné. Například na očním oddělení může být práce fyzicky méně náročná než na oddělení chirurgickém, neurologickém či interním. Při práci na těchto odděleních je více zatěžován pohybový aparát, zvláště pak klouby a páteř. V práci zdravotnického pracovníka nelze opomenout i zvýšené nároky na zrak, sluch, paměť, pozornost a na potřebu logického uvažování.

Kromě fyzické zátěže vyvolává práce i psychické vypětí. Zdravotnický pracovník může podlehnout negativním pocitům vyvolaných zhoršováním stavu nemocných a jejich neadekvátními reakcemi, pohledem na těžká zranění, náhlým úmrtím člověka apod. Za určitou dobu může dojít při vykonávání tohoto povolání tzv. syndrom vyhoření. (10)

3.3.3. Práce ve směnném provozu

Práce je rozdělena většinou do tří směn, nebo do dvou dvanáctihodinových směn. Zdravotničtí pracovníci se starají o nemocné neustále, to znamená i o víkendech a svátcích. Nepravidelnost pracovní doby může zejména ze začátku narušovat životní rytmus pracovníků.

3.3.4. Potřeba vědomostí a dovedností

Ošetrovatelská činnost vyžaduje od zdravotnických pracovníků připravenost, a to jak po stránce odborných vědomostí, tak i po stránce praktických dovedností.

Podstatné základy lze získat studiem na zdravotnické škole a při praxi v nemocnici.

Ovšem k zajištění kvalitní péče je zapotřebí neustále sledovat nové poznatky o léčebných a ošetrovatelských postupech. Je povinností zdravotnických pracovníků, aby se celoživotně vzdělávali. (10)

4. Organizace ošetrovatelské péče

4.1. Ošetrovatelský proces

Kvalita ošetrovatelského procesu je závislá na dovednosti sestry citlivě zhodnotit požadavky na ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta. Je vhodné, aby sestra získala potřebné množství informací o pacientovi předtím, než stanoví patřičný způsob ošetrování. Dostatek informací umožňuje sestře lépe a individuálně přistupovat k pacientovi a vlastnímu ošetrovatelskému plánu. Na začátku ošetrovatelského procesu, je důležité, aby sestra navázala užší osobní kontakt s pacientem a poznala ho mimo stránku medicínskou, také po stránce osobní a sociální. Povinnost vykonávat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu byla začleněna do legislativních norem ČR, konkrétně do Koncepce ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č. 9/2004), do vyhlášky č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Metoda se v současné době podle platné legislativy v klinické praxi realizuje s odlišnými modifikacemi pro ambulantní a ústavní zařízení a je přizpůsobena specifikám různých typů zdravotnických zařízení. (11)

V evropské literatuře se nejčastěji setkáváme s pětifázovým procesem. Stejně tak se v České republice zavádí do ošetrovatelské praxe pětifázový proces, jehož jednotlivé fáze mají následující označení:

- zhodnocení/posuzování
- diagnostika
- plánování
- realizace
- vyhodnocení

4.1.1. Vysvětlení jednotlivých pojmů v ošetrovatelském procesu

Zhodnocení

V této fázi sestra provádí sběr informací a hodnotí zdravotní stav pacienta, přičemž hledá patologické procesy a rizikové faktory, jež mohou negativně ovlivnit jeho zdravotní stav. Sestra zajišťuje i silné stránky pacienta.

Diagnostika

Sestra analyzuje získaná data na jejichž základě stanoví existující i potenciální problémy, které zformuluje do jednotlivých ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelská diagnóza tvoří základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná. (12, 13)

Plánování

Plánování je proces, kdy sestra určí ošetrovatelské strategie a intervence s cílem prevence, redukce či eliminace pacientových zdravotních potíží, jež byly zjištěny a ověřeny během diagnostické fáze.

Realizace

Realizace představuje uvedení ošetrovatelských strategií, které byly zaznamenány v plánu ošetrovatelské péče do praxe. Je to ošetrovatelská činnost, která vede k dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů.

Vyhodnocení

V poslední fázi ošetrovatelského procesu hodnotíme, zda došlo k dosažení vytyčených cílů. Posoudíme reakci pacienta na ošetrovatelské zásahy a tyto reakce porovnáme se stanovenými normami, tedy výslednými kritérii. Poté dojde buď k ukončení ošetrovatelského procesu a to v případě nesplnění nebo jen částečného splnění cílů, nebo k revizi plánu péče. (12, 13)

4.1.2. Proč je důležitý ošetrovatelský proces pro práci sestry?

Profese sestry je velice náročná, ale současně i vzrušující a patří k těm profesím, ve kterých je schopnost řešení problémů rozhodující k dosažení úspěchů. Z tohoto důvodu s sebou ošetrovatelská péče v moderním pojetí přináší potřebu systémového přístupu a komplexního řešení problému. Bez takového přístupu dochází ke ztrátě prioritní potřeby člověka, vzniká kontradikce v postupu při diagnostických a terapeutických výkonech, nedostatky v komunikaci mezi členy lékařsko-ošetrovatelského týmu a mezi ošetřujícími a ošetřovanými, jejichž důsledkem je pak často dehumanizovaný přístup k ošetřovanému, upřednostňující bezchybně vykonaný zákrok nad uspokojováním komplexních tělesných, psychických, sociálních a jiných potřeb. (14)

Ošetrovatelské činnosti nelze realizovat jen podle naučených stereotypů ošetrovatelských činností a podle lékařských ordinací, nýbrž je potřebné dosáhnout takové ošetrovatelské péče, která komplexně zajistí veškeré potřeby ošetřovaného. Sestra systematicky shromažďuje informace o konkrétním pacientovi, na základě kterých může stanovit co nejpřesnější ošetrovatelskou diagnózu, ze které si určí cíle a priority výkonů a časové rozvržení ošetrovatelských aktivit v souladu s rozdělením aktivit ostatních účastníků.

Ošetrovatelský proces je základním kamenem vyspělého ošetrovatelství, který ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpět k nemocnému člověku. Realizace ošetrovatelského procesu a pozitivní zpětná vazba nemocných přináší sestře spokojenost a

zvyšuje její pracovní motivaci. Ošetrovatelský proces předpokládá, že se změní tradiční a zaběhaný způsob práce sester. Ačkoliv se ve světě ošetrovatelský proces používá jako základní metoda práce sester již více než čtyřicet let, u nás se jeho prvky začaly do ošetrovatelské praxe postupně zavádět teprve až v posledním desetiletí minulého století.

Pro realizaci ošetrovatelského procesu v praxi je také důležité, aby na pracovištích došlo ke změně v organizaci práce sester. Je nutné přejít od funkčního systému k takovým systémům ošetrovatelské péče, které nám umožní realizovat základní princip individualizované péče v ošetrovatelském procesu, tj. umožní navázání osobního vztahu mezi sestrou a pacientem i jeho rodinou, jelikož k tomu, aby sestra mohla naplánovat a zajistit kvalitní péči, musí nemocného velmi dobře poznat. (14)

4.2. Dokumentace

Zdravotnická dokumentace je záznamem, jenž obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, stejně jako informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o jiných významných okolnostech, které souvisejí se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče. Tento záznam má jak povahu písemnou, tak i obrazovou, zvukovou, elektronickou nebo jakoukoliv jinou myslitelnou. Dokumentace se vyskytuje v podobě analogové či digitální.

Je také třeba zodpovědět otázku, zda pacient má vždy jednu jedinou zdravotnickou dokumentaci, nebo je možné tvrdit, že pacient má vícero zdravotnických dokumentací.

Jde o skutečnost, kdy například jedna fakultní nemocnice, která se skládá z desítek klinik a oddělení, vede o konkrétním pacientovi jednu zdravotnickou dokumentaci, přičemž mají na každé klinice či oddělení, kterými tento pacient prošel, založen svůj vlastní chorobopis. Každý chorobopis je pouze částí jedné komplexní zdravotnické dokumentace. Na některých odděleních mohou mít i ambulantní karty a v laboratořích například souhrn výsledků provedených vyšetření.

4.2.1. K čemu slouží zdravotnická dokumentace?

Zdravotnická dokumentace slouží především pro potřeby zdravotnických pracovníků, kterým informace o osobě pacienta umožňují daleko lépe zvolit správnou diagnostickou a léčebnou strategii a taktiku ve snaze zvládnout vyskytující se zdravotní obtíže.

Zdravotnická dokumentace je taktéž zdrojem informací pro samotného pacienta, rekapitulující proměny jeho zdraví a poskytující přehled zdravotních výkonů, které mu byly provedeny. (15, 16)

Vyjma těchto základních účelů slouží zdravotnická dokumentace i jinak. Dnes čím dál více slouží jako důkazní prostředek při sporech zejména mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, ale také například mezi dvěma zdravotnickými zařízeními či zdravotnickými pracovníky.

Shodně slouží zdravotnická dokumentace při řešení různých stížností či připomínek ke kvalitě poskytnuté péče.

Nelze také opomenout fakt, že zdravotnická dokumentace je podkladem pro provádění auditů kvality poskytované zdravotní péče jak při provádění vnitřních hodnocení, tak při externích auditech realizovaných za účelem dosažení určité akreditace či certifikace.

V neposlední řadě zdravotnická dokumentace poskytuje data pro výzkum v oblasti lidského zdraví a pro odbornou zdravotnickou statistiku. (15,16)

4.3. Zásady vedení dokumentace

Pravdivost záznamů

Ačkoli se očekává, že záznamy v dokumentaci budou pravdivé, můžeme se setkat údaji, jež neodpovídají skutečnosti.

Je třeba uvědomit si fakt, že i jeden nepravdivý záznam vede ke znehodnocení celé zdravotnické dokumentace. Proto je nutné dodržovat časové údaje například o podaných lécích, nebo příchodu či odchodu pacienta.

Čitelnost záznamů

Nečitelnost záznamů, zejména ordinací, může vést k pochybení a následnému ohrožení pacienta.

Správná čeština v záznamech

Přesto, že jde v první řadě o pacienta, je nezbytné, aby záznamy ve zdravotnické dokumentaci byly vyhovující po jazykové stránce.

Doplňování dokumentace

Je důležité, aby záznamy byly průběžně doplňovány tak, jak se poskytuje péče. Záznam, který je doplněn až s odstupem několika dní, není validní.

Autorizace záznamů

Každý záznam musí mít podpis a jmenovku, to znamená, že je takzvaně autorizován. Jmenovkou se rozumí razítko s titulem a jménem sestry, nebo je možný záznam sestry tak, že jméno je napsáno čitelně hůlkovým písmem. Samotný podpis nebývá akceptován. (17)

5. Zdravotník a nemocný

5.1. Osobnost zdravotníka

Zdravotnické povolání patří z pohledu odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi náročná povolání. Náplní zdravotnického pracovníka je péče o nemocného člověka.

Ve zdravotnické práci je kladen důraz především na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným a stejně tak ke spolupracovníkům. Předpokládá se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a nasměrovat prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, jež se v životě naskytou. Všechny tyto požadavky kladou vysoké nároky na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní vyrovnanost.

Od zdravotnického pracovníka se očekává jistá míra sebekritiky a určitý profesionální odstup, který by měl jít společně s pochopením a soucitem s trpícím člověkem. Sebevýchova by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané, s dostatkem odborných znalostí k výkonu této zodpovědné profese. (18)

5.2. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Vzájemná důvěra a respekt by měly být hlavním pilířem vztahu mezi zdravotníkem a nemocným. To znamená, že zdravotníci by měli uznávat nemocného člověka ve všech jeho oblastech. Informace jako jsou anamnestické a diagnostické údaje, které zdravotničtí pracovníci získávají, musí být uchovány jako součást zdravotnické dokumentace. Zdravotnickým pracovníkům sice ukládá zákon povinnost mlčenlivosti, avšak mělo by být samozřejmostí, aby zdravotnický pracovník ctěl etický kodex svého povolání.

Mezi zdravotníkem a nemocným by měl vzniknout vztah, jež se odvíjí od obecného psychologického přístupu k nemocnému člověku. Zdravotník by měl ctít zásady profesionálního chování a měl by jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem. Tím, že zdravotník bude ctít zásady profesionálního chování a bude s pacientem jednat jako s rovnocenným partnerem, příznivě ovlivní další průběh léčebných zákroků. (18)

5.3. Profesionální chování zdravotnických pracovníků

Komunikace s nemocným je neopomenutelnou součástí profesionálního chování, které by každý zdravotník měl přijmout za své, a to již v průběhu profesionální přípravy.

Profesionálním chováním se rozumí taková forma projevu, která je typická pro specifickou profesi a jež se vyvíjela po celou dobu jejího trvání.

Chování dělíme na dvě základní formy: expresivní a adaptivní. Expresivní chování je přímým vyjádřením prožívání. Jedinec dává najevo emoce, které právě prožívá. Tyto emoce projevuje jak verbálně, tak i neverbálně.

Adaptivní chování, oproti expresivnímu chování, není v souladu s aktuálním psychickým stavem jedince, ba dokonce může být v rozporu. Jedná se o zvládnutý, upravený a stylizovaný projev. U zdravotníka je důležité, aby se v rámci své profese projevoval převážně adaptivně. Expresivní projev je na místě tehdy, jsou-li prožitky zdravotníka pozitivní, a to ve vztahu k nemocnému. Jedná se tedy o situaci, kdy lze předpokládat, že sdělením těchto pozitivních emocí vyvolá zdravotník u nemocného stejně příznivou odezvu. (19)

Shledáváme zde důležitý rozdíl v chování zdravotníka a nemocného. Zatímco zdravotník by se měl ve vztahu k nemocnému projevovat převážně adaptivně, nemocnému musí být umožněno chovat se expresivně a co víc, měl by být k tomuto chování podněcován.

Ze sociologického hlediska vyplývají tři zásadní rolové znaky: kolektivní orientace, univerzalismus a emocionální neutralita.

Kolektivní orientace znamená, že zdravotník musí při výkonu profese za každé situace upřednostňovat zájmy a potřeby nemocného před svými vlastními.

Univerzalismus představuje schopnost zdravotníků zaujmout svoji roli vůči všem pacientům a jejich rodinným příslušníkům, bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim.

Emocionální neutralita je schopnost ovládat vlastní emoce a podřídit je racionální kontrole. (19)

5.4. Komunikace s pacientem

Komunikace může být verbální nebo neverbální, vědomá či nevědomá. Je nezbytnou součástí našeho života. Pacienti mnohdy vyjadřují nespokojenost s komunikací během svého pobytu v nemocnici. Jde o to, že kvalita a množství poskytnutých informací není dostačující, informace mohou být následně zmatené a kontroverzní i tím, že pacienti je dostávají od různých zdravotnických pracovníků. Sestry mohou tím, že poskytnou správné informace, urychlit uzdravování a snížit počet komplikací a potřebu tlumit bolest.

Termín neverbální komunikace se používá k popisu forem takové lidské komunikace, která není řízena řečí, a sestry ji mohou terapeuticky využít. Například tím, že v praxi

použijeme relaxační techniky, můžeme aktivně zmírnit stres, či dotekem můžeme vyjádřit zájem a starost o pacienta. (20)

6. Sestra

6.1. Role sestry

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění i role sestry. Vynucuje si to nejen pokrok v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikají výrazně i nové poznatky společenských věd, zejména psychologie, pedagogiky, sociologie, etiky, stále větší uplatnění nachází i zdravotnická technika. Role sestry jsou určeny objektivními danostmi společnosti a jsou historicky podmíněné.

Jen málo profesí za poslední období prodělalo takové změny jako povolání sestry. Role sestry prošla složitým vývojem v minulosti, ale mění se i nadále. K dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče je zapotřebí, aby sestry získávali nové vědomosti a rozšířili spektrum poznatků, a to především ve vztahu k problémům, které obklopují a provázejí nemoc, zdraví jedince či skupiny. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, jež jsou horizontálně i vertikálně propojeny.

Sestra musí znát profesní roli, protože jen tehdy, když se s ní ztotožní, může na jedné straně vyloučit rigorózní akceptování pravidel chování a jednání a na druhé straně jejich porušování. (21)

6.2. Základní role sestry v moderním ošetrovatelství

Sestra - pečovatel

Tradičně je tato role spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Vedle toho sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční, tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.

Sestra - edukátor

V moderním ošetrovatelství je zdůrazňována také edukační činnost sestry, kterou se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, dále na rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikacím z omezeného pohybu člověka, případně na rozvoji sebeobslužných činností. Sestra jako edukátor tak pomáhá nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a na nácvičku potřebných praktických dovedností (např. ošetrování ran, aplikaci inzulínu, monitorování hladiny krevního cukru, atd.) (21)

Sestra - obhájce nemocného

V případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty.

Sestra - koordinátor

V plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči.

Sestra - asistent

Sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem apod. (21)

7. Pochybení a omyly

7.1. Situace v českém zdravotnictví

Jak rozsáhlým problémem jsou chyby a omyly českých zdravotníků? Jelikož v ČR v současné době neexistují studie, jež by se zabývaly touto problematikou, je nutné vycházet z publikací a výsledků výzkumu realizovaného v USA a dalších ekonomicky vyspělých zemích.

Data ze studie, která byla publikována v roce 2002 v „New England Journal of Medicine“ ukazují, že 40% všech hospitalizovaných pacientů má zkušenost s pochybením zdravotníků. Tyto zkušenosti se netýkají jen samotných pacientů, ale i členů jejich rodin nebo jejich přátel. Můžeme předpokládat, že stav v českých zdravotnických zařízeních je natolik odlišný, že výše uvedené údaje nelze v této zemi aplikovat? Jak vážná je záležitost pochybení v naší republice? Je možné, že bychom u nás dospěly ke zcela odlišným výsledkům? Výsledky studií uskutečněny v různých zemích světa se podstatně neliší, proto můžeme logicky říci „s největší pravděpodobností ne“.

V případě, že by tedy situace v České republice byla podobná jako v USA, Anglii či Austrálii, jednoduchým výpočtem zjistíme, že z počtu 2,2 milionů hospitalizovaných pacientů mohlo v roce 2 000 teoreticky zemřít v naší zemi více než 3 000 pacientů na následky medicínských omylů! (22)

7.2. Problémy ošetrovatelské praxe

Výsledky velice zajímavé studie publikoval v roce 2003 Tucker a Edmondson. Tito vědci sledovali 26 sester v 9 nemocnicích, uznávaných pro mimořádně kvalitní ošetrovatelskou péči, celých 240 hodin. Zajímalo je, kolik systémových problémů objeví v následujících kategoriích:

- Důležitá informace není k nalezení nebo je chybná.
- Medicínská technika nebo pomůcky jsou nepoužitelné nebo chybí.
- Prostoje vzniklé kvůli nepřipraveným lidem nebo technice.
- Požadavky na sestru z několika míst ve stejnou dobu

Výsledky ukázaly, že každá ze sledovaných sester ztratila v průběhu dne minimálně 35 minut následkem problémů ve výše uvedených kategoriích.

Také dokumentace, zvláště není-li vedena efektivně, odvádí sestru od důležitých úkolů, a zvyšuje tak pravděpodobnost pochybení. Podle výzkumů Smetzera (1996) průměrná sestra věnuje dokumentaci 13-28% svého času. Vzhledem k tomu, že sestry často časově

nezvládají své povinnosti, dokumentaci nechávají na konec směny a dokončují svou práci „neoficiálním“ přesčasem. (22)

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Problém, cíle a hypotézy

8.1. Problém

Požadavky na zvyšování kvality v oblasti ošetrovatelské péče neustále narůstají, ačkoli nejsou vždy vytvořeny vhodné podmínky pro jejich zajištění. Zdravotnickým pracovníkům přibývají nové úkoly, které musejí zvládnout. Důležitou součástí kvality jsou i finance, jež jsou potřebné například pro nové věcné vybavení, nebo pro navýšení počtu zdravotnických pracovníků, kteří jsou zapotřebí k zajištění ošetrovatelské péče. Zdá se, že je to bludný kruh.

Nelze tedy říci, že to, jak kvalitní péče bude pacientovi poskytována, záleží jen na poskytovateli této péče, ale záleží i na mnoha dalších faktorech.

8.2. Hlavní cíl

Mým hlavním cílem je zjistit prostřednictvím všeobecných sester, jaká je situace na standardních odděleních, zejména jaké faktory podporují nebo naopak znevýhodňují práci sester.

Domnívám se, že kvalita ošetrovatelské péče nezávisí jen na samotných sestřích, ale myslím si, že tato skupina dokáže odhalit slabá i silná místa v celkovém systému.

8.2.1. Dílčí cíle

Cíl 1

Zjistit, zda je na daném oddělení dostatek personálu, k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.

Cíl 2

Vyhodnotit, zda všeobecné sestry dostatečně využívají svůj čas ke kontaktu s pacientem.

Cíl 3

Zjistit spokojenost všeobecných sester s technickým a věcným vybavením na daném oddělení.

8.3. Hypotézy

8.3.1. Hypotézy vztahující se k cíli 1

H1

Na daném oddělení je dostatek personálu, k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.

H 2

Více než polovina respondentů by uvítala další pomocnou sílu na daném oddělení.

8.3.2. Hypotézy vztahující se k cíli 2

H3

Většina respondentů nevyužívá dostatečně svůj čas ke kontaktu s pacientem.

H 4

Většina respondentů věnuje více času administrativě než-li pacientovi.

8.3.3. Hypotéza vztahující se k cíli 3

H5

Více než polovina respondentů udává spokojenost s technickým i věcným vybavením na daném oddělení.

9. Metodika a realizace výzkumu

9.1. Metodika výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou formou dotazníků, které bylo určeno všeobecným sestřám na standardních odděleních.

Před uskutečněním vlastního výzkumného šetření, jsem provedla pilotní studii, která měla prověřit zda je dotazník dostatečně srozumitelný. Po ověření jasnosti a pochopitelnosti dotazníku, jsem začala s distribucí vlastního dotazníku. Do celkového výzkumného šetření jsem zahrнула i získaná data z pilotní studie.

Dotazník obsahuje 23 položek, z nichž 16 otázek je tvořeno polouzavřenou formou, 2 otázky jsou otevřené a 5 otázek je tvořeno uzavřenou formou.

první tři jsou spíše informativní a nevztahují se k žádné dané hypotéze. Otázky 4 - 11 se vztahují k první a druhé hypotéze. Ke třetí a čtvrté hypotéze se vztahují položky 12 - 18 a zbylé otázky slouží k ověření páté hypotézy.

Výzkumné šetření jsem prováděla během února a března roku 2013. Získané informace jsem zpracovala a zaznamenala do grafů.

9.2. Vzorek respondentů

Výzkumné šetření jsem po schválení prováděla v plzeňské městské nemocnici Privamed, a.s. a v Mulačově nemocnici, s.r.o.. Dotazníky jsem distribuovala mezi všeobecné sestry na následujících standardních odděleních: interna, neurologie, chirurgie, gynekologie, LDN.

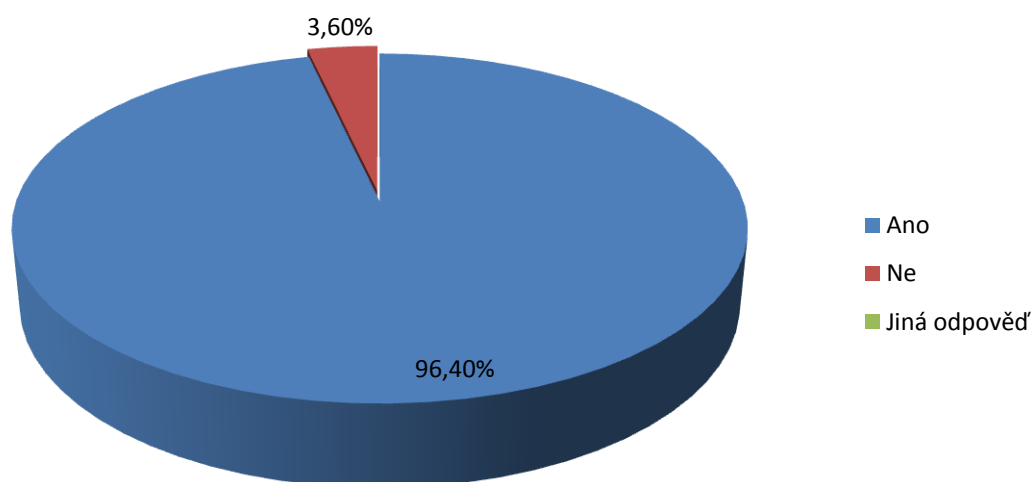
9.3. Analýza návratnosti dotazníků

Na výše uvedená oddělení jsem mezi všeobecné sestry rozdala celkem 100 dotazníků dotazníků, z nichž mi bylo navraceno 87 dotazníků, ze kterých jsem bohužel musela 3 vyřadit pro neúplnost dat. Celkově jsem tedy použila 84 dotazníků.

10. Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1: Je pro Vás kvalita hlavním kritériem v péči o pacienta?

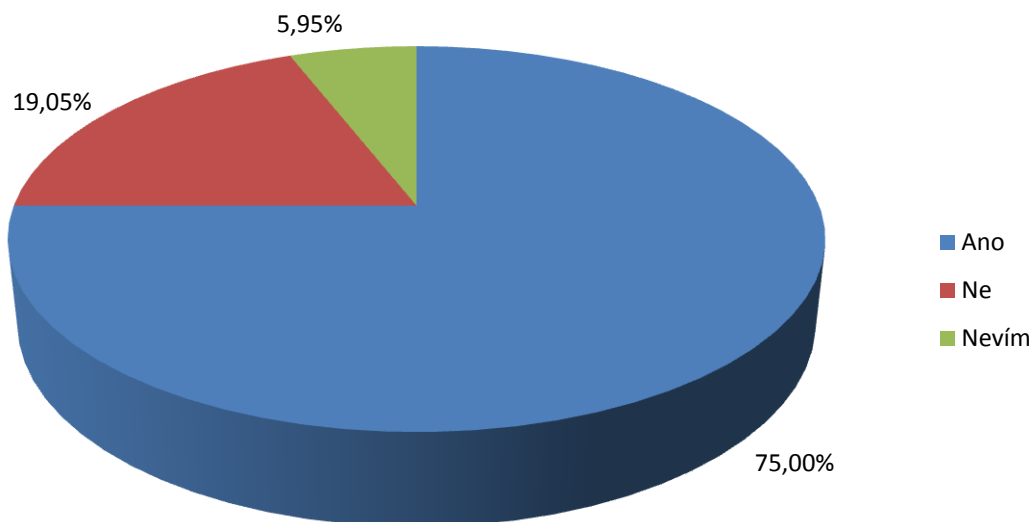
Graf 1: Kvalita jako hlavní kritérium pro sestry



Z grafu je patrné, že pro většinu všeobecných sester - 96,40%, má kvalita velký význam v péči o pacienta. Oproti tomu 3,60% respondentů, neuvádí kvalitu jako hlavní kritérium v péči o pacienty.

Otázka č. 2: *Myslíte si, že je na Vašem oddělení prováděna kvalitní péče?*

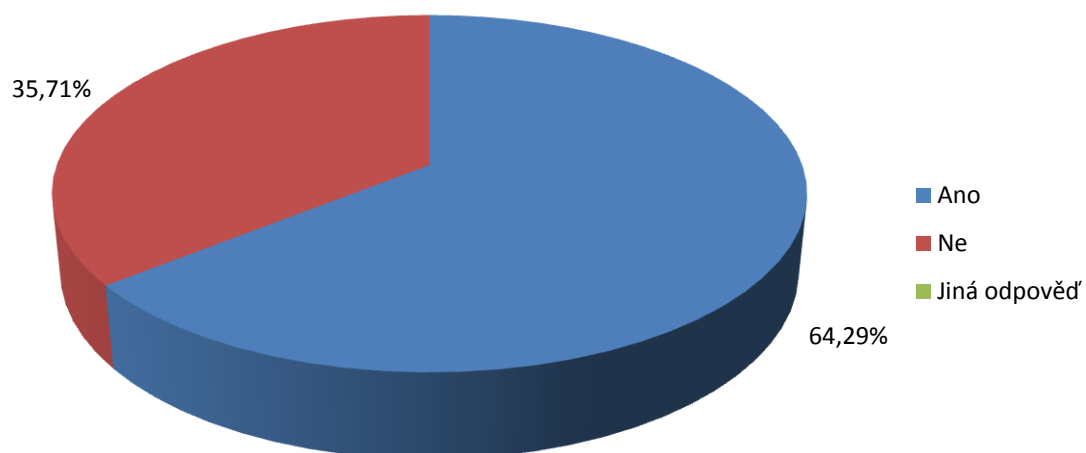
Graf 2: Povědomí sester o kvalitě poskytované na jejich oddělení



Je potěšující, že největší skupina respondentek- 75,00 % uvedla, že na jejich oddělení je prováděna kvalitní péče. 19,05 % respondentek si myslí, že na daném oddělení není prováděna kvalitní péče a zbylých 5,95 % respondentek neví, zda je péče na daném oddělení prováděna kvalitně.

Otázka č.3: *Jste spokojen% s chodem Vašeho oddělení?*

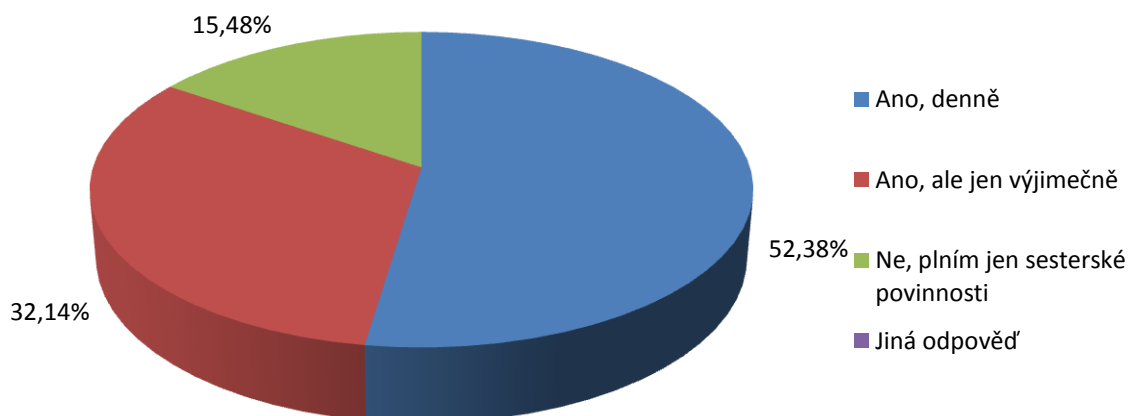
Graf 3: Spokojenost všeobecných sester na daném oddělení



S chodem oddělení je spokojeno 64,29 % respondentek, zatímco nespokojených je 35,71%, žádný z respondentů, tedy 0%, nezadal jinou odpověď.

Otázka č.4: *Provádíte jako sestra i činnosti, které jsou mimo Vaši kvalifikaci?*

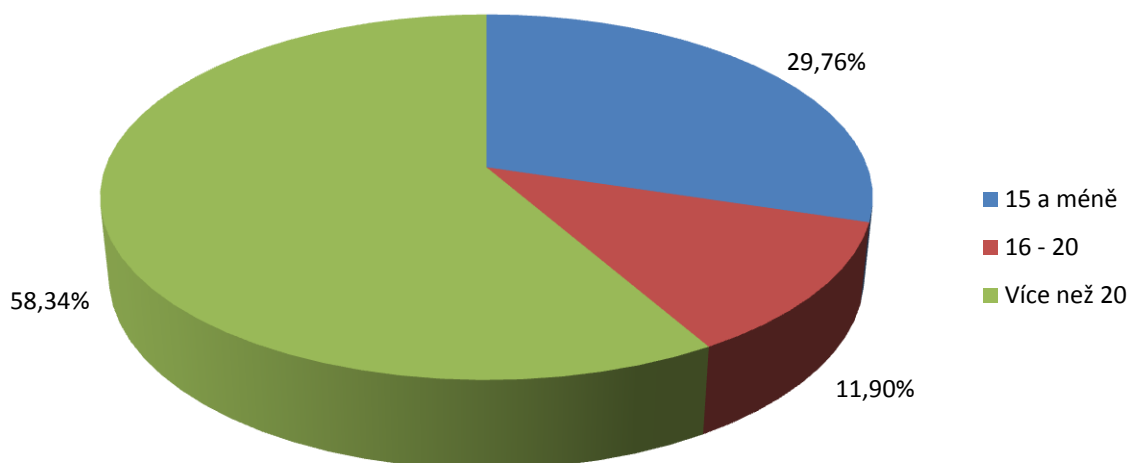
Graf 4: Činnosti sester, které nespádají do jejich kvalifikace



Až 52,38 % respondentek odpovědělo, že plní denně činnosti, které jsou mimo jejich kvalifikaci. Výjimečně provádí tyto činnosti 32,14 % respondentek a jen 15,48 % respondentek plní výhradně sesterské povinnosti.

Otázka č.5: *Kolik lůžek poskytuje Vaše oddělení?*

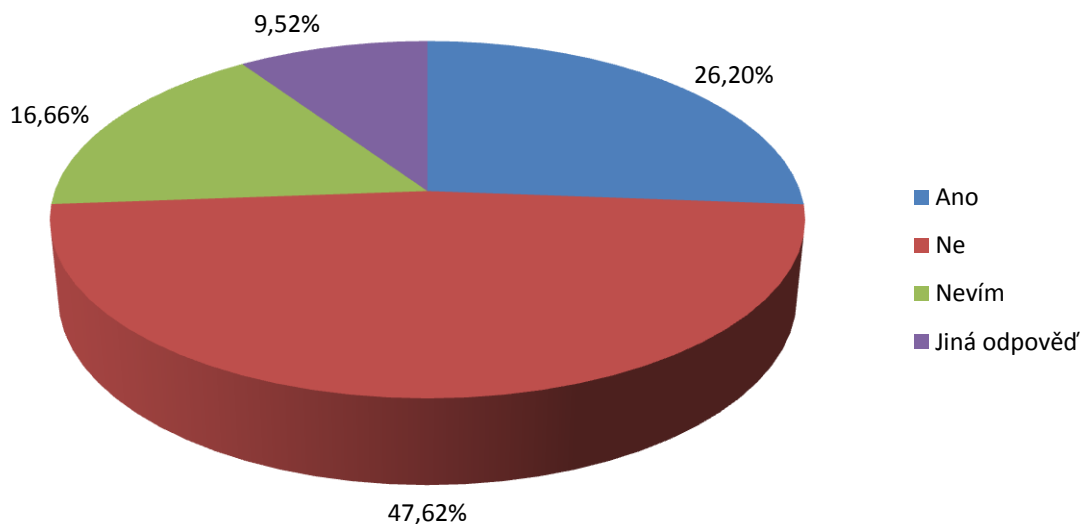
Graf 5: Počet lůžek na oddělení



Nejvíce respondentek - 58,34 % pracuje na oddělení, kde je více než 20 lůžek. Další skupina respondentek - 29,76 % pracuje na oddělení, kde je 15 lůžek a méně. A nejmenší část na tomto grafu tvoří skupina respondentek - 11,90 %, která pracuje na oddělení, kde je 16 - 20 lůžek.

Otázka č.6: *Domníváte se, že v případě naplnění kapacity Vašeho oddělení, je možné zajistit kvalitní péči všem pacientům?*

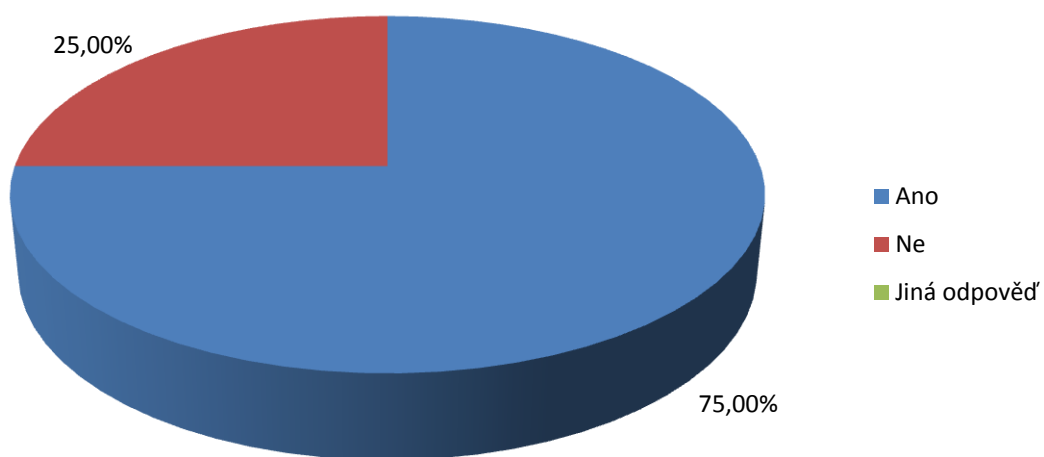
Graf 6: Zajištění kvalitní péče při naplnění kapacity oddělení



Skupina respondentek - 47,62 % se domnívá, že v případě naplnění kapacity jejich oddělení nebude možné zajistit všem pacientům kvalitní péči. 26,20 % respondentek si myslí, že takovou péči zajistit lze, 16,66 % respondentek odpovědělo, že neví a 9,59 % respondentek zvolilo jinou odpověď, kde shodně, ačkoli v jiné formulaci uvádí, že záleží na stavu pacientů.

Otázka č.7: *Souhlasíte s tvrzením, že s větším počtem nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NZP), by sestra měla více času na svoji práci?*

Graf 7: Počet NZP, pro větší časový prostor sester



Poměrně velkou skupinu - 75,00 % tvoří respondentky, které souhlasí s tím, že v případě většího počtu NZP, by sestra měla více času na svoji práci. Avšak 25,00 % s tímto tvrzením nesouhlasí. Jiná odpověď nebyla zvolena žádnou z respondentek, tudíž výsledek je 0 %.

Otázka č.8: *Doplňte, kolik sester na Vašem oddělení připadá na následující směny: denní a noční*

Tabulka 8: Počet sester na denní a noční směnu

Denní směna	4	5	2 - 3	2
Noční směna	1	2	2	1
Výsledek	14,29 %	2,39 %	66,66 %	16,66%

Vzhledem ke složitosti tohoto rozčlenění, jsem zvolila tabulku pro větší přehled. Je patrné, že nejvíce respondentek - 36,90 % pracuje na denní směně ve 2 - 3 sestřích, přičemž 2 sestry připadají na noční směnu. 29,76 % respondentek slouží na denní směně ve 3 sestřích a na noční ve 2. 16,66 % respondentek odpovědělo, že na denní slouží 2 sestry a na noční 1. Další skupinou - 14,29 % jsou respondentky, kde jsou na denní směně přítomny až 4 sestry a na noční směně 1. Na denní směnu připadá 5 sester a na noční 2, a to u poslední skupiny respondentek, kde výsledek činí 2,39 %.

Otázka č.9: *Doplňte, kolik NZP připadá na Vašem oddělení na následující směny: denní a noční*

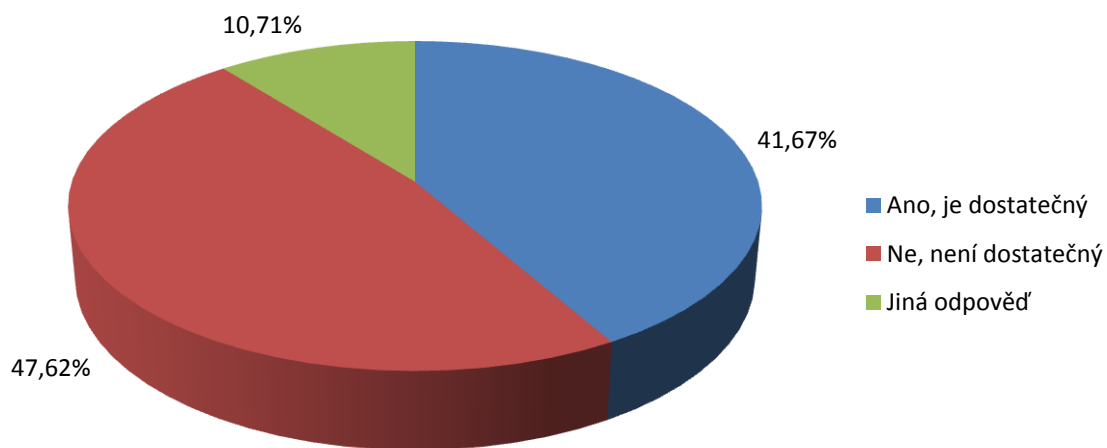
Graf 9: Počet NZP na denní a noční směnu

Denní směna	1	2 - 3
Noční směna	1	1
Výsledek	38,10 %	61,90 %

Opět pro větší přehled je znázorněna tabulka s výsledky. Až 61,90 % tvoří skupina, kde jsou na denní směně přítomny 2 -3 NZP a na noční směně 1. Menší skupina je pak ta, kde na denní směnu připadá 1 NZP a na noční též 1, což činí 38,10 %. V obou případech je na noční směně 1 NZP.

Otázka č.10: *Je podle Vás počet pracovníků na denní směně dostatečný?*

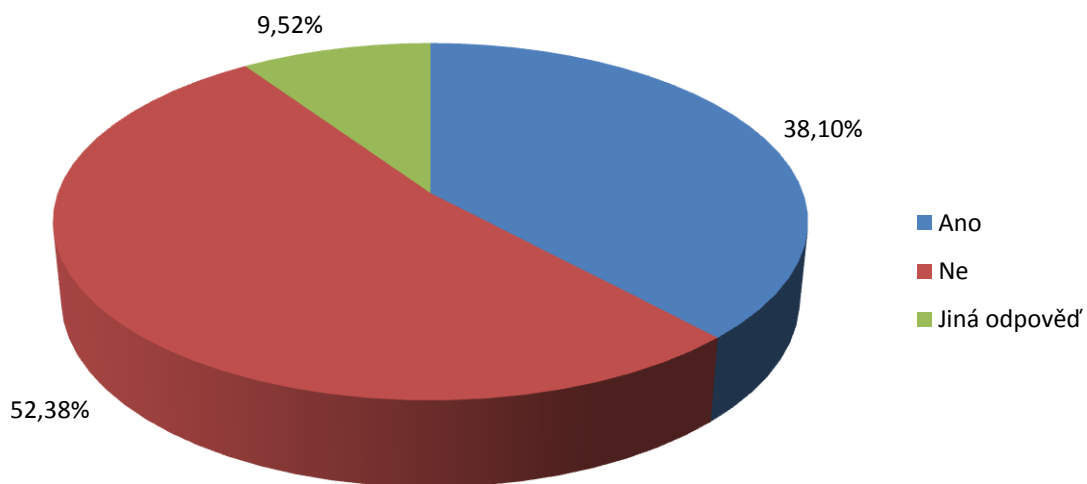
Graf 10: Přijatelnost celkového počtu pracovníků na denní směně



Podle jedné skupiny dotazovaných - 47,62 %, není počet pracovníků na denní směně dostatečný. Další skupina dotazovaných - 41,67 % odpověděla, že počet pracovníků na denní směně je dostatečný. A 10,71 % dotazovaných zvolilo jinou odpověď, z čehož 5,95% udává, že záleží na stavu pacienta a zbylých 4,76 % uvedlo odpověď: Jak kdy.

Otázka č.11: *Myslíte si, že je zapotřebí, aby na noční směně bylo přítomno více pracovníků?*

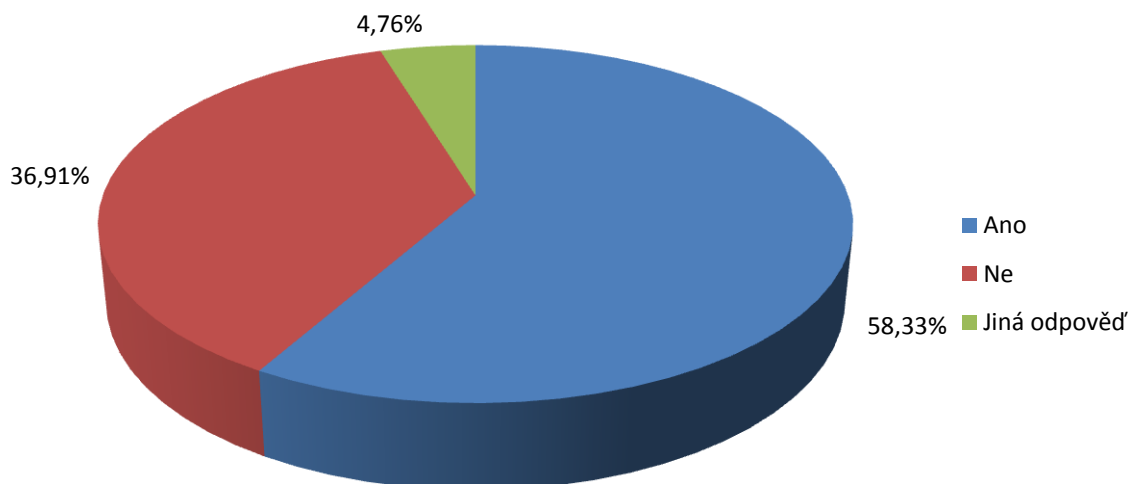
Graf 11: Přijatelnost celkového počtu pracovníků na noční směně



Z celkového počtu udává 52,38 % respondentek, že není zapotřebí, aby na noční směně bylo přítomno více pracovníků. Opačného názoru je 38,10 % respondentek a 9,52 zvolilo odpověď jinou, a to takovou, že občas je to zapotřebí.

Otázka č.12: *Myslíte si, že jste v dostatečném kontaktu se svými pacienty?*

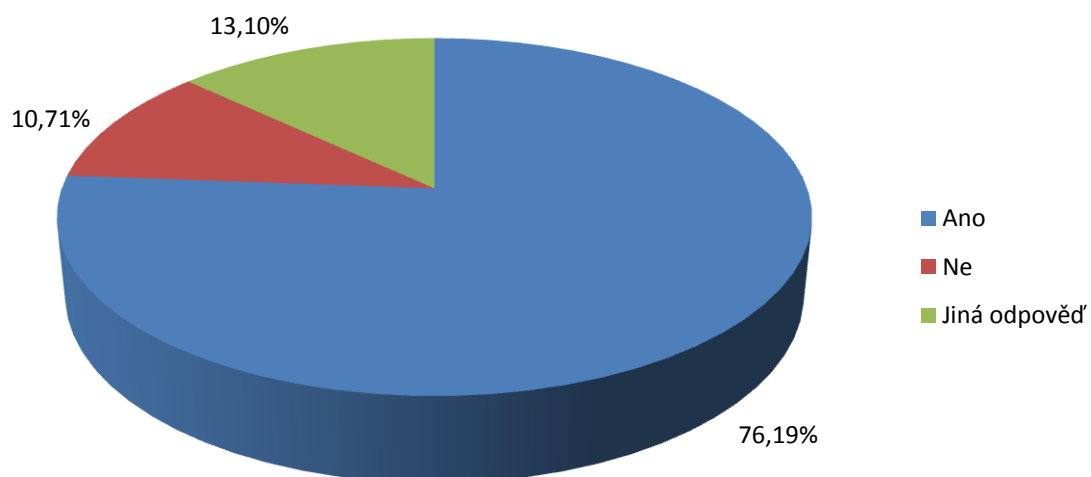
Graf 12: Dostatečnost kontaktu s pacienty



Většina respondentek tj. 58,33% odpověděla, že je v dostatečném kontaktu se svými pacienty. 36,91 % respondentek naopak odpovědělo, že nejsou v dostatečném kontaktu s pacienty. Poslední skupinu tvoří 4,76 % respondentek, které zvolily jinou odpověď, z nichž 2,38 % zadalo odpověď: Jak kdy, 1,19 % respondentek zadalo odpověď: Jen všední dny, o víkendech vůbec a posledních 1,19 % respondentek odpovědělo: Záleží na stavu pacienta.

Otázka č.13: *Chodíte za svými pacienty i přesto, že oni sami o nic nežadají?*

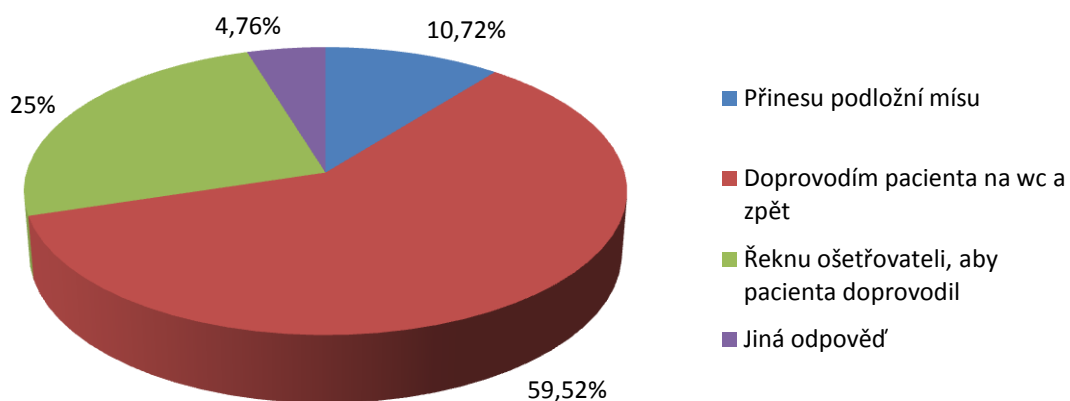
Graf 13: Kontrola pacientů sestrami



Největší procento - 76,19%, tvoří skupina respondentek, která odpověděla, že za svými pacienty chodí i přesto, že pacienti sami o nic nežadají. 10,71 % respondentek uvedlo, že za pacienty nechodí, pokud o nic nežadají. 13,10 % respondentek uvedlo odpověď jinou. V posledním případě se odpovědi shodují. Respondentky uvádějí, že záleží na časovém prostoru, zda je dostatečný. Pakliže je, za pacientem chodí.

Otázka č.14: *Pacient, který potřebuje pomoc při přesunu, potřebuje na wc, jak se zachováte?*

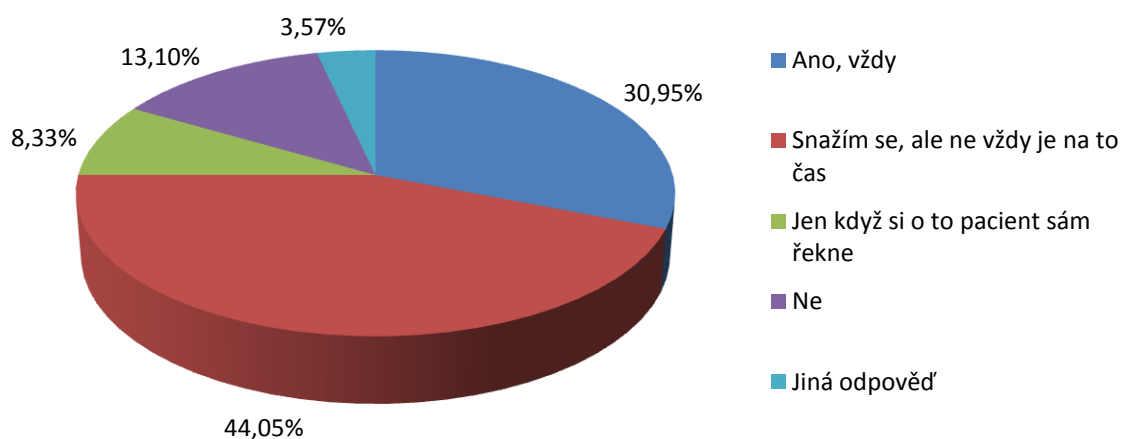
Graf 14: Způsob jakým sestry pacientovi vypomůžou



Nejvíce dotazovaných - 59,52 % označilo odpověď, že doprovodí pacienta na wc a zpět. 25 % dotazovaných by oslovilo ošetřovatele, aby pacienta doprovodil. 10,72 % dotazovaných by pacientovi přineslo podložní mísu a 4,76 % dotazovaných zvolilo vlastní odpověď, z které vyplývá, že záleží opět na časovém prostoru.

Otázka č.15: *Když přijímáte pacienta, ukážete mu vždy oddělení? (pokud to stav pacienta dovoluje)*

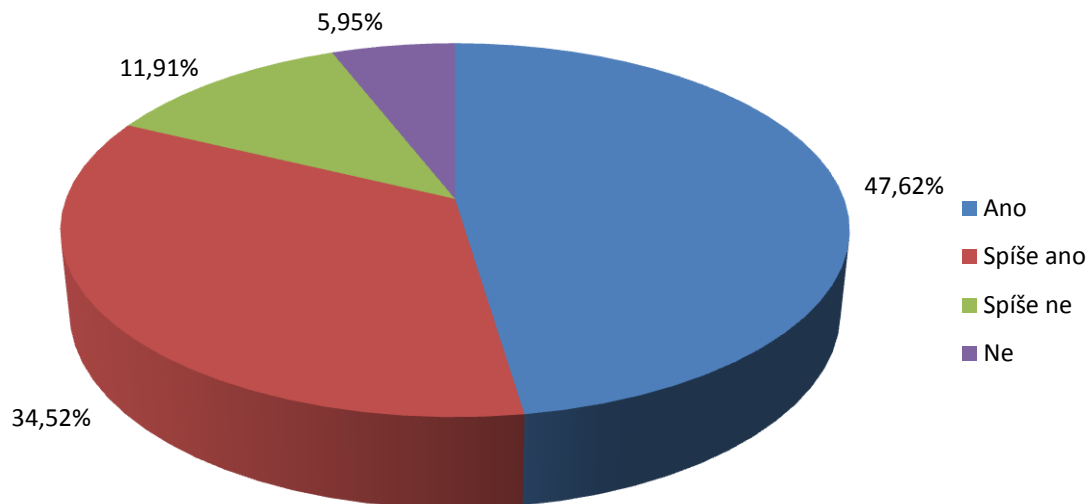
Graf 15: Provedení pacienta po oddělení při příjmu



Největší část grafu - 44,05% představuje odpověď, kdy se respondentky snaží pacienta provést po oddělení při příjmu, avšak ne vždy je na to čas. 30,95 % vždy pacienta při příjmu provede po oddělení. Menší počet respondentek označilo odpověď, kdy sestra pacienta neprovede při příjmu po oddělení. 8,33 % respondentek provede pacienta při příjmu po oddělení, pokud si o to pacient sám požádá. Poslední skupina dotazovaných - 3,57 % zvolila jinou odpověď, kde znovu poukazuje na časový prostor.

Otázka č.16: *Myslíte si, že dokumentace na Vašem oddělení je přehledná?*

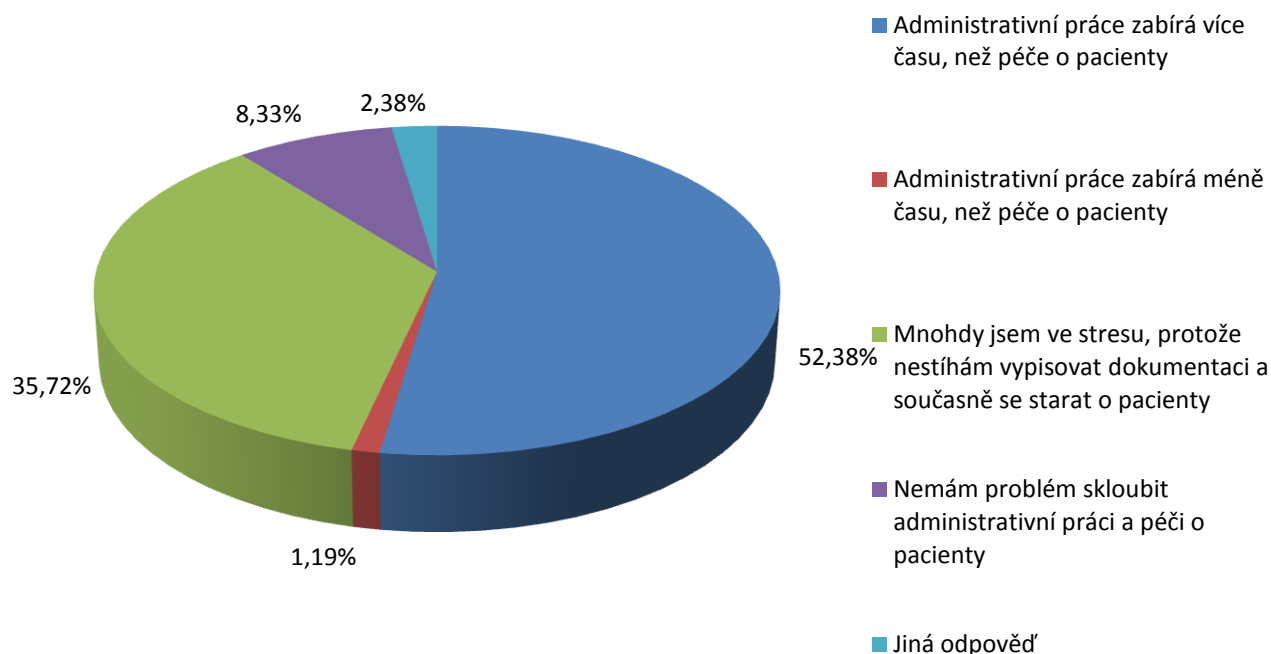
Graf 16: Přehlednost dokumentace na oddělení



Méně než polovina, tedy 47,62% dotazovaných odpověděla, že dokumentace na jejich oddělení je přehledná. 34,52% dotazovaných je spíše spokojena s dokumentací, která je u nich vedena. Spíše nespokojených respondentek s dokumentací je 11,91 %. Nejmenší část tvoří nespokojenost s dokumentací, tedy 5,95 % respondentek.

Otázka č.17: *Zakroužkujte odpověď, se kterou nejvíce souhlasíte:*

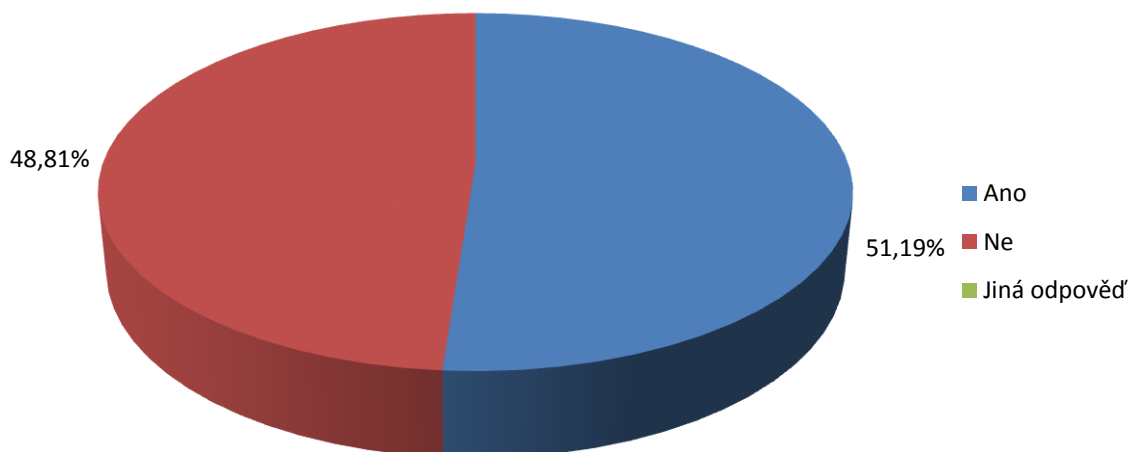
Graf 17: Nejvíce souhlasná odpověď



Nejvíce dotazovaných - 52,38 % souhlasilo s odpovědí, kdy administrativní péče zabírá více času, než péče o pacienty. Až 35,72 % dotazovaných je mnohdy ve stresu, protože nestíhají současně administrativní práci a péči o pacienta. Jen 8,33 % označilo odpověď, kdy sestra nemá problém skloubit zároveň administrativní práci a péči o pacienta. 2,38 % dotazovaných zadalo jinou odpověď, tyto odpovědi byly psány v odlišném znění, ale z obou vyplynulo, že dotazovaní mají pocit, že v dnešní době je administrativní činnost důležitější než péče o pacienta. 1,19 % dotazovaných uvedlo, že administrativní činnost zabírá méně času, než péče o pacienta.

Otázka č. 18: *Přepisujete ordinace, které musíte splnit, z dokumentace jinam?*

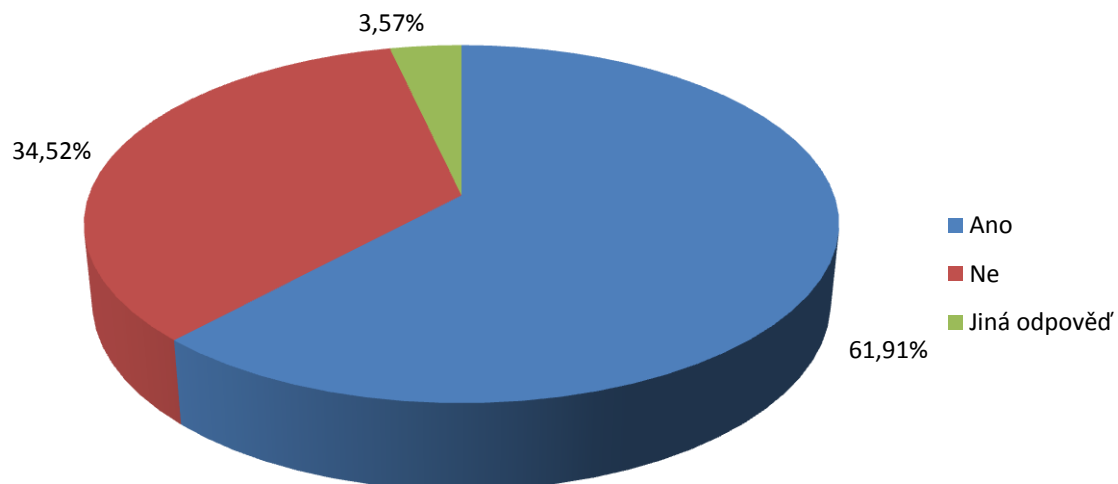
Graf 18: Přepisování ordinací z dokumentace



51,19 % dotazovaných nepřepisuje ordinace na jiné místo, oproti tomu 48,81 % dotazovaných udává, že ordinace přepisují. Jiná odpověď nebyla zvolena žádnou z dotazovaných, tudíž činí 0 %.

Otázka č.19: *Jste spokojen/a s kvalitou zdravotnického materiálu na Vašem oddělení?*

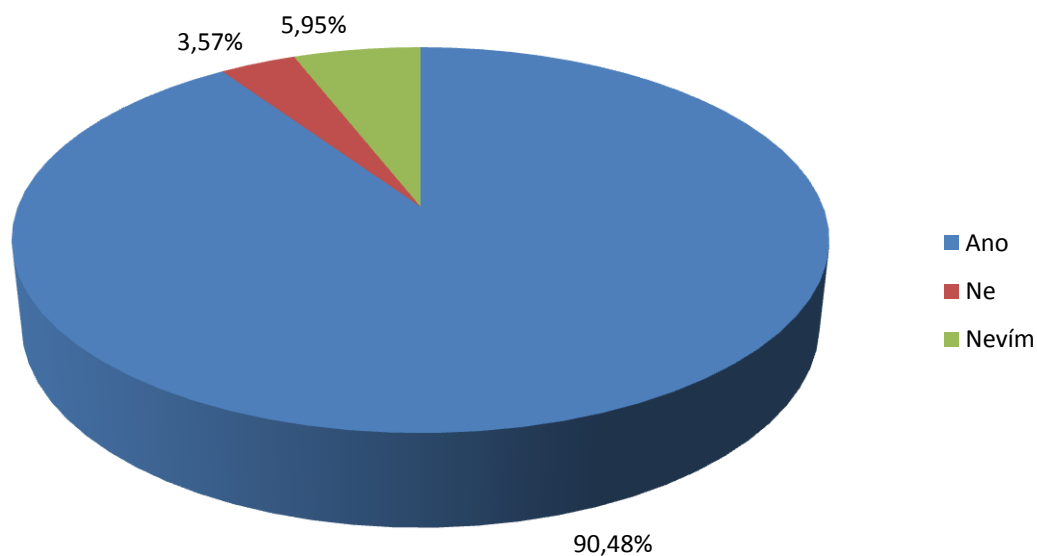
Graf 19: Spokojenost všeobecných sester s kvalitou zdravotnického materiálu



Více než polovina dotazovaných - 61,91 % je spokojena s kvalitou zdravotnického materiálu na svém oddělení. Nespokojenost s kvalitou zdravotnického materiálu označilo 34,52 %. Jinou odpověď zvolilo 3,57 % dotazovaných, ty uvedly, že spokojené jsou částečně.

Otázka č.20: *Myslíte si, že se vyplatí investovat do dražšího, ale za to kvalitnějšího zdravotnického materiálu?*

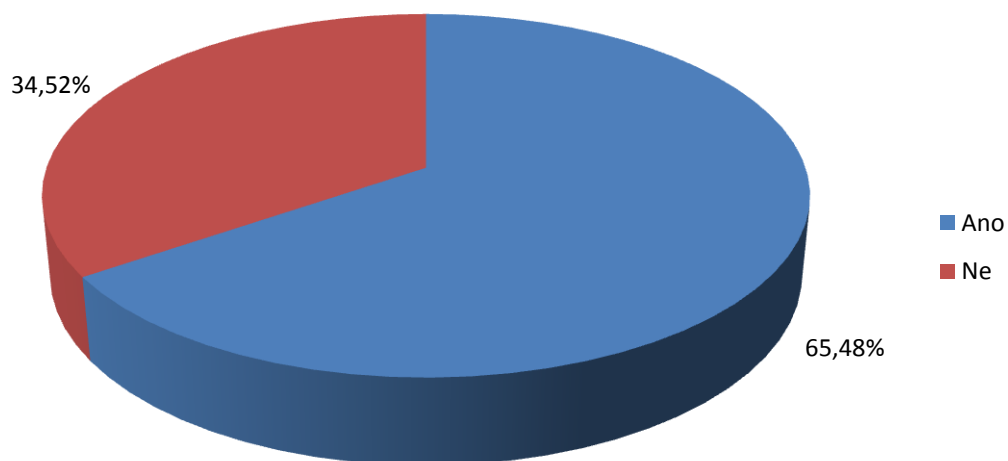
Graf 20: Investice do dražšího, ale kvalitnějšího materiálu



Zde velmi převažuje názor, že by se vyplatilo investovat do dražšího, ale za to kvalitnějšího materiálu, tento názor sdílí až 90,48% dotazovaných. 5,95 % dotazovaných označilo odpověď: Nevím. A 3,57 % dotazovaných není toho názoru, že by se vyplatilo investovat do dražšího, ale kvalitnějšího zdravotnického materiálu.

Otázka č.21: *Vyhovuje Vám současné technické vybavení na oddělení? (EKG, tonometry...)*

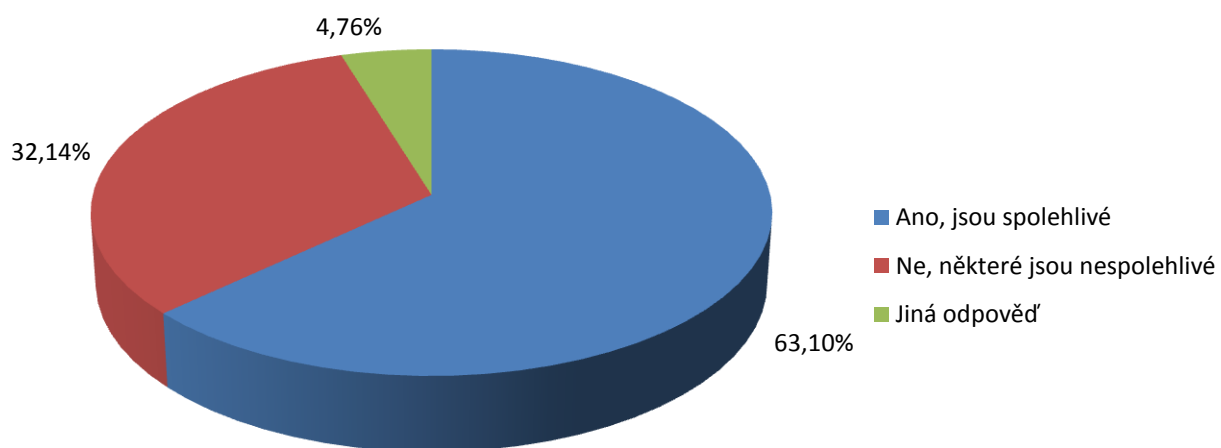
Graf 21: Přijatelnost současného technického vybavení na oddělení



Pro 65,45% dotazovaných je současné technické vybavení vyhovující, na rozdíl od 34,52% dotazovaných, pro které je toto vybavení nevhovující.

Otázka č. 22: Jsou přístroje na Vašem oddělení spolehlivé?

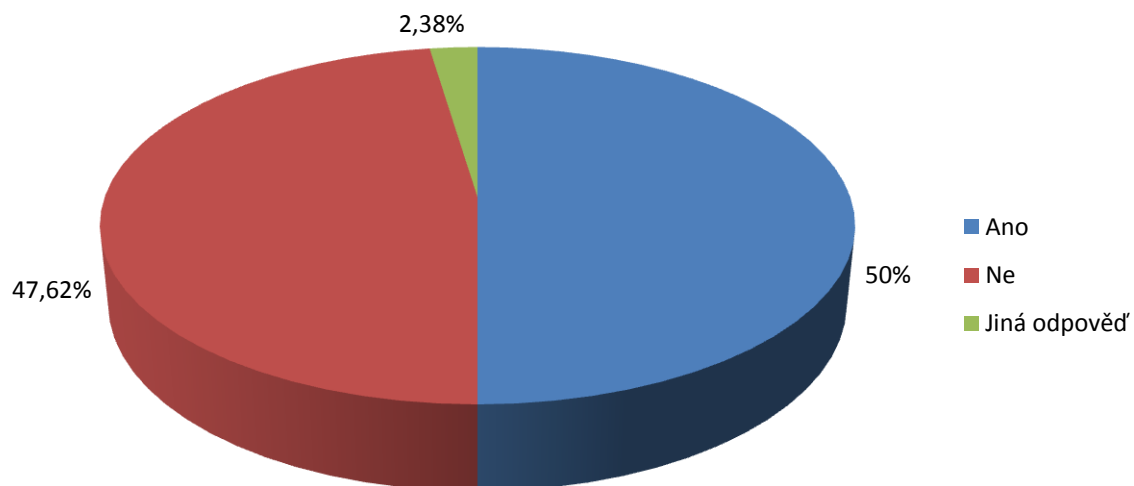
Graf 22: Spolehlivost přístrojů



Pro více než polovinu dotazovaných - 63,10 % jsou přístroje spolehlivé. Nespolehlivé se zdají být pro 32,14 % dotazovaných. 4,76 % respondentek zvolilo vlastní odpověď, z nichž 2,38 % udává, že digitální teploměry jsou nepřesné a zbylé 2,38 % udávají odpověď: Spíše ano.

Otázka č. 23: *Myslíte si, že se na Vašem oddělení šetří např. jednorázovými pomůckami na úkor pacienta?*

Graf 23: Šetření jednorázovými pomůckami na úkor pacienta



Přesně polovina dotazovaných, tedy 50% si myslí, že se na jejich oddělení šetří jednorázovými pomůckami na úkor pacienta. 47,62% se domnívá, že se takto na jejich oddělení nešetří jednorázovými pomůckami. Zbýlých 2,38% dotazovaných uvedla jako jinou odpověď: Někdy.

Diskuse

Cílem mé práce bylo zjistit, v čem spočívají silné a slabé stránky práce sester na standardním oddělení. Zaměřila jsem se především na personální obsazení, využívání času sester ke kontaktu s pacientem a na spokojenost sester s materiálním a věcným vybavením.

Ačkoli jsem našla práce, které se zabývali kvalitou ošetrovatelské péče, nenašla jsem výsledky, které bych mohla porovnat s těmi svými. Každá z těchto prací se specializovala na určitou oblast kvality, která není předmětem mého zkoumání. Avšak vyhledala jsem jeden literární pramen (21) z roku 2005, se kterým alespoň některé výsledky mohu porovnat. Tato publikace je mimo jiné zaměřena i na problémy ošetrovatelské praxe a byla provedena v USA, Pensylvánii.

V praktické části jsem stanovila jeden hlavní cíl, z něhož vycházejí tři dílčí výzkumné cíle. První dva cíle jsou podloženy dvěma hypotézami a třetí cíl je podložen jednou hypotézou.

Hypotéza č. 1: *Na daném oddělení je dostatek personálu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.*

K této hypotéze se vztahují otázky č. 4, 5 a 6. V otázce číslo 4 odpovídají všeobecné sestry na otázku, zda kromě sesterské práce vykonávají i práci jinou, tedy mimo jejich kvalifikaci, přičemž 52,38 % dotazovaných odpovědělo, že tyto činnosti vykonávají denně. Jen výjimečně vykonává práci mimo svou kvalifikaci 32,14 % všeobecných sester a 15,48 % dotazovaných plní jen své sesterské povinnosti.

Ze studie v Pensylvánii, které se zúčastnilo více než 50 % sester vyplynulo, že 35% sester muselo občas vykonávat úklidové práce a 42% sester se podílelo na roznášení nebo uklízení jídelních táců.

Na otázku č. 6: *Domníváte se, že v případě naplnění kapacity Vašeho oddělení, je možné zajistit kvalitní péči všem pacientům*, odpovědělo 47,62 % dotazovaných sester, že ne. Dalších 26,20 % se domnívá, že v takové situaci jsou schopni zajistit kvalitní péči všem pacientům. 16,66 % všeobecných sester nedokáže říci, zda by to bylo možné a zvolili odpověď *Nevím*. Jen 9,52 % dotazovaných zvolilo jinou odpověď, která se u všech shodovala na tom, že záleží na stavu pacientů.

První hypotéza byla vyvrácena. Z výsledků je patrné, že s větším počtem personálu by sestry měly více času na to, aby vykonávaly jen svou práci a více se věnovali potřebám pacientů.

Hypotéza č. 2: *Více než polovina respondentů by uvítala další pomocnou sílu na daném oddělení.*

Do této hypotézy jsou zahrnuty otázky č. 7, 8, 9, 10 a 11. S tvrzením, že s větším počtem nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NZP), by sestra měla více času na svoji práci, souhlasilo až 75% dotazovaných a nesouhlasilo 25%.

U otázky č.8 bylo vyžadováno, aby respondentky doplnili, kolik sester připadá na jejich oddělení na denní a noční směnu. Z výsledků vyplynulo, že nejčastější skladba všeobecných sester na oddělení, je 2 - 3 sestry na denní směnu a 2 sestry na noční. I otázka č. 9 byla doplňovací, s tím rozdílem, že respondentky doplnili počet NZP, kteří na daném oddělení připadají na denní a noční směnu. Největší podíl - 61,90 % získala skladba NZP, kdy na denní směnu připadají 2 - 3 a na noční směnu 1.

Na otázku č. 10: *Je podle Vás počet pracovníků na denní směně dostatečný?* Odpovědělo 41,67 % dotazovaných, že je dostatečný, oproti tomu 47,62 %, že počet pracovníků není dostatečný a zbylých 10,71 % dotazovaných odpovědělo, že počet pracovníků na denní směně je dostatečný jak kdy.

U otázky č. 11, získala největší podíl - 52,38 % odpověď *Ne*, což znamená že není zapotřebí, aby na noční směně bylo přítomno více pracovníků. 38,10 % dotazovaných si myslí, že je zapotřebí, aby na noční směně bylo přítomno více pracovníků a 9,52 % dotazovaných si myslí, že je to zapotřebí jen občas.

Druhá hypotéza se potvrdila. Ze strany respondentů by byla další pomocná síla vítána.

Hypotéza č. 3: *Většina respondentů nevyužívá dostatečně svůj čas ke kontaktu s pacientem.*

K této hypotéze se vztahují otázky č. 12, 13, 14 a 15. U otázky č. 12 zvolilo 58,33 % dotazovaných, že jsou v dostatečném kontaktu se svými pacienty. 36,91 % všeobecných sester se domnívá, že není v dostatečném kontaktu se svými pacienty a 4,76% zvolilo jinou odpověď. Ze 4,76 % udává 2,38 % dotazovaných, že v dostatečném kontaktu se svými pacienty jsou *Jak kdy*. 1,19% dotazovaných zvolilo odpověď, že v dostatečném kontaktu s pacienty jsou jen ve všední dny, o víkendu tento kontakt dostatečný není. Posledních 1,19 % dotazovaných zvolilo odpověď, kdy záleží na stavu pacienta. Pokud je například jeden pacient ve vážném stavu, už není čas věnovat dostatek času ostatním pacientům.

Na otázku č. 13: *Chodíte za svými pacienty i přesto, že oni sami o nic nežádají?*, odpovědělo 76,19% dotazovaných, že ano. Opoověď *Ne*, zvolilo 10,71 respondentek a zbylých 13,10% respondentek odpovědělo, že záleží na tom, zda je dostatek časového prostoru.

U otázky č. 14, bylo po všeobecných sestrách vyžadováno, aby zaškrtnuli odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňují. Jednalo se o reakci sestry na potřebu pacienta. Více než polovina dotazovaných, tedy 59,52 %, by doprovodila pacienta na wc a zpět. Tuto práci by sestry delegovaly na ošetřovatele ve 25 % případů. Dalších 10,72 % by pacientovi doneslo podložní mísu a zbylých 4,76 % udávalo závislost na časovém prostoru.

Otázka č. 15 se zabývala příjmem pacienta, konkrétně provedením pacienta po oddělení sestrou. Nejvíce procent, tj. 44,05 % získala odpověď, kdy se sestry snaží pacienta po oddělení provést, avšak ne vždy se najde dostatek času pro tuto činnost. Vždy seznámí pacienta s oddělením 30,95 % sester a 8,33 % sester je ochotno ukázat pacientovi oddělení, pokud si o to sám požádá. Zbylých 3,57 % dotazovaných odkazuje opět na význam časového prostoru.

Hypotéza č. 3 byla vyvrácena. Podle výsledných čísel, všeobecné sestry dostatečně využívají svůj čas ke kontaktu s pacientem.

Hypotéza č. 4: Většina respondentů věnuje více času administrativě než-li pacientovi.

S touto hypotézou souvisejí otázky č. 16, 17 a 18. Položka č. 16 se zabývá otázkou, zda si dotazované myslí, že jejich dokumentace na oddělení je přehledná. Pro 47,62 % dotazovaných je dokumentace přehledná. Spíše přehledná je dokumentace pro 34,52 %. Pocit, že dokumentace na daném oddělení je nepřehledná, má 11,91 % respondentek. A pro 5,95 % není dokumentace přehledná.

U otázky č. 17 byly respondentky vyzvány k tomu, aby zaškrtnuli odpověď, se kterou nejvíce souhlasí. Až 52,38 % všeobecných sester označilo odpověď, kdy administrativní práce zabírá více času, než péče o pacienta. Následujících 35,72 % dotazovaných sester zvolilo odpověď, že jsou mnohdy ve stresu, protože nestíhají vypisovat dokumentaci a současně se starat o pacienty. Jen pro 1,19 % dotazovaných je administrativní práce časově méně náročná, než péče o pacienta. Skloubit administrativní práci s péčí o pacienty nemá problém 8,33 % dotazovaných. Zbylých 2,38 % respondentek volilo vlastní odpověď, kde se vyjadřují, že v dnešní době se zdá být administrativní práce důležitější, než sám pacient.

Hypotéza č. 4 se potvrdila. Většině dotazovaných se zdá, že administrativní práce je časově náročnější a tím pádem se sestry nestíhají věnovat pacientovi tolik, jak by si přály.

Hypotéza č. 5: *Více než polovina respondentů udává spokojenost s technickým i věcným vybavením na daném oddělení.*

S touto hypotézou souvisí zbylé otázky č. 19, 20, 21, 22 a otázka č. 23. Na otázku, zda jsou sestry spokojeny s kvalitou zdravotnického materiálu na jejich oddělení, nám odpovídá 19. položka v dotazníku.

S kvalitou zdravotnického materiálu udávalo spokojenost až 67,91 % dotazovaných. Nespokojeno bylo 34,52 % respondentek a 3,57 % udávalo jen částečnou spokojenost

Položka č. 20 se zabývá otázkou, zda se vyplatí investovat do dražšího, ale za to kvalitnějšího materiálu. Až 90,48 % dotazovaných se domnívá, že se tato investice vyplatí a jen 3,57 % dotazovaných si myslí opak. Zbylých 5,95 % respondentek neví, zda by se tato investice vyplatila.

U otázky č. 21, je technické vybavení na oddělení vyhovující pro 65,48 % dotazovaných sester. Oproti tomu je toto vybavení nevyhovující pro 34,52 % dotazovaných sester.

22.položka v dotazníku se zabývá otázkou, zda jsou přístroje na daných odděleních spolehlivé. Potěšující je, že pro 63,10 % dotazovaných sester jsou tyto přístroje spolehlivé. Nespolehlivost těchto přístrojů udává 32,14 % všeobecných sester. Spíše spolehlivé jsou přístroje pro 4,76 % respondentek.

Poslední, tedy 23.otázka zněla: *Myslíte si, že se na Vašem oddělení šetří např. jednorázovými pomůckami na úkor pacienta?*

Přesně 50 % respondentek odpovědělo, že ano. Opak tvrdilo 47,62 % dotazovaných. Poslední odpovědí, kterou zvolilo 2,38 % respondentek bylo, že se takto na pacientovi "šetří" občas.

Poslední, 5.hypotéza se potvrdila. Všeobecné sestry jsou podle výsledků spokojené s materiálním i technickým vybavením. Z výsledných odpovědí jsem dospěla k názoru, že jsem mohla stanovit i hypotézu, která by se soustředila na dostatečné množství tohoto vybavení.

Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké faktory podporují nebo naopak znevýhodňují práci sester.

Všeobecné sestry jsou hlavními vykonavatelkami ošetrovatelské péče a zejména na náplni jejich práce záleží, jak kvalitní tato péče bude. Považovala jsem tedy za důležité zjistit, zda má sestra dostatek času na ošetrovatelskou péči o své pacienty a jaké faktory k tomu přispívají.

Všeobecná sestra zastává hned několik rolí. Vystupuje jako pečovatelka, edukátorka, obhájce nemocného, koordinátorka a asistentka. Musí zvládat veškerou péči o své pacienty a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. K tomu, aby všeobecná sestra mohla vykonávat u všech svých pacientů kvalitní ošetrovatelskou péči, potřebuje dostatek času. Z mého výzkumu vyplynulo, že sestry musí během dne vykonávat i práci, která je mimo jejich kvalifikaci, tento čas jde na úkor péče o nemocné. Výsledky ukázaly, že všeobecné sestry by přivítali další pomocnou sílu, aby se mohly více věnovat pacientům.

Podle výzkumu se všeobecné sestry snaží dostatečně využívat svůj časový prostor k ošetrovatelské péči o pacienty. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že všeobecné sestry mnohdy nedokážou účelně skloubit administrativní práci s péčí o pacienty. Administrativa je tedy dalším faktorem, který výrazně ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče.

Co se týče kvality technického a věcného vybavení na oddělení, tam sestry neshledávají žádný problém. Většina dotazovaných je s kvalitou tohoto vybavení spokojena.

I přesto, že následujícímu doporučení není snadné dostat, pokládám za důležité, aby se přestal neustále snižovat počet personálu v nemocnicích a to zejména všeobecných sester. Není možné zajistit všem pacientům kvalitní péči, při takovém stavu personálu a nárocích, které jsou dnes na všeobecné sestry kladeny.

Na kvalitě ošetrovatelské péče, která je denně poskytována pacientům s nejrůznějším typem onemocnění, by se nemělo šetřit. Úbytek financí vede ke snížení personálu, což se následně projeví na kvalitě poskytované ošetrovatelské péče. Nelze po všeobecných

sestrách vyžadovat, aby pracovali pořád stejně kvalitně, pokud se počet pacientů neustále navyšuje. Důležité je personál si udržet a motivovat, ne naopak.

Použité zdroje

1. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester ; Charty práv pacientů. Vyd. 1. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 47 s. České ošetrovatelství. ISBN 80-701-3270-1.
2. LÁVIČKOVÁ, Jana. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. [online]. 2006 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-oseetrovatelske-pece-ocima-pacientu-277590>
3. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 124 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-324.
4. MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. [online]. 2009 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-444784>
5. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999, 183 s. ISBN 80-701-3272-8.
6. Akreditace zdravotnických zařízení. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha, © 2010, 26.10.2010, 11:03 [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1829_13.html
7. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
8. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
9. STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998, 50 s. Praktické příručky pro sestry, 1. ISBN 80-701-3263-9.
10. ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena ŠAFRÁNKOVÁ a Renata VYTEJČKOVÁ. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2009, 273 s. ISBN 978-80-7333-074-3.
11. STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 66 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3283-3.
12. TÓTHOVÁ, Valérie. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

13. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-858-6655-2.
14. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.
15. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 223 s. ISBN 978-802-4723-587.
16. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. české vyd. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2002, 389 s. ISBN 80-247-0278-9.
17. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s.:. ISBN 978-802-4727-639.
18. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.
19. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
20. ANN RICHARDS, Sharon Edwards. *A nurse's survival guide to the ward*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003. ISBN 04-430-5395-2.
21. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 11: sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002, 78 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.
22. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419-4.

Seznam zkratek

apod.	a podobně
a.s	akciová společnost
atd.	a tak dále
ČR	Česká republika
ISQua	mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
např.	například
NZP	nižší zdravotnický pracovník
Sb.	sbírky
s.r.o	společnost s ručením omezeným
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

TABULKA Č.8 Počet sester na denní a noční směnu

TABULKA Č.9 Počet NZP na denní a noční směnu

Seznam grafů

- GRAF 1 Kvalita jako hlavní kritérium pro sestry
- GRAF 2 Povědomí sester o kvalitě poskytované na jejich oddělení
- GRAF 3 Spokojenost všeobecných sester na daném oddělení
- GRAF 4 Činnosti sester, které nespádají do jejich kvalifikace
- GRAF 5 Počet lůžek na oddělení
- GRAF 6 Zajištění kvalitní péče při naplnění kapacity oddělení
- GRAF 7 Počet NZP, pro větší časový prostor sester
- GRAF 10 Přijatelnost celkového počtu pracovníků na denní směně
- GRAF 11 Přijatelnost celkového počtu pracovníků na noční směně
- GRAF 12 Dostatečnost kontaktu s pacienty
- GRAF 13 Kontrola pacientů sestrami
- GRAF 14 Způsob jakým sestry pacientovi vypomůžou
- GRAF 15 Provedení pacienta po oddělení při příjmu
- GRAF 16 Přehlednost dokumentace na oddělení
- GRAF 17 Nejvíce souhlasná odpověď
- GRAF 18 Přepisování ordinací z dokumentace
- GRAF 19 Spokojenost všeobecných sester s kvalitou zdravotnického materiálu
- GRAF 20 Investice do dražšího, ale kvalitnějšího materiálu
- GRAF 21 Přijatelnost současného technického vybavení na oddělení
- GRAF 22 Spolehlivost přístrojů
- GRAF 23 Šetření jednorázovými pomůckami na úkor pacienta

Seznam příloh

PŘÍLOHA č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Vážený dotazovaní,

jsem studentkou bakalářského studijního programu Ošetřovatelství Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je nedílnou součástí mé bakalářské práce, jež nese název *Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče*.

Přečtěte si prosím pozorně každou otázku a Vámi vybranou odpověď, pokud není uvedeno jinak, označte křížkem. Dotazník je anonymní a věřím, že Vaše odpovědi budou upřímné.

Velmi děkuji za Váš čas a ochotu podílet se na tomto výzkumu.

Lenka Pšeničková

1. Je pro Vás kvalita hlavním kritériem v péči o pacienta?

- Ano
- Ne
- Jiná odpověď

2. Myslíte si, že je na Vašem oddělení prováděna kvalitní péče?

- Ano
- Ne
- Nevím

3. Jste spokojen/a s chodem Vašeho oddělení?

- Ano
- Ne
- Jiná odpověď

4. Provádíte jako sestra i činnosti, které jsou mimo vaši kvalifikaci?

- Ano, denně
- Ano, ale jen výjimečně
- Ne, plním jen sesterské povinnosti
- Jiná odpověď

5. Kolik lůžek poskytuje Vaše oddělení?

- Méně než 15
- 15-20
- Více než 20

6. Domníváte se, že v případě naplnění kapacity Vašeho oddělení, je možné zajistit kvalitní péči všem pacientům?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Jiná odpověď.....

7. Souhlasíte s tvrzením, že s větším počtem nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NZP), by sestra měla více času na svoji práci?

- Ano
- Ne
- Jiná odpověď.....

8. Doplňte, kolik sester na Vašem oddělení připadá na následující směny:

- Denní směna:.....
- Noční směna:.....

9. Doplňte, kolik NZP připadá na Vašem oddělení na následující směny:

- Denní směna:.....
- Noční směna:.....

10. Je podle Vás počet pracovníků na denní směně dostatečný?

- Ano, je dostatečný
- Ne, není dostatečný
- Jiná odpověď.....

11. Myslíte si, že je zapotřebí, aby na noční směně bylo přítomno více pracovníků?

- Ano
- Ne

Jiná odpověď.....

12. Myslíte si, že jste v dostatečném kontaktu se svými pacienty?

Ano

Ne

Jiná

odpověď.....

13. Chodíte za svými pacienty i přesto, že oni sami o nic nežádají?

Ano

Ne

Jiná odpověď.....

14. Pacient, který potřebuje dopomoc při přesunu, potřebuje na wc, jak se zachováte?

Přinesu podložní mísu

Doprovodím pacienta na wc a zpět

Řeknu ošetřovateli, aby pacienta doprovodil

Jiná odpověď.....

15. Když přijímáte pacienta, ukážete mu vždy oddělení? (pokud to stav pacienta dovoluje)

Ano, vždy

Snažím se, ale ne vždy je na to čas

Jen když si o to pacient sám řekne

Ne

Jiná odpověď.....

16. Myslíte si, že dokumentace na Vašem oddělení je přehledná?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

17. Zakroužkujte odpověď, se kterou nejvíce souhlasíte:

Administrativní práce zabírá více času, než péče o pacienty

- Administrativní práce zabírá méně času, než péče o pacienty
- Mnohdy jsem ve stresu, protože nestíhám vypisovat dokumentaci a současně se starat o pacienty
- Nemám problém skloubit administrativní práci a péči o pacienty
- Jiná odpověď.....

18. Přepisujete ordinace, které musíte splnit, z dokumentace jinam?

- Ano
- Ne
- Jiná odpověď.....

19. Jste spokojen/a s kvalitou zdravotnického materiálu na Vašem oddělení?

- Ano
- Ne
- Jiná odpověď.....

20. Myslíte si, že se vyplatí investovat do dražšího, ale za to kvalitnějšího zdravotnického materiálu?

- Ano
- Ne

21. Vyhovuje Vám současné technické vybavení na oddělení? (EKG, tonometry...)

- Ano
- Ne

22. Jsou přístroje na Vašem oddělení spolehlivé?

- Ano, jsou spolehlivé
- Ne, některé jsou nespolehlivé
- Jiná odpověď.....

23. Myslíte si, že se na Vašem oddělení šetří např. jednorázovými pomůckami na úkor pacienta?

Ano

Ne

Jiná odpověď.....