

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Obor: řízení

Bc. Pavla Povolná

**Současný systém vzdělávání sester a jejich kompetence v oblasti  
edukace pacientů ( v intenzivní péči )**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová CSc.

Praha 2008

#### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v Knihovně společenských věd T. G. Masaryka v Praze v Jinonicích a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem

V Praze dne 20. června 2008

Pavla Povolná

### Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové Csc., za trpělivé a zároveň pevné vedení, nejen diplomové práce, ale celými dvěma lety studia.

<b>Obsah</b>		
	Abstrakt	6
1	Úvod	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	
2.1.	Základní pojmy	10
2.1.1.	Kontext prostředí	13
2.2.	Vývoj ošetrovatelství jako samostatné profese a vzdělávání v ošetrovatelství	20
2.2.1.	Ošetrovatelství v Čechách	22
2.2.2.	Měnicí se charakter českého ošetrovatelství	26
2.2.3.	Nomen Omen	31
2.2.4.	Snaha sester o vymezení se vzhledem k laické i odborné veřejnosti	33
2.2.5.	Současný systém vzdělávání sester v České republice	35
2.3.	Legislativa	38
2.4.	Kompetence a vzdělávání sester v mezinárodním srovnání	40
2.4.1.	Kompetence sester v edukaci a informování pacientů – úhly pohledu	45
2.4.2.	Kompetence sester – vize ICN	52
2.5.	Nedostatek sester	54
2.5.1.	Současná atmosféra	55
2.5.2.	Hypotéza ideálního stavu	56
3	EMPIRICKÁ ČÁST	59
3.1.	Metodika a sběr dat	60
3.2.	Komentovaná interpretace dat	62
3.2.1.	Souhrn výsledků vlastního dotazníkového šetření	71
3.3.	Návrh změny – obecná rovina	75
3.3.1.	Návrh změny – konkrétní pracoviště	76
4.	ZÁVĚR	77
5.	SEZNAM ZKRATEK	79
6.	POUŽITÁ LITERATURA	80

7.	PŘÍLOHY	
	Příloha č. 1	Projekt diplomové práce 83
	Příloha č. 3	Kvantitativní výzkum (projekt) 109
	Příloha č. 4	Dotazník 114
	Příloha č. 5	Grafické znázornění odpovědí z dotazníků dle nemocnic 119
	Příloha č. 6	Graf incké znázornění znalosti vnitřních norem sestrami 142

## **Abstrakt**

Autorka v diplomové mapuje současnou situaci znalosti a aplikace kompetencí sester v oblasti edukace a podávání informací pacientům. Předávání informací v péči o zdraví člověka je oblastí složitou, citlivou, nepřehlednou, sestrami často vnímanou jako potencionálně nebezpečnou. V jednotlivých dílech teoretické části práce jsou popsány různé kontexty problematiky (legislativní, historický, společenský, vztahový, vzdělanostní) a jejich vzájemné interakce.

Praktická část nabízí v závěrech kvantitativního výzkumu pro mnohá fakta vysvětlení potvrzením, či vyvrácením hypotéz, vzešlých z výzkumu kvalitativního. Výsledky vyhodnocení dotazníkového šetření svědčí pro skutečnost, že kompetence sester v edukaci pacientů jsou nejasné jak samotným sestram, tak jejich odbornému i laickému okolí.

Pojmenování stávajícího stavu je prvním krokem pro jeho zlepšení. Cestou ze současné nejistoty je pravděpodobně rámcová standardizace edukace, jako jednoho z úseků ošetrovatelské péče a její oznámené, důsledné, připomínané a kontrolované uvedení do konkrétní praxe na jednotlivých odděleních.

## **Klíčová slova**

Edukace, informování pacientů, kompetence sester, ošetrovatelství, zdravotnické školství.

## **Abstract**

Author highlights present situation of health education providing by nurses and thinking about nurse's competencies and knowledges in the education and information area as well. Transmission of information in health care is difficult, irritable, unclear task, perceiving by nurse's often as potentially danger. There are described different contexts of the problem in each part of theoretical view of the graduation thesis (legal, historical, social, relational, educational).

Practice part gives an overview of quantitative research and explanation of some tasks by confirmation or negation of hypothesis generated by qualitative research. Results of questionnaire investigation shows, that nurse's competencies to educate are unclear area neither for nurses, nor for experts in health care or public.

Recognizing of present situation is a first step to the future improvement. Frame of standardization of providing health education by nurses could be a way out of the maze. This way must be announced, consisted, commemorated and continually evaluated on each care unit.

## **Key words**

Education, health education providing by nurses, nurse's competency, nursing, education of nurses.

Motto:

Co si myslíme, v co věříme, co víme má malý význam, hlavní je to, co děláme.

J. Roušarová

## 1 Úvod

Sestry jsou samostatnými pracovníky, zodpovědnými za péči, kterou poskytují, aby mohly být odpovědné za zdraví obyvatel, jak jim ukládá zákon (59), musí k tomu mít nezbytné kompetence, které jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace ve Vyhlášce 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Je k dispozici i katalog prací, podle něhož jsou upraveny pracovní náplně sester na systemizovaných místech.

Málokterý zdravotnický pracovník, ať již se jedná o lékaře, či o sestru by byl na místě schopen definovat své vlastní kompetence, jejich zákonná zakotvení, tím méně kompetence svých interpersonálních kolegů a kolegyň. Situace je taková navzdory tomu, že samotný termín *kompetence*, který je v praxi hojně užíván, je denně skloňován mnoha ústy při různých příležitostech v mnoha pádech, hovoří se o něm již tak dlouho a tak zasvěceně, že už se nezdá moc vhodné zeptat OČ se vlastně konkrétně jedná! (?)

Z odborných textů a časopisů je jasné, že kompetence existují, že budou posíleny, že je sestra často překračuje, má zároveň za úkol je zvyšovat, že se do jisté míry prolínají s kompetencemi lékaře, ale někde už ne.

Kompetence zdravotních sester zatím mají „mnohdy a mnohde v povědomí svých majitelů a majitelek podobu „Císařových nových šatů“.

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla, zabývat se kompetencemi sester oblasti informování a edukace pacientů, které jsou dosud na mnoha pracovištích nejasně vymezeny. Situace je taková přesto, že současná legislativa poskytuje základní rámec, od kterého je možné odvodit kompetence jednotlivých sester informovat pacienty na konkrétních odděleních zdravotnických zařízení. Správné pochopení je podmíněno i začleněním kontextu situace a děje, kde mají být kompetence uplatňovány, či požadovány.

Nejasné vymezení pravomocí sester informovat a edukovat pacienty, byť i na odděleních stejného charakteru různých nemocnic souvisí jistě i s nejasným, protože nejednotným, výkladem samotného pojmu kompetence, který naplňuje kromě schopnosti



jedince reagovat adekvátně na vzniklou situaci i očekávání rozumné reakce profesionála okolím. Výkladu pojmu kompetence jako pravomoci by tedy měl být vždy komplementárně přiřazen výklad kompetence ve smyslu odpovědnosti.

Jako zdroje srovnání rozdílných pohledů na problematiku kompetencí sester jsem použila názorů a vyjádření odborníků ze zdravotnické teorie i praxe v odborné literatuře, časopisech a záznamech médií.

V praktické části práce jsem se pomocí výzkumného kvantitativního šetření pokusila potvrdit, či vyvrátit správnost hypotézy, vzešlé z předchozího kvalitativního výzkumu, totiž, že sestry netouží po rozšíření vlastních kompetencí.

Vzhledem k tomu, že pracuji v urgentní kardiologické péči, zaměřila jsem svou pozornost především na kompetence sester v edukaci pacientů na odděleních intenzivní péče.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Základní pojmy

Termín **kompetence** pochází z latinského výrazu *competens* – *to je vhodný, příhodný, náležitý.*“ ( 9 str. 11)

„V kontextu práva, kde je termín nejčastěji v historii používán, se kompetencí rozumí schopnost chápat a jednat rozumně.“ ( 9 str. 11)

Supervizorka Z. Havrdová zmiňuje ve své publikaci o kompetencích v sociální práci názor psycholožky Haganové, že představa o profesionální roli a zachování mezinárodního konsenzu jejího obsahu je možná pomocí její funkcionální dekonstrukce. „Každý profesní úkol je rozdělen na jednotky kompetence, tj. na elementy chování, které přesně předepisují, co má pracovník dělat.“ ( 9 str. 11)

„Britská organizace National Council for Vocational Qualifications, která se rozsáhle zabývá rozvojem vzdělání založeném na kompetencích v různých povoláních, definuje kompetenci takto:

*Kompetence je široký pojem, který zahrnuje schopnost přenášet znalosti a dovednosti do nových situací v dané oblasti povolání. Zahrnuje organizaci a plánování práce, inovaci a vyrovnání se s ne-rutinními činnostmi. Zahrnuje takové kvality jako osobní efektivitu, která je na pracovišti potřebná při zacházení se spolupracovníky, manažery a klienty.“* ( 9 str.11)

V části odborné literatury se slovo kompetence užívá jako synonymum pro slovo norma – standard. Literatura v oblasti vzdělávání obvykle popisuje kompetence pomocí učebních výsledků.

Zaměstnavatelské organizace mají tendenci popisovat kompetence ve vztahu k výkonu jedince při vykonávání jeho povolání.

Mezinárodní organizace práce (ILO) popisuje kompetence ve vztahu k pracovním rolím na třech různých úrovních specifičnosti - ústřední ( široké, generické kompetence, očekávané od všech zaměstnanců, nezávislé na postavení zaměstnance v organizaci)

- úroňové

- specifické (nejúžeji zaměřené).

Zatímco klíčová slova nebo konstrukty se v definicích kompetencí liší, v ošetřovatelství se zabývající literatuře panuje všeobecná shoda, že kompetence vycházejí ze syntézy různých komponentů a že celek má větší hodnotu, než součet jeho částí (42 str. 19).

**Edukace** je termín pocházející opět z latiny, kde *educō, educare* znamená vychovávat, vést kupředu, v angličtině tento výraz znamená vzdělávání.

V našich kulturně-sociálních podmínkách pro nás tradičně přejatý výraz edukace zahrnuje „dva v jednom“ – *výchovu a vzdělávání*.

**Sestra/ ošetřovatel** je pracovníkem , který získal způsobilost k výkonu zdravotnického pracovníka dle zákona (59) a v rámci výkonu svého povolání poskytuje **ošetřovatelskou péči**, která je částí péče zdravotní.

Pro účely této práce používám termínu sestra, jako pojmenování osoby s konkrétní kvalifikací a způsobilostí k výkonu povolání nelékařského zdravotnického pracovníka. Stejný výraz používá i Koncepce ošetřovatelství pro NLZP, dříve nazývané *zdravotními*, dnes *všeobecnými sestrami*.

**Zdravotní péči** obecně rozumíme soubor zdravotních postupů a činností, které směřují k udržení a prodloužení života, k udržení a zlepšení zdravotního stavu, ochraně, upevnění a rozvoji zdraví fyzických osob a k zdravému vývoji nových generací. V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetřovatelská péče řízena náměstkyní/tkem ošetřovatelské péče, resp. hlavní sestrou. Struktura řízení ošetřovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení. (59)

**Ošetřovatelství** je samostatná vědecká disciplína, zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. (21)

**Specializovanou způsobilost** lze získat absolvováním specializačního vzdělávání podle vzdělávacího programu a složením atestační zkoušky. (60)

**Regulované povolání** je takové povolání, nebo činnost, pro jejichž výkon jsou v ČR předepsány právními předpisy požadavky, bez jejichž splnění nemůže konkrétní osoba toto povolání, či činnost vykonávat (kvalifikační požadavky, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a další).

**Výkon povolání pod přímým vedením:** výkon činností zdravotnického, nebo jiného odborného pracovníka při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento pracovník určí.

**Výkon povolání pod odborným dohledem:** výkon činností, zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k těmto činnostem bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento pracovník určí.

**Výkon povolání bez odborného dohledu:** výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý samostatně, nebo na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost, nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře. Každý zdravotnický pracovník, který získá od Ministerstva zdravotnictví ČR Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dozoru, je zapsán do **Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.**

„Zdravotnický pracovník, který získal osvědčení, může ke svému označení odbornosti připojit označení Registrovaný/á.“ (60)

### 2.1.1. Kontext prostředí

Jednou ze základních charakteristik dnešní doby je změna – či spíše změna akcelerovaná. Již staří Řekové konstatovali, že vše se mění – panta rhei – a Budha učí své žáky, že hledání stability je mámení, neboť změna je jediné, co je jisté. S denní zkušeností času protékajícího nám mezi prsty, snažíme se vlastní inteligencí (schopností se přizpůsobit) držet krok s okolním světem.

Otázkou zůstává nakolik a jak dlouho zůstaneme schopni se přizpůsobovat důsledkům vlastního jednání. Zároveň s proměnou společnosti, probíhá ve vzájemné závislosti globální transformace všech oborů lidského konání, tedy i medicíny a ošetrovatelství a to ve všech částech, tvořících fungující celek: technické, legislativní, finanční, profesní, sociální, atd. S přílivem současné západní kultury stoupá význam člověka jako individuality, důraz na odpovědnost jedince za svůj vlastní osud, vzdělání, kariéru, postavení ve společnosti, rodině - a tedy i odpovědnost za své vlastní zdraví, jako nejcennějšího osobního kapitálu, jehož kvalita podmiňuje všechny ostatní děje. Tento fakt vyzdvihuje význam prevence a v těsném spojení s ní i edukace jako základních podmínek úspěšné, celostní péče o zdraví.

Edukační působení na pacienty je jedna z aktivit (stejně jako výchova, kterou v sobě zahrnuje), která svoje „ovoce“ v podobě zlepšení zdravotního stavu, snížení nemocnosti a dlouhodobých léčebných výloh, nese až po delším časovém působení. Nemocný by měl na základě přijetí nových návyků a úpravy hodnotového systému změnit svůj životní styl.

Pacient – je původním výrazem, pocházejícím z latiny - ten, kdo trpí a je trpělivý, proto také práce s ním a péče o něj by měla být trpělivá. Efektu změny životního stylu a návyků se nedosahuje radikálním řezem, ale dlouhodobým, systematickým, působením toho, kdo ví, na toho, kdo (zatím) neví. Ani superspecializovanou péčí nelze dosáhnout kýžených výsledků bez návaznosti v podobě další léčby, včetně edukace.

V dnešních časech se stoupajícími schopnostmi moderní medicíny úspěšně léčit dříve nevléčitelné, roste procento pacientů s chronickým onemocněním, kteří žijí déle, při zachování dobré kvality života.

Pacient se odborníkem na svou chorobu nestává okamžikem podpisu vlastního souhlasu s léčbou, ale procesem, který probíhá v čase, je uzpůsoben momentálními podmínkám a ve kterém je povzbuzován a veden zdravotnickým odborníkem, který

„svého“ pacienta neztrácí z dohledu ani po propuštění z nemocniční péče. Úspěch, viděný pacientem a jeho blízkými v podobě navrácení zdraví, zlepšení zdravotního stavu, či schopnosti života v komunitě je často mírou návaznosti jednotlivých složek zdravotní péče.

Současná medicína se staví na důkazech s propagací terapie šité na míru, tzv. tailoring, s respektováním jedinečnosti konkrétní osoby pacienta. V medikamentózní léčbě v evropských podmínkách, při celoživotním vzdělávání lékařů a možnostech farmakologie to jistě není problém. Ruku v ruce s medicínou kráčí (možná spíše klopýtá) ošetrovatelství, které též aplikuje based evidence poznatky do své praxe.

Biopsychosociální přístup k pacientovi prakticky znamená nejen přijímat a užívat moderních postupů a aplikací nejnovějších poznatků, ale ponechat si, či znovu přijmout interaktivnější psychologické postupy v komunikaci, tradující se z dob, kdy lékař měl z diagnostických metod k dispozici toliko vlastní smysly a musel jich mít tudíž všech pět stále s sebou pohromadě.

V současné společnosti, s převažujícím konzumním způsobem života se těžko prosazují preventivní aktivity ve zdravotní výchově a vzdělávání, které přináší úspory za neprovedené výkony až s odstupem, na základě změny životního stylu, (13) ačkoliv existuje řada studií, které prokázaly snížení počtu rehospitalizací, ambulantních návštěv lékaře, při snížení morbidity i mortality sledovaných pacientů. Tento efekt byl sledován např. u pacientů s chronickým srdečním selháním, vedených sestrou ve specializované ambulanci.

Edukace není jen pacientovým nárokem, ale i odpovědností sestry, která by měla být harmonickou osobností, obdařenou nejen vědomostmi a dovednostmi, ale schopnou je i předávat, vědět KOMU, JAK a KDY. Kvalita formy i obsahu sdělení se výrazně podílí na příznivém průběhu léčby a celého ošetrovatelského procesu. Pacienti a jejich rodinní příslušníci, se kterými se ve zdravotnických zařízeních setkáváme citlivě vnímají jednání a přístup profesionálů. Zvláště v oblasti edukace vstupuje do popředí emocionální inteligence sestry, její vyzrállost a uplatňuje se i psychologické vědomosti a empatie.

Edukaci jako úlohu sestry zmiňuje zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu jako: „zdravotní výchovu obyvatelstva“, explicitně pak Koncepce ošetrovatelství a Vyhláška 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jiné

právní normy zmiňují podmínky předávání informací pacientovi a jeho rodině, zvláště pak v souvislosti s tzv. „informovaným souhlasem“.

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů dále stanoví, že: „zdravotnický pracovník je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze jeho onemocnění, a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně-preventivní péče.“

Současné právní normy zmiňují pacienta jako aktivního účastníka péče o své vlastní zdraví a jako s takovým je s ním i počítáno.

Praxe je často taková, že interakce zdravotník-pacient je komprimována do podpisu „informovaného souhlasu“, který má nesporný význam právní, avšak sám o sobě nezajišťuje nemocnému poučení. Naše medicína je na úrovni srovnatelné s ostatním světem, naši lékaři a sestry jsou skvělými odborníky, jedním z negativních důsledků technicky a instrumentálně dokonalé medicíny je však její dehumanizace. Ztráta celostního a přitom individualizovaného pohledu roztržštěním péče o jednoho člověka mnoha odborníky vedly mnohdy k vytrácení komunikace lékař, sestra, pacient.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně uvádí, že: „každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně je nutno respektovat přání každého, nebýt takto informován.“ (49)

Primárním se tedy jeví kvalifikovaný informovaný souhlas nemocného s vyšetřovacími a léčebnými výkony, který předpokládá poučení nemocného o zdravotním stavu, o doporučeném diagnostickém postupu a zejména o možných komplikacích, či prognóze a to v míře, kterou určuje sám nemocný. Pokud si pacient nepřeje, nelze podat informace ani nejbližším členům rodiny. Z logiky věci plyne, že pokud se pacient odříká poučení o svém zdravotním stavu a z okruhu osob, kterým mohou být informace podávány vyloučí i sám sebe, („já Vám věřím pane doktore, kde to mám podepsat?“) ztrácí základní předpoklad poskytování zdravotní péče.

Nepoučený pacient nemůže dát kvalifikovaný souhlas a tudíž mu nemohou být poskytnuty léčebné ani vyšetřovací výkony.

Je otázkou, do jaké míry může být souhlas nemocného kvalifikovaný a není-li poučení nemocného jednostranným vysláním informací od zdravotníka směrem k pacientovi, s cílem získat podpis a tím právní krytí. Postupná metamorfóza pacienta v klienta komplementárně mění i role lékaře a sestry ve zdravotnickém týmu.

Dnešní „sestra – reprezentantka profese“ (40) se - jak uvádí doyen českého ošetrovatelství M. Staňková, „stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti.“( 40 str. 11) Formulace tohoto tvrzení sama o sobě implikuje spíše vyjádření přání, než konstatování tendence. „Stávat se stále více rovnocenným“ je asi tolik, co stávat se stále více stejným. Buď je něco stejné a rovnocenné - a tudíž není třeba o tom dále hovořit, protože to každý vidí, nebo tomu tak není, jedna strana by pravděpodobně chtěla nerovnovážený stav změnit a tudíž cítí potřebu problém „otevřít“.

Tato požadovaná změna vnímání role sestry odbornou i laickou veřejností je podmíněna změnou kompetencí, následně i náplní práce sester na konkrétních pozicích. A co nejdůležitějšího: přijetí role samostatných odbornic ve své profesi samotnými sestrami a to nejen ve svých pravomocích, ale i ve svých odpovědnostech. Velmi důležitá je vzájemná osobní zkušenost a zážitek interakce mezi jednotlivými aktéry „hry“ zdravotnictví.

I ve sféře péče o zdraví člověka pracujeme jako profesionálové (lékaři, sestry a pracovníci dalších profesí) s klienty a pro klienty, proto se můžeme poučit jednou ze základních marketingových pouček: jeden spokojený zákazník přijde znovu a přivede další, zatímco nespokojený jich odradí desítky. Ve svém rozhodování o vedení léčebné a ošetrovatelské péče „balancujeme“ denně na hraně mezi etikou a ekonomikou, ani z hlediska humánního, ani z hlediska finančního, není možné ztrácet spokojené klienty produkcí těch nespokojených.

Jako odborníci bychom měli/y mít na paměti, že naše vlastní vystupování a osobnost spoluutváří pověst oddělení, zařízení, profese – které reprezentujeme. Zpětná vazba a sebereflexe tvoří základ na kterém lze stavět požadavky vlastního profitu. Obrácený postup není možný.

Specifická skupina (tedy i zdravotníci, lékaři a sestry) je vnímána veřejností na základě osobní zkušenosti a v ústní tradici kolujících „zkazek“, s obsahem at' už pozitivních, či negativních zážitků. Při pohledu na sebe sama máme tendenci negativa vytěšňovat. Toto nebezpečí se v realitě stává dvousečnou zbraní: zablokovává cestu ke změně, protože problém nebyl rozpoznán, pojmenován a akceptován. Pokud se nezmění podnět, nezmění se pravděpodobně ani reakce okolí. Pohledem do vlastní komunity se sestry vnímají namnoze jako ty, na které jsou kladeny nároky (oprávněné) odborné



dovednosti, empatie, celoživotního vzdělávání, které je nutno skloubit s péčí o rodinu, to vše při náročném režimu služeb a neadekvátním ocenění – finančním i společenském.

V praxi sestry často konfrontují vlastní sebepojetí samostatných profesních odbornic s pohledem lékařů, pacientů a médií na profesi sestry jako pomocnou a nesamostatnou. Pracovní postupy, činnosti a kompetence nejsou jasně definovány, liší se oddělení od oddělení, rozdíly nacházíme i na ošetrovatelských stanicích stejného typu různých nemocnic. Na některých pracovištích jsou sestrám zakazovány činnosti, ke kterým mají jasnou způsobilost, danou legislativou a jinde jsou jim povolovány i takové které jednoznačně náleží lékařům.

Z uvedeného vyplývá, že kompetence sester se liší pracoviště od pracoviště, zčásti jsou dány a stvrzeny náplní práce sestry, která se odvíjí od vzdělání a specializace sestry (způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání) a dále podmíněny provozním řádem zdravotnického zařízení, popřípadě oddělení.

Podle slov vysokoškolsky vzdělaných odbornic M. Jobánkové a S. Bártlové, zabývajících se vzděláváním sester a rolí sesterského managementu ve zdravotnických organizacích v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně, ale panují obavy do budoucna: „kdo bude určovat potřeby různých zdravotnických zařízení a jednotlivých oddělení ve vztahu ke kvótám různých kategorií ošetrovatelských profesí v delším časovém horizontu?“ Předpokládané struktury ošetrovatelských týmů při respektování specializací jednotlivých pracovišť a jejich atypii, nedovolují vytvoření jednoduchého tabulkového standardu. Obě teoretičky připomínají nutnost prognostického výzkumu o dalším demografickém vývoji společnosti a: „jeho dopadech na zdravotní stav obyvatelstva a zprostředkovaně na potřeby ošetrovatelské péče.“ (15 str. 43)

Ministerstvo zdravotnictví ČR při definování role a funkce sestry ve svých strategických dokumentech uznává, že sestra potřebuje kompetence, a to k rozvoji a podpoře faktorů podporujících a udržujících zdraví a předcházejících nemocem.

Koncepcí do budoucna je vznik kreativních týmů na půdě nemocnic, v nichž by měly být posíleny kompetence středního a vyššího zdravotnického personálu s následným uvolněním předpisů, které by umožňovalo širší uplatnění zdravotnických pracovníků. Je pravděpodobné přenesení některých kompetencí od lékařů ke vzdělaným sestrám. Rozsah odpovědnosti je mimo jiné dán i podmínkami, v nichž sestry pracují.

V nemocnicích řízených ministerstvem platí stále, že sestra je řízena lékařem (28). Již ze závěrů Mnichovské deklarace (2000) je zřejmá potřeba přezkoumat a pozměnit legislativu a profesní předpisy, které by měly zahrnovat normy pro vzdělávání, praxi, služby a etické chování, dále procesy, kterými se sestry stávají zodpovědnými a také názvy funkcí, kterými jsou sestry identifikovány, stejně jako profesní náplň jejich praxe.

Je jisté, že sestry a porodní asistentky pak potřebují zejména vhodný a opravňující rámec, který bude jasně definovat jejich kompetence. Není zámyslem, aby sestry suplovaly lékaře, ale jasné vymezení kompetencí napomůže vědomé meziprofesionální spolupráci a oficiálnímu uznání nezávislosti příslušných stran.

Možným ideálem je cesta naznačená Vyhláškou 424/2004 Sb. : zachování pečující role sester při rozvoji jejich dalšího vzdělávání a profesního růstu, postupná profilace různých sesterských úrovní, podle vzdělání a délky praxe. To je možné při dostatku sester, které by jednotlivé úrovně mohly spoluutvářet.

Jedním z charakteristických rysů ošetrovatelství je jeho preventivní charakter, chápe-li sestra nemocného v těchto intencích jako celek a je-li její péče založena na vědeckých poznatcích, poskytuje individualizovanou aktivní péči, která zahrnuje i edukaci. Ze článku 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně vyplývá, že: „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutné provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“ Při poskytování ošetrovatelské péče je zákrokem míněn každý zákrok sestry, ať již v oblasti prevence, diagnostiky, či léčení. Tyto výkony musí být poskytovány *lege artis*. Standardy stanovují specifické podmínky pro konkrétní ošetrovatelský výkon.

Podpora zdraví a prevence jako důležité funkce ošetrovatelství zahrnuje edukaci jako součást ošetrovatelského procesu a kvalitní individualizované péče, provádí ji ten, kdo je s pacientem ve styku, což je žádoucí a pochopitelné, protože pacient, obzvláště pak pacient s chronickým onemocněním jde „z ruky do ruky“ specialistů a je užitečné znát hlasy více odborníků. Bylo by však dobré, aby existovala osoba - jednotící prvek, která by věděla o všem něco a o něčem (pacientovi a jeho onemocnění) všechno. Její reprezentantkou by se mohla stát edukační sestra.

Jak zjistila sestra J. Korandová ve výzkumu prováděném ve dvaceti centrech aplikace biologických léků v revmatologii: „v některých centrech sestry plní spíše pasivní

roli v rámci týmu a odpovědnost přenechávají víceméně na lékařích. Bude nutné zjistit, zda důvodem je nedostatečná erudice sester, nebo překážky ze strany lékařů“ (22 str. 251).

Reálné zvýšení kompetencí sester je podle předsedkyně ČAS D. Juráskové možné cestou certifikovaných kurzů: „pokud by sestra složila příslušnou zkoušku, získala by i odpovídající kompetenci a tedy i zodpovědnost.“ (16) Již v současnosti však ve zdravotnických zařízeních ČR pracují vzdělané sestry, absolventky certifikovaných kurzů a vysokoškolských programů. Tyto sestry, pokud nezastávají vedoucí místa, nemají jak své znalosti finančně zúročit.

V našem zdravotnickém systému zatím prohloubení vzdělání sestry není následováno navýšením kompetencí, ani odpovídající odpovědností, mnohde spíše jen administrativní legalizací sestrou dosud prováděných výkonů.

Profesor V. Pacovský v této souvislosti vyjádřil stesky sester, možná i pohled některých lékařů: „I když jsou vysokoškolsky erudované sestry akceptovány, stále chybějí adekvátní informace – především mezi lékaři - o kompetenci a funkci takových sester. V mnoha směrech není zrovnoprávněno vysokoškolské vzdělávání v ošetrovatelství s vysokoškolským vzděláním v jiných nelékařských profesích.“ (47 str. 195) Tento lékař a pedagog medicíny i ošetrovatelství si dle svých vlastních slov: „uvědomil, že ošetrovatelství není jen výklad o ošetrovatelské technice, ale, že musí mít svou teoretickou základnu, vytvářející jeho pojetí, které je zase podmínkou jeho rozvoje.“ (47 str. 195)

Aspekt nepoměru teorie a praxe zmiňuje i M. Pytel, student 3. LF UK v Praze, současně pracující jako sestra na ARO: „jediné místo, kde sestra dnes zhodnotí svoje vysokoškolské vzdělání, je školství.“ Dále varuje, že: „jestliže ke zvýšení kompetencí vysokoškolsky vzdělaných sester nedojde, stává se vysokoškolské vzdělání sester do značné míry samoúčelným.“ (37 str. A12)

D. Jurásková proto připomíná, že: „aby něco takového mělo smysl, musela by se sestra stát nositelem bodů v systému úhrad zdravotní péče.“ (32 str. A16)

Je zřejmé, že edukace v nemocnicích i ambulantních zařízeních prováděna sestrami „živelně“ probíhá, otázkou zůstává na jaké odborné úrovni a s jakým odborným jistěním!? „Je lepší pacient poučený sestrou, než pacient nepoučený?“ (1 str. 5)

## 2.2. Vývoj ošetřovatelství jako samostatné profese a vzdělávání v ošetřovatelství

Pokud se můžeme ohlédnout do historie ošetřovatelství a jít po jejích stopách, nabízí se nám zjevná paralela mezi péčí o nemocné přesahující pomoc rodiny a křesťanskou filozofií. Sám Ježíš nejen uzdravoval, ale nabádal i k pečování o nemocné. (4a) Tak poskytl svým následovníkům žádoucí model chování, do té doby ne zcela obvyklý. Převládající filozofii východu „oko za oko“ (6) , přemohla filozofie „tehdejšího“ západu: „miluj svého bližního jako sebe sama!“ (4b)

Počátkem prvního tisíciletí našeho letopočtu působilo v Jeruzalémě „duchovně zaměřené bratrstvo italských kupců, kteří zde žili podle benediktinské řehole“ pod vedením bratra Gérarda, který je dodnes považován za zakladatele řádu a jemuž byla v roce 1113 doručena bula papeže Pascala II., „ve které schvaluje špitální bratrstvo jako řád“. Patronem řádu se stal svatý Jan Křtitel. Špitální služba chudým byla také naplňovaným posláním Maltézského řádu, ve kterém po roce 1187 začaly působit ženy (sestry johanitky). Většina Středozemních námořních přístavů měla tehdy nemocnice pod správou řádu. Ve středověkých nemocnicích řádu zaměstnávaly nejen lékaře křesťanské, ale i židovské a muslimské. Tato zařízení se – stejně jako dnes potýkala s nedostatkem ošetřovatelského personálu, často tak děsivým, že: „pro potřeby výkonu ošetřovatelské péče byli do nemocnic na Maltě eskortováni vězni bez rozdílu vyznání, kteří byli trestáni za lehčí zločiny.“ (26 str. 13–15)

Po stránce medicínské byla tak naplňována myšlenka „ekumenické“ péče o bližního, nepodmíněná příslušností rasovou ani náboženskou. Můžeme předpokládat, že pokud církevní řády podporovaly myšlenku „mezinárodního“ obsazení lékařských pozic ve svých nemocnicích, jistě nevytvářely elitní prostředí pro ošetřování pacientů pouze některých etnik a vyznání. Princip bezpodmínečného vztahu k pacientovi zmiňuje dokonce i současná česká legislativa. (59)

V době středověkých morových epidemií a pandemií se ošetřovatelkami – opatrovicemi nemocných stávaly většinou „lidé bez domova, žebráci bez peněz, různí zlodějíčci a zlodějky.“ (27 str. 14)

Zdá se, že ošetřovatelství si nese již od těchto dřevních časů punc profese neceněné, neocňované. Tento pohled se v časech středověku odvíjel od společenského postavení osob, které se péčí o nemocné zabývaly, ať již z donucení, nebo proto, že na tehdejšímu trhu práce nenašly pro svou nízkou kvalifikaci jiného zdroje obživy. Profese ošetřovatele

v tehdejší institucionalizované péči o nemocné byla vyhrazena lidem bez odborného vzdělání, často kriminálním živlům.

Status profese lékaře z pohledu okolí se do dnešních dnů výrazně nemění, přes výraznou emancipaci vztahu pacient – lékař, zůstává odborník na léčení nemocí v myslích laické veřejnosti zosobněním moudrosti a vědění – tudíž moci. Status toho, kdo ošetřuje, se (bohužel) z úhlu pohledu jisté části veřejnosti výrazně nemění také. Hodnota práce se nejen v ekonomice, ale i v mysli veřejnosti odvíjí od přidané hodnoty a často podle vzorce: ten, kdo ošetřuje – slouží. Ten kdo slouží - nemůže poroučet. Kdo neporoučí - nemá moc. Kdo nemá moc, toho není potřeba si považovat. Významnou úlohu zde jistě hraje vzdělání. Vědění dává moc ovlivňovat druhé. Informace je ceněným zbožím, nejcennějším zbožím je informace jak zachovat, zkvalitnit a prodloužit to nejcennější co máme – život. Disponenty s těmito informacemi jsou v očích veřejnosti daleko spíše lékaři, nežli sestry.

I když podle svých vlastních slov: „sestra dnes pracuje výrazně samostatněji, charakteristickými znaky pokrokového ošetrovatelství je individualizovaná péče, založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb nemocného člověka. Tato mnohem náročnější práce si vyžaduje nové, lépe kvalifikované kategorie sester a řadu změn v dosavadní organizaci zdravotnické péče.“ (41)

„V profesi zdravotních sester se vyskytuje i celá řada etických problémů. Některé jsou totožné s těmi, které musí řešit lékař, jiné jsou svébytné. I při shodě je však třeba pamatovat na vymezení profesních kompetencí.“ (11) Nespokojenost některých sester s vlastním postavením v oboru zdravotnictví, snaha o změnu, vedla – dlužno podotknout, že vždy s podporou osvědčených lékařů - ke vzniku samostatného ošetrovatelského školství (rozhraní 19. a 20. století), později možnosti specializačního vzdělávání a vysokoškolského studia pro sestry (druhá polovina 20. století).

Zatímco v minulosti byla péče o nemocné naplněním křesťanského poslání služby potřebným, ošetrovatelství dnešních dnů se profiluje do podoby samostatné vědecké disciplíny. Historie naznačuje cestu ke svébytnosti a uznání skrze vzdělání.

Výrazný zlom ve světovém ošetrovatelství přišel s osobností Florence Nightingalové (1820 – 1910). Tato dáma byla schopna svou kultivovaností, odvahou a vzdělaností, při které si zachovala „zdravý selský rozum“, vybudovat celý systém péče o raněné vojáky v Krymské válce, později dokázala zavést do praxe moderní metody ošetrování nemocných. Sama absolventka ošetrovatelského kurzu v Německu, založila

Ošetrovatelskou školu v Londýně, zde později, v letech okolo 1. světové války bylo na stáži mnoho českých absolventek Ošetrovatelské školy v Praze. Dělo se tak většinou za podpory Československého červeného kříže a jeho čelní osobnosti a zakladatelky v tehdejší ČSR– Alice Masarykové. (38)

Ošetrovatelství, jako komplementární součást medicíny však zjevně na své etablování ve společnosti potřebovalo téměř 2000 let, dosud se neustále vyvíjí a hledá stabilní pozici na odborné scéně. „Puzzle“ obrazu zdravotnictví tak pro oko laika působí stále nekompletním dojmem, nabízí se jeho doplnění v podobě ještě jednoho chybějícího dílu, který je možné najít a dosadit jen vzájemnou a trvalou spoluprací všech, kdo dílo „skládají“ – tedy zdravotníků, pacientů ale i pojišťoven a tvůrců legislativy.

V kontextu historického vývoje ošetrovatelské profese se kompetence pečovatелů – později ošetrovatелů a sester měnily v závislosti na filozofii uznávané hlavním organizátorem poskytování ošetrovatelské péče (zprvu církevní řády, později světské instituce). Významnou roli při změnách v kompetencích sester začalo později hrát i vzdělání jako příčina (nebo následek?) touhy sester prosadit se na odborné zdravotnické scéně jako autonomní profese.

### **2.2.1. Ošetrovatelství v Čechách**

Významnými osobnostmi českého ošetrovatelství byly Anežka Česká a Zdislava z Lemberka, které žily ve 12. století. Obě prostřednictvím církevních řádů pomáhaly nemocným a trpícím v rozsahu, který byl určen jejich odhodláním a společenským postavením a obě byly později svatořečeny. (1989,1995)

Zatímco ve starověku a ještě počátkem středověku byla péče o nemocné především záležitostí rodiny, s rozvojem křesťanské filozofie (první staletí n.l.) dostává ošetrovatelství nový rozměr institucionalizace a organizace.

V době středověku a raného novověku bylo ošetrovatelství ponecháno v rukou pečujících řádů, při špitálech zřízených již dříve, nebo zřizovaných bohatými šlechtici. Například dnešní Nemocnice na Františku – založena 1234 Anežkou Českou (38), hospitální činnost Řádu maltézských rytířů, který v českých zemích začal působit okolo

roku 1158 (26), či špitál zřízený hrabětem Šporkem v Kuksu východních Čechách v první třetině 18. století. (18)

O systematickou přípravu světského zdravotnického personálu se v devadesátých letech devatenáctého století poprvé pokusil chirurg a profesor Karlovy univerzity Václav Joachim Wrabetz s návrhem přednášek „o ošetřovatelství pro opatrovníky a opatrovnice“. (39 str.10) Jeho návrh však univerzita zamítla.

V roce 1874 byla snahou Výrobního spolku žen, zejména z iniciativy Karoliny Světlé, Elišky Krásnohorské a pochopením vlasteneckých lékařů (prof. Eiselt a prof. Janovský) založena po vzoru londýnské ošetřovatelské školy v Praze škola stejného jména a účelu. Také z důvodů nepřízně lékařů na tehdy převážně „německých“ pražských klinikách, kde absolventky nechtěly praktikovat, však škola po sedmi letech - pravděpodobně z národnostních a finančních důvodů zanikla. (38)

Koncem 19. století mělo ošetřovatelské vzdělávání spíše charakter krátkodobých kurzů, jejichž frekventantkami byly většinou měšťanské dámy. Tyto příslušnice vyšších společenských vrstev – často šlechtičny - se povoláním ošetřovatelky neplánovaly zabývat v budoucnu profesionálně, ale vlastní účast v kurzech vnímaly spíše jako spojení „příjemného s užitečným“ – tedy kratochvilné zábavy, při které je možno se zároveň zviditelnit ve společnosti a při tom ještě udělat dobrý skutek, což odpovídá tradici dodnes ve „vyspělých společnostech“ existujícího fenomenu: zakládání a správa dobročinných a nadačních fondů celebritami a manželkami slavných mužů.

Na přelomu 19. a 20. století bylo v Rakousko – Uherské monarchii možné získat kvalifikaci v ošetřovatelství absolvováním ošetřovatelských kurzů na Ošetřovatelské škole v Rudolfinerhausu ve Vídni, která byla založena v roce 1913. Kurs bylo možno absolvovat po třech letech služby ve zdravotnictví a jednoročním teoretickém výcviku – byl zakončen diplomovou zkouškou. (38)

V historii ošetřovatelství je patrná souvislost jeho vývoje se situací ve společnosti, v našem prostředí byly jasné kroky dopředu spolu s aktivitami ve vlasteneckém a emancipačním hnutí. Změny ve zdravotnickém školství byly reakcí na změny politické orientace české politické garnitury (připodobňování se americkému zdravotnictví v masarykovském Československu, přijetí sovětského školního systému po 2. světové válce, dnešní „ladění“ legislativy dle norem EU).

V roce 1916 byla snahou opět prof. V.V. Janovského, který byl v té době již rektorem UK, založena Ošetřovatelská škola zemská, která byla dvouletá, od roku 1920 spravovaná ČSČK, během protektorátu zrušena a její budova uzpůsobena k účelu ošetřování raněných vojáků.

Dík úsilí diplomované sestry Marie Roušarové se - po „válečné pauze“ v ošetřovatelském vzdělávání - podařilo v roce 1946 školu v Ječné ulici obnovit – nyní jako Vyšší ošetřovatelskou a spolu s ní zřídit další, rovněž v Praze, v Neklanově ulici. V roce 1948 byl statut ošetřovatelských škol změněn na Vyšší sociálně-zdravotnické, jejichž byly dvouleté školy součástí. (39) Zatím, v roce 1947 na Sjezdu sester pod záštitou Hany Benešové byl schválen návrh zřídit víceleté zdravotní školy, zakončené maturitní zkouškou. Tato myšlenka nebyla nová: prezentovala ji již Ruth Tobolářová jako zakládající členka Spolku diplomovaných sester na II. celostátním sjezdu diplomovaných sester v roce 1931 (39) – k realizaci reformy zdravotnického školství došlo až v roce 1949/50, kdy se zdravotnické školy staly školami středními a přijímaly ke studiu čtrnáctileté žákyně. Nejdříve byly školy tříleté, později čtyřleté. Zároveň vznikaly nové obory: dětská sestra, zdravotní laborant. Do té doby existovaly obory ošetřovatelka, porodní asistentka, zubní instrumentárka.(38) První maturantky vyšly ze zdravotnických škol v roce 1953, praktická část zkoušky z ošetřovatelství se konala v nemocnici, ústní zkoušky před komisí ve škole. Po úspěšném složení absolventky obdržely vysvědčení o maturitní zkoušce, na němž bylo uvedeno, že „je způsobilá k výkonu povolání zdravotní sestry ve všech zařízeních preventivní a léčebné péče v ČSSR. (38)

Od počátku 70. let dvacátého století let byla možnost získat akademické vzdělání pro sestry při FFUK, ve spolupráci s 1. Lékařskou fakultou. O dvacet let později pak bakalářské a později magisterské vzdělání při lékařských fakultách UK. „Od roku 2004/05 probíhá **kvalifikační** příprava sester jen na vyšších zdravotnických školách a na školách vysokých.“ (23 str.5) Sestrami se zde myslí samostatné odbornice v oboru ošetřovatelství, schopné samostatné práce bez odborného dohledu. Tyto sestry svou odbornou způsobilost získaly absolvováním nejméně tříletého bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, studiem akreditovaného oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole, vysokoškolským studiem ve studijních programech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium



zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004, nebo absolvováním studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 (60). Takto kvalifikované sestry jsou odbornicemi v oboru ošetrovatelství, schopnými samostatné práce bez odborného dohledu. Všeobecná sestra, která získala svou odbornou způsobilost tak, jak je uvedeno následovně, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry: pokud získala svou odbornou způsobilost absolvováním studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole (pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004) , absolvováním studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo absolvováním tříletého studia oboru diplomovaná sestra na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. (60) Podobně je tomu u porodních asistentek.

Kvalifikační vzdělávání dětských sester probíhá od roku 2004 na VZŠ a univerzitách. Dětská sestra přestává být samostatným povoláním (jako takové neuvedeno Zákonem 96/2004) a stává se oborem specializačního vzdělávání - Ošetrovatelská péče v pediatrii (9) Sestra specialista se dále může ve svém zaměření na pediatrii úžeji specializovat.

Další nelékařští zdravotničtí pracovníci (zdravotnický asistent, ošetrovatel, sanitář) získávají svou kvalifikaci od roku 2004/05 na středních zdravotnických školách, případně v akreditovaných kvalifikačních kurzech, tito pracovníci pak vykonávají svou činnost pod odborným dohledem, nebo přímým vedením. (23)

Po získání kvalifikace mohou všeobecné sestry a porodní asistentky získat ještě odbornost ve více než deseti nabízených **specializačních** programech, uskutečňovaných na akreditovaných pracovištích, označení těchto nelékařských odborností je definováno v Nařízení vlády 463/2004 Sb. (29) Specializační vzdělávání je formou celoživotního vzdělávání, navazujícího na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka. Získáním specializační zkoušky sestra mimo jiné vyjadřuje svůj zájem o úzkou problematiku oboru, vůli zůstat a dále se v něm vyvíjet a „být dobrá“.

Strategii podpory specializačního a vysokoškolského vzdělávání sester s cílem udržet stávající a „přilákat“ nové sestry do našich nemocnic sledují i zástupci MZČR a ČAS jako profesní organizace, sdružující největší počet sester v České republice. Další vzdělávání podle předsedkyně ČAS D. Juráskové umožní sestrám: „získat vyšší kompetence a také lepší plat.“ (50) K potvrzení tohoto názoru by však muselo zřejmě dojít ještě ke změnám související legislativy, protože současná praxe (snad vyjma akreditovaných zařízení) zatím neodpovídá ČASem navrženému řešení. Zejména z důvodu nedostatku personálu – a to nejen ošetrovatelského, ale i pomocného, není v současnosti **kdo** by původní kompetence sester specialistek a vysokoškolsky vzdělaných sester přejal. L. Gutová, hlavní sestra Ústřední vojenské nemocnice v Praze uvedla, že: „přes polovinu času dělá sestra práci, která náleží ošetrovatelskému personálu“. (50)

### **2.2.2. Mění se charakter českého ošetrovatelství**

Zatímco v minulosti bylo ošetrovatelství praktickým naplněním křesťanské filozofie služby nemocným a trpícím, ošetrovatelství dnešních dnů se profiluje do podoby samostatné vědecké disciplíny.

V ovzduší rostoucího vlivu církve v období středověku (ještě posílené během vlády císaře Karla IV.) vznikala na území dnešní České republiky „zařízení“ – ať již světská, či sekulární, která se měla zabývat péčí o potřebné – špitály, sirotčince, či později starobince a chudobince. Tyto instituce vznikly a žily ideou pomoci bližnímu, avšak živeny byly zpravidla světskými penězi některého z osvěcených šlechticů. Ošetrovateli nemocných a trpících byly v té době členové církevních řádů, zprvu výhradně mužských, později ženských. Tato „církevní licence“ organizované péče o nemocné trvala u nás prakticky až do období první republiky, kdy již v literatuře můžeme vystopovat tendence zesvětšit ošetrovatelství, které sílí zejména po 2. světové válce (38, 39)

Organizace strategie péče o nemocné nezaznamenala v období novodobých dějin výraznějších změn až do období průmyslové revoluce (konec 18. století), kdy změna způsobu obživy obyvatel a jejich exodus z vesnic do měst společně s dalšími sociálními faktory si vynutily kromě jiného vznik sociálního pojištění, jehož prostředky s později začaly využívat „ke hrazení zdravotní péče, ale ještě v období před druhou světovou válkou

sloužila většina vybraných peněz na kompenzaci ušlé mzdy v případě nemoci.“ (51) Přesto se do tohoto období se také datuje vznik městských nemocnic, které přejímaly péči o své nemocné obyvatele.

Sestra devatenáctého století byla pravděpodobně zároveň jeptiškou a všechny své duševní i tělesné síly odevzdávala Bohu prostřednictvím služby trpícím bližním. Svým rozhodnutím vstoupit do řádu sestra předem eliminovala otázky plynoucí ze starosti o rodinu. Přes postupné „nahrazování“ řádových sester v praxi sestrami absolventkami škol civilních ještě dlouho přetrvávaly některé atributy řehole (čepec, zákaz líčení, povinnost internátního bydlení atd.) První absolventky Ošetřovatelské školy zemské (necírkevní instituce), které pracovaly na I. Interní klinice Všeobecné nemocnice v Praze, proto v meziválečném období oceňovaly snahu přednosta kliniky profesora L. Syllaby (1868 – 1930) zlepšovat jejich sociální postavení a pracovní podmínky, když nechal přestavět podkroví kliniky pro ubytování sester, které do té doby bydlely na pokojích, společně s nemocnými. (39) Ještě v období mezi světovými válkami bylo běžné, že pokud se sestra provdala, musela svou profesní dráhu opustit. Řádové sestry v ČR pracovaly v nemocnicích cca do roku 1953.

Do padesátých let 20. století bylo podmínkou studia ošetřovatelství bydlení v internátu – tedy život v komunitě, který zároveň učil sestry podřízovat vlastní zájmy zájmům ostatních. Sestry byly jistě na studiu podporovány svými rodiči, měsíční ubytování v internátu stálo studentku 700 Korun československých, což převyšovalo nástupní plat sestry počátku padesátých let: v roce 1954 to bylo 590 Kč o dva roky později 840 Kč. (38)

Konflikty, které mnohé sestry dnešních dnů prožívají a řeší, pramení na jedné straně z často z nevyřčeného, nicméně sestrami tušeného požadavku laické (ale často i odborné) veřejnosti, *zachovat sestřskému povolání* parametry příslušící „služebné profesi“: poslušnost, sebezapření a submisivitu a na straně druhé ze snahy o *sebeprosazení se v profesi a trvale udržitelný rodinný život*. Úspěšná a bezpečná péče je podmíněna důsledně dodržovaným řádem a předem stanovenými pravidly, čehož si byly a jsou plně vědomy i vedoucí instituce současného zdravotnictví. Ošetřovatelství a medicína minulých století nesly v sobě prvky odříkání a řehole, které i v dnešní době můžeme pozorovat v podobě důsledně uznávané profesní hierarchie, standardů a plnění požadavků akreditačních komisí.

Kázeň byla i v minulosti tvrdě dodržována, sestry: „pracovaly tak, jak oddělení potřebovalo, na oddělení panovala přísná kázeň. O příkazech lékařů, či nadřízených sester se nediskutovalo. Tvrdě byl dodržován požadavek upraveného vzhledu: naškrobený čepec, zákaz líčení, šperků, nalakovaných nehtů. Kromě odborné práce vykonávaly běžně sestry i všelijaké práce pomocné, úklidové, zcela zabezpečovaly rozdávaní jídla nemocným, manipulovaly s prádlem a při nedostatku pomocného personálu myly i nádobí.“ (38 str. 48)

Při studiu podobných historických materiálů si nelze nepovšimnout, že přes neúměrně nižší kompetence, platy, oficiální postavení v kolektivu zdravotníků a rozsah povinností byly sestry se svou úlohou v péči o pacienta spokojenější a jako takové i společností uznávanější. Nebývalo zvykem, aby si sestra hledala povolání mimo zdravotnictví. „I přes veškeré těžkosti se sestry s povoláním sžily a považovaly je za posláním.“ (38 str.19)

Důvodem současného stavu nespokojenosti sester a jejich nedostatku může být mnoho faktorů, nebo jejich součet. Sestry vstupující do ošetrovatelské praxe v období mezi oběma světovými válkami se pro své povolání rozhodly už jako „hotoví lidé“. (Narozdíl od socialistického zdravotnického školství, kdy se žákyně středních zdravotnických škol rekrutovaly z řad absolventek základních škol.)

Změněné tempo společnosti během posledních padesáti let ještě akcelerovalo, orientace na výkon a obava z forenzních řešení sporných případů zdravotní péče se dotkla i ošetrovatelství. Dnešní ošetrovatelství není jen kauzální péčí, ale mnohotvarým odrazem celospolečenských změn. Charakter polovojenské organizace si zdravotnická zařízení drží dodnes, i když je bez pochyby, že obzvláště vztahy mezi lékaři a sestrami jsou nepoměrně uvolněnější, než tomu bylo např. v polovině 20. století. Jak uvádí pamětnice sestra Jarmila Vaňková: „byl velký odstup lékařů od sester a vzájemné chování bylo většinou velmi formální. Personální hierarchie byla: přednosta kliniky – vedoucí lékař oddělení – sekundář – vrchní sestra – staniční sestra a sestry, které zde byly na všechny práce bez rozdílu – uklízečka – administrativní pracovník.“ (38 str.56, 57) Pokud tuto citaci bude číst sestra dnešních dnů, může kriticky podotknout, že se vlastně nic nezměnilo. Při dnešním nedostatku sester jsou ty, co se v praxi drží, často nuceny zastupovat ošetrovatelský a jiný pomocný personál.

Legislativní změny jsou často následovány změnami praktickými s velkým zpožděním. Překážkou důsledného dodržování kompetencí sester, tak, jak jsou zakotveny

ve Vyhlášce 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je hrozivý nedostatek kvalifikovaného ošetrovatelského personálu v celé ČR. Pozitivní je, že nemocnice již dnes mají v naprosté většině svůj vlastní ošetrovatelský management, který spolupracuje s lékařským na vedení a dalším zkvalitňování péče o nemocné. Přispívá k dobru věci, že o sesterských záležitostech rozhodují sestry, protože jistě platí, že lékaři jsou odborníci na léčení a sestry na ošetřování pacienta. Sestry, obzvláště ve specializovaných medicínských oborech jsou (rovno)cennými spolupracovnicemi lékařů. Není výjimkou, že si lékaři a sestry tykají, což na jednu stranu může usnadnit komunikaci mezi profesionály, naopak však může vést k jisté dezorientaci pacienta, obzvláště je-li ze „staré školy“, tedy stoupenec modelu paternalistického vztahu lékař – pacient.

Postupně stoupající tlak na požadavek rozšiřování a prohlubování vzdělávání sester vedl k posílení sebevědomí a společenské prestiže sester, vedlejším produktem růstu vzdělanosti sester byla nedůvěra, někde snad až (více, či méně skrývaný) odpor zastánců starých časů z řad lékařů. Ředitelka Ošetrovatelské školy Sylva Macharová se například počátkem 20. století marně snažila přemluvit tehdejšího věhlasného profesora A. Jiráska (1887 – 1960) o významu zřízení školní stanice pro sestry na „jeho“ chirurgické klinice Všeobecné fakultní nemocnice. Jak dosvědčuje záznam jedné z pamětnic, pan profesor prohlásil, že: vzdělané sestry u něj pracovat nebudou „příliš toho vědí, nechtějí uklízet a nosí nos nahoru“ (39 str. 21). Tento názor lze i dnes vyrozumět „mezi řádky“ z chování některých lékařů, nebo i jako explicitně jimi vyjádřený. V jeho podtextu jsou zřejmě stále tři hlavní důvody obav, tak pregnantně vyjádřené profesorem Jiráskem – totiž, že vzdělaná sestra, vědoma si svých kvalit se bude zdráhat „dělat všechno“ ve „slepé poslušnosti.“

Postupem času, vědeckotechnického pokroku a dalších sociálních faktorů se práce sestry stávala více a více odbornou a erudovanější. Zatímco ve čtyřicátých a padesátých letech měla práce sester více ráz ošetrovatelské péče. „Náročnější výkony, jako aplikace i.v. injekcí a infuzí, prováděli ještě počátkem 60. let dvacátého století lékaři. Sestry připravily pomůcky, nemocného a při výkonu asistovaly.“ (38 str. 30)

Dříve byla osobnost sestry snad až příliš potlačována (internát, zákaz líčení). Nicméně patřilo k bontonu doby (a slučovalo se s majoritně přijímanou křesťanskou filozofií), dát se na cestu služby druhým. Dobro bylo jasně definováno, uznáváno a ctěno. Ctižádostí a naplněním poslání sestry byla spokojenost pacienta, přes tvrdé pracovní

podmínky nebývalo zvykem ani v poválečné ČR, že by některá sestra opustila své povolání a hledala zaměstnání mimo zdravotnictví. (38)

„Bylo chloubou každé sestry, když byly nemocní čisti, nakrmení a když dostali včas a přesně to, co jim bylo naordinováno. Když bylo celé oddělení v pořádku, a to bez jakýchkoli složitě sestavovaných ošetrovatelských plánů. Co nejvíce času se věnovalo zajištění potřeb nemocných a co nejméně času „administrativním pracem.“ (38 str. 30)

Přestože dnes mají sestry k dispozici mnoho moderních pomůcek a přístrojů a při nemocnicích existují samostatná oddělení, zkoumající kvalitu zdravotní péče, zdá se, že pacient se přesunul z centra zájmu zdravotníků a jeho původní prioritní postavení zaujala dokumentace.

Následující základní očekávané vlastnosti sestry se během let nezměnily, přibyly k nim však další požadavky dovedností technických a administrativních.

J Roušarová v Pokynech k ošetrovatelské technice definuje vlastnosti sestry takto:

- „individuální zájem o nemocného
- iteligenci a bystrost postřehu
- odborné ošetrovatelské znalosti a zkušenosti
- přesnost a spolehlivost při hlášení příznaků“ (38 str. 23)

Nárůst administrativy není jedinou daní pokroku, již od 80. let dvacátého století se v odborných kruzích hovoří o tzv. dehumanizaci medicíny a logicky se nabízí hypotéza, že dehumanizace ošetrovatelství jde ruku v ruce.

Při ohlédnutí zpět a srovnání dnešní situace ve zdravotnictví, můžeme pozorovat jasnou tendenci sester se prosadit. Sestry jsou odbornicemi ve svém oboru, vzdělávají se, publikují ve vlastním v odborném tisku, přednáší na různých vzdělávacích akcích. Obrácenou stranou mince může být skutečnost, že pacient již není středem jejich profesního zájmu, ale stává se často jen prostředkem k tomuto sebeprosazení.

Základem pro ideální stav, kterému se snaží svou reformou zdravotnictví ve vlastním stylu přiblížit každá úřadující vláda, by se snad mohl stát dialog zúčastněných stran probíhající v čase tak, aby mohl zachytit aktuální změny. Měli bychom se jako společnost rozhodnout, zda je zdravotnictví služba jako každá jiná, nebo zda se budeme snažit zachovat princip solidarity a poslání. Od této hlavní vytyčené strategie by bylo možno odvodit další vzorce rozumného chování pro laiky i profesionály.

### 2.2.3. Nomen Omen

Pojmenování „sestra“ má svůj původ v křesťanské podstatě služby nemocným a potřebným, na kterou se během středověku zaměřovaly církevní řády: nejdříve mužské, později ženské – odtud tedy označení sestra - původně sestra řádová. Církev institucionalizovala Kristův imperativ služby bližnímu, její členky – řádové sestry byly prvními a jedinými, kdo organizovaně a systematicky ošetřoval pacienty v nemocnicích a až do období před 1. světovou válkou. Jak uvádí pamětnice (38) ještě během 2. světové války a v období po ní nebylo výjimkou, že absolventky prvorepublikové ošetřovatelské školy užívaly v praxi své „sesterské“ jméno, které se lišilo od jména občanského – podobně, jak bývalo zvykem při vstupu novicky do církevního řádu – vzdát se svého světského jména a přijmout jméno řeholní, symbolizující službu a oddělení se od světa a jeho radostí.

V češtině je označení osoby pečující o nemocné – sestry, identické s označením příbuzensky blízké osoby, podobně je tomu v němčině: Krankenschwester. V angličtině: sister/nurse se výrazy popisující člena rodiny a pečovatelku v nemoci liší. Označení „ošetřovatelka“ pro osobu, pečující o nemocného, bylo často užíváno zejména v období první republiky. Dokumentovanou skutečností je, že absolventka dvouleté Ošetřovatelské školy, získala po jejím úspěšném ukončení diplom a „dostalo se jí práva užívati názvu diplomovaná ošetřovatelka nemocných“. (38 str.17) Dnes je tento termín vyhrazen pro nelékařské zdravotnické pracovníky s nižší kvalifikací (ošetřovatelský kurs).

Se změnami ve zdravotnickém školství, se měnily i názvy škol a jejich absolventek. Je s podivem, že termín sestra „prošel“ i se svým „přídechem“ religiozity takřka beze změny totalitním režimem a jinou podobu získává až v současné svobodné společnosti – naposledy ve tvaru - „všeobecná sestra“, do kterého prošel přes stadia: diplomovaná ošetřovatelka, diplomovaná sestra, zdravotní sestra. Tento název má zřejmě zdůraznit univerzalitu své nositelky a zároveň implikuje předpoklad pozdější specializace. Takto kvalifikované sestry jsou odbornicemi v oboru ošetřovatelství, schopnými samostatné práce bez odborného dohledu.

Označení sestra je tedy v zemích EU možné používat pouze pro jedince, jejichž vzdělání bylo získáno na VŠ a je v souladu s legislativou EU. Tyto požadavky akceptovala do jisté míry i koncepce českého ošetřovatelství. (21) Synonymem pro u nás užívaný termín všeobecná sestra je v některých zemích pojmenování registrovaná sestra (RN),

sestra s licencií, nebo kvalifikovaná sestra pro pracovníka ve zdravotnictví, který dosáhl všeobecného ošetrovatelského vzdělání a vstoupil do praxe (kompetence ICN)

Registrační systémy mají přes svou odlišnost v jednotlivých státech podobný cíl a základ. Nutí sestru, aby se celoživotně vzdělávala. Registrace a vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu byla v ČR zahájena 4/2004 (12 str. 15) Objevují se i zcela nové názvy profesí nelékařských zdravotnických pracovníků.

Odborná veřejnost je v očekávání vstupu prvních absolventů oboru zdravotnický asistent do praxe zdravotnických zařízení. Z názvu studijního oboru není zřejmé komu tento pracovník se značně okleštěnými kompetencemi bude asistovat – zda lékaři, nebo sestře a zda se vůbec těchto zdravotnických pracovníků v praxi dočkáme. Podle vyjádření ministerstva zdravotnictví, školu po maturitě opustí letos (2008) 3900 absolventů tohoto studijního oboru a do nemocnic má v úmyslu nastoupit každý pátý, což prakticky znamená 780 zdravotnických asistentů v praxi celorepublikově.

Sester se všeobecně nedostává, velké nemocnice hledají proto sestry mimo ČR (Ukrajina). Předsedkyně České asociace sester se na popud Ministerstva zdravotnictví ČR chystá na nábor sester do Vietnamu. Tyto skutečnosti evokují řadu otázek: především problém jazykové bariéry a povinné zkoušky u českého jazyka, kterou budou muset „importované“ sestry složit, budou-li chtít pracovat v ČR (60), dále otázku jejich kompetencí (budou zřejmě v rozsahu „práce pod odborným dohledem“) – zbudou ještě v českých nemocnicích nějaké sestry, které budou „dohlížet“?

Otázkou poslední, logickou a asi nezodpovězenou zůstane: je levnější investovat do importu, než podpořit vlastní kapitál? Zákon č. 96/2004 Sb. sice svou dikcí usnadňuje „pohyb“ sester v rámci EU, bohužel však z pohledu ČR – spíše odstředivým směrem, protože nijak nezlepšuje podmínky profesního života sester v ČR a příliv sester z Anglie, Německa, dokonce již ani Slovenska, nemůžeme za stávajících podmínek očekávat.

Jak uvádí E. Prošková, ředitelka oboru vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na MZ: „není to tak, že je nedostatek sester, ale nedostatek sester ochotných dělat sestry.“ Tato státní úřednice, sama bývalá dětská sestra se zamýšlí nad důvody nedostatku sester. Kromě finančních důvodů může hrát roli i to, že se sestry cítí špatně v pracovním týmu, na čemž se může podílet i diskrepance mezi tím, nač je připravuje škola a skutečnou praxí. Výchova sester k „poslušnosti“ lékaři je podle E. Proškové minulostí,



přesto: „sestra vůči lékaři nemá postavení, které jí náleží, a také dělá práce, které jsou pro ni méně zajímavé.“ (43 str. 403)

Tvůrci Vyhlášky 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, mezi které E. Prošková patří, si představovali, že : „v praxi budou registrované sestry doplňovány nižšími zdravotnickými pracovníky od zdravotnických asistentů po sanitáře a sestrami pod dohledem.“ Tento model ošetrovatelské péče však pro nedostatek sester zatím není možné v praxi uskutečnit. (43 str. 402 – 403.)

Jako hlavní důvod nejasností v oblasti rozdělení kompetencí na interdisciplinární úrovni v týmu pečujícího o pacienta vidí E. Prošková „neřešený způsob financování této péče“. Sestry stále pracují jako: „asistentky lékařů“ a například v: „domácí péči pracují sestry pouze podle indukce lékaře, potřebu ošetrovatelské péče nemohou samy určovat, přestože jsou k tomu kvalifikovány.“ (43 str. 402)

Jasně vymezení kompetencí sester by jistě přispělo k větší jistotě sester při provádění výkonů ošetrovatelské péče, ale i při komunikaci s pacienty a lékaři. Daní za pregnantní legislativní definici kompetencí sester by pravděpodobně byla menší možnost pružné reakce legislativy na změny v odborném zdravotnickém dění.

#### **2.2.4. Snaha sester o vymezení se vzhledem k laické i odborné veřejnosti**

V roce 1921 založilo devět diplomovaných sester Spolek absolventek školy ošetrovatelské (SAŠO), jehož hlavním cílem měla být výchova a vzdělávání sester ve spolupráci s ČSČK prostřednictvím přednášek a odborných kurzů. V roce 1928 bylo sdružení přejmenováno na Spolek diplomovaných sester, který pomáhal udržovat a zvyšovat standard ošetrovatelské péče, jeho činnost však byla ukončena během 2. světové války a po ní již nebyla obnovena. České sestry tak ztratily i své členství v ICN. V roce 1973 byla aktivitou sester a za podpory lékařů založena Česká společnost sester (ČSS), jejímž „hlavním úkolem bylo prosazování moderních trendů v ošetrovatelství“ (45 str. 49). ČSS, která byla součástí České lékařské společnosti (ČSL), se podařilo v roce 1983 – po 40 letech obnovit členství českých sester v ICN (41).

Koncem 80. let 20. století již sestry tvořily třetinu členské základny ČSL. Zejména z důvodů přerozdělování financí sílily v ČSS odstředivé tendence, které „vyvrcholily před listopadem 1989“ jejím odtržením od ČLS.

„Počátkem roku 1990 vznikaly v různých zdravotnických zařízeních tzv. „kluby sester“, z jejichž kladny vznikla v roce 1991 Česká asociace sester (ČAS). Přes podobný program, organizační strukturu a činnost se však projevovala velká rozdílnost v názorech mezi těmito dvěma sesterskými organizacemi. V roce 2000 došlo ke sloučení obou sdružení pod hlavičkou ČAS, která v současnosti sdružuje sestry všech oborů jako největší profesní organizace (45 str. 50). K dalším znakům stavovské příslušnosti kromě „cechovních znaků a pravidel“ patří jistě i vydávání časopisu odborné společnosti. Nebylo a není tomu jinak ani v ošetrovatelství.

Od roku 1951 vycházel po čtyřicet let zásluhou Státního zdravotnického nakladatelství časopis Zdravotnická pracovnice. Lékařská fakulta univerzity Karlovy v Hradci Králové vydává o sestřích a pro sestry časopis Ošetrovatelství. V současnosti je nabídka odborného tisku pro sestry velmi pestrá, kromě zmíněného periodika, vydávaného UK v Hradci Králové, existuje nakladatelstvím Mladá fronta po léta vydávaný časopis Sestra, poměrně odnedávna nakladatelstvím Promediamotion vydávaná Diagnóza v ošetrovatelství (2005) a díky nakladatelství Galén časopis Florence jako „vlajková loď“ ČAS.

Nejen kvalifikace, ale do jisté míry i vnější podoba reprezentanta povolání pomáhá okolí usuzovat rozsah kompetencí konkrétní profese. Stejně jako kovářská zástěra v minulosti dávala tušit „kompetence“ jejího majitele ukout podkovu, či vytrhnout zub, dnes oblek a kravata za bílého dne evokují status businessmana. Atributy jako bílý plášť a fonendoskop nenechávají nikoho na pochybách, že před ním stojí lékař – pokud se síla těchto prvků ještě spojí s vizitkou (která vůbec nemusí patřit dotyčnému) – okolí je jaksi hypnotizováno a většinou jen plní pokyny. (Tento psychologický aspekt objevili redaktoři některých médií a vypravili se v přestrojení do nemocnic žádat dokumentaci pacientů).

Sesterskou profesi charakterizovalo oblečení, které zejména v posledních dvaceti letech výrazně změnilo svou podobu – zmizel čepec jako pokrývka hlavy, sesterská „zástěra“ už podstatě není v praxi k vidění. Šaty mají různou formu a barvy – od bílé, modré po pastelové tóny zelené a růžové, podle zdravotnického zařízení a firmy, která oděv zhotovuje.

Přes výraznou feminizaci lékařské profese není obvyklé, aby lékařka nosila „pracovní“ šaty. Toto odlišení je patrné spíše oku profesionála, takže pacienti si často ověřují dotazem, (pokud se dotýčný zdravotník nepředstavil) kdo je vlastně momentálně ošetřuje. Muži na pozici všeobecné sestry bývají podobně zaměňováni s lékaři. V tomto kontextu stojí za zmínku specifikum amerického zdravotnictví, kde je z důvodů obav případného forenzního řešení zavedenou praxí podpis „informovaného souhlasu“ pacientem upraven takto: „před každým, i sebejednodušším zákrokem, včetně jmenovitého souhlasu s tím, které sestry se o něho budou starat“ (35).

Pokud se ohlédneme o sto let zpět a porovnáme pohled na zdravotnický tým tehdejší a dnešní, musíme konstatovat, že hranice rozdílnosti mnohde nejsou tak ostré, jak tomu bývalo. Co se týče oblečení, interdisciplinární komunikace, dodržování pravidel profesní hierarchie i rozsahu kompetencí jednotlivých členů zdravotnického týmu. Přesto snaha sester o autonomii a uznání ošetrovatelství jako samostatné vědecké disciplíny je nepochybně mnohem větší dnes, než například před sto lety. Svou úlohu v procesu přeměny ošetrovatelství má jistě i komercializace zdravotnictví a péče o nemocného v celém systému.

### **2.2.5. Současný systém vzdělávání sester v ČR**

Vstup ČR do EU 1.5. 2004 byl impulsem pro některé legislativní změny, dotýkající se nelékařských zdravotnických povolání, mimo jiné tedy i sester. Zdravotnická legislativa se harmonizuje i s doporučeními Mnichovské deklarace (6/2000), kde byly definovány: „nové a náročné úkoly sester a porodních asistentek a vymezeny základní principy kvalifikace sester, včetně charakteristiky škol, na nichž sestra získá oprávnění k výkonu svého povolání.“ (14 str. 20-23)

Sestry v ČR se vzdělávají: - Předregistračně - v kvalifikačním studiu (VŠ, VZŠ)  
- Postregistračně – ve specializačním studiu,  
univerzitním postkvalifikačním studiu, kontinuálně (celoživotně). (14)

K výkonu povolání nestačí kvalifikace, je nutná i způsobilost: odborná, zdravotní bezúhonnost, včetně požadavku celoživotního vzdělávání.

Zákon 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních změnil strukturu ZP pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. Zmíněný zákon tyto pracovníky rozdělil podle úrovně dosud získané kvalifikace do třech základních skupin, způsobilých vykonávat své povolání s různou mírou samostatnosti.

- bez odborného dohledu
- pod odborným dohledem
- pod přímým vedením

Zákon změnil strukturu, ale ne běžnou nemocniční praxi. Na zákon navazuje vyhláška 424/2004, kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Legislativou indukovaným požadavkům praxe musí odpovídat i pregraduální příprava sester na jejich budoucí povolání. Vodítkem pro úpravu systému zdravotnického školství se staly opět normy EU. V příloze směrnice 77/453/EHS jsou stanoveny minimální požadavky na strukturu (délka studia a proporce mezi teoretickou a praktickou výukou) a obsah vzdělávacího programu pro přípravu sester.

Kvalifikační příprava sester: od roku 2004/05 jen na vyšších zdravotnických školách a na školách vysokých. Kvalifikační příprava dalších pracovníků oboru ošetrovatelství: tedy pracovníků způsobilých k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením – zdravotnického asistenta, ošetrovatele, sanitáře se může od roku 2004/5 uskutečňovat na SZŠ, nebo v akreditovaných kvalifikačních kurzech.

Projekt financovaný Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky (ESF a MŠMT) v roce 20006-7 vytvořil a inovoval osm vzdělávacích zdravotnických programů pro vyšší zdravotnické školy, jejich absolutorium by vedlo k získání způsobilosti samostatné práce v oboru. Tvůrci analyzovali specifické činnosti příslušných zdravotnických profesí a specifikovali žádoucí vědomosti, dovednosti a kompetence.

K akreditaci Ministerstvu zdravotnictví ČR bylo předloženo osm vzdělávacích programů pro uchazeče se středním vzděláním s maturitou::

- diplomovaný oční technik
- diplomovaná všeobecná sestra
- diplomovaný zdravotnický záchranář
- diplomovaný dentální hygienista

- diplomovaný zubní technik
- diplomovaný farmaceutický asistent
- diplomovaný nutriční terapeut
- diplomovaný zdravotní laborant (30 str.50)

Postgraduální vzdělávání pracovníků ošetrovatelství probíhá na pracovištích akreditovaných MZČR, absolventi mohou získat specializovanou způsobilost v některém z 36 měsíců trvajícím učebním programu, rozděleném na 2-8 týdnů teorie a 2-14 týdnů praktické výuky.

Označení odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků jsou vymezena Nařízením vlády 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí následovně:

- sestra pro intenzivní péči
- sestra pro perioperační péči
- dětská sestra
- komunitní sestra
- sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech
- audiologická sestra
- sestra pro nukleární medicínu
- psychiatrická sestra
- sestra pro pracovní léčbu lékařskou péči
- sestra pro transfúzní službu
- klinický perfusio log (29)

V ČR současně existují různé programy předregistračního vzdělávání s konečným různým označením absolventa, ale finálním stejným pracovním úkolem (pracovní náplní).

### 2.3. Legislativa

Současná dikce zákona (59) popisuje oblast informování pacientů, do praxe je tato povinnost zdravotnického pracovníka uváděna formou tzv. Informovaného souhlasu, písemně pak (zejména u invazivních zákroků) formou stejnojmenného dokumentu, jehož podpisem pacient stvrzuje, že byl náležitě „předem informován o účelu a povaze zákroku, jakožto i o jeho důsledcích a rizicích“ (59) a to tak, aby se mohl stát aktivním spolupracovníkem při poskytování léčebně preventivní péče. (49) V případě odmítnutí péče pacient podepisuje negativní revers.

Institut informovaného souhlasu je většinou vnímán zdravotníky jako jednorázový akt, zabezpečující dokumentaci postupu lege artis v případě vyskytnutí se pozdějších nejasností.

Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu zmiňuje (poněkud vágně): „rozhodující úlohu zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků v nich pracujících při zdravotní výchově obyvatelstva.“ ( &13) Takto poskytuje široký akční rádius pro aktivní edukátory, zároveň však nijak nevymezuje konkrétní úkoly a z nich plynoucí odpovědnosti.

Vyhláška 424/2004 Sb. vymezuje povinnost a rozsah edukace pacienta a jeho blízkých dle vzdělání a jím podmíněné profesní způsobilosti konkrétní sestry.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně (ratifikována parlamentem ČR v r.2001) stanovuje povinnost informovat osobu, které má být zdravotnický výkon proveden, o podstatě zákroku a o jeho následcích a rizicích. (49)

Kodex práv pacienta a Etický kodex České lékařské komory jsou ve věci informování pacienta v souladu: požadavek pacienta na získání potřebných údajů je doplněn povinností lékaře tyto informace poskytnout.

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě doplňuje tato dvě etická ustanovení identickými požadavky.

Pro sestry stavovsky závazný Etický kodex České asociace sester, který vychází z etického kodexu Mezinárodní rady sester (ICN) otázku poskytování informací pacientovi a edukace sestrou výslovně nezmiňuje, na rozdíl například od standardů struktury v ošetřovatelství, vydanými ANA (American nursing association), jež výslovně zmiňují aktivity sester v edukaci a informování pacienta. (35) Profesní kodexy jsou však etickými normami a nemohou tudíž být v případě neplnění sankcionovány právní cestou.

Lékař a právník L. Vondráček upozorňuje na skutečnost, že ve zdravotnické praxi je třeba od „poučení odlišit podávání informací.“ (52 str. 33)

*Poučení* – se zpravidla děje ad hoc, informace se dotýkají konkrétní, většinou aktuální situace a obě strany (zdravotník a pacient) většinou stvrzují skutečnost poučení podpisem informovaného souhlasu.

*Podávání informací* – pacientovi a o pacientovi, se vztahuje k dodržování zákonem stanovené povinné mlčenlivosti, která se týká všech údajů, které se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s poskytováním péče. (52 )

Proto tento specialista legislativy i medicíny považuje za prozíravé již při prvním kontaktu s pacientem získat jeho výslovné a podpisem stvrzené vyjádření, komu mohou být informace poskytovány. (52)

H. Haškovcová, naše významná odbornice zabývající se lékařskou etikou, rovněž zmiňuje fakt, že „informovaný pacient ještě nemusí být poučený“ z tohoto pohledu je *informování* vnímáno jako jednostranný akt ve směru zdravotník – pacient, zatímco *poučení* by v sobě již mělo zahrnovat dialog, tedy jistotu zpracování a pochopení informace pacientem. (10 str. 34 )

Na dvě základní oblasti předávání informací pacientovi hledí – i když jiným úhlem pohledu i E. Prošková – ředitelka odboru vzdělávání Ministerstva zdravotnictví ČR. Jak uvádí: „první (rozuměj oblastí – pozn. autorky) je podávání informací o charakteru poskytované péče nebo jednotlivého výkonu v rámci získání informovaného souhlasu pacienta, druhou je podávání informací pacientovi v rámci edukace.“ (35 str. 43)

I doporučení WHO pro edukaci upozorňují na významové rozdíly v používání termínů edukace/informace: „Edukace ve zdravotnictví není totéž jako informace o zdravotním stavu. Správná informace je důležitou, základní součástí edukace, ale edukace musí navíc zahrnovat další faktory, mající vliv na zdraví jako je dosažitelnost zdrojů, účinnost komunitního vedení, sociální podpory členů rodiny a úroveň sebezpěče.“ (57 str. 64)

Novelizovaný zákon 20/1966 Sb. hovoří v souvislosti s poučením a souhlasem nemocného o „zdravotnickém pracovníkovi“, jako o tom, kdo má pacienta poučit – tím tedy může být kromě lékaře také sestra, popř. jiný zdravotnický pracovník.

Vyhláška 424/2004 Sb. Stanovuje kompetence sestry v edukaci takto:

„*Všeobecná sestra* edukuje pacienty, případně jiné osoby o ošetrovatelských postupech.

*Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez odborného dohledu a bez indikace lékaře* edukuje pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech, tedy o výkonech, které sama provádí.

*Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí na základě indikace lékaře* edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.“

(55)

V kompetencích sester tedy není již „pouze“ informovat pacienta o výkonech, které sama provádí, ale na základě indikace lékaře může sestra informovat pacienta i o výkonech terapeutických, jakož i o jejich důsledcích, alternativách i rizicích. Děje se tak v závislosti na stupni dosaženého vzdělání, avšak mezi odbornou veřejností panuje shoda v názoru, že u závažnějších intervenčních výkonů by pacienta měl poučit vždy lékař. Kompetence sester jsou dále určeny a limitovány požadavky a podporou zaměstnavatele. (Náplň činností zdravotních sester je vydávána rámcově MZ ČR, podrobnější rozpracování zaměstnavatelem příslušného zdravotnického zařízení v pracovní smlouvě.)

#### **2.4. Kompetence a vzdělávání sester v mezinárodním srovnání**

Pokud lze vůbec srovnávat jednotlivé parametry sesterské profese mezi zeměmi Evropy i mimo ni, jistě nelze informace vytrhnout z kontextu legislativy, systému vzdělávání a historické tradice profese sestry v konkrétní zemi. Kontext prostředí je významným faktorem, ovlivňujícím vývoj a charakter jedinců i skupin, což zohledňuje také zpráva výboru odborníků ošetrovatelství WHO, která požadovala identifikaci kompetencí sester zabývajících se edukací a manažerů v ošetrovatelství, a to v rozsahu reflektujícím: „změny filozofického a konceptuálního rámce“ společnosti, ve které budou užívány. (58 str. 26 )



### *Dánsko*

V Dánsku se počítá tradice ošetřovatelského školství od založení první ošetřovatelské školy v roce 1863. Současné vzdělávání dánských sester se uskutečňuje formou neuniverzitního vyššího vzdělávání – úrovní odpovídající bakalářskému stupni na ošetřovatelské škole. Všeobecně je v této zemi organizace vzdělávání sester hodnocena jako dobrá. „Každé oddělení, nebo skupina menších má vyčleněnu edukační sestru. Ta má na starosti výběr sestry mentorky a organizaci zaškolení nově nastoupivších sester, dále organizaci dalšího vzdělávání pro zdravotnický personál oddělení.“ (20 str.12.)

Sestry se zde vzdělávají stejně jako ve Finsku ve: „vyšších školách – polytechnikách, či nemocničních školách, ale absolventi získají titul bakalář a mohou pokračovat v magisterském programu.“ (35 str. 30)

### *Estonsko*

Sestry a praktické sestry(ošetřovatelky), které se ke svému povolání kvalifikují v souladu se směrnicemi EU, mají v této zemi vymezené náplně práce, které striktně dodržují. První zdravotnická škola zde byla založena již v roce 1800. Magisterské a doktorské tituly však sestry (především pedagožky) mohou získat pouze studiem v zahraničí. (17 str. 62-64)

### *Finsko*

Ve Finsku sestry nepracují metodou ošetřovatelského procesu, hodnotí se ošetřovatelská zátěž v rozmezí 1-4. Finské sestry jsou samostatnější, než sestry české, „pokud to není nezbytné, nečekají s rozhodováním na lékaře. Některé léky dokonce mohou podat: “podle svého uvážení a lékaře informovat teprve zpětně.“ (25 str. 22) „Všeobecné sestry jsou odpovědné za všeobecnou péči a mají jasně stanovené kompetence, které vycházejí z doporučení ICN. Kromě jiného „registrovaná sestra musí být schopna informovat a instruovat jednotlivé pacienty a jejich blízké příbuzné, pokud jde o prevenci, péči a terapii běžně se vyskytujících somatických onemocnění a psychických poruch, a také vyučovat kolegyně a studenty.“ (54 str. 4) Finské sestry: „dělají jen kvalifikovanou práci“. (62 str. 56)

### *Holandsko*

Českou sestru J. Břegovou, která v této zemi byla na stáži, zarazil velký počet ošetrovatelského „personálu různých kategorií vzdělání a pracovních pozic“ v Nizozemí. Majoritním udržovatelem systému jsou standardy – ve smyslu zajištění kvalitní péče konkrétních limitů, bez možnosti získat výhody pro elitní skupiny pacientů v „běžných“ nemocnicích. Neexistují nadstandardní pokoje, muži a ženy jsou na pokojích dohromady. „Péče o klienta a jeho informovanost jsou zajištěny z několika stran“, dostatek edukačních materiálů, vydávaných samostatným nakladatelstvím. Pacient je poučen při plánovaném příjmu – před hospitalizací a domů dostane materiály. „Pro získání dalších informací je zde k dispozici také speciální oddělení pro klienta.“ (5 str. 21) Ošetrovatelský personál je rozdělen do pěti kategorií. Sestry mají širší kompetence než v ČR, například sestry páté kategorie mohou měnit ordinace stanovené lékařem.

Účastníky edukační stáže v ČR vesměs zastávající manažerské posty ve velkých nemocnicích zarazilo, že: „u lůžka pacienta pracuje oproti obdobným zdravotnickým zařízením v ČR o 90-100% kvalifikovaných sester více, dále i vysoká a všudypřítomná jednotná firemní kultura a s ní související sounáležitost zaměstnanců se svojí nemocnicí.“ (31 str. 12-13)

### *Maďarsko*

Zde je systém vykonávání sesterského povolání též regulován státem. Od roku 1993 Maďarsko transformovalo vzdělávání sester na tříleté na vyšších školách, nebo čtyřleté – vysokoškolské, od roku 1989 mají maďarské sestry možnost se vysokoškolsky vzdělávat při lékařských fakultách. (35)

### *Německo*

„Základem práce sestry v Německu je uspokojování potřeb nemocného. Participace na léčebné péči je vnímána spíše jako cizorodý prvek v práci sestry.“ (35 str. 33) Členové lékařského a ošetrovatelského týmu se vzájemně respektují o to více, že kompetence lékaře a sestry se v Německu překrývají mnohem méně, než je zvykem ve většině ostatních zemí. Edukace jako: „podávání návodů k podpoře zdraví a předávání informací lidem, kteří se

spolupodílí na péči o pacienta“ - je však samozřejmou součástí obsahu práce německých sester. Podmínkou výkonu profese všeobecné sestry v Německu je získání licence po tříletém studiu. Sestry se mohou dále specializačně vzdělávat.(35)

Jaroslavu Pospíšilovou, která pracuje 12 let jako sestra v SRN: „pobavilo tvrzení, že vysokoškolské vzdělání je vstupenkou pro České sestry do EU. Jak uvádí, v SRN má sestra značně omezené kompetence ( výjimku tvoří sestry pracující na JIP), např. sestry nesmí aplikovat i.m. a i.v. injekce ( i.v. pouze v případě, je-li zavedena kanyla, neprovádí odběr biologického materiálu. Další vzdělávání po sestře v SRN: „nikdo nechce a vedení nemocnice si to ani nepřeje“. (Výjimku tvoří sálové sestry, pro které existuje možnost studovat nástavbu – 2 roky/1x týdně.) (34 str. 12)

Přes zřejmou nevělu některých svých zaměstnavatelů ( motivovanou zřejmě obavou z většího finančního zatížení zařízení zaměstnáváním kvalifikovanějších sester) chtějí německé sestry pro sebe prosadit možnost kontinuálního vzdělání, včetně univerzitního. (35)

### *Polsko*

I zde usilují sestry o přímou závislost mezi vzděláním, kompetencemi a finančním ohodnocením vlastní práce. Stejně jako ČR a další nové členské země EU nezískalo Polsko automatické uznání dříve získaných kvalifikací v oboru ošetrovatelské péče. MZ PL se soustřeďuje na „zamezení odlivu dokonale vyškolených a zapracovaných zaměstnanců do jiných zemí.“ (Zejména do Velké Británie a Německa). Polské sestry nepotřebují k udělení titulu „registrovaná sestra“ žádné kreditní body, registrace zde není časově omezená, tudíž není nutno ji cyklicky obnovovat. (54 str. 4)

### *Rakousko*

Tato země má dlouholetou tradici ošetrovatelského školství ( od roku 1882). Současný model připravuje v souladu se směrnicemi EU v tříletém, výhradně odborném programu nejen všeobecnou sestru, ale i sestru dětskou a sestru pro psychiatrickou péči. Rakouské sestry mají možnost specializačního studia i dvouletého nástavbového

univerzitního pro učitelství, či management. (19 str. 12) Ačkoliv nově přistupující země do EU zavádějí pro své sestry povinnou registraci, v Rakousku tomu tak není. Je zde však konkrétně legislativně vymezen rozsah činností jednotlivých sester. (35 str. 28)

### *Velká Británie*

Ve Velké Británii se kompetence sester liší podle konkrétní země, ve které jsou uplatňovány (Anglie, Wales, Skotsko, Severní Irsko). V celé zemi jsou však sestry dle strategie harmonizace norem EU vzdělávány pouze vysokoškolsky. Stejným požadavkem, jaký je kladen i na sestry v ČR je podmínka Registrace, plněná mimo jiné i závazkem celoživotního vzdělávání. Podle dosaženého vzdělání je tým sester rozdělen do několika úrovní, každou charakterizují nejen specifické úkoly, ale i vlastní uniforma. Na každém oddělení nemocnice je vždy alespoň jedna sestra první úrovně (vysokoškolsky vzdělaná), která tým vede. (35)

### *USA*

Je s podivem, že jak uvádí E. Prošková: „současné americké sestry nejsou spokojeny s rozdíly mezi jednotlivými typy přípravy a zejména s tím, že rozdíly nejsou promítnuty do různých kompetencí sester.“ Zdálo by se totiž, že jasné pojmenování : licence practical nurse (LPN) – jako sestry vzdělané v nemocniční škole, střední škole, zdravotnickou agenturou, nebo neuniverzitní vysokou školou v čase 12 – 18 měsíců, odliší tuto sestru v jejích kompetencích jasně od: registered nurse (RN), vzdělanou v dvouletém nemocničním kurzu, stejně dlouhém „associate degree“, či ve čtyřletém bakalářském studijním programu. Magisterské vzdělání v USA je komponováno jako navazující a specializační. USA neregulují rozsah ani délku studia, podmínkou výkonu povolání a získání práva používat označení RN/LPN je úspěšné složení nezávislé státní zkoušky. (35)

## *Shrnutí*

Rozdíly v kompetencích mezi jednotlivými zeměmi se liší v závislosti na politické orientaci konkrétního státu ( členství v EU) a od toho odvíjejícího systému vzdělávání sester. Jak podotýká E. Prošková: „statut sester kolísá i v západní Evropě od nejnižšího v Rakousku k nejvyššímu v Irsku, Velké Británii a Izraeli.“ (35 str.29)

K výrazně nižším kompetencím sester v Německu a Rakousku - ve srovnání například se severskými státy – přispívá přijímání zájemců a zájemkyň bez maturity, kteří jsou nadále speciálně vzděláváni s převahou praktické výuky ošetrovatelství. (35) Tento pozorovaný fakt by mohl podporovat tvrzení, že totiž kompetentní sestru spoluutváří celkově harmonická, vyvážená, vzdělaná a stále se vzdělávající osobnost - nejen praktické dovednosti a vědomosti.

### **2.4.1. Kompetence sester v edukaci a informování pacienta – úhly pohledu**

Vztah zdravotníků a pacienta (zakotven Zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, & 55, odst.1 ) jako základní podmínka kvalitní péče, který byl v minulých desetiletích překryt efektní clonou moderních vyšetřovacích technologií, se znovu začíná vynořovat na výsluní priorit zdravotnictví. Jistě potřebujeme moderní, život zachraňující technologie, zároveň bychom však měli pacienta jeho nemocí lidsky provázet (což zahrnuje nejen naši přítomnost, ale i komunikaci). Ačkoliv se postavení sestry a její faktické kompetence během několika posledních desetiletí výrazně změnily, přesto zákon mnohde pokulhává za praxí.

Povolání zdravotní sestry patří mezi jedno z regulovaných – to proto, že je hodnoceno jako velmi náročné a musí odpovídat kritériím vymezeným zákonnými a podzákonnými normami.

Koncepce ošetrovatelství MZ ČR stanoví podmínky způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry:

- vzdělání sestry (oprávnění k výkonu povolání).
- povinnost celoživotního vzdělávání (udržování odbornosti během profesního života).
- výčet odborných činností (odborné náplně práce).

Sestry ovládají moderní diagnostické přístroje a pomůcky, zajišťující základní životní funkce pacienta a přestože je přebujelá administrativa tlačí spíše k pracímu stolu, než k lůžku, stále tráví se svým nemocným většinu svého pracovního času - tento díl je vzhledem k rozdělení úloh ve zdravotnickém týmu nepoměrně větší, než čas, který tráví s pacientem lékař. Zdá se být přirozeným důsledkem vztahu sestra – pacient, že jako zdroj některých informací si pacient volí sestru. Míra a závažnost těchto sdělení závisí na kvalitě tohoto vztahu, který byli schopni si ošetřovaný a ošetřující během různě dlouhého časového období vytvořit. Schopnost tento vztah budovat a úroveň komunikace jsou podmíněny nejen osobností a vzděláním sestry i pacienta, ale i charakterem oddělení. Podmínky místa a osoby reflektuje do jisté míry i Vyhláška 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v definování edukačních aktivit všeobecné sestry a sestry se specializovanou způsobilostí.

Kompetence sester v oblasti informování a edukace pacienta se přesto velmi často dostávají do nepoměru - požadované a očekávané ( pacientem, lékařem )

- skutečné zákonné
- samotnými sestrami akceptované a chtěné.

V odborné literatuře, zabývající se medicínou a ošetřovatelstvím lze vypořádat zásadní rozdíl v popisu rolí a kompetencí lékařské a sesterské profese, a to v závislosti na autorovi sdělení.

Pohled zástupců odborné i laické veřejnosti na postavení sestry v týmu zdravotnických pracovníků se liší. „kvalita ošetřovatelské praxe, která by odpovídala potřebám zdravotní péče v 21. století, vyžaduje uskutečnění základních změn ve výchově sester. Současné ošetřovatelsví potřebuje sestru nezávislou, v mnohém kvalifikovanější, připravenou pro náročnou a kreativní práci v nemocnici i v terénu, respektovanou kolegy a také považovanou lékařem za rovnocenného partnera.“ (28)

Proti tomuto názoru a jemu podobným, jejichž producentkami jsou většinou sestry samy, stojí skutečnost, že ve většině zákonných norem není sestra ani zmiňována jako samostatný člen týmu s konkrétními osobními profesními pravomocemi a povinnostmi. Například autor L. Vondráček a lékař I. Bouška připouští, že nejmenším tým tvoří lékař a sestra, do výčtu složitějšího týmu, pro náročnější výkony sice zařazují vedle primáře, vedoucího operačního týmu, anesteziologa a lékaře vrchní sestru, sestru však jako kategorii zdravotnického pracovníka v tomto seskupení nenajdeme, pod heslem „lékař“, se

však uvádí, že: „je nadřízený sestře, která je povinna plnit jeho ordinace a příkazy.“ (!) (52 str.80) Autoři však zmiňují odpovědnost každého zaměstnance týmu za chyby, kterých se dopustil.

*Autor lékař:* „ V týmu má každý zaměstnanec odpovědnost za chybu, které se dopustil. Lékař je nadřízený sestře, která je **povinna** plnit jeho ordinace a **příkazy**. Pokud je nesplní, či jinak poruší, může být volána k odpovědnosti.“ (52 str.80)

„Zdravotní sestra je oprávněna poučit pacienta pouze o výkonech, které sama provádí, nikoliv o výkonech, které provádí lékař. Sestry v naší zemi nejsou oprávněny informovat pacienta o stanovené diagnóze, prognóze a postupu léčby, mohou ale následně s těmito informacemi pracovat. Pokud jde o ošetrovatelskou dokumentaci, mohla by pacienta poučit staniční, nebo vrchní sestra, ale pouze se souhlasem primáře oddělení, který za chod oddělení odpovídá.“ (52 str.32)

*Autorka sestra:* „Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější.“ (40 str.11)

„Transformace českého zdravotnictví vyžaduje mezi jiným i radikální změnu image ošetrovatelství jako profese a sestry jako rovnocenné partnerky v ošetrovatelském týmu, který se podílí na léčbě pacienta.“ K této změně by podle autorky úvahy o celkovém dojmu sestry na pacienty a veřejnost přispěla nejen změna v pohledu „externím“ - massmédiá stále s oblibou prezentují sestru jako: „sexsymbol“ - ale především změna „interní image“ v pohledu sester sama na sebe jako na sebevědomé odbornice, což budí v pacientech „dojem profesionality a nezbytné důvěry.“ (36 str. 21) Tato dichotomie je odrazem denní skutečnosti dvou rozdílných zdravotnických světů: lékařského a sesterského. Praxe tyto dvě profese spojuje v péči o pacienta a v zájmu o jeho prospěch, ať již v ambulantních, či nemocničních provozech, teorie je, zdá se, více a více rozděluje. Stírání (zaoblování) ostrých hranic přísné hierarchie lékař - sestra přišlo s novou legislativou v polovině 80. let dvacátého století (1974). Možností se specializovat v oboru vzrostlo profesní sebevědomí sester.

Pro poučení a praktické užití jakéhokoliv zaznamenaného sdělení vzniklého v minulosti pro „dnešek“, je velmi důležité si uvědomit dobový kontext, ve kterém konkrétní text vznikl. Není prázdnou poučkou, že kdo nezná minulost, nemůže se poučit pro budoucnost. Totéž platí o zákonech a normách (nejen) ve zdravotnictví. Málokterá

zákonná norma je zároveň tak univerzální a tak specifická a pro určité společenství tak závazná jako tisíce let staré Desatero. Dalším faktem je právní povědomí veřejnosti (často i odborné) – o termínech, dosud tradičně užívaných.

Spojení Hippokratova přísaha, či „lékařské tajemství“ přetrvala v tradici sta – až tisíciletí, jejich etické poselství zůstalo nezměněno a je dosud v souladu s humánní medicínou v obou smyslech slova ( medicínou lidskou a pro lidi), jejich forma i obsah jsou dobrou pozměněny do současným prostředím akceptovatelné podoby, (transformace Hippokratovy přísahy ve slavnostní promoční obřad na akademické půdě pro absolventy medicíny, kteří úspěšně složili závěrečné zkoušky). „Lékařské tajemství“ jsou povinni zachovávat zdravotničtí pracovníci i dnes, pokud by však tento svůj závazek nedodrželi, dnešní právo je bude stíhat za porušení „povinné mlčenlivosti“.

V oblasti ošetrovatelství byla po minulá staletí hlavní kompetencí sestry služba, v období středověku závazek stvrzovaný u církevních sester slibem (vstup do řádu a přijetí řehole). Služba jako hlavní atribut charakterizující sestru ve vztahu k nemocnému „Sloužím zdraví lidu“ se dostala ještě na odznaky socialistických sester druhé poloviny dvacátého století.

Oblast péče o lidské zdraví je natolik specifická, že vyžaduje i specifické zákony, upravované průběžně v souladu se změnami, souvisejícími a odehrávajícími se ve společnosti (nové technologie, vzdělání pracovníků, věda a výzkum). V medicíně a ošetrovatelství – jako ve vědách o člověku a pro člověka, by nikdy nemělo dojít k přehlížení etického rozměru problému. Jak přiznává i nestorka české intenzivní medicíny J. Drábková, je třeba „znovu vymezit kompetence mezi lékaři a sestrami na lůžkách ARO, JIP, OCHRIP.“ (8 str. 164) Tato lékařka preferuje jasné vymezení odpovědnosti, které pomáhá lepší a rychlejší orientaci v řešení praktických medicínsko-ošetrovatelských problémů, a to jak v oblasti praktických výkonů, tak informování pacienta a jeho rodiny. Uvažuje o sestře jako nedílné součásti týmu pečujícího o pacienta, účastníci rozhovorů s nemocnými i členy jejich rodiny. V případě „závažné diskuze“ zmiňuje jako podporu lékaři, který vede rozhovor, přizvání: „pro pacienta i rodinu psychologicky důvěryhodné sestry“. Kompetence sester popisuje J. Drábková jako „odpovídající jejich vzdělání, kvalifikaci a zkušenostem v rozsahu pracovní smlouvy“ a takto vyjádřené „v organizačním a provozním řádu pracoviště“. Ve svém tvrzení se zřejmě opírá o dikci vyhlášky 424/2004 Sb., která vymezuje kompetence sester podle parametrů kvalifikačního a specializačního



vzdělání. Na mnoha zdravotnických pracovištích ČR však tato zákonná norma dodržována není, nejčastěji z důvodu nedostatku sester – ať již obecného, nebo pracovníků různých úrovní vzdělání.

Stanovení kompetencí sester vidí J. Drábková, která je dlouholetou primářkou resuscitačního oddělení, v závislosti na zkušenosti sestry a jejím vzdělání. (8) Tento názor se shoduje s návrhem H. Haškovcové: „přehodnotit kompetence vysokoškolsky vzdělaných sester“, v souvislosti s informováním a poučením pacienta. (10 str. 63). Obě zmiňované odbornice medicíny a lékařské etiky jsou „zajedno“ i v otázce poučení pacienta v „zásadních rozhodnutích, například o komplikovaných operačních výkonech“ : v těchto případech by informace pro pacienta a jeho rodinu měla vyjít výhradně z úst lékaře. (8 str. 164-167). Ačkoliv J. Drábková sestrám přiznává „vlastní ráz ošetrovatelské péče“, kompetence sester uvádí v návaznosti na kompetence lékařů, tedy jako jejich derivát. V kontextu tohoto tvrzení, podpořeného současným vlivem prostředí institucionalizované, instrumentální medicíny, je možné pohlédnout na ošetrovatelství jako na závislé na poptávce medicíny.

Dlouholetý příznivec vzdělávání sester profesor V. Pacovský ve svém sdělení na konferenci o vzdělávání sester, věnované Martě Staňkové, zmínil : „ošetřovatelství jako nepostradatelnou součást medicíny, její samostatný obor s charakteristickými rysy, které nemůže být nahrazeno ničím a nikým jiným.“ Ošetřovatelství pro V. Pacovského není: „spoutanou profesí, kterou pouze úkolují jiní.“ (33) Profesor Pacovský byl podle svých vlastních slov vždy zastáncem aktivního ošetřovatelství a vždy si vážil sester které: „nejen vykonávaly, ale také uskutečňovaly.“ (47 str. 195) Ostatně právě on se podílel významným způsobem na vzniku ošetřovatelství jako oboru.

Jak tedy vnímat jeho pojetí ošetřovatelství jako „samostatné součásti“? Možná jako návod pro další směr: jistá míra autonomie ošetřovatelství v rámci medicíny, zahrnující ovšem i vysokoškolské vzdělávání sester na lékařských fakultách.

Ohlédnutím do minulosti vysledujeme, že „kroku kupředu v ošetřovatelství“ (ať již to bylo školství, sociální zázemí, nebo klinická praxe) předcházela podpora vzdělaných a osvěcených lékařů. Domnívám se proto, že ani dnes jiná cesta není možná. Protože každá akce vyvolává reakci, měli bychom mít na mysli, že reagujícími jsou především pacienti. Kdyby se lékaři a sestry prali, pacienti by se jistě nesmáli. Ošetřovatelství a medicína – ve

smyslu „lékařství“ - jsou podle mne obě samy součástí celku daleko většího, totiž péče o člověka.

Při jiné příležitosti profesor V. Pacovský, který během své praxe vykonal pro ošetrovatelství mnohé, řekl: „I když jsou vysokoškolsky erudované sestry akceptovány, stále chybějí adekvátní informace – především mezi lékaři - o kompetenci a funkci takových sester. V mnoha směrech není zrovnoprávněno vysokoškolské vzdělávání v ošetrovatelství s vysokoškolským vzděláním v jiných nelékařských profesích.“ (47 str. 195) Tento lékař a pedagog si dle svých vlastních slov: „uvědomil, že ošetrovatelství není jen výklad o ošetrovatelské technice, ale, že musí mít svou teoretickou základnu, vytvářející jeho pojetí, které je zase podmínkou jeho rozvoje.“ (47 str. 195)

Názor profesora Pacovského zní jistě libě uším vzdělaných sester, avšak je třeba mít na paměti, že normy EU, dotýkající se vzdělávání sester staví vyšší, nebo vysokoškolské vzdělání sestry jako podmínku kvalifikace k získání profesní způsobilosti k samostatnému výkonu povolání a jako takové by se mělo stát (postupem času) běžnou „výbavou“ určité části populace sester v českých zdravotnických zařízeních.

Názory předešlé, doplňují samotné sestry pohledem na sebe sama očima představitelk vlastní profesní organizace v ČR – České asociace sester – jako na samostatné profesionálky.

Teoretické názory na vzájemné postavení medicíny a ošetrovatelství se jistě velmi liší v závislosti na autorovi sdělení (lékař x sestra). V praxi většinou převládá zájem o pacienta a není čas ani vůle podobné otázky řešit, což je jistě momentálně prospěšné, ale dlouhodobě svými důsledky pro některé zdravotnické odborníky traumatizující a neudržitelné. Ačkoliv se v poslední době zdůrazňuje samostatnost ošetrovatelské role sestry, je zcela nepochybné, že při péči o pacienta plní především pokyny lékaře. (59)

Faktorem ovlivňujícím další vývoj a nové uspořádání kompetencí sester se může stát nevěle a neochota samotných sester tyto změny nastolit a přijmout. Podobný (ne)vývoj v této oblasti naznačuje i závěr a hypotézy vzešlé z kvalitativního výzkumu, který jsem prováděla na pracovišti IP 1/07 ( příloha č. 2). Spolupůsobícími silami pro tuto situaci jsou i malá aktivita sester v hájení svých vlastních záležitostí, nejednota v názorech a zřejmě i strach přijmout odpovědnost, která byla po léta na bedrech lékařů.

S. Bártlová pracovnice NCONZO v Brně a autorka výzkumu zaměřeného právě na kompetence a pracovní vztahy všeobecných sester upozorňuje na fakt, že zdrojem napětí

na pracovišti, neklidu a pracovní nespokojenosti mohou být odlišná očekávání a požadavky jednotlivých „spolupracujících skupin“, když skupinami míní lékaře, sestry a pacienty. S. Bártlová se prostřednictvím tazatelů v řízených rozhovorech a metodou focus groups dotazovala 1040 sester z celé ČR na nejčastější problémy, vyskytující se v komunikaci mezi lékařem a sestrou. Nejčastěji tyto potíže pramenily z pracovního přetížení, na druhém místě uváděly sestry výkon činností, spadající do kompetencí někoho jiného, dále pak podceňováním práce sestry ze strany lékařů. Více než 35% všeobecných sester se dle výzkumu uvedlo, že jsou velmi často, nebo občas, pověřovány lékařem pracovními úkoly, které neodpovídají jejich kvalifikaci. Sdělení diagnózy pacientům, nebo příbuzným, sdělování informací příbuzným o zdravotním stavu jejich blízkých a komunikace s pacienty jako aktivity, jimiž byly pověřeny lékařem uváděly sestry v menším procentu ( 11% dotazovaných). Jak autorka připomíná: „nelze paušalizovat, protože sestry určitých odborností jsou za určitých podmínek oprávněny činit i některé výkony, o kterých se domnívají, že je činit nemohou.“ (3 str. 15)

Podobnou nejistotu o rozsahu vlastních kompetencí mezi sestrami popisuje ve své diplomové práci I. Lálová. Tato vysokoškolsky vzdělaná sestra pracuje ve funkční pozici na JIP jedné z pražských nemocnic. V rámci vlastního výzkumu zaměřeného právě na otázku kompetencí sester v intenzivní péči došla mimo jiné k závěru, že: „na mnoha pracovištích IP nejsou kompetence sester definovány, pokud jsou definovány, přesto jsou někdy porušovány. Respondenti si neuvědomují rozpor ve své činnosti a považují tuto činnost za běžnou a normální.“ Za alarmující považuje autorka: „odpovědi, kdy respondent uvedl, že se nedomnívá, že koná nad rámec svých kompetencí, současně však 72% respondentů alespoň jednou uvedlo, že provádějí výkon, který ovšem spadá již nad rámec jejich kompetencí.“ (24 str. 66)

Nejasnou situaci zapříčiňuje do značné míry nekonzistence norem samotných. Jak konstatuje i E. Prošková ve své diplomové práci, jejíž součástí je analýza právních norem ve vztahu k činnostem nelékařských zdravotnických pracovníků. (35)

#### 2.4.2. Kompetence sestry - vize ICN (International council of nurses)

Součástí změn v globalizovaném světě je i celosvětový trh a s ním související volný pohyb odborníků, což se dotýká i zdravotních sester. Proto ICN jako organizace celosvětově řídicí roli ošetrovatelsví vyvíjí tlak na své členy v jednotlivých státech s požadavkem spolupráce na tvorbě mezinárodních kompetencí pro všeobecné sestry. Kompetence by podle ICN měly být „dostatečně široké, aby je bylo možné uplatňovat v mezinárodním měřítku, a zároveň dostatečně specifické, aby se jimi mohly řídit země, které kompetence pro sestry zatím nemají vypracované.“ (42 str.5) ICN se domnívá, že by bylo dobré vytvořit mezinárodní kompetence pro všeobecné sestry. Záměrem ICN je pomoci při vyjasnění role sester a naznačení cesty pro další jednání sesterských organizací na mezinárodní úrovni. S dokumenty vymezujícími kompetence sester ICN nepočítá jako s jednou provždy uzavřenou kapitolou, měly by se stát základním kamenem pro zpřehlednění aktuálního stavu a námětem k diskuzi. Kontext struktury kompetencí by měl brát v úvahu kontext globálních trendů i národní zdravotnickou i ošetrovatelskou politiku, její cíle a plány.

Je tedy zřejmé, že před profesními organizacemi jednotlivých států a jejich ministerstvy zdravotnictví stojí nelehký, dlouhodobý úkol, vyžadující spolupráci jednotlivých složek státní správy, a profesní organizace sester i zástupců ošetrovatelského managementu zdravotnických zařízení.

Po prvotním definování problému - stanovení definice kompetencí – ICN doporučuje vytvoření Národní skupiny pro ošetrovatelské kompetence, nebo podobného orgánu, v němž budou zastoupeni všichni zainteresovaní účastníci. Klíčové kroky při vytváření struktury kompetencí vidí ICN v zjištění finančních a dalších potřebných zdrojů na podporu iniciativy a dále ve zpracování těchto témat:

- objasnění účelu iniciativy
- stanovení definice kompetencí
- identifikaci klíčových pramenů, mezi něž patří: dokumenty ICN, ILO, výchozí ošetrovatelské dokumenty, statistiky, literární rešerše, analýza a kritické hodnocení literatury, příprava návrhu struktury kompetencí, konzultace s klíčovými zainteresovanými účastníky a konečně přezkoumání návrhu struktury, publikování a distribuce

Základ struktury kompetencí tvoří podle ICN čtyři klíčové definice:

- definice sestry - KDO
- definice ošetřovatelství – KOMU a PROČ
- definice role všeobecné sestry - CO
- definice kompetencí sestry - JAK, KDY, KDE (42)

Definice kompetencí dle ICN

„Úroveň výkonu, při níž se projevuje efektivní aplikace znalostí, dovedností a úsudku.“ (42 str. 19) Při plnění ošetřovatelských rolí zahrnuje kompetence následující prvky: znalosti, pochopení a úsudek. Pouze ideální syntézou ošetřovatelských rolí, dovedností (kognitivních, technických, psychomotorických, komunikačních) a osobních vlastností a postojů může sestra v praxi jednat a působit jako „kompetentní.“

ICN dále definuje 3 hlavní skupiny struktury ošetřovatelských kompetencí:

- struktury napsané v kontextu národních zákonů a předpisů týkajících se ošetřovatelství
- struktury vztahující se k přípravě programů osnov vzdělávání sester – definice kompetencí pomocí studijních výsledků kritéria výkonu
- struktury diferencované dle úrovně pracovníka, nebo úrovně dosaženého vzdělání

Kompetence vychází ze syntézy různých komponentů „celek má větší hodnotu, než součet jeho částí.“ (42) Součástí změn v globalizovaném světě je i celosvětový trh a s ním související volný pohyb odborníků, což se dotýká i zdravotních sester. Proto ICN jako organizace celosvětově řídicí roli ošetřovatelství vyvíjí tlak na své členy v jednotlivých státech s požadavkem spolupráce na tvorbě mezinárodních kompetencí pro všeobecné sestry.

## 2.5. Nedostatek sester

Jak uvádí předsedkyně České asociace sester Dana Jurásková pro internetovou verzi časopisu Respekt: „Jen v hlavním městě chybí 400 sester. Kolik jich chybí v celé republice by nikdo nespočítal.“ Podle D. Juráskové přiláká do oboru mladé dívky možnost dále se vzdělávat. Vysokoškolsky vzdělané se sestry získávají vyšší kompetence a také lepší plat. Letošní rok (2008) je prvním ,kdy by do praxe nastoupí zdravotničtí asistenti, většina jich ale asi půjde dále studovat. Na pracovní pozici, pro kterou se dosud vzdělávali jim za měsíční práci náleží odměna 11 600 Kč. Průměrný plat sestry, včetně příplatků se pohybuje okolo 21 000 Kč, což je o 1000 Kč méně, než je hranice průměrného platu v republice. (50)

Přes všechny číselné údaje teorie často pokulhává za praxí, zákon často změnil strukturu, ale ne běžnou nemocniční praxi. Jak při jiné příležitosti připomíná D. Jurásková: Odborné společnosti v ČR v čele s ČAS a ve spolupráci s MZČR se snaží o zjištění aktuálního počtu všeobecných sester pracujících u pacientů. „ Zdravotnická zařízení po celé České republice se údajně potýkají s nedostatkem sester, ale žádná zjistitelná čísla to nepotvrzují.“ (16) Sestry tvoří největší skupinu zdravotníků na celém světě.

Snaha o ekonomičnost v některých organizacích vedla ke koncepci všestrannosti – pracovníci plní mnoho úkolů, což boří hranice profesionality a dochází k nahrazování drahých pracovníků s vynikající kvalifikací pracovníky s nižší kvalifikací. (42)

S. Bártlová cituje autory Kramera a Schmalenberga, kteří zjistili, že: „ dostupnost vzdělávacích příležitostí a jejich podpora ze strany zaměstnavatelů patří mezi osm předních faktorů, které přispívají k pracovní spokojenosti sester.“ Tito autoři se snažili identifikovat charakteristické rysy tzv. přitažlivých nemocnic („magnet hospitals“) – nemocnice, které přitahují sestry a dokážou si je udržet. 92% sester odpovědělo kladně na otázku, je –li pro ně podpora vzdělávání důležitá pro spokojenost v zaměstnání. Kramer a Schmalenberg studují 20 let hlavní vlastnosti přitažlivých nemocnic a po celou tu dobu je příležitost ke vzdělávání stále uváděna jako jeden z nejdůležitějších důvodů pro rozhodnutí zůstat v určité nemocnici. „Instituce, které podporují další vzdělávání svého ošetrovatelského personálu mají nižší mortalitu než srovnatelné nemocnice sloužící jako kontrola“. (2 str. 48)

Prostředí příznivé pro další rozvoj, zvyšuje stabilitu personálu a kvalitu poskytované péče. Podmínkou spokojeného pacienta je spokojený zdravotník, spokojenost

zvyšuje stabilitu a kvalitu péče. Jak uvádí Kramer a Schmalenberg: ve skutečnosti neexistuje nedostatek sester, ale nedostatek nemocnic, ve kterých sestry chtějí pracovat. (2) Pozitivním signálem se pro sestry koncem dubna 2008 stal návrh novely zákona 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a následně i změna zákona o vzdělávání NLZP 96/2004 Sb.

Zmíněné úpravy přehodnotily financování specializačního vzdělávání pro sestry a lékaře, měla by nově vzniknout nabídka tzv. rezidenčních míst, dotovaných státem.(47) Takto zamýšlené změny by mohly pomoci pozitivně ovlivnit pohled na profesi sestry jako na neatraktivní pro vysokou odpovědnost, nízké finanční ohodnocení a malou možnost seberealizace. Zákon však „neprošel“Parlamentem ČR.

### 2.5.1. Současná atmosféra

Zdá se, že neklidné prostředí rezortu zdravotnictví zdá se nevytváří vhodné prostředí pro budování zázemí k posílení profesního sebevědomí sester – takovému, které by bylo kryto vysokou profesionalitou a ochotou převzít odpovědnost. Množí se spíše stesky na nedostatek sester a jejich nízké finanční ohodnocení.

Pacienti, poskytovatelé péče i pojišťovny jsou stále „ve střehu“ vůči dění, přicházejícímu zvnějšku, aby byli schopni pružně zareagovat na další - více, či méně vítanou změnu. Platí, že nové je nejisté a nebezpečné, s největší pravděpodobností bude brzy změněno. V tomto těkavém prostředí snadno uniká to hlavní: péče o zdraví.

Málokdo z ne-profesionálů práva si dá práci porozumět složitému jazyku vyhlášek, proto novely a změny ve zdravotnické legislativě sestrám často uniknou, aniž by se byly seznámily s jejich původním zněním.

Progresivnímu, sebevědomému vývoji samostatného ošetrovatelství brání několik základních příčin:

- Nízká profesní sebedůvěra a ctižádost sester, živená předpokladem negativního postoje pacientů při prezentaci sester jako těch, které *vědí a informují*.
- Nízká sociální prestiž, podporovaná obrazem zažité role sestry v očích veřejnosti jako pomocnice lékaře, nízké finanční ohodnocení sester.

- Neochota sester se vzdělávat a sledovat profesní novinky, nedostatečná podpora zaměstnavatelů v oblasti profesního růstu.

Z těchto pramenů je pravděpodobně spleten bludný kruh, který je nutno rozetnout, protože začátek nikdo nenajde a jeho hledání by možná bylo jen zbytečnou ztrátou času.

### 2.5.2. Hypotéza ideálního stavu

Intenzivní péče svým charakterem předurčuje specifiku nejen technologií medicínského a ošetrovatelského přístupu, ale i edukace a informování pacientů. Těžiště komunikace mezi zdravotníky a nemocným se často přesouvá na pacientovi blízké a rodinu. I když toto spojení může být – a často bývá jen dočasné, nepozbývá tím na významu a důležitosti. Zdravotnický tým by měl být připraven a vybaven, mimo jiné také jasným, standardizovaným rozdělením kompetencí „KDO, KOHO a KDY“ edukuje a informuje. Rámec vymezený vyhláškou 424/2004 Sb., vymezuje edukační kompetence sestry podle úrovně dosaženého vzdělání, v běžné praxi však často převládají rozpaky, pramenící právě z neznalosti a nedostatečné propagace legislativních norem na konkrétních pracovištích intenzivní péče. Absence, či insuficience „edukace o edukaci“ je řešitelná jen stanovením a dodržováním schematu vzdělávání sester v této oblasti..

Jako nutné se proto jeví, aby vrchní sestry **všech zdravotnických pracovišť** v pravidelných školeních seznamovaly své podřízené sestry s provozním řádem, s novelizovanými právními předpisy, které se váží k jejich práci a s interními normami. O těchto školeních má být veden písemný záznam

Informovaný souhlas by měl být vnímán jako součást edukace, nebo přesněji: začátek procesu, kterým pacient vkládá svou důvěru do rukou zdravotnického týmu – ale do jisté míry i zdravotnický tým vkládá svou naději, přání a odpovědnost za uzdravení do rukou samotného pacienta. Pomocí času, trpělivosti, erudice a empatie ze strany zdravotnických profesionálů by bylo do budoucna vhodné změnit status Informovaného souhlasu z nynějšího „papíru s podpisem“, chránícího zdravotníky, za základ „smlouvy o další spolupráci“. V této souvislosti uvádí H. Haškovcová doporučení vyhotovovat informovaný souhlas ve dvou exemplářích, pro uchování v archivu každé z obou zainteresovaných stran. (10) Ukazuje se, nebo spíše znovu je objeven fakt, že nefarmakologická léčba, změna



životního stylu a režimová opatření mají zásadně důležitý vliv na další osud nemocného. Kde nedojde k pozitivním změnám v těchto oblastech života, nezmohou nic ani nejmodernější technologie a nejdražší léky. Právě zde leží těžiště veškeré edukační snahy zdravotnických profesionálů.

Kompetence sester v oblasti edukace jsou limitovány podporou zaměstnavatele, (vedením kliniky, či managementem zařízení) ochotou, nadšením a erudicí konkrétní sestry, se kterou se na tento „tenký led“ chce vypravit.

Cestou k úspěchu je pozitivní, lékaři i pacienti ceněné a akceptované úsilí edukačních diabetologických, či stoma sester, pracujících již dnes v samostatných ordinacích. Výkony jimi prováděné jsou ovšem účtovány pojišťovněm lékaři příslušného oboru. Svojí činností tyto odbornice ve svém oboru přispívají k výrazné redukci opakovaných hospitalizací a snížení nemocnosti svých pacientů. Takto specializované sesterské ordinace naznačují jednu z možných cest řešení edukačního vakua na většině zdravotnických pracovišť, nutná je podpora osvědčeného zaměstnavatele – managementu, podpora spolupracujícího lékaře – specialisty a zajištění finančních, lidských a informačních zdrojů.

Rozšíření implementace kompetencí sester do praxe brání neznalost právních norem, ošetřujících tuto oblast – a to nejen sestrami samotnými. O tomto nepříznivém faktu, kterým ovšem nelze paušalizovat všechna zdravotnická zařízení, jsem se mohla přesvědčit vlastním výzkumným šetřením v oblasti kompetencí sester v intenzivní péči ( příloha č.3). Pokud neexistují pravidla, je nemožné je v praxi kontrolovat. Je tedy nutné vybudování systému za účelem dosažení požadované kvality - vymezení kompetencí.

- S jasnou představou o cílech a hodnotách.
- Definicí požadované kvality.
- Stanovení standardů, jejichž dodržování by mělo zaručit požadovanou kvalitu.

Systémem kontroly dodržování standardů. Pokud se nedodržují, musíme být schopni zjistit příčinu. Možnou cestou z kruhu je tedy: neustálé vzdělávání a komunikace ve všech úrovních zdravotnického týmu do něhož je samozřejmě počítán i pacient. K tomuto bodu považuji za důležité připojit k požadavku vzdělávání investici vlastní **vůle a ochoty** vzdělávaného (tedy sestry) se vzdělávat a takto také vyjadřovat svůj zájem o svou profesi a růst v ní. Nezbytnou podmínkou se jeví kvalitní práce managementů jednotlivých zdravotnických zařízení se zaměřením na profesní růst zaměstnanců a jejich podporu

v dalším vzdělávání a mediální prezentace sesterské profese, nejen v profesních časopisech, ale i ve veřejnoprávních médiích a denním tisku. Současně s tváří medicíny, mění se i podoba moderního ošetrovatelství, nejsilnější profesní organizace sester ve státě – Česká asociace sester (dosud občanské sdružení) by se proto v dohledné době měla stát aktivnějším partnerem v diskusi s reprezentanty České lékařské komory.

Změna v interdisciplinární komunikaci by mohla být impulsem k sérii změn následujících: legislativních a statutárních (povinné členství sester v ČAS, změna postavení organizace ČAS v inter i intrapersonálních jednáních a zastoupení v jednáních na nejvyšší - ministerské úrovni.)

Medicína a ošetrovatelství jsou dva základní pilíře o které se opírá péče o nemocného. Další osud pacienta závisí nejen na kvalitě obou složek péče, ale i na jejich vzájemné provázanosti a spolupráci. Ideálem je propojit obě vertikály horizontálními spojnicemi komunikace. Konstruktivně je to poměrně jednoduché řešení, které zajistí větší stabilitu, je nutné pečlivě zpracovat dokumentaci, rozvrhnout časový plán projektu, stanovit „stavební dozor“ a konkrétní odpovědnosti členů týmu. Vzhledem k tomu, že investorem svým podílem jsou všichni zdravotníci a uživatelem se můžeme stát každý, jedná se o projekt hodný pozornosti široké veřejnosti.

### 3 EMPIRICKÁ ČÁST

Protože mým profesním oborem je kardiologie a zájmem vzdělávání – edukace, měla jsem možnost během svého působení v aktivním ošetřovatelství pozorovat způsob a kvalitu edukace v ambulantní i lůžkové sféře kardiologie. Prostor pro vylepšení současného stavu je značný, omezen je „pouze“ mnoha vnějšími a vnitřními faktory – i ty je zapotřebí definovat a dále z nich vycházet. Neopominutelným faktem zůstává přítomnost pacientovi rodiny a blízkých osob, kteří v intenzivní péči zůstávají z důvodu závažnosti postižení zdravotního stavu pacienta často jediným zdrojem a zároveň příjemcem zpráv o jeho zdravotním stavu. I do budoucna je proto nutné mít tuto skutečnost na paměti při sestavování standardů edukace.

Edukace je mnohdy nejslabším článkem v řetězci péče o pacienta. Svou slabostí však neztrácí na důležitosti. Domnívám se, že při současném zvyšování významu odpovědnosti za vlastní zdraví jedince a rozvoj komunitního charakteru zdravotní péče (ze strany státu a plátců pojištění dříve, či později motivované i finančně), poroste i podpora edukace jako nezbytné podmínky pro zachování, návrat a podporu zdraví.

Podávání informací pacientům a jejich edukace v intenzivní péči podléhá zákonitostem, charakteristickým pro tuto oblast urgentní medicíny.

Zdravotníci v urgentní péči na sebe berou častěji riziko vlastního pochybení a následků z něj vyplývajících. Riziko smrti pacienta je vysoké, proto i léčba musí být agresivní, při tom však rychlá a bezpečná. Prvotním je řešení hrozby selhání základních životních funkcí pacienta. Informace o pacientovi k účelnému zásahu v této fázi potřebují zdravotníci od příbuzných a blízkých, kteří se často stávají svědky akce sehraného týmu zdravotníků a snad by si mohli připadat jako v televizním seriálu, nebýt toho, že na „emergency“ lůžku leží člen jejich rodiny. O tom co se stalo, proč, a jak to bude dál se pacientovi blízcí dovídají po zvládnutí akutní fáze ohrožení zdraví a života nemocného.

Rozvrstvení kompetencí jednotlivých členů týmu zdravotníků v intenzivní péči je teoretickým upozaděným zázemím, na jehož podkladě lze stavět základy bezchybné a dobře fungující praxe.

Jako základ pro změnu současného stavu v informování a edukaci pacientů a jejich blízkých v intenzivní péči jsem se rozhodla použít metod výzkumu a to v první fázi kvalitativního, dále pak kvantitativního. Výsledky výzkumných šetření mi pomohly

přesněji definovat klíčové oblasti bariér správně prováděné edukace a tím i snadnější volbu strategie odstranění takových překážek.

### **3.1. Metodika a sběr dat**

Pro určení výchozích limitů pro změnu jsem se rozhodla použít výzkumného šetření – v první fázi kvalitativního, (příloha č.2) ve kterém jsem použila metodu řízených rozhovorů se sestrami a lékaři intenzivní kardiologické péče na vlastním pracovišti (FNKV). Analýza těchto rozhovorů byla základním substrátem pro konstrukci hypotéz, které jsem testovala v další výzkumné fázi pomocí kvantitativního výzkumu. (příloha č.3)

Zde připomínám hypotézy vzešlé ze závěrů kvalitativního výzkumu:

- 1/ Sestry intenzivní péči nestojí o rozšíření svých kompetencí v oblasti informování a edukace pacienta.
- 2/ Edukace není lákavou oblastí profesní realizace sester.
- 3/ Komunikace mezi lékaři a sestrami je nedostačující.

Doplnění hypotéz v projektu této diplomové práce

Hypotézy: 1. Zdravotní sestry neznají dostatečně své kompetence v oblasti informování pacientů.

2. Nedostatečná znalost legislativy v oblasti edukačních kompetencí jednotlivých členů zdravotnického týmu udržuje sestry v pasivní pozici, soustředění se na odborné výkony ošetrovatelské péče a zachovávání submisivního postavení.

3. Ačkoliv ošetrovatelství se prezentuje jako samostatná vědecká disciplína, na mnoha pracovištích přetrvává paternalistický model hierarchie zdravotnického týmu s lékařem jako nadřazeným sestry. V tomto systému sestry častěji přebírají kompetence lékaře na jeho výslovné přání.

4. Více, či méně vyjádřený konflikt lékař – sestra pramení z nejasného vymezení kompetencí v oblasti informování pacienta a z nutnosti používat informovaný souhlas jako nástroj komunikace s nemocnými, jehož součástí, nebo v jehož návaznosti mají být i edukační programy pro nemocné.

V další fázi výzkumu jsem si kladla za cíl hypotézy potvrdit, či vyvrátit metodami kvantitativního výzkumu. Pro tyto účely jsem vytvořila dotazník (příloha č.4) o 22 otázkách, jejich jednotlivé okruhy vycházely jednak z témat určených hypotézami, dále z předpokladu vlivu prostředí a individuality (zdravotník/pacient) na přítomnost a kvalitu edukace pacientů sestrami na konkrétních odděleních. Jednou z hlavních otázek, podle které byl konstruován design dotazníku bylo, zda podobnost *prostředí* zakládá i podobnost v jednání a řešení situací a jak je ovlivňuje.

Po předchozí dohodě s vedoucími sestrami čtyř pražských nemocnic a jejich koronárních jednotek jsem rozdala dotazníky sestrám těchto oddělení. Po uplynutí předem stanoveného časového limitu jsem dotazníky administrovala, získaná data uspořádala v tabulkovém procesoru Micro Soft Excel a po té, pro snadnější interpretaci, do grafů. (příloha č.5). Na koronárních jednotkách jednotlivých nemocnic jsem uspěla takto: FNKV rozdáno 35 dotazníků, návratnost 25 (71%). ÚVN rozdáno 20 dotazníků, návratnost 12 (60%). VFN 22 dotazníků, návratnost 21 (95%). NNH rozdáno 20 dotazníků, návratnost 17 (85%). Výsledky dotazníkového šetření jsem dále interpretovala vždy jednotlivě – za každé oddělení, a po té ve vzájemném srovnání. Na základě předpokladu vztahu vnějších podmínek k problému edukace pacientů sestrami (vzdělání staničních a vrchních sester, podpora managementu nemocnice, zájem vedoucího lékaře, pořádání seminářů s tématem problematiky edukace pacientů aj..) jsem porovnávala jednotlivá oddělení mezi sebou podle toho, jak jeho sestry odpověděly na vybrané otázky dotazníku (např. informovanost o vnitřních normách v edukaci v závislosti na vzdělání odpovídající/ho). (Ukázka grafu v příloze č. 6)

### **3.2. Komentovaná interpretace dat získaných dotazníkovým šetřením**

#### ***Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) III. Interní klinika***

##### ***Koronární jednotka (KJ)***

Je pracovištěm s nejvyšším počtem sester ze všech sledovaných KJ v Praze (35 sester), přesto jsem z tohoto místa zaznamenala nejnižší návratnost vyplněných dotazníků (25), což odpovídá 71%. KJ FNKV je současně jedinou koronární jednotkou ze čtyř zkoumaných, kde pracují na pozici sester muži (3). Téměř dvě třetiny sester tohoto oddělení pracují ve zdravotnictví déle než 10 let, při tom 5 a více let konkrétně zde více než polovina respondentek. ( V součtu 56%) Minimum tvoří nově přišedší sestry (12%) s délkou praxe na zdejší KJ do 1 roku. Věkové kategorie sester (19-23 let, 24-29 let, 30-35 let a více) jsou zde poměrně vyváženě zastoupeny - vždy okolo jedné pětiny, významněji se vymyká pouze skupina sester ve věku 24-29 let, která tvoří téměř jednu třetinu sester, které odpověděly. Třetina sester svou kvalifikaci získala studiem na SZŠ, stejná část se dále specializovala v oboru ARIP. Do 10% (jednotlivci) vystudovali vyšší, nebo vysokou školu zaměřenou na ošetrovatelství. Staniční a vrchní sestra ( která v současnosti studuje bakalářské studium) mají specializaci ARIP. 13%, což znamená 3 sestry z 25 uvedli (pracují zde i muži), znalost legislativní normy, upravující kompetence sester, v dotazníku ji dovedl/a přesně konkretizovat pouze jeden/a . Více než polovina sester (53%) uvádí jako doporučení pro vlastní pracoviště, jak postupovat při edukaci pacientů standardy, jedna třetina sester (35%), které odpověděli/y má za to, že na jejich pracovišti taková doporučení neexistují. Podobně téměř polovina sester (45%) se domnívá, že semináře s edukační tematikou nejsou pořádány vůbec, proti dojmu druhé větší skupiny (42%), že se tomu tak děje z iniciativy řadových sester. Sestry FNKV charakterizují intenzitu svého zájmu i aktivitu v edukaci pacienta výrazem „někdy až v 80%“. Stejným výrazem, avšak s „bodovou“ hodnotou o 10% nižší klasifikují sestry zájem vedoucího lékaře o formu a obsah informace, sdělované pacientovi sestrou. Výrazem „ano“ hodnotí vlastní zájem čtvrtina sester (16%), zájem lékaře 13%. Sestry samy přisuzují edukaci důležitou úlohu v polovině svých odpovědí (50%), další kolegyně hledí na tuto aktivitu jako na zbytnou, přidávající práci a nebezpečnou - 20% (což znamená vždy pět dotázaných). Pokud se skutečně rozhodnou této ošetrovatelské aktivitě věnovat, snaží se vědomě nedělat mezi jednotlivými pacienty rozdíly (71%) Většina sester by rozšíření svých kompetencí za

jasně daných podmínek (64%), pouze 3 (11%) by bylo proti, polovina (46%) se jich totiž ve své praxi setkává s pověřením lékaře plnit které jí nepřísluší, pouze dvě třetiny takto pověřených sester (35%) žádost lékaře odmítne, s poukázáním na rozdělení kompetencí v týmu, jedna třetina (30%) informaci přes vlastní nejistotu pacientovi sdělí. Na dotaz pacienta ohledně zdravotního stavu, prognózy a léčby odpovídá odkazem na lékaře 63% respondentek. Až s podivem a v diskrepanci s očekávanou reakcí je vyjádření sester k uspokojení, které jim jejich práce přináší, i když „někdy“ charakterizovalo tento stav ve více, než polovině odpovědí (54%), odpověď „ne“ se nevyskytla vůbec. Přesto důvodem „nesetrvalého potěšení“ z práce byly nejčastěji: bujná administrativa, přepracování, a nedostatečné ocenění nadřízenými a to nejen financemi, ale i pochvalou (vždy okolo 20%). V polovině případů (55%) se sestry na pracovišti cítí být vnímány lékaři jako vykonavatelky ordinací, z jedné třetiny pak jako profesní partnerky. Pohledem pacientů se sestry spíše vidí v rovnoměrném zastoupení jako profesní partnerky lékařů (11%) i jako vykonavatelky lékařských ordinací (11%), navíc přistupuje předpokládaný pohled pacienta na sestru jako na pomocnou sílu (18%). V sebehodnocení sester převažuje extroverze (v součtu 80%).

### ***Charakter oddělení ve srovnání s ostatními KJ***

Největší KJ s „mužským prvkem“, převaha zkušených sester, stabilní základna sester „věrných“ KJ déle než 3 roky. Třetina SZŠ, třetina ARIP, třetina VŠ a ještě studující.

Neznalost zákonů vymezující jejich kompetence.

Nejednota v definování interních norem upravujících podmínky edukace a informování pacienta sestrou.

Nejednota v pohledu na vzdělávací aktivity pro sestry z oblasti edukace pacientů.

Pokud edukace probíhá tak „živelně“ v závislosti na okolnostech, stejně tak zájem vedoucího lékaře o tuto problematiku, kterou považuje za důležitou asi polovina zdejších sester.

Za předem stanovených podmínek ochota sester rozšířit vlastní edukační kompetence.

Některé sestry zřejmě pověřovány lékaři častěji k informování pacientů, než jiné, pověřované pak mají dvě hlavní strategie řešení: ihned odmítají/ pacienty informují. Pokud se dotáže pacient, majoritní strategií sester je přesměrování na lékaře.

Převažuje snaha o nestrannost při edukaci pacientů.

Radost a uspokojení z práce: „někdy“ (přepřacování, administrativa, nedostatečné společenské ocenění).

Nejčastější pocit vnímání lékaři: vykonavatelka ordinací

Vnímání pacienty: profesní odbornice/ vykonavatelka ordinací lékaře

Převaha temperamentu v týmu: extroverti.

### ***Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN) I. Interní klinika***

#### ***Koronární jednotka (KJ)***

V této akreditované nemocnici pracuje na KJ 20 sester, ve výzkumné akci se vrátilo 12 dotazníků, což odpovídá 60%. Téměř polovina sester (49%) tohoto oddělení pracuje ve zdravotnictví déle, než 5 let, zbývající polovina odpovídajících se dělí rovnoměrně do třech částí po 17%, z nichž každá pracuje ve zdravotnictví do 1, do 3 a do 5 let. Celkový počet sester se opět rozděluje na třetiny (25, 34 a 33%), pokud se počítá délka praxe na jejich současném působišti, opět do 1 roku, do 3 a do 5 let. Na KJ ÚVN pracují v 75% (9 sester) sestry ve věku mezi 24-29 lety. Mladší sestry jsou zde dvě a starší (30-35 let) pouze jedna. Polovina sester svou kvalifikaci získala studiem na SZŠ, třetina na VZŠ zbylí 4 jedinci se dělí o jiný typ získání kvalifikace: SZŠ plus ARIP, diplomovaný specialista, vysoká škola, či dosud studující. rozděleno stejná část se dále specializovala v oboru ARIP. Do 10% (jednotlivci) vystudovali vyšší, nebo vysokou školu zaměřenou na ošetřovatelství. Staniční má bakalářské vzdělání, vrchní sestra magisterské. 27%, což představuje 3 sestry z 12 uvedlo znalost legislativní normy, upravující kompetence sester. V dotazníku ji však blíže dokázala specifikovat jedna sestra, zbylé dvě jako: „zákony“, 73% přiznává neznalost v této oblasti. Třetina sester (33%) má za to, že jako návod k edukaci pacientů na jejich oddělení slouží směrnice ředitelství, v kontrastu k 75% svých kolegyně, které se domnívají, že k těmto účelům jsou jim k dispozici standardy. Devět sester (75%) je přesvědčeno o tom, že semináře pro sestry jsou prováděny z iniciativy sesterského managementu, dvě (17%) tyto semináře neregistrují a jedna (8%) přisuzuje tuto aktivitu lékařskému managementu. Poměrně vyrovnaně se sestry KJ ÚVN dělí v zájmu o problematiku informování a edukace pacientů: buď „ano“, nebo „někdy“. Pouze



jedna přiznává svůj nezáměr o tuto oblast ošetrovatelské péče. Zájem vedoucího lékaře o tuto problematiku hodnotí respondentky jako nesetrválý téměř v 70%, jako nulový ve 31%. Sestry samy přisuzují edukaci důležitý význam v polovině svých odpovědí (50%), další kolegyně hledí na tuto aktivitu jako na zbytnou ( 25% ), dvě sestry (17%) by se edukaci věnovaly až po dořešení ostatních ošetrovatelských úkonů a jedna respondentka vnímá edukaci v současnosti jako nebezpečnou aktivitu pro sestry. Zhruba na čtyři díly se sestry dělí v odpovědích na otázku, zda by stály o rozšíření svých kompetencí: nejvíce (31%) by svolilo za jasně daných podmínek, 23% podmiňuje rozšíření kompetencí adekvátní finanční odměnou, 23% by kompetence rozšířily jen kolegyním, které o to stojí a 23% neví, zda by to bylo dobré. Zajímavé je, že žádná ze sester možnost úpravy kompetencí nezamítla. V otázce výpovědi o pověřování kompetencemi, které jim nepřísluší se sestry překvapivě rozdělily do dvou táborů „50 na 50“, tyto byly uvnitř opět rozděleny na radikální a konzervativní křídlo. Nepatřičné pověřování totiž má za běžnou denní praxi 17% sester, dalších 33% připouští, že se to stává. Oproti 17% sester, které tvrdí, že na jejich současném pracovišti: „se jim to nikdy nestalo“ , do poloviny jejich počet doplňuje 33% kolegyně, které potvrzují, že „výjimečně“. Podobné dvě strany se poněkud neradostně dělí o svůj postoj k uspokojení z práce, který se dostavuje u jedné „někdy“, u druhé „čím dále, tím méně“. Nejčastěji tuto „neradost“ přisuzují narůstající administrativě, nedostatečnému finančnímu a společenskému ohodnocení ( 26 a 27%), přepracováním, či kombinací všech příčin ( 12%). Při pověření lékařem sdělit „podezřelou“ informaci reaguje radikálním odmítnutím 83% sester, pouze 17% takovou informaci sdělí, ale nemá z toho dobrý pocit. Podobně nekompromisně – odkazem na lékaře, řeší takovou situaci v případě dotazu pacienta 92% respondentek (!) Pouze „jedna odvážná“ (8%) „co ví-zodpoví“. 75% sester ÚVN informuje pacienty v závislosti na okolnostech , 25% tak činí vždy, všechny se při tom snaží nedělat mezi jednotlivými pacienty rozdíly. Více než polovina sester se cítí být vnímána lékaři jako vykonavatelky jejich ordinací 58%), další svou pozici očima lékaře vnímají velice rozdílně jako pomocné síly oproti pozici profesní partnerky lékařů (po 14%). Vyskytuje se i malé procento sester, které se necítí být vnímány vůbec (7%). Okolo 40% sester se cítí být vnímáno pacienty jako profesní odbornice, podobně tak vykonavatelkami ordinací lékaře (33%). Malé procento se cítí být vnímáno jako pomocná síla (17%), nebo se necítí být vnímáno vůbec

(8%) Většina odpovídajících se v pohledu na sebe sama hodnotí jako extroverti (v součtu 91%).

### ***Charakter oddělení ve srovnání s ostatními KJ***

100% ženy

Polovina sester KJ ve zdravotnictví 5-10 let. 92% sester na KJ ÚVN nepracuje déle než 5 let, nejčastěji ve věku 24-29 let. SZŠ, či VZŠ 72%, malé procento sester specialistek IP.

Neznalost legislativy, vymezuující kompetence sester v edukaci.

Dichotomie v pojmenování vnitřních norem: standardy/směrnice.

Majoritní iniciativa sesterského managementu v pořádání vzdělávacích seminářů s tématem edukace pacientů.

Zájem o edukaci pacientů „ano“, nebo „někdy“, aktivita v této oblasti, pohled na edukaci jako na důležitý faktor.

Zájem vedoucího lékaře o formu a obsah informací podávaných sestrami pacientům podmíněný okolnostmi, nebo žádný.

Podmíněný postoj sester k rozšíření vlastních kompetencí.

Polovinu sester zřejmě lékaři často nebo výjimečně pověřují sdělováním informací pacientům, polovinu výjimečně, nebo nikdy.

Dotáže-li se pacient na informace, o kterých se sestry domnívají, že přesahují rámec jejich kompetencí, je odkázán na příslušného lékaře.

Snaha o nepodmíněný postoj k pacientům.

Převládající skepse v oblasti radosti a uspokojení z práce – „někdy“ a „čím dále tím méně“. Důvody: administrativa, nedostatečné finanční a společenské ocenění.

Nejčastější vnímání lékařem jako vykonavatelka ordinací.

Nejčastější vnímání pacientem: profesní odbornice.

Převaha temperamentu v týmu: extroverti.

## ***Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) II. Interní klinika***

### ***Koronární jednotka (KJ)***

Na koronární jednotce VFN byla 95% návratnost dotazníků – to znamená 21, všechny odpovídající byly ženy. 42% sester pracuje ve zdravotnictví déle než 5 let, 33% více než 10 let. Po 10% sester do 1 a do 3 let. Do tří rovnoměrných skupin se rozdělily sestry podle délky působení na současném pracovišti: 28% 1-3 a 5-10 let, 24% působí na KJ VFN déle, než 10 let. Více než polovina dotázaných (56%) je ve věku 24-29 let, 29% pak 30-35 let.

Na základní třetiny je zde nelékařský zdravotnický personál rozdělen podle získání kvalifikace na: vyšší zdravotnické škole (25%), SZŠ plus ARIP (25%) a SZŠ plus diplomovaný specialista (29%). Staniční sestra má magisterské vzdělání, vrchní bakalářské. Všechny respondentky zde bez rozpaků přiznávají neznalost legislativních norem vymezujících oblast edukace pacientů, existenci vnitřních předpisů zařízení ošetřujících problematiku edukace popírají ve 24%, jako standardy je popisují v 66%. Polovina sester (50%) má za to, že vzdělávací semináře s tematikou edukace pro sestry jsou pořádány z iniciativy sesterského managementu, druhá polovina (45%) uvádí, že tyto akce nejsou pořádány vůbec. 61% se zajímá o problematiku edukace pacientů „někdy“, 29% pak vůbec ne, pouze 10% uvedlo pozitivní odpověď. Podobně 66% uvádí, že vedoucí lékař oddělení se zajímá o obsah a formu informací, které sestry sdělují pacientům „někdy“, zbývajících 29% má pocit, že se nezajímá vůbec. Vysoké procento – 76% sester vidí úlohu edukace jako důležitou pro další život pacienta, 19% pak spíše jako administrativu navršující přítěž.

66% by přijalo za jasně daných pravidel větší pravomoce informovat pacienty, 19% to považuje za nevhodné. 33% sester připouští, že se jim denně stává, že jsou lékařem pověřovány podávat pacientům informace, které jsou mimo rozsah jejich kompetencí, 43% tuto možnost připouští, pouze 19% výjimečně. Pokud lékař sestry pověří takové informace sdělit, 39% takové pověření odmítne, 33% informace sdělí, 14% by takovou situaci řešilo s svou nadřízenou sestrou. V případě, že informace po sestře požaduje pacient, 64% dotazovaných odkazuje pro informace na ošetřujícího lékaře, 32% dotazy pacienta zodpoví. „Někdy“ se zabývá edukací pacientů 90% sester, vždy oproti tomu pouze 10% sester, přičemž nedělat mezi jednotlivými pacienty rozdíl se vědomě snaží nedělat 90% sester. Práce přináší uspokojení 33% sester na KJ, 52% pouze „někdy“, nejčastěji je to z důvodů administrativního přetížení (36%), přepracováním (13%), či kombinací příčin

(17%). V týmu zdravotníků se sestry cítí být nejčastěji vnímány jako vykonavatelky ordinací (49%), ve 32% se cítí být profesními partnerkami lékařů. Sestry se cítí být pacienty spíše vnímány jako profesní odbornice (61%), jako vykonavatelky ordinací lékaře v 35%. V pohledu reflektujícím sama sebe se sestry vidí většinou jako extrovertní (součtu 77%).

### ***Charakter oddělení ve srovnání s ostatními KJ***

100% ženy. Tři čtvrtiny sester ve zdravotnictví déle než 5 let, polovina sester KJ VFN ve věku 24-29 let a na tomto pracovišti déle než 5 let. Převažují sestry specialistky. Neznalost legislativy vymezující kompetence sester.

Většina sester uvádí jako vnitřní normu jak edukovat standardy.

Polovina sester se domnívá, že vzdělávací semináře pro sestry s tématem edukace a informování pacientů jsou pořádány z iniciativy sester, druhá polovina má za to, že takové semináře nejsou pořádány vůbec.

Malý zájem („ne“, nebo „někdy“) lékařů i sester o edukaci pacientů. Přesto této oblasti ošetřovatelské aktivity sestry přikládají velkou váhu a za předem jasně daných podmínek by byly ochotny přijmout širší kompetence.

Sestry jsou často „běžně“, nebo „někdy“ pověřovány lékaři podat pacientům informace, o kterých se domnívají, že jsou nad rámec jejich kompetence. Pokud se to stane, spíše lékaři vyhoví, než ho odmítnou. Pokud se podobně sporně dotáže pacient, většinou je sestrami odkázán na příslušného lékaře.

Sestry se snaží nedělat mezi pacienty rozdíly, až 1/3 je spokojena se svou prací a raduje se z ní, polovina tak činí „někdy“, pokud tomu tak není, je nejčastěji na vině administrativa.

Lékaři se sestry KJ VFN cítí být nejčastěji vnímány jako vykonavatelky ordinací, v menším procentu pak teprve jako jejich profesní partnerky. Pacienty se sestry cítí být vnímány poměrně často jako samostatné profesní odbornice, méně často pak jako vykonavatelky ordinací lékaře.

Převaha temperamentu v týmu: extroverti.

## ***Nemocnice Na Homolce (NNH)***

### ***Koronární jednotka (KJ)***

Plné osazení KJ je 20 sester, ze stejného počtu dotazníků se vrátilo 17, což představuje 85%. Všechny odpovídající byly ženy. Vysoké procento sester zaměstnaných na KJ NNH, pracuje ve zdravotnictví déle než 10 let, dalších 18% pak 5-10 let, na vlastním oddělení pak v jedné třetině (35%) pracují sestry déle než 10 let a další třetině (29%) sestry do 1 roku, 24% sester pracuje na KJ 5-10 let. Největší věkovou skupinu tvoří sestry ve věku 30-35 let (46%), mladší sestry jsou zastoupeny méně: 24-29 leté (18%), ostatní ve 12%. Nejhojněji je zastoupená kombinace vzdělání SZŠ plus ARIP (35%), v dalších dvou skupinách ( po 23%) je to SZŠ, či VZŠ, 14% sester ještě studuje (VŠ). Staniční sestra KJ má bakalářské vzdělání, vrchní sestra specializaci ARIP. Sestry v 87% přiznávají neznalost legislativní normy vymežující oblast edukace a informování pacientů, ve 13% uvádí (2 sestry), že tuto normu znají, což dokladuje uvedením zákona 1 sestra. Naopak jiná kolegyně, uvádějící neznalost zákona, jej pak konkrétně uvádí. Návody popisující postup edukace sestry popisují jako „směrnice ředitelství“ v 58%, jako standardy ve 32%, vzdělávací semináře o této problematice jsou v NNH pořádány nejčastěji z iniciativy sesterského managementu (53%), 41% má za to, že nejsou pořádány vůbec. O edukaci a informování pacientů se aktivně zajímá 47% sester, někdy pak 41%. Zájem vedoucího lékaře je hodnocen jako „závisící na okolnostech“ v 47%, jako nulový v 35%. Při tom edukaci je přisuzována důležitost jako faktoru, který může významně ovlivnit další život pacienta a o v 72%, za aktivitu zbytnou, či dokonce pro sestru nebezpečnou považuje edukaci vždy 11% sester. 70% respondentek by přijalo rozšíření svých pravomocí za jasně stanovených pravidel, 18% tuto možnost neguje pro pracovní vytížení. Na dotaz, zda jsou někdy lékaři pověřováni sdělovat informace nad rámec svých kompetencí sestry připouští, že se to stává (často, nebo denně) celkem v 53%, výjimečně, nebo nikdy 47%. Pokud se stane, že jsou pověřeny takovým úkolem, v polovině případů (53%) lékaře „ihned odmítnou s poukázáním na rozdělení pravomocí v týmu“, třetina sester (29%) „informaci sdělí, ale nemá z toho dobrý pocit“. Dotáže-li se ohledně zdravotního stavu, další léčby, prognózy pacient, je odkázán na příslušného lékaře v 88% případů. Sestry samy informují pacienty o režimových opatřeních a nefarmakologické léčbě „podle okolností“ v 71% , vždy pak ve 29% případů, přičemž se většinou mezi edukovanými snaží nedělat rozdíly (66%), vždy v 17% závisí jejich přístup na tom, je-li pacient senior, či člověk vzbuzující

sympatie. Práce přináší uspokojení a radost 28% sester na KJ NNH, někdy tomu tak je v 33%, čím dále, tím méně ve 33%. Nejčastějšími důvody pracovní nespokojenosti jsou: přepracování (27%), bujná administrativa (34%) a nedostatečné finanční ohodnocení (15%). Sestry se cítí být vnímány lékaři jako: profesní partnerky (32%), vykonavatelky ordinací (47%), pomocné síly (16%). Pohledem pacientů se sestry cítí být: samostatnými odbornicemi (67%), vykonavatelkami ordinací lékařů (22%), pomocnými silami (11%). V součtu 83% se sestry KJ NNH hodnotí jako extroverti.

### ***Charakter oddělení ve srovnání s ostatními KJ***

100% ženy. Co do let ve zdravotnictví se jedná o nejzkušenější tým – více, než dvě třetiny sester pracuje ve zdravotnictví déle, než 10 let, na KJ NNH pak takto zkušených sester pracuje více, než jedna třetina, další třetinu tvoří naopak sestry pracující zde do 1 roku.

Zmíněnému odpovídá i věková struktura kolektivu – téměř polovina sester je ve věku 30-35 let. Své vzdělání sestry získaly většinou na SZŠ, VZŠ, specializaci ARIP má jedna třetina sester, ještě studující je 14% sester, což je srovnatelné se sestrami KJ FNKV, sestry jiných KJ jsou „dosud studující“ méně.

Neznalost legislativy vymezující kompetence sester.

Ve srovnání s ostatními KJ sestry NNH uvádějí výrazně nejčastěji jako „návod jak edukovat“ pacienty směrnice ředitelství, méně často pak standardy.

Pokud se týče vzdělávacích seminářů, dělí se sestry v názoru na jejich pořádání na dva rovnoměrné tábory, které se buď domnívají: že tyto akce jsou pořádány z iniciativy sesterského managementu, nebo se domnívají, že nejsou pořádány vůbec.

O edukaci pacientů jeví sestry tohoto oddělení největší nepodmíněný zájem.

I když nominálně ne veliký, přesto zájem vedoucího lékaře vychází z popisu sester ve srovnání s jinými KJ jako nejvyšší, samy sestry této oblasti přisuzují velkou důležitost a byly by ochotny za předem definovaných podmínek přijmout větší pravomoce.

Polovina sester je zřejmě pověřována lékaři ke sdělení informací pacientům, které pravděpodobně přesahují rámec jejich kompetencí často, nebo někdy, polovina jen výjimečně, nebo nikdy. Pokud jsou takto pověřeny, polovina sester lékaře s takovou žádostí odmítne, třetina informaci sdělí, ale nemá z toho dobrý pocit. Pokud žádost o informaci vysloví pacient, je téměř 100% odkázán na příslušného lékaře, při tom aktivně pacienty informuje o režimových opatřeních a nefarmakologické terapii třetina sester.

Ve srovnání s jinými KJ sestry NNH přiznávají ovlivnění přístupu k pacientovi jeho osobou, vliv podle nich může mít věk pacienta ( senior) a osobní sympatie.

Radost a uspokojení přináší práce jedné třetině sester, další třetině pouze „někdy“, zbylé třetině pak „čím dále, tím méně“. Je to nejčastěji z důvodu přepracování a narůstající administrativy.

Lékaři se cítí být sestry vnímány jako vykonavatelky jejich ordinací, méně pak jako jejich profesní partnerky, pacienti se sestry cítí být nejčastěji vnímány o mnoho pozitivněji – jako samostatné profesní odbornice.

Převaha temperamentu v týmu: extroverti

### **3.2.1. Souhrn výsledků vlastního dotazníkového šetření**

Hlavním výzkumným poznatkem je neznalost zákona, která „neomlová“, ale mnohé vysvětluje, zároveň se nabízí jako primární, zároveň však poměrně snadno řešitelný problém.

Jako potvrzení současného stavu „tápání v mlze“ odpovídá sestrami připuštěná možnost přijetí širších kompetencí, které samy nepodmiňují ani tak „přiměřeně širším“ finančním ohodnocením, jako spíše jasným vymezením „KDO může CO, KDY a KOMU“. Stejná nejistota panuje i ve schopnosti definovat vnitřní normy zdravotnického zařízení, ošetřující problematiku edukace. Sestry FNKV a VFN se uvnitř svých KJ rozdělují do dvou skupin, z nichž vždy jedna se domnívá, že takové normy na jejich pracovišti neexistují a druhá, že to jsou standardy. Zajímavé je zde srovnání s akreditovanými zařízeními: NNH a ÚVN, jejichž sestry si úplnou anomii nepřipouští a liší se pouze při pojmenování vnitřních norem jako standardů, nebo směrnic ředitelství. Můžeme usuzovat, že vzhledem k mezinárodní akreditaci těchto nemocnic je legislativní propaganda managementu agresivnější a tím i účinnější.

Krátkodobé, avšak frekventované ataky managementu na paměť zaměstnanců v podobě oběžníků, intranetových výzev, směrnic ředitelství a standardů jsou v souladu s dnes vyznávanou strategií učení. I když svým charakterem připomínají spíše reklamu, než edukaci, ve srovnání akreditovaných (kde jsou nejspíš s úspěchem používány) a neakreditovaných nemocnic se jeví jako nesporně účinnější a stávají se tak významnějším

faktorem, ovlivňujícím znalost vnitřních předpisů (možná, že znalost všeho), než například věk, či vzdělání samotných sester.

Důležitost edukaci přisuzují sestry všech KJ, avšak jediné sestry VFN na této problematice nenacházejí ani stín nebezpečí, tvoří také kolektiv sester spokojených s vlastní prací „ano“ a „někdy“, pokud tomu tak někdy není, obtěžuje je zejména administrativa. Z hlediska vnímání vlastního postavení kolegy lékaři a pacienty nijak nevybočují z řady ostatních KJ.

Zájem, nebo spíše nezájem, vedoucího lékaře je na všech pracovištích podobný, pouze sestry ÚVN ho jako bezpodmínečný negují docela a vyjadřují se pouze v kategoriích „někdy“ a „ne“.

Rozšíření vlastních kompetencí v oblasti edukace by sestry všech oddělení přijaly za předem stanovených podmínek, váhavěji k této otázce přistupují pouze sestry ÚVN, k podmínkám, kterými sestry takové rozšíření působnosti podmiňují překvapivě sestry NNH vůbec neřadí podmínku finanční, která i u sester VFN hraje v odpovědích velmi malou roli. Pořádání vzdělávacích seminářů pro sestry je iniciováno, s výjimkou FNKV, nejčastěji sesterským managementem, pokud tomu tak není, nejsou tyto akce podle tvrzení respondentek pořádány většinou vůbec.

Ve FNKV pořádá tyto semináře sesterský management jen v malém procentu a iniciativu dle respondentek přebírají řadové sestry.

Sestry všech KJ se snaží zachovat si nestrannost v přístupu k pacientovi. Přibližně ve vyrovnaném procentu na všech pracovištích se nejčastěji cítí být v roli vykonavatelek ordinací lékaře, pohledem pacientů se takto cítí být vnímány až na druhém místě, častěji se cítí být viděny pacienty jako profesní odbornice.

Sestry tedy vnímají pohled pacientů jako lichotivější, než pohled lékařů. Je zřejmé, že sestry jsou pověřovány lékaři ke sdělování informací, o kterých se domnívají, že nejsou v jejich kompetenci (skutečnost je záležitostí k diskuzi, vzhledem k navrhované novelizaci zákona 20/1966 Sb. současným ministrem zdravotnictví Julínkem) Pokud k takovému pověření dojde, sestry s poukázáním na rozdělení kompetencí v týmu ( které neznají!?) většinou lékaře odmítají. Ve VFN a FNKV však asi v 1/3 případů sestry takové informace sdělují, což je v kontrastu s akreditovanými zařízeními: NNH, kde se takto „povolně“ sestry vyskytují jen v mizivém procentuálním zastoupení a v ÚVN, kde se vyskytují pouze ve variantě: „ sdělím, ale nemám pak z toho dobrý pocit.“



Dotazy ze strany pacientů o kterých mají dojem, že nespádají do jejich kompetence sestry všech zařízení „přesměrovávají“ na lékaře, sestry akreditovaných zařízení se pět i v této otázce jeví opatrnější, než sestry VFN a FNKV, které jsou ochotny dotazy pacientů zodpovědět v 1/3 případů. Naopak sestry NNH a ÚVN pokud cítí, že edukační pole je „jejich“, jsou ve srovnání s VFN a FNKV aktivnějšími v poskytování informací pacientům o režimových opatřeních, nefarmakologické terapii a rekonvalescenci.

V sebehodnocení sester převažuje na všech KJ extroverze, což může potvrzovat teorii predestinace výběru povolání lidmi otevřenými, nakloněnými komunikaci a společnosti.

Odpovědi sester jednotlivých koronárních jednotek týkající se přístupu k edukaci a informování pacientů se překvapivě více lišily spíše mezi jednotlivými odděleními, než v závislosti na vzdělání sestry. Vzhledem k prostorové náročnosti grafů, vyjadřujících tyto vztahy, uvádím v příloze pouze ukázkou tohoto srovnání. (příloha č.6)

#### *Připomenutí hypotéz vzešlých z kvalitativního výzkumu*

1. Zdravotní sestry neznají dostatečně své kompetence v oblasti informování pacientů.
2. Nedostatečná znalost legislativy v oblasti edukačních kompetencí jednotlivých členů zdravotnického týmu udržuje sestry v pasivní pozici, soustředění se na odborné výkony ošetrovatelské péče a zachování submisivního postavení.
3. Ačkoliv ošetrovatelství se prezentuje jako samostatná vědecká disciplína, na mnoha pracovištích přetrvává paternalistický model hierarchie zdravotnického týmu s lékařem jako nadřazeným sestry. V tomto systému sestry častěji přebírají kompetence lékaře na jeho výslovné přání.
4. Více, či méně vyjádřený konflikt lékař – sestra pramení z nejasného vymezení kompetencí v oblasti informování pacienta a z nutnosti používat informovaný souhlas jako nástroj komunikace s nemocnými, jehož součástí, nebo v jehož návaznosti mají být i edukační programy pro nemocné.

### **Ad 1/ hypotéza neznalosti kompetencí**

Výzkum potvrzuje hypotézu, že sestry si nejsou jisty svými kompetencemi, na což můžeme usuzovat z toho, že nedokážou definovat jejich legislativní zakotvení. Ty, které v mizivém procentu uvedly, že toho jsou schopny, definují tato zakotvení většinou nepřesně („v zákoně“ a podobně). Obecně si tedy mohu troufnout tvrdit, že sestry si svými kompetencemi nejsou jisty – protože je neznají. Pokud bych se nezabývala tímto tématem ve své diplomové práci, nedokázala bych to nejspíš také.

V definování vnitřních norem zařízení, které by měly vymezovat postup a obsah edukace, jsou sestry nejednotné (směrnice ředitelství, standardy, nařízení vrchní sestry) a to nejen mezi jednotlivými odděleními různých zařízení, ale i sestry z jednoho oddělení popisují interní normy rozdílně.

### **Ad 2/ pasivní a submisivní role sestry ve zdravotnickém týmu**

Potvrzuje se tak i fakt, že tato nejistota, pramenící z neznalosti udržuje sestry, co se dotýká oblasti edukace a informování pacientů, v pasivní pozici, výzkum dále nepotvrdil celkově submisivní charakter postavení sester ve zdravotnickém týmu, postoj sester k lékařům a pacientům v otázkách edukace a informování vykazoval spíše prvky chování asertivního (trvání si na svém, odkaz pacienta pro informace na lékaře, odmítnutí pověření lékařem sdělit pacientovi „podezřelé“ informace). Vědomosti a dovednosti v oblasti praktických výkonů dávají sestřám zřejmě dostatečné sebevědomí a prostor pro vytvoření a uhájení vlastního názoru pro týmovou diskuzi např. o volbě pro pacienta nejvhodnější terapie a péče.

### **Ad 3/ hierarchie v týmu**

Předchozí informace zároveň neguje hypotézu rigidního přetrvávání přísné hierarchie v týmu zdravotníků. Podle dotazníků jsou sestry lékařům schopny vysvětlit vlastní stanoviska k problému, eventuelně s nimi diskutovat (odmítnutí podat informaci s poukázáním na kompetence jednotlivých členů týmu). S touto otázkou souvisí i sestrami samotnými vnímaný pohled lékařů na profesi sester. Přes nutnou každodenní vzájemnou souhru, která je nutná pro dobré fungování týmu, obzvláště pak v týmu intenzivní péče, sestry cítí být profesionálkami spíše před pacienty, než před lékaři. Familiární interpersonální komunikace, která je dnes v našich nemocnicích běžným jevem je možná nevědomou kompenzací domnělého pohledu „skrz prsty“ lékařů na sestry.

### **Ad 4/ konflikt sestra - lékař**

Nejasné vymezení úloh jednotlivých členů týmu, často rozpor zákonných a vnitřních norem zařízení je živnou půdou pro vznik nedorozumění uvnitř kolektivu (nejen) zdravotníků. Denní praxe – potvrzená výzkumem, ukazuje, že v oblasti edukace a informování pacienta: sestry neznají své kompetence, lékaři neznají kompetence sester, pacienti neznají kompetence sester. O kompetencích pacientů se v běžné praxi raději neuvažuje, i když v celé věci edukace hrají úlohu zcela zásadní, zůstává tato otázka námětem k přemýšlení pro teoretiky zdravotnictví, práva a etiky. Informování nemocných se odehrává konstrukcí předpokládaných kompetencí, bez jasné struktury formální a obsahové. Zlom přišel s institutem informovaného souhlasu, který má svou moc ze zákona, avšak i okolo tohoto dokumentu dodnes panují nejasnosti plodící otázky: kdo, kdy, komu, jak, kde a kdy?

### **3.3. Návrh změny – obecná rovina**

Poznatky získané výzkumem ukazují na skutečnost, že „atmosféra“ a kultura organizace se jeví jako významnější ovlivňující faktor pro edukační prostředí, než faktory jiné – kterými mohou být vzdělání, věk, délka praxe a podobně.

Tento poznatek se stává „úhelným kamenem“ strategie navození žádoucích změn (to znamená zlepšení edukace a informování pacientů sestrami v intenzivní péči).

Ověření hypotéz, dotýkajících se kompetencí sester ( příloha 4.\_\_\_\_\_) potvrdilo nutnost zlepšení interpersonální komunikace ve zdravotnickém týmu a nutnost posílení postavení instituce sesterské edukace mezi ostatními ošetrovatelskými intervencemi. Pozitivním zprávou je zjištění, že sestry edukaci považují za důležitou pro další život pacienta a (proti předpokladu) se neodříkají rozšíření vlastní působnosti na tomto poli, avšak za předem stanovených podmínek.

Výsledky kvantitativního šetření naznačují cestu ke zlepšení situace: připravené, plánované a prověřované působení managementu zařízení na zaměstnance s cílem „zasadit“ edukaci do povědomí jako nedílnou součást péče o pacienta. Přes pozitivní motivační příklad akreditovaných nemocnic, které napříč vzdělanostním a věkovým spektrem se sestry vykazují jejich nejlepší orientaci ve vnitřních normách zařízení, ošetřující tuto problematiku, důležité je CO a JAK a ne ŽE.

Důležitou úlohou managementu střední a vyšší úrovně nemocnic je častým opakováním seznámit své zaměstnance - zdravotníky s existencí legislativních a vnitřních norem v oblasti informování a edukace pacientů. Kompetence lékařů a sester by měly být vymezeny v souladu s platnými zákony.

### **3.3.1. Návrh změny - konkrétní pracoviště**

- Návrh jednoduchého edukačního standardu, v první době pro obecnou edukační rovinu. Návrh standardu pro jednotlivá oddělení – spolupráce sester oddělení a managementu (pracovní skupiny).
- Písemný záznam o edukaci - sesterská část informovaného souhlasu, nebo v ošetrovatelské dokumentaci.
- Stanovení jasného rámce kompetencí sester jednotlivých úrovní podle vzdělání a profesní zkušenosti.
- Obeznamení sester s jejich úkoly a kompetencemi v edukaci.
- Obeznamení lékařů s kompetencemi sester v edukaci.
- Rekapitulace dosažených úspěchů a nesplněných úkolů na pravidelných provozních schůzkách managementu a řadových sester.

## 4 ZÁVĚR

Získáváním větší samostatnosti v profesionálním konání a souhrou činitelů vnějších sestry postupem času zdá se směnily své poslání za povolání. Stalo se tak nejen pod tlakem společenských změn, rozvoje technologií a jejich invaze do všech oblastí lidské činnosti, včetně zdravotnictví, ale i v zájmu zachování vlastní profesní identity. V extrému by se dalo použít tvrzení, že vzdělání odtrhlo sestry od vlastní podstaty péče.

Tato směna se stala daní za možnost rozšíření a prohloubení vzdělání sester, umožňující později větší nezávislost sesterské profese.

Komercializace současného a budoucího zdravotnictví by kromě hrozby finanční insuficience, mohla mít i pozitivní důsledek v přijetí odpovědnosti každého jedince za vlastní zdraví a to v míře přímo úměrné chování „pro“, nebo „proti“ vlastnímu zdraví.

Můžeme předpokládat, že význam edukace jako složky celostní péče o člověka tedy bude stoupat v primární i sekundární oblasti.

Zároveň s vědomím vlastní odpovědnosti, poroste současně nárok na kvalitu poskytované péče a sankce v případě jejího nesplnění, proto je velmi důležité jasné a srozumitelné stanovení podmínek poskytované péče a její formální i obsahová standardizace.

Jednou z příčin (nebo následků) nekonzistence zákonů, zabývajících se problematikou ošetrovatelského zdravotnictví je nedostatek sester v českých nemocnicích, na tento palčivý bod naráží všechny snahy o zlepšení situace.

Současné vedení ČAS se intenzivně zabývá otázkou rozšíření kompetencí sester, které je jednou z hlavních strategií k zatraktivnění sesterské profese. Podmínkou úspěchu této cesty je však nejen formální rozšíření kompetencí, ale i jejich aplikace a ocenění v praxi, jak tomu bývá v zemích severní a západní Evropy a USA.

Domnívám se proto, že samo zvýšení kompetencí sester nezvýší přitažlivost práce sestry.

Chyba je zdá se, systémová, jednotlivé složky teorie a praxe ošetrovatelství na sebe vzájemně nenavazují (pregraduální a postgraduální vzdělávání, kompetence, finanční ohodnocení).

K beznaději situace přispívá i skutečnost, že ošetrovatelství nemá své odborové zastoupení v instituci Ministerstva zdravotnictví ČR.

Sestry před sto lety měly málo z toho, co mohou užívat sestry dnešní. Přesto je služba nemocným naplňovala a uspokojovala, neměnily by své „poslání“ a zůstávaly v něm i přes často nepříznivé pracovní podmínky.

Pokud se jako sestry necítíme být spokojeny se systémem, ve kterém pracujeme, můžeme se pokusit ho změnit. Pokud máme dost sil, zároveň se v jeho rámci můžeme starat o pacienty, jak nejlépe umíme.

## 5 SEZNAM ZKRATEK

ARIP - anestezie resuscitace intenzivní péče

ARO - anesteziologicko – resuscitační oddělení

ČAS - Česká asociace sester

ČSČK - Československý červený kříž

ESF - Evropské strukturální fondy

EU - Evropská unie

FFUK - Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

FNKV - Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

ICN - International Council of Nurses, Mezinárodní rada sester

ILO - International Labour Organization, Mezinárodní organizace práce

IP - intenzivní péče

JIP - jednotka intenzivní péče

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NCONZO - Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NLZP - nelékařský zdravotnický pracovník

NNH - Nemocnice Na Homolce

OCRIP - oddělení chronické intenzivní péče

SZŠ - střední zdravotnická škola

UK - Univerzita Karlova

UVN - Ústřední vojenská nemocnice

VFN - Všeobecná fakultní nemocnice

VOŠ - vyšší odborná škola

VŠ - vysoká škola

VZŠ - vyšší zdravotnická škola

WHO - World health organization, Světová zdravotnická organizace

## 6 LITERATURA

- 1/ Balvínová, M. Má sestra poučovat pacienty? *Sestra* 2004,2, str. 5
- 2/ Bártlová, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry: *Florence* 2006, 4, str. 48 - 49
- 3/ Bártlová, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice *Sestra* 3/2007, 3, str. 15
- 4/ Bible Nový zákon, a/ Lukáš 10: 25-42, b/ Matouš 22:37-39
- 5/ Břegová, J. Hope v Koninkrijk der Nederlanden. *Florence* 2006,9, str. 21
- 6/ „Code of Hammurabi“. Wikipedia Encyklopedia. 2006 Encyklopedie Wikipedia OnLine. July 2006. [http://ep.wikipedia.org/wiki/Code of Hammurabi](http://ep.wikipedia.org/wiki/Code_of_Hammurabi)
- 7/ Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2006
- 8/ Drábková, J. Rozhraní kompetence lékař/sestra v intenzivní medicíně. *Florence* 2008, 4, str. 164 – 167
- 9/ Havrdová, Z. Kompetence v praxi sociální práce. Praha: Osmium, 1999.
- 10/ Haškovcová, H. Informovaný souhlas – Proč a jak? Praha: Galén, 2007
- 11/ Haškovcová, H.: České ošetřovatelství Manuálek o etice, Brno: IDV, 2000
- 12/ Hofštetrová-Knotková, M. Něco málo o historii vzdělávání a registrace. *Florence* 2006, 12, str. 15
- 13/ Hučín, J. Hovory o psychoterapii. Praha: Portál 2001
- 14/ Jirkovský, D. , Archalousová, A. Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské unii. *Vojenské zdravotnické listy Ročník LXXIII*, 2004, 1, str. 20 – 22
- 15/ Jobánková, M. Bártlová, S. Je vzdělání sestry jen osobní problém? *Florence* 2006, 3, str. 43 - 44
- 16/ Jurásková, D. Úvodní slovo, záznam na CD z Konference Marty Staňkové „Vývoj a profesionalita ve vzdělávání“ Praha, Hotel Olympic 27/3 2008
- 17/ Juřeníková, P., Kyasová, M. Systém zdravotnictví a vzdělávání sester v Estonsku. *Ošetřovatelství* 2005, 3 – 4, str. 62-64
- 18/ Kaše, J. Kotlík, P., Braunův Betlém. Praha: Paseka, 1999
- 19/ Kramářová, A. Profesní příprava ošetřovatelek v Rakousku, *Sestra* 2006, 10, str. 12
- 20/ Kramářová, A. Profesní příprava ošetřovatelek v Dánsku, *Sestra* 2007, 2, str. 12
- 21/ Koncepce ošetřovatelství – metodické opatření. Praha: MZČR, 2004



- 22/ Korandová, J. Zdravotní sestry a informace. Florence 2008, 6, str. 251
- 23/ Kyasová, M. Kvalifikační vzdělávání v oboru ošetrovatelství. Osobní rádce zdravotní sestry 8/2004, 8, str. 2-5
- 24/ Lálková, I. Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče. Diplomová práce Ústav teorie a praxe ošetrovatelství UK LF 1, Praha 2006
- 25 Materna, M., Hyková, M. Stríčky z Lahti. Florence 2006, 9, str. 13
- 26/ Mikulášová, D. Ošetrovatelství v historii řeholních řádů. Florence 2006, 10 str. 13-15
- 27/ Mlýnková, J. Péče o nemocné v době středověkých epidemií. Florence 2006, 9, str. 14
- 28/ MZ ČR: Strategické dokumenty. MZ ČR 2000
- 29/ Nařízení vlády 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
- 30/ Němcová, J. Zdravotnické školy inovují své vzdělávací programy. Florence 2006, 12, str. 50
- 31/ Nováková, J., Jirkovský, D., Hrnčiariková, D. Edukační stáž v Maastrichtu. Sestra 2006, 12, str. 12-13
- 32// Ondříčková, L. Když si společnost sester neváží, přijde o ně. Medical Tribune, III. 2007, 3, str.A16
- 33/ Pacovský, V. Umění, jak zacházet s věděním: záznam na CD z Konference Marty Staňkové „Vývoj a profesionalita ve vzdělávání“ Praha, Hotel Olympic 27/3 2008
- 34/ Pospíšilová, J. Pohled odjinud. Florence 2006, 9, str. 12
- 35/ Prošková, E. Analýza práce nelékařských zdravotnických pracovníků oboru ošetrovatelství v systému zdravotní péče pro účely optimalizace jejich kompetencí a struktury. Diplomová práce. Lékařská fakulta, obor: management zdravotnictví, Olomouc, 2004
- 36/ Prudíková, O. Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost. Sestra 2007, 3, str. 21
- 37/ Pytel, M. Jak dále s kompetencemi pro sestry? Medical Tribune Ročník IV, 14/2008 str.A 12
- 38/ Rozsypalová, M., Svobodová, H., Zvoničková, M. Sestry vzpomínají. Praha: Grada, 2006
- 39/ Staňková, M. Galerie historických osobností. Brno: IDV, 2001
- 40/ Staňková, M. České ošetrovatelství 11 Sestra – reprezentant profese. Brno: IPVZ, 2002

- 41/ Staňková, M. Koncepce českého ošetrovatelství. Brno: IDV, 1998
- 42/ Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN str. 19: Brno: NCONZO, 2003
- 43/ Škubová, J. O novele zákona č. 96/2004 Sb., vyhláškách a mýtech: Florence 2007, 10, str. 402-403
- 44/ Škubová, J. Pár slov k běhu českého ošetrovatelství: Florence 2007, 5, str. 195
- 45/ Škubová, J. Sestra osudem a srdcem: Florence 2006, 5, str. 49-50
- 46/ Škubová, J. Novinky ve specializačním vzdělávání: Florence 2008, 6, str. 219-222
- 47/ Škubová, J. : Pár slov k běhu českého ošetrovatelství Florence 2007, 5, 195
- 48/ Strauss, A., Corbin, J.: Základy kvalitativního výzkumu. Brno: SCAN, 1999
- 49/ Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb.
- 50/ V Česku chybějí zdravotní sestry: <http://zpravy.respekt.cz/V-Cesku-chybeji-zdravotni-sestry.html>) 31. 3. 2008
- 51/ Vepřek, P. Zdravotnictví řízené občanem II. kolo reformy zdravotnictví, 1/05 Google 20.4.2008
- 52/ Vondráček, L., Bouška, I.: Základy zdravotnického práva. Praha: Karolinum, 2004
- 53/ Vondráček, L., Ludvík, M., Nováková, J. Ošetrovatelská dokumentace v praxi. Praha: Grada, 2005
- 54/ Vorlíčková, H., Wagnerová, R. Severní vítr může být i příjemný. Florence 2006, 9, str. 4
- 55/ Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- 56/ Vývoj práce a povinností zdravotních sester: záznam rozhlasové relace. [http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/316303](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/316303)
- 57/ WHO: Education and training of nurse teachers and managers with special regard to primary health care: Geneva: 1984
- 58/ WHO: Education for health : Geneva , 1988
- 59/ Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- 60/ Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.
- 61/ Záznam vlastních rozhovorů s informandy, pořízený MP3 2008, 1,
- 62/ Zvelebil, J. V Seinajöki: Reflex 2007, 47, str. 56

# Projekt magisterské diplomové práce

Pavla Povolná FHS UK

Vedoucí práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Zaměření: řízení

Imatrikulační ročník 2006/7

Název práce: *Současný systém vzdělávání sester a jejich kompetence v oblasti edukace pacientů ( v intenzivní péči )*

Úvod do problému

Posledních cca 17 let se v ČR výrazně rozšířilo vyšší a vysokoškolské vzdělávání zdravotních sester. Kromě tradice postgraduálního specializačního studia v definovaných oborech se po roce 1990 dostavil boom nabídky vysokých škol s bakalářskými a magisterskými programy pro vzdělávání sester.

Restrukturalizací procházelo i střední zdravotnické školství: Československo, později Česká republika byla posledním státem východní Evropy, kde se budoucí sestry připravovaly na své povolání od 14 /15 let v na střední čtyřleté odborné škole. V roce 2006 se změnilo nejen formální pojmenování studijního čtyřletého programu z diplomované všeobecné zdravotní sestry na zdravotnickou asistentku - ale i obsahová náplň výkonu povolání těchto absolventek.

Před vedoucími sestrami a širším managementem nemocnic a jiných zdravotnických zařízení je tedy několik „hubených let“, kdy po čtyřletém studiu nebudou vycházet z odborných škol zdravotnického zaměření zdravotní sestry, ale zdravotnické asistentky, způsobilé pracovat pouze pod odborným dohledem, nebo pod přímým vedením všeobecné sestry, nebo lékaře.

Absolventi a absolventky různě stratifikovaných studijních programů zdravotnického školství jsou po nástupu do zaměstnání sice zařazováni na pozice

zdravotních sester, avšak s předpokladem rozdílných kompetencí (což je v souladu s Koncepcí ošetřovatelství ČR z roku 1998).

Ačkoliv vyhláška 424/2004 Sb. O činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků vymezuje kompetence zdravotních sester v závislosti na jejich vzdělání a délce praxe, přesto se otázka kompetencí v oblasti informování pacientů různými členy zdravotnického týmu stává značným teoretickým i praktickým problémem (zavádění nových metod do klinické praxe, edukační programy pro pacienty, tlak na vysokou - profesně odbornou úroveň nelékařského zdravotního personálu při jeho všeobecném nedostatku, nedostatečná znalost příslušných legislativních norem zdravotnickými profesionály), který je potřeba pojmenovat v konkrétní podobě a modelově i prakticky řešit i vzhledem k právní odpovědnosti sester i v návaznosti na právní odpovědnost lékařů s nimiž spolupracují.

Situační kontext:

Pracuji jako zdravotní sestra v intenzivní kardiologické péči. Edukací se v rámci své profesní praxe zabývám a mohu proto sledovat a popsat různé nejasnosti a rozdílné vnímání kompetencí sester v informování pacientů, většinou ani tak ne ze strany pacientů, jako z pozice lékařů.

Nejistota, zdrženlivost, někdy snad až neochota sester samých angažovat se v edukaci, se zřejmě odvíjí již od nejasného významu pojmů ( edukace, informovaný souhlas, práce bez odborného dohledu atd...), v ošetřovatelské praxi a oblasti informování pacienta, či edukace běžně používaných.

Podobná situace (tedy neznalost) je i v oblasti legislativy a z ní vyplývajících kompetencí jednotlivých členů zdravotnického týmu.

Cíl práce: Zmapovat současnou situaci vzdělávání a kompetencí sester (v oblasti edukace).

Popsat vztah vzdělání, délky praxe a skutečně užívaných kompetencí v oblasti edukace pacienta v závislosti na typu oddělení ( srovnání standardní oddělení – intenzivní péče)

Navrhnout standard pro edukaci pacientů zdravotní sestrou v intenzivní péči

- Hypotézy:1. Zdravotní sestry neznají dostatečně své kompetence v oblasti informování pacientů.
- 2.Nedostatečná znalost legislativy v oblasti edukačních kompetencí jednotlivých členů zdravotnického týmu udržuje sestry v pasivní pozici, soustředění se na odborné výkony ošetrovatelské péče a zachovávání submisivního postavení.
3. Ačkoliv ošetrovatelství se prezentuje jako samostatná vědecká disciplína, na mnoha pracovištích přetrvává paternalistický model hierarchie zdravotnického týmu s lékařem jako nadřazeným sestry. V tomto systému sestry častěji přebírají kompetence lékaře na jeho výslovné přání.
- 4.Více, či méně vyjádřený konflikt lékař – sestra pramení z nejasného vymezení kompetencí v oblasti informování pacienta a z nutnosti používat informovaný souhlas jako nástroj komunikace s nemocnými, jehož součástí, nebo v jehož návaznosti mají být i edukační programy pro nemocné.

## Struktura práce

Popis problému a jeho analýza vyžaduje rozdělení práce do dvou základních částí: teoretické a praktické. Opětovnou syntézou výsledků obou částí by měl v závěru práce vzniknout návrh řešení popisované situace pracoviště JIP.

### TEORETICKÁ ČÁST

1/ Formulace a úvod do problému

2/ Terminologie (kompetence, zdravotní sestra, všeobecná sestra, sestra se specializovanou způsobilostí, registrovaná sestra, práce pod přímým vedením...)

3/ Změny v ošetrovatelství po roce 1989 a současná situace

4/ Historický přehled vzdělávání sester (Florence Nightingale, Karolina Světlá, I. SV, Alice Masaryková, II. SV, M. Staňková, změny po roce 1948, 1968 a 1989)

5/ Kompetence zdravotních sester v některých vybraných zemích (USA, Skandinávie, Velká Británie) a jejich srovnání

6/ související legislativa

7/ Výčet dořešených a nedořešených problémů

## PRAKTICKÁ ČÁST

### Výzkum

Realizace kvalitativního výzkumu ( řízené rozhovory se sestrami intenzivní péče/standardního oddělení a jejich obsahová analýza)

K doplnění výzkumu plánuji realizaci kvantitativního výzkumu dotazníkovým šetřením, ve kterém oslovím cca 30 respondentek, z části sester intenzivní péče a z části pracujících na standardním oddělení.

### ZÁVĚR

Vyhodnocení závěrů, plynoucích z pozorování reality denní praxe a studia literatury z oblasti informování pacientů.

Zpracování výsledků výzkumu kvalitativního i kvantitativního šetření, zaměřeného na kompetence zdravotních sester, ve vztahu k jejich vzdělání a odborným zkušenostem.

Analýza historických i aktuálních informací a srovnání tuzemské i zahraniční praxe a následnou kategorizací poznatků.

Sumarizace a popis současné situace a návrh řešení konkrétních změn pro provádění edukace a informování pacienta sestrou v intenzivní péči návrhem standardu.

### Časový harmonogram:

10 – 12/07 Sběr materiálů k literární části

1 – 2/08 Zhotovení dotazníku

3 – 4/08 Administrace dotazníku ( vyhodnocení)

6-8/08 dokončení

Bibliografie:

- 1/ Bláha, K. Staňková, M. Vondráček, L. Ludvík, M. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. Brno: NCO NZO 2004
- 2/ Císařová, D. Sovová, O. a kol. Trestní právo ve zdravotnictví. Praha: Nakladatelství Orac, 2004
- 3/ Dostál, O. K účelu souhlasu a poučení. Projekt Právo a medicína 2002, ><http://medico.juristic.cz/164450> 6.11.2007
- 4/ Haškovcová, H. Informovaný souhlas proč a jak? Praha: Galén, 2007
- 5/ Haškovcová, H. Práva pacientů. (komentované vydání) Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996
- 6/ Havrdová, Z. Kompetence v praxi sociální práce. Praha: Osmium, 1998
- 7/ Jarošová, D. Teorie moderního ošetrovatelství. Praha: ISV nakladatelství, 2000
- 8/ Kolektiv autorů. Manuál prevence v lékařské praxi. Praha: Fortuna, 1994
- 9/ Linhartová, V. Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2007
- 10/ Mach, J. Medicína a právo. Praha: C.H. Beck, 2006
- 11/ Stolínová, J., Mach, J. Právní odpovědnost v medicíně. Praha: Galén, 1998



- 12/ WHO, LEMON. Kopenhagen: Scherfigsvej,1996
- 13/ Štefan, J., Mach,J. Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi. Praha: Galén, 2005
- 14/ Šustek, P., Holčapek T. Informovaný souhlas – teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Praha: ASPI, 2007
- 15/ Venglářová, M., Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada , 2006
- 16/ Vondráček, L. Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. Praha: Grada, 2005
- 17/ Vondráček, L., Kurzová, H. Zdravotnické právo. Pro praxi a posluchače lékařských fakult. Praha: Karolinum, 2002
- 18/ Vyhláška 394/2004 O vzdělávání zdravotnických pracovníků, Google 15.12.07
- 19/ Východiska pro právní úpravu vzdělávání zdravotnických pracovníků, Google 15.12.2007

29.1.2008

Doporučuji:

**Příloha č.2**

**Fakulta humanitních studií, UK Praha**

Magisterský studijní program

Obor: Řízení a supervize

Seminární práce z předmětu: **KVALITATIVNÍ VÝZKUM II**

**KOMPETENCE SESTER V OBLASTI EDUKACE A INFORMOVÁNÍ PACIENTA**

Akademický rok: 2007/2008

Pavla Povolná

## ***Úvod do problematiky***

V dnešní – velmi rychle se měnící době jsou všechna odvětví lidského působení na tomto světě podrobena kontinuálním zátěžovým testům. Orientace na výkon a rychlost jsou charakteristickými rysy úspěchu, kterému není přáno odpočinku. Život pracujícího člověka „civilizovaného“ světa je maratón, ale běžený sprinterskou rychlostí.

Zdravotnictví: medicína a ošetrovatelství, dva komplementární obory, se nemohou vyhnout okolo působícím silám a tlakům – jsou utvářeny společností a spoluutváří společnost.

Protože pracuji jako sestra v intenzivní péči, uvítala jsem příležitost navázat na vlastní výzkum v minulém roce, zabývající se oblastí edukace a informování pacienta sestrou, tentokrát s užitím metody zakotvené teorie. Mým cílem bylo formulovat teorii, která by reflektovala současnou situaci v této oblasti ošetrovatelské péče a zároveň navrhovala možné vysvětlení – proč tomu tak je, jak tomu zrovna je.

Tedy: uvědomit si a definovat situaci, podmíněnou vztahem podmínek, smyslu a jednání

### ***1/ Výběr vzorku dotazovaných***

Zde jsem byla limitována vlastním pracovním vytížením, takže „recruitment“ respondentů se odehrával většinou ad hoc a rozhovory byly uskutečněny bez přípravy. Pouze v případě interview s členkou presidia ČAS bylo setkání předem dohodnuté, mimo půdu nemocnice.

### ***2/ Získávání výzkumného materiálu***

Pro sběr dat jsem zvolila řízené rozhovory, které jsem natáčela na MP3. Vyjma výše uvedených rozhovorů, jsem se dotazovala kolegyň na vlastním pracovišti technikou řízených rozhovorů s dodatečně pořízeným písemným záznamem. Dalším zdrojem byl písemný přepis záznamu rozhlasové relace s protagonisty z řad odborníků na otázky zdravotnictví, zástupkyň profesní organizace sester a MZČR.

### 3/ *Analýza dat*

Po shromáždění dat v dostatečném množství („tolik, kolik bylo třeba“), jsem přikročila k další výzkumné fázi, totiž: analýze dat.

Použila jsem metody otevřeného kódování. Zaznamenané rozhovory jsem pomocí počítačového programu přepsala do písemné podoby a dále kódovala (barvy).

První fáze – totiž přepis z audio záznamu jsem nemusela provádět při práci s materiály, pořízenými ze záznamu rozhlasové relace, tento záznam jsem „stáhla“ z internetu a kódovala stejně, když zde se jednalo v.s. již o sekundární analýzu dat. Když jsem měla všechny získané materiály „na papíře“, pomocí pastelek jsem po opakovaném čtení označovala stejnou barvou podobné jevy v textu. Tímto postupem jsem získala takřka impresionistický obraz problematiky, kde jednotlivé údaje tvořily směs často nečekaných barevných kombinací. Nastal čas konceptualizovat dosavadní dění – převést údaje do pojmů.

### 4/ *Konceptualizace*

Po několikanásobném čtení jednotlivých rozhovorů, vybrala jsem nejčastěji se opakující pojmy – či spíše jevy, prolínající texty v různých formulacích.

Pojmy – konceptualizace:

Intenzivní péče

Standard

Kompetence

Zákon

Vyhláška

Odpovědnost

Pravomoc

Rozhodování

povinnost

mateřská

lékař

sestra

edukace

vzdělávání

režimová opatření  
medikace  
sestra jako myčka pacientů  
submise  
přízpůsobení  
sebevědomí sestry  
finanční ohodnocení  
zkušenost  
komunikace  
délka praxe

V další fázi jsem seskupila pojmy, které patří k určitému jevu, abych mohla učít kategorie. Předpoklady k jejich rozpoznání byly: pečlivé a opakované čtení materiálů, můj status kolegyně dotazovaných, teoretická příprava výzkumu...

### **5/ *Kategorizace pojmů***

- a/ Osobnost sestry
- b/ Prestiž povolání sestry
- c/ lékař – sestra a zóny jejich působnosti
- d/ Legislativa
- e/ kontext času a místa
- f/ Informace

### **6/ *Vlastnosti kategorií***

Ad a/ vzdělání, délka praxe, strategie profesního jednání, vnímání vlastní pozice, motivace, vůle

Ad b/ finanční ohodnocení, vnímání sestry lékařem, pohled patientské veřejnosti.

Ad c/ hranice, spolupráce, separace, tradice

Ad d/ jasná dikce, pravomoc, odpovědnost, pracovní smlouva, pracovní náplň,  
znalost a akceptace – neakceptace, pravomoc – odpovědnost.

Ad e/ budoucnost – minulost, JIP – standardní oddělení

Ad f/ příjem – vydej.

## **7/ Dimenze**

Ad a/ VŠ, SŠ, aktivita – pasivita, hrdost – submise

Ad b/ demotivace – motivace, pomocnice - partner, úcta – lhostejnost

Ad c/ těsnost, otevřenost, uzavřenost, sdílení

Ad d/ znalost – neznalost, respektování – pomíjení

Ad e/ respektování kontextu

Ad f/ validita, reliabilita

Vzhledem k povaze výzkumu, zdálo se mi vhodné doplnit pohled na problematiku informování a edukace pacienta sestrou metodou axiálního kódování, aby se lépe projevíly současné děje a postoje a jejich vzájemné interakce.

Osobnost sestry je často vnímána veřejností jako pečující bytost, na kterou se nekladou velké nároky po stránce intelektuální. Tento obraz je podporován do značné míry i mediální prezentací této pozice v šoubyznysu.

Jakýsi začarovaný kruh tvoří triáda: osobnost sestry – prestiž povolání sestry – legislativa. Na profesní dráhu sestry se vydávají, nebo spíše vydávaly osoby s vysokou mírou empatie a ochotou pomáhat, nemají tedy většinou a priori adrenalinově – bojovného ducha a nejsou přichystány permanentně k boji (ani za svá vlastní práva). Důsledkem bývá m.j. nedostatečné finanční ohodnocení, odchody sester zcela mimo zdravotnictví, do zahraničí za vyššími výděly. To znamená, že z možných voleb strategie útoč, nebo uteč volí sestry zpravidla druhou možnost, ať již je to únik na mateřskou dovolenou, do zahraničí, nebo zcela mimo profesi. Zevnitř systému ale citlivému pozorovateli zaznívají jasné signály, že samy sestry se sebepodceňují a propadají pasivitě, je však velmi těžké rozlišit, co bylo dříve: zda „vejce, či slepice“.

Upadly sestry do letargie následkem demotivujícího prostředí, nebo je tato situace odrazem jejich dekadence? Co je příčinou a co následkem současné – ne příliš optimistické situace ve zdravotnictví/ ošetrovatelství?

Ze současného mého kvalitativního výzkumu vyplývá jasně, i když překvapivě, že sestry nestojí o vyšší míru vlastních kompetencí, jsou v poskytování ošetrovatelské péče v oblasti edukace a informování pacienta pasivní, odvolávají se na devalvující postoj pacientů a nedostatek podpory (komunikace) s lékaři. Dalším překvapivým zjištěním je, že

sestry neznají své vlastní kompetence pro tuto oblast a neznají je ani lékaři. Důsledkem tohoto jevu může být jak překračování vlastních kompetencí, tak jejich neplnění.

Významným a nepominutelným parametrem jevu je *časový* a *místní* kontext. Pohybujeme se v současném (i když neustále se měnícím) prostředí, s jeho aspekty právními, společenskými..

Vysokoškolsky vzdělaná sestra je stále v praxi jevem zřídkačným, ale již ne zcela mimořádným a neznámým. Spolupráce lékaře a sestry v intenzivní péči je těsnější, než např. ve standardních interních, či chirurgických oborech. Proto v intenzivní péči je jaksí „nahuštěno“ více sester vzdělanějších, ochotných na sobě po odborné stránce dále pracovat. Tyto sestry, často s tichým souhlasem lékařů přejímají kompetence vyhrazené lékařům, hlavně v oblasti odborných výkonů. V informační sféře – poučení pacienta před výkonem, informovaný souhlas a edukace- sestry většinou ponechávají veškerý prostor lékařům, tento však naneštěstí mnohde zůstává prázdný – ke škodě všech zúčastněných...

Narozdíl od odborných praktických výkonů, které sestry provádí, ač nejsou v jejich kompetencích, edukace nemá auru překážky – „zvládla jsem a odešla středem.“  
Zatímco: „zaintubovala jsem, upravila jsem dávky léků, zavedla centrální katétr“ ano. Kolegyni zvládající bravurně tyto úkony bude sestra opětuující výčet svých dovedností sdělením: „řekla jsem panu XY, co ho v nejbližších hodinách čeká a vysvětlila vše co potřeboval...“ těžko konkurovat.

Neopominutelnou skutečností je, že kompetence lékařů – na rozdíl od legislativně zakotvených sesterských jsou dané zvykově. Stejným způsobem přetrvává v mysli veřejnosti (někde i odborné) submisivní role sestry ve vztahu k lékaři. Současná role sestry, deklarovaná vedením profesní asociace je: autonomní odbornice v oblasti ošetrovatelské péče, asistující lékaři v některých činnostech komplexní péče o pacienta a spolupracující s lékařem jako odborný partner.

## 8/ *Vztahy mezi kategoriemi*

Z uvedeného vyplývá těsná provázanost jednotlivých kategorií zkoumaného tématu. Primární se jeví být *osobnost sestry*. Sestra, která si vybere intenzivní péči, počítá s vysokými nároky na vlastní profesní nasazení, odborné dovednosti a vědomosti, nebaví ji

stojaté vody, chce se dále rozvíjet a poznávat nové. Tato sestra čeká i vyšší ocenění své práce zaměstnavatelem, veřejností, rodinou. Práce v intenzivní péči je vnímána okolím jako *prestižnější* obor v porovnání např. s prací sestry v následné péči. Právě v intenzivní péči dochází k nejvýraznějšímu prolínání medicínské a ošetrovatelské péče. *Vztah* lékař a sestra by měl být založen na vzájemném respektování důvěře.

Obecně v rozporu jasný dopředný drive sester intenzivní péče v kontrastu s tichem kolem vlastních kompetencí v oblasti edukace. Pokud mohu spoléhat na výsledky vlastního šetření, tyto rozporuplné postoje vyjadřují často názor jedné konkrétní sestry. Tomuto obrazu pak odpovídají i vyjádření jako: „chtěla bych, ale nemohu.“ Spíše, než otázky *legislativní* problémem prosvítají otázky vztahů a sfér působení lékařů a sester.

*Čas a místo* jsou významnými faktory, ovlivňujícími výsledné reakce, rozhodnutí se k řešení tak, či tak. Proto je důležité znát všechny dostupné *informace*.

Možnými *hypotézami*, plynoucími z analýzy těchto faktů jsou tvrzení, že:

- 1/ Sestry intenzivní péči nestojí o rozšíření svých kompetencí v oblasti informování a edukace pacienta.
- 2/ Edukace není lákavou oblastí profesní realizace sester
- 3/ Komunikace mezi lékaři a sestrami je nedostačující



## ***Závěr***

Všechna tři tvrzení mne naplňují hlubokým smutkem. Po provedení výzkumného šetření v oblasti kompetencí sester v edukaci je zřejmé, že sestry valem po navýšení a (co je důležité!) legislativním zakotvení zvýšení svých pravomocí netouží. Zdá se, že je to z mnoha důvodů (strach z vlastního pochybení a následné stížnosti/ forezního řešení, nedostatečný pocit podpory pro tyto aktivity stran vedení nemocnic a lékařů, sebedoceňování a předem vysvětlující negativistický postoj pacientů k podávání informace sestrou...).

Edukace není terapií s rychlým efektem, tato činnost, mající svůj smysl m.j. v trvání v čase do intenzivní – rychlé péče svým designem nezapadá. Pozn: Jsem si vědoma, že k určitému zkreslení mohlo dojít, když jsem se dotazovala lékařů na kompetence sester, vzhledem k tomu, že pracujeme na stejném pracovišti, já jsem sestra a oni lékaři. Pro další fázi výzkumu bych proto zde volila jiného dotazovatele, nebo anonymní dotazníkové šetření.

## ***Návrh řešení***

Na vznik výše uvedených hypotéz by mohl navazovat kvantitativní výzkum, ( např. formou dotazníkového šetření, z něž by mohly vzejít návrhy na uspokojivé řešení situace, ze kterých by profitovali nejen pacienti, ale celý tým. (Zřízení edukační sestry, teambuilding, společná pracovní setkání lékařů a sester x krát měsíčně apod...)

### ***Použitá literatura a materiály***

- 1/ přepis vlastních rozhovorů s respondenty, pořízených MP3
- 2/ Strauss, A., Corbin, J.: Základy kvalitativního výzkumu. Brno: SCAN, 1999
- 3/ Vývoj práce a povinností zdravotních sester: záznam rozhlasové relace.  
[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/316303](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/316303)

## ***Přepis záznamu rozhovorů***

### **Řízený rozhovor sestra intenzivní péče ( výzkumnice) – lékař JIP**

T: Pane doktore mohu se Vás zeptat: – jak dlouho působíte v intenzivní péči?

Tak šup! Jak dlouho působíte v intenzivní péči?

T: Vy mi nepomůžete?

S: Ale to je doopravdy jako! *smích*

Dr: To je vážně jo?

T: Já to potřebuju do diplomky!

S: Fakt!

Dr: fakt jo?

T: Vážně

S: No Pavlo, tak každé si myslí, že buď prostě...jsi mimo, nebo...

*Smích.*

Dr: No, to já znám to je buď husa, nebo něco ...

S: Právě!

T: Pane doktore, já potřebuji tady rozhovor a bude to anonymní a chci se Vás zeptat....

Dr: Hledám, hledám za tím nějakou kulišárnu!

T: ale prd!

S: Já právě taky! Pavlo, každém si myslí, prostě že jsi , že buď seš tak .... mimo..

T: Jak dlouho působíte v intenzivní péči?

Dr: V intenzivní? Od roku sedmdesát....devět.

T: Hmm

A chtěla jsem se zeptat: Jak vnímáte v té intenzivní péči úlohu sestry, jako toho, kdo předává pacientovi informace, ať už se to týká edukace a nebo třeba informovaného souhlasu.

Dr: Zásadní, zásadní.

T: Zásadní...

A myslíte si , že sestry mají dost kompetencí v informování pacienta, nebo ,eee – málo, dal byste jim víc kompetencí, nebo byste je omezil?

Dr.: To si myslím, že mají dost, záleží na každý..

T: A víte, že existují zákonná zakotvení sesterských kompetencí?

Dr: To nevim.

T: Nevíte....

Takže se někdy se stalo, že sám jste pověřil sestru, aby informovala pacienta třeba o výkonu, nebo o medikaci?

Delegoval jste někdy vlastně svoje kompetence?

Dr: O výkonu ano, o medikaci ne.

T: Hmm.

A když byste o tom přemýšlel, tak eee dal byste sestřím v intenzivní péči tyto kompetence všem, nebo paušálně v intenzivní péči podle Vás by sestra mohla informovat o určitých předem vymezených věcech pacienta?

Dr: Tak asi možná podle vzdělání a potom i podle zkušenosti, to... každá není stejná

T: každá není stejná...

T: Tak Vám děkuji pane doktore za rozhovor

Dr: Bylo mi potěšením.

T: Děkuji

### **Řízený rozhovor sestra intenzivní péče (IP) ( výzkumnice)- sestra IP**

T: Tak já bych se ještě ráda zeptala, jak dlouho se pohybuješ v IP, jak dlouho pracuješ v IP?

P: Od roku devadesát čtyři, s přestávkou devadesát pět až..... devět, na mateřské.

T: Hmm, hm A za tu dobu pozoruješ nějaký změny, jako co se týká sester třeba a jejich kompetencí?

Že to pociťuješ, že máš třeba víc volnosti v rozhodování o pacientovi...nebo.....

K: Tady u nás asi ne ani

T: Takže myslíš, že jako..

K: Protože je stále stejný vedoucí lékař a my už jsme za něj pracovaly i předtím jak takhle jak, jak pracujeme teďka.

T: Takže asi myslíš, že asi spíš se to liší podle oddělení, třeba na standardu je to jiný a....

K: No no no.

T: A hodně podle toho, jak ti lékař dává volnou ruku, ten vedoucí lékař..

K: Jo, Jo jo jo.

T: A, eee vnímáš i tu otázku, („*já dám paní ještě tu inhalaci eště*“ ) tu otázku kompetencí sester co nejen co se týká praktických výkonů, ale třeba i co sestry říkají pacientům i, nebo okolo informovaného souhlasu a edukace? Jako, jestli to vnímáš, eee že by si chtěla víc?

S: *vstup svědka rozhovoru – Dr.*

T: *My jsem dělaly rozhovor s paní a teď dělám s kolegyní – plynule.*

Že bys jako chtěla třeba víc, nebo jestli spokojená, nebo jestli máš pocit, že toho na - nakládají na tebe hodně?

K: To ani ne, ale myslím si, že ještě není úplně... vyřešená komunikace mezi sestrama a doktorem, že jako každý si hraje na svém písečku, že to není tak provázaný jako a na základě toho bych zatím asi o větší kompetence ani nestála.

T: Zvlášť co se týká jako i praktických výkonů i edukace?

K: Hm, hm, no, no, no, hmm.

T: Děkuji za rozhovor

K: Prosim

Dr: Úžasné, úžasné !!

Dr.,K,T: *smích*

### **Řízený rozhovor sestra IP (výzkumnice) – sestra IP**

T: je to naprosto anonymní..

Takže kdybys se mohla zeptat : Jak dlouho se pohybuješ v intenzivní péči?

K: Rok a čtvrt?

T: Hmm a líbí se ti to?... A to je první práce tvoje?

K: Ne, je to druhá práce, v intenzivní péči se mi líbí.

T: Líbí víc, než ta první práce?

K: Určitě!

T: A kdybys mohla srovnat třeba s tou první prací, tuhle druhou práci, co se týká kompetencí sester, eee z hlediska informování pacientů a tím nemyslím jenom informovaný souhlas, ale třeba komplexně edukaci a poskytování informací pacientům....jestli ...

K: Tak to je nějak... eeee jo.

T: Jestli, jestli se to liší – v tý p..., předpokládám, že to bylo standardní oddělení, teda to předtím, jestli se cítíš, že máš v tomhle směru víc kompetencí, nebo co po tobě chtějí třeba lékaři víc, abys říkala pacientům?

K: Ne

T: Ne, to se neliší, je to tak nastejno?

K: Ne, neliší se to, a myslím si, že o informace o, o, vlastně ode mne jako od sestry ode mne ani nikdo jako nečeká a nežádá, že bych já sdělovala nějaký informace..

T: Nečekaj to lékaři, nebo pacienti?

K: Ani pacienti, ani lékaři.

T: Takže nemáš pocit, že by se tě něco ptali pacienti, eee, aha, vo co by chtěli vědět vo svým zdravotním stavu ohledně jídel, ohledně...

K: Většinou ne.

T: Většinou ne.

K: Většinou jsou to věci, který stejně musí zodpovědět lékař, co se týče zdravotního stavu.

T: Jako že většinou jsou to věci, který si uvědomuješ, že by se mohli zeptat? Nebo přecejen se jako ptaj, třeba? Že říkáš: „ většinou jsou to věci....?“

K: Tak třeba takový věci jako: „ Sestřičko, jak tady budu dlouho?“ – to já jako nemůžu.....

T: Jo jo jo.

K: nějakým způsobem hmmm aaa vědět, ovlivnit, a natož jim ( *zvoní telefon* ) to říkat nějaký prostě aaaaa informace, který vlastně opravdu nevím, ale co se týče, já nevím, edukace, třeba jak by měli postupovat dál doma, tak na to se mě nikdy nikdo nezeptal.

T: A ty sama s to ani aktivně nenabízela.

K: Ne, ne, nenabízela.

T: A co se týká třeba těch režimovejch opatření, eeee, tak... eee.nebo medikace třeba

K: -----

T: medikace, třeba no, co si chtěla říct?

K: No tak to samozřejmě, třeba, třeba jo, režimový opatření, jaký by měly bejt, to určitě, takový informace tady jako sestra dávám.

T: aaaa eee....

K: Ale myslím, že jako, ta edukace eeee v intenzivní péči jako by od nás, když ty lidi chodí eee eště vlastně od nás a dou přes nějaký standardní oddělení, že možná ta edukace byla

vhodnější jako by..

T: Tam, tam tam

K: Až tam

T: Tam

K: Tam, protože to je místo, ze kterého jdou jakoby domů a....

T: Protože

K: Maj, maj čas, třeba i přemejšlet, na co by se chtěli zeptat

T: Jo, že tady jsou vystresovaní...

K: Tady jsou vystresovaní, ve stavu...kterej v nich.... musí si zvyknout na nějakou novou situaci zdravotního stavu, kdežto..., když už pak jdou od nás, na to standardní oddělení tak už maj čas přemejšlet, jako jak to bude dál, co bude dál, a už si třeba i zvyknou, na to že, jsou nemocný, nebo třeba nějakým způsobem postižený...

T: Tak že tady se nějakým způsobem omezujeme na to, co se týká nějakým způsobem toho vlastního výkonu.

K: No to určitě

( *zvoní zvonek* )

T: a ty sama a znáš nějaký vymezení, svezích kompetencí jako sestra tedy..?

Jako přesně ty hranice? Znáš?

K: eeee. Ty kompetence?

K: Přesně, jako že bys to dovedla definovat?

K: No asi ne.

T: Děkuji za rozhovor

K: Já taky děkuji

### **Řízený rozhovor sestra IP (výzkumnice) – členka prezidia ČAS**

T: Tak kdybys byla tak hodná a mohla mi nastínit, vlastně svojí profesní kariéru setry...?

D: Mojí profesní kariéru..... ta na začala v r. sedmdesát devět maturitou, jsem původně dětská sestra, takže jsem pracovala, nastoupila jsem po škole jako dětská sestra na novorozeneckém oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice v Teplicích, a..... tam jsem byla až vlastně do své první mateřské, to je asi rok a půl a po druhé mateřské jsem se vrátila, ale jenom na chvíličku, protože.... jsem se přestěhovala do

krajského města, takže jsem přešla do Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem, kde jsem nastoupila zase jako dětská sestra na nedonošeneckou JIP a pak jsem si udělala ARIP, takže jsem přešla na dospělý ARO a vlastně od toho roku osmdesát.....čtyři do roku devadesát pět jsem pracovala na ARU a v roce devadesát pět jsem odešla do firmy....

### *Děsuplný hluk*

D: „*To je ten vozejk s krabicemi..*“

... jsem odešla ze zdravotnictví přešla jsem k firmě, začala jsem pracovat u společnosti Hartmann jako odborný poradce, a právě vzhledem ke svým zkušenostem jsme nastavili systém vzdělávání, jak pracovníků – zaměstnanců Hartmana, tak ale i zákazníků, to znamená středního zdravotnického personálu v oblasti ošetrovatelské péče.

To znamená, že já jsem byla v té době úplně první v republice, kdo začal vzdělávat sestry a vůbec, dnes tomu říkáme nelékařské obory, ale v té ošetrovatelské péči zejména v oblasti ošetrovatelské péče v oblasti inkontinence, používání jednorázových pomůcek: hygiena, hygiena na lůžku, hygiena dlouhodobě nemocných, dlouhodobě ležících a po sléze potom ošetrování lokální péče o chronické defekty, ----- terapie tohle jako tři soubory, se kterými jsem začínala a v podstatě do teď pracuji v této oblasti toho vzdělávání.

T: Proto je to pro mne tak cenný, že vlastně asi jako jedni z prvních jste pochopili, nebo uchopili tu věc, že není důležitý jenom vzdělávat teda pacienty, ale i sestry

D: Určitě.

T: ...A když se tak podíváš zpátky a nebo i dopředu, tak, když vezmu v úvahu ty kompetence sestry ve vzdělávání pacienta, a když se podíváš i na svojí kariéru, tak jak bys hodnotila ty jednotlivý svoje profesní.... „*Dobrý den*“ eee jednotlivý svoje, nebo v jednotlivých úlohách svých jako sestry v těch jednotlivých pracích svoje kompetence, jestli se to lišilo významně třeba v intenzivní péči, nebo teďka v... naposledy v tom vzdělávání, ty kompetence?

D: Tak co se týče vlastních kompetencí, tak zcela určité jsou mnohem vyšší, když je pojmemme jako, jako nejenom jako legislativní, kompetence, ale vůbec kompetence v ošetrovatelské péči, tak samozřejmě, že sestra v intenzivní medicíně je jinak chápána v těch kompetencích



## *Hluk*

...už tím vedením té kliniky , nebo toho oddělení , lékaři, je jinak vnímaná , jako, dalo by se říci za kompetentnější, než na standardním oddělení.

T: a myslíš si, že jako ty lékaři, jednak, myslíš si,že sestry znají jako globálně svoje kompetence?

D: Ne,ne. Ne, určitě ne

T: A myslíš si, že lékaři znají kompetence sester?

D: Ne, ne to už vůbec ne, to už vůbec ne.

To bych řekla, že Tady se srážejí dva diametrálně rozdílný světy, jo, svět sesterskej a svět lékařskej.

Ale já jsem byla vychovávána, vystudovala jsem v době, kdy ty kompetence těch sester nebyly vůbec žádný, byly takřka nulový, kdy ta sestra byla skutečně sice partner toho lékaře, ale na úrovni spíše toho věrného pomocníka, tý pravý ruky, pravá, levá ruka, hlava, voči, uši,všechno dohromady a bylo to, byl to člověk, vlastně pro toho doktora.kterej vlasně bude poslouchat jeho pokyny, a jeho příkazy a plnit je.

T: plnit jeho příkazy

D: A to si myslím, že to ještě pořád přetrvává v tý lékařský praxi, že oni takhle ty sestry vnímaj.

Ale upřímně řečeno my už dneska ty kompetence jako sestry máme trošku někde jinde, to víme, vyplývají nám ze zákona 96, z Vyhlášky 424, to všechno víme,ale ty skutečný kompetence, o tý ošetrovatelský péči, to znamená:jak bude ta ošetrovatelská péče bude vypadat, jak bude probíhat, jak budou probíhat jednotlivý výkony, jednotlivý úkony, jak se ten člověk bude cejit v tý nemocnici, jak se bude chovat, jak bude reagovat na tu ošetrovatelskou. péči, to jsou všechno kompetence sestry a sestra je k tomu určená, aby toto prováděla. A pokud si to sestry ale samy nezačnou uvědomovat, tak nám nepomůže žádněj zákon, žádná vyhláška, jo?

T: a jaká myslíš, že je teda cesta?

D: Vzdělávání, těch sester, vzdělávání v tomhle i v téhle oblasti, aby oni pochopily svoje postavení v tom systému tý ošetrovatelský péče,

T: takže vzdělávání, propagace ...

D:určitě určitě a neustále..

a to už musí přijít od tý zdravky, to už musí přijít od tý zdravotnický školy, ty holky tam

takhle budou vychovávaný, že prostě, pokud si svojí prestiž samy nevybudují, my obecně, všichni, všechny sestry, když si nevybudujeme my samy tu vážnost toho okolí, tak nám ji nikdo nedá. My se pořád hájíme tím, že..... nemáme, nemáme tu prestiž, že si nás neváží, neváží si nás doktoři, neváží si nás management, neváží si nás pacienti, pořád nás viděj jako toho, kterej prostě má prostě umejt ten noční stolek, a má nakrmit toho pacienta, má ho odvézt támhle na Rentgen a nemá do ničeho mluvit, ale zase, abychom byly úplně upřímný, zhruba 80 procent našich kolegyň toto vyhovuje, protože je to pohodlnější, nic se od nich nechce, nemusej nic dělat navíc, a ve chvíli, kdy tam začneš zavádět jakýkoli novinky a chceš po nich.....aby....

Oni by chtěly kompetence, ale nechtěj za ně mít odpovědnost a to jde ruku v ruce, a pokud já budu mít ve vyhlášce 424 mít jasně dané svoje kompetence tak to pro mne ale taky znamená, že si za ně zodpovídám

T: Odpovědnost.

D: A to je právě to, co, co těm sestřám chybí.

Oni by rádi ve spoustě věcí rozhodovaly, ne, že ne ale už nechtěj za to zodpovídat – za to prostě odpovídá ten doktor, a mně se to netýká – to není pravda!

A já, já Vidím ten problém hlavně v tom vysvětlovat nejenom ty kompetence těch sester – to je hrozně hezký slovo, ale spousta těch holek ani neví, co to ve skutečnosti znamená, ale spíš těm sestřám od prvopočátku vysvětlit těm sestřám od prvopočátku jakmile se daj na tu dráhu toho zdravotníka, tak jim vysvětlovat, co je ta zodpovědnost, spíš, než ta kompetence za tu činnost, co vykonávám se musím naučit si za ni nést tu zodpovědnost.

A To si myslím, že je to nejtěžší, ale to základní, který my do těch lidí prostě musíme do těch lidí dostat.

A to souvisí s tím ta edukace.

Já když nebudu cítit zodpovědnost sama za sebe a za svojí práci, tak jak já můžu přesvědčovat někoho dalšího, jak já můžu učit toho, toho pacienta, co smí, co nesmí, co je pro něj dobrý, a co pro něj dobrý není. když já sama o já sobě a , o vlastní pozici v celým tom procesu nejsem přesvědčená?

To je prostě začarovaný kruh, to je prostě roztočená spirála, takže jestli ty holky skutečně chtějí mít určitou pozici a chtěj být tou sestrou s tím velkým S, tak, proto ale musej samy něco udělat, ono to samo nepřijde: žádný management, žádná vláda, žádný ministerstvo,

žádný zákon nepřijde a neřekne: tak sestřičky: od 1.1 2000 nevím čeho prostě teď jste vážený, teď jste naše poklady, a teď jste ten dar, prostě to nikdo neudělá..

T: Děkuju, žes to řekla, žas vyjádřila, po čem se pídím už několik let a měsíců.

D: Jako vono, jako myslim, že nejenom já, ale spousta z nás tohleto vidí, nebo to cítí, jo, ale já mám obavu, že možná to bude trvat ještě jednu, ne-li dvě generace, než se tohleto změní, než se vychovaj další, další holky,

T: Ty jsi taková latentní optimistka.

D:.... který budou jinak myslet.

Budou jinak myslet, třeba moje děti už taky přemyslejí jinak

Ale v tomhleto období je průšvih v tom, že tyhleto holky, který to sebevědomí maj a který by už mohly nastartovat novou éru, tak jsou bohužel vychovávaný naší generací,

T: Hmmm

D: Která byla stlačovaná do té submisivní polohy a který to vyhovovalo, ta submise.

Takže ty holky buď se přizpůsobujou,,nebo z toho oboru odcházej. Protože jednak jim nejsou dovoleny – nenacházej ten prostor pro sebe sama, pro tu realizaci a druhá věc je ta motivace nenacházej tu motivaci.

I když už si nemyslim, že by ta finanční motivace – nebo demotivace byla tak závažným problémem,ty problémy už jsou úplně někde jinde, než v těch financích.

T: To je to poslední, co jsem se chtěla zeptat.

D: Dobře ano, každému chceme, nikdo z nás není charita, nikdo z nás nebude prostě dělat, dyť nejsme jeptišky, abysme dělaly z vyšší moci, a z nějakého prostě daru z nebe, určitě jsme realisti každému z nás hledá nějaký zdroj jak se zabezpečit a jak zabezpečit rodinu svoji rodinu a jedna z možností práce, takže nikdo z nás to nebude dělat bez zaplacení a když dostaneš dobře zapláceno, tak se taky cítíš dobře, protože víš, že dobře pracuješ, že tě někdo odmění, za to, že dobře pracuješ, to je ve všech - v uvozovkách - firmách.

T: Takže ty bys to,... tu budoucnost vidíš ve vzdělávání, ve zvýšení prestiže sesterský profese zvýšení sebevědomí, který ale vychází..vyrůstá....

D: vychází z odpovědnosti, přesně. Jako to sebevědomí můžu mít ve chvíli, kdy skutečně něco umim, kdy fakt na sobě pracuju, kdy se snažím sama se vzdělávat, abych teda já ukázala okolí, že fakt umim, tu svojí práci a že se za ní nemusím stydět sama se vzdělávám, kdy ukážu že umim, pak můžu požadovat abych byla vážená tím okolím, abych měla erudovanost a pak můžu požadovat, abych byla jinak ohonorovaná, než třeba

moje kolegyně ale tady se dostáváme do místa, kde se třeba ten management, což je další systémová chyba, nemá takový možnosti – aby dokázal ty holky odstupňovat, aby je dokázal rozlišit, jo, aby když vidí holku, která je nadějná, která opravdu tohleto všechno splňuje, tak jí úplně jinak ohodnotit, než holku, která prostě ...

T: A aby ona to ustála v to kolektivu

No Já Ti moc děkuji .... za rozhovor.

D: Nemáš za co

Vysvětlivky: T: tazatelka (já)

Dr: lékař

S: svědkyně rozhovoru – (sestra, lékařka)

K: Kolegyně – sestra

D: dotazovaná

eee: slovní vata

.....pauza v řeči

pasáže označené uvozovkami: řeč vstupující do rozhovoru ( zvenčí, neplánovaně, neb citace)

-----nesrozumitelné

Kurzíva: děje zasahující do rozhovoru

### **Příloha č.3**

#### ***Kvantitativní výzkum - projekt***

Ve své diplomové práci se zabývám problematikou kompetencí sester v oblasti edukace a informování pacienta. Kromě zpracování pohledu legislativního, sociálních, historických a vzdělávacích souvislostí této oblasti ošetrovatelské péče, doplňuji svou práci praktickou částí – údaji z výsledků výzkumu, který by mohl tvořit základ ke standardizaci role sestry jako edukátorky a poskytovatelky informací pacientovi v intenzivní péči.

#### **Výzkumný problém**

Jako sestra v intenzivní kardiologické péči (IP) se dlouhodobě zabývám problematikou edukace pacientů, spolu s dalšími dvěma kolegyněmi se edukace a tvorba edukačního standardu staly předmětem našeho profesního působení v rámci studijní praxe v jedné z pražských nemocnic. Během dvou let studia na FHS a vlastní profesní praxe jsem mohla pozorovat některé znepokojující aspekty této oblasti péče o pacienta, které se mi podařilo hypoteticky formulovat v rámci vlastního kvalitativního výzkumu, prováděného na pracovišti IP. (viz příloha č.2) Ze zhodnocení údajů, vzešlých ze zmiňovaného výzkumu, se mi podařilo extrahovat několik základních faktorů, které pravděpodobně ovlivňují míru a kvalitu informování a edukace pacienta sestrou a které se staly základem k dalšímu kladení otázek – vzniku hypotéz.

- 1/ neochota sester pouštět se do neprobádaných oblastí podávání informací pacientovi a edukačních aktivit v souvislosti s nemocí a uzdravovacím procesem.
- 2/ závislost kvality a míry informace poskytované pacientovi sestrou na: osobě edukátora, ( sestry) prostředí ( IP/ standardní oddělení, kultuře organizace – daného zdravotnického zařízení)

Zdá se, že celá situace je zvláště nejasným vymezením norem v této oblasti a nedostatkem komunikace mezi jednotlivými úrovněmi řízení zdravotní péče.

Současná častá informační insuficience ve směru zdravotník – pacient má jistě mnoho aspektů. Hypotézy, které jsem formulovala pomocí kvalitativního výzkumu jsem ověřila cestou kvantitativního výzkumu, (dotazníkové šetření) který jsem během dubna 2008 provedla ve čtyřech vybraných jednotkách intenzivní péče pražských nemocnic. Okruhy otázek dotazníku byly zaměřeny na pohled ze strany *zdravotníka* (sestry), doplněný

pohledem na *prostředí*, ve kterém se zdravotníci a pacienti pohybují a kterým jsou ovlivňováni (zdravotnické zařízení – organizace).

Podmínky tohoto prostředí, jeho kultura a vzájemná interakce s jednotlivými skupinami zaměstnanců a se zaměstnanci – jednotlivci, se zdají být dalším významným faktorem, ovlivňujícím v důsledku kvalitu zdravotní péče jako takové.

### **Obecná hypotéza**

V oblasti podávání informací a edukace pacienta v intenzivní péči si sestry nejsou jisty svými kompetencemi. Pacienti jsou informováni nedostatečně, v závislosti na zvyklostech oddělení a momentální situaci.

### **Pracovní hypotézy**

- 1/ Sestry na odděleních, kde je jejich další vzdělávání podporováno znají své kompetence lépe, než sestry na oddělení, kde management vzdělávání aktivně nepodporuje.
- 2/ Ani sestry vzdělanější, ani sestry základní úrovně necítí potřebu rozšíření svých kompetencí v oblasti podávání informací pacientům a edukace.

### **Možné proměnné**

- a/ Rovina individuální: věk sestry, její dosavadní vzdělání, délka praxe, délka působení na současném pracovišti, stereotyp řešení situací, (aktivní, pasivní) osobnostní typ sestry, zájem o problematiku edukace, znalost norem.
- b/ Prostředí: kultura organizace, vzdělání staniční/ vrchní sestry, frekvence školení, (provozních schůzí) zájem managementu o vzdělávání sester, přítomnost norem/ standardů, dotýkajících se otázky informování a edukace pacientů.
- c/ Osobnost pacienta, jeho momentální psychický/fyzický stav.

### **Operacionalizace proměnných**

- a/ Vzdělání: SZŠ, VOŠ, VŠ. specializace, studující, věk, délka praxe: roky, doba působení na současném pracovišti: roky, délka profesní praxe: roky, spokojenost a sebehodnocení. Navštěvování odborných seminářů a školení, znalost norem a legislativy
- b/ Kultura organizace: existence/ neexistence vzdělávacích akcí s tematikou informování a edukace pacientů, standardy, delegace kompetencí (z – na) .

Vzdělání staniční/vrchní sestry: SZŠ, VOŠ, VŠ, specializace, studující, vyjádřený zájem lékaře/ vedoucí sestry o problematiku informování pacientů,  
c/ pohlaví, vzdělání, intelekt, věk pacienta, jeho momentální zdravotní stav.

### **Legislativní kontext**

Vyhláška 424/2004 Sb.o činnosti zdravotnických pracovníků, definuje kompetence sestry v oblasti edukace a informování pacienta v závislosti na jejím vzdělání. Novelizovaný zákon 20/1966 hovoří o povinnosti lékaře, či jiného zdravotnického pracovníka poučit pacienta.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně zakotvuje právo nemocného na informace, zejména formou informovaného souhlasu. Metodika je uvedena ve Vyhlášce 64/2007 Sb. , o zdravotnické dokumentaci. (2)

Moderní ošetrovatelská péče definuje edukaci jako svou nedílnou součást.

**Časoprostorový kontext:** Současný vědeckotechnický pokrok posunuje každoročně potenciál medicíny zachraňovat a chránit lidské životy a zdraví jednotlivců. Spolupracující odborníci v oblasti léčení a ošetřování nemocných - lékaři a sestry jako jednotlivci i jako zástupci svých profesí reagují na společenské změny, odrážející se i do péče o zdraví. Rozvoj nových technologií, globalizace a členství naší země v EU přináší s sebou i úpravy legislativní.

Změna pasivní role pacienta v aktivního účastníka týmu bojujícího za návrat/ udržení zdraví zákonitě změnila i role lékaře a sestry – dalších spoluhráčů tohoto týmu. Pro povolání sestry v dnešních dnech nestačí jen manuální zručnost a schopnost empatie, současná sestra přejímá mnoho kompetencí, které byly dříve vyhrazeny lékaři. Ve sféře odborných výkonů jsou činnosti sestry legislativně ošetřeny v závislosti na jejím vzdělání a pracovním zařazení.

### **Obecná hypotéza:**

V oblasti podávání informací a edukace pacienta v intenzivní péči si sestry nejsou jisty svými kompetencemi. Pacienti jsou informováni nestandardizovaně, dle zvyklostí oddělení.

**Dimenze problému:**

- školení sester v oblasti informování pacientů
- znalost sester legislativy týkající se oblasti edukace a informování pacientů
- aktivní zájem sester o vzdělávání / informace z oblasti edukace/ informování pacientů
- přítomnost standardů edukace na konkrétním oddělení
- užívání standardů edukace při jejím provádění
- existence dokumentace – písemného záznamu o edukaci na odd.
- podpora managementu kliniky
- podpora a zájem vedoucího lékaře odd./lékaře o problematiku edukace

**Indikátory:**

- školení sester: ano/ne, frekvence, účast
- znalost legislativy: sestra ví o existenci legislativního zakotvení, dokáže definovat (kde), předpokládá ho, netuší
- aktivní zájem: sama vyhledává, tisk, semináře
- standardy: jsou/nejsou
- dokumentace: je/ není
- podpora managementu: vyjádřený zájem, organizace vzdělávacích akcí
- podpora lékařů: vyjádřený zájem, „pobízení k edukaci“, delegace kompetencí, organizace vzdělávacích akcí.

**Zkoumaná populace:**

Sestry intenzivní kardiologické ( interní ) péče

**Způsob výběru respondentů:**

Na radu sociologa J. Šafra, jsem rozhodla zaměřit se pro zvýšení výpovědní hodnoty výzkumu ( srovnání) na kolektivy sester IP – koronárních jednotek čtyř pražských nemocnic. Důvodem byla očekávaná vyšší výpovědní hodnota, rostoucí s množstvím



zkoumané populace, ale i snaha o porovnání dat z jednotlivých pracovišť a zjištění eventuálních závislostí na prostředí konkrétních IP.

### **Metoda sběru dat**

Dotazník ( vyplňovaný respondenty/tkami)

Vypracovala jsem samostatný dotazník (viz příloha č. 2.), který oslovení/é respondenti/ky vyplňovali/y anonymně s garancí, že uvedené údaje budou použity jen pro odborné účely. Celkem jsem administrovala 100 dotazníků na čtyřech pracovištích.

### **Soubor respondentů**

FNKV III. Interní klinika – koronární jednotka – osloveno 35 sester

Návratnost 71% - dotazníků: 25

ÚVN I. Interní klinika – koronární jednotka – osloveno 20 sester

Návratnost 60% - dotazníků: 12

VFN II. Interní klinika – koronární jednotka – osloveno 22 sester

Návratnost 95% dotazníků: 21

NNH – koronární jednotka – osloveno 20 sester

Návratnost 85% dotazníků: 17

## **Příloha č.4**

Vážená kolegyně/vážený kolego

ráda bych Vás požádala o spolupráci – vyplnění dotazníku, který jste právě obdržel/a.

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla zabývat kompetencemi sester v oblasti informování a edukace pacientů, a to se zaměřením na intenzivní péči.

Vaše odpovědi mi poskytnou cenné podklady a v kontextu s dalšími daty pomohou k vyjasnění dosud ne zcela přehledné situace v této oblasti ošetrovatelské péče.

Zároveň bych Vás ráda ujistila o zachování anonymity informací, které jste mi svěřili.

Uvedené údaje budou použity výhradně pro odborné účely.

Děkuji za Váš čas a odpovědi

Pavla Povolná

Fakulta humanitních studií

Obor řízení a supervize

## **DOTAZNÍK**

1.

Jste

a/ žena

b/ muž

2.

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

a/ do 1 roku

b/ 1-3 roky

c/ 3-5 let

d/ 5-10 let

e/ více

3.

Jak dlouho působíte na Vašem současném pracovišti?

a/ do 1 roku

b/ 1-3 roky

c/ 3-5 let

d// 5-10 let

e/ více

4.

Uved'te prosím svůj věk

- a/ 19-23 let
- b/ 24-29 let
- c/ 30-35 let
- d/ 36-40 let
- e/ více

5.

Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

- a/ Střední zdravotnická škola
- b/ Vyšší zdravotnická škola
- c/ SZŠ+specializace ARIP/ jiná – prosím uved'te
- d/ střední škola+Diplomovaný specialista pro IP
- e/ VŠ
- f/ ještě studuji – prosím uved'te co
- g/ jiné – prosím uved'te

6.

Dokázala/a byste uvést legislativní normu, která vymezuje kompetence sester?

- a/ ano – prosím uved'te
- b/ ne

7.

Existují na vašem oddělení návody, jak má sestra edukovat/ informovat pacienty?

- a/ ano – směrnice ředitelství
- b/ ano – nařízení vedoucího lékaře
- c/ ano – nařízení vrchní sestry
- d/ ano – standardy
- e/ ne

8.

Jsou vzdělávací semináře pro sestry se zaměřením na edukaci a informování pacientů na vašem pracovišti pořádány z iniciativy:

- a/ lékařského managementu
- b/ sesterského managementu
- c/ řadových sester
- d/ nejsou pořádány vůbec

9.

Zajímáte se sama o problematiku informování a edukace pacientů?

- a/ ano
- b/ někdy
- c/ ne

10.

Zajímá se vedoucí lékař/ lékařka vašeho oddělení o formu a obsah informací, které sestry pacientům poskytují?

- a/ ano
- b/ někdy – záleží na okolnostech
- c/ ne

11.

Je podle Vás informování pacienta a edukační činnost sestry :

- a/ důležitým faktorem, který může významně ovlivnit další kvalitu života pacienta
- b/ věcí důležitou, avšak ne nezbytnou
- c/ záležitostí, které se sestra může věnovat, až je-li hotova ostatní oš. péče
- c/ dalším, co přidává práci sestře, zejména je-li spojeno s administrativou
- d/ pro sestru nebezpečná a neprobádaná – zejména v dnešním právním prostředí

12.

Bylo by podle Vás dobré dát ze zákona sestrám větší pravomoce informovat pacienta?

- a/ ano- za podmínky jasně daných pravidel CO, KDO, KOMU, KDY a JAK říci?!
- b/ nemyslím si – už tak máme dost práce
- c/ když rozšířit, tak zaplatit!
- d/ jen těm sestrám, které o to stojí
- e/ nevím

13.

Stane se, že jste pověřen/a lékařem sdělit informace/ poučit pacienta v záležitosti, která podle Vašeho názoru nespadá do Vaší kompetence?

- a/ je to běžná ( denní) praxe
- b/ stává se to
- c/ výjimečně
- d/ na mém současném pracovišti se mi to nikdy nestalo

14.

Jste-li pověřen/a lékařem ke sdělení informací, které patrně nespadají do Vaší kompetence a/ ihned odmítnete s poukázáním na rozdělení jednotlivých kompetencí členů zdravotnického týmu

- b/ jdete a sdělíte pacientovi svěřené informace
- c/ záležitost řešíte se svou nadřízenou sestrou
- d/ sdělíte, ale nemáte z toho dobrý pocit

15.

Dotáže-li se Vás pacient ohledně svého zdravotního stavu, další léčby, prognózy

- a/ co víte – zodpovíte
- b/ vyžádáte si svolení lékaře pro udělení takových informací pacientovi
- c/ odkážete pacienta s dotazem na příslušného lékaře

16.

Informujete sám/ sama pacienta aktivně o doporučených režimových opatřeních a nefarmakologické léčbě v souvislosti s jeho onemocněním a rekonvalescencí?

a/ ano – vždy

b/ někdy - záleží na okolnostech (čas, stav pacienta)

c/ nikdy

17.

Kdybyste měl/a hodnotit vlastní edukační činnost myslíte si, že délku času, který strávíte informováním a kvalitou sdělení ovlivňuje to, je-li pacientem:

a/ žena

b/ muž

c/ pacient v produktivním věku

d/ senior

e/ člověk „ s titulem“

f/ člověk „ bez titulu“

g/ člověk Vám sympatický

h/ člověk Vám nesympatický

ch/ VIP

i/ snažíte se nedělat mezi pacienty rozdíly

18.

Přináší Vám Vaše práce radost a uspokojení

a/ ano

b/ ne

c/ někdy

d/ čím dál - tím méně

e/ jiná odpověď – prosím uveďte

19.

Pokud necítíte radost a uspokojení, domníváte se, že je to způsobeno:

a/ přepracováním – přemírou služeb.

b/ stále větším podílem administrativní činnosti při výkonu ošetrovatelské péče

c/ tím, že se mi nedaří skloubit osobní život a práci

d/ nedostatečným finančním ohodnocením

e/ nedostatečným oceněním mé práce lékaři

f/ nedostatečným oceněním mé práce pacienty

g/ nedostatečným oceněním mé práce mými nadřízenými ( nepochválí)

h/ asi vším dohromady

ch/ jiný důvod, uveďte prosím jaký..

20.

V týmu zdravotníků pečujících o pacienta se cítíte být vnímána **lékaři** většinou jako

- a/ profesní týmový partner
- b/ vykonavatel/ka ordinací
- c/ pomocná síla....
- d/ objekt sexuálního zájmu
- e/ necítím se být vnímána vůbec
- f/ jiná odpověď – prosím uveďte

21.

V týmu zdravotníků pečujících o pacienta se cítíte být vnímána **pacienty** většinou jako

- a/ samostatný profesní odborník/ce
- b/ vykonavatelka ordinací lékaře
- c/ pomocná síla....
- d/ objekt sexuálního zájmu
- e/ necítím se být vnímána vůbec
- f/ jiná odpověď – prosím uveďte

22.

Jak byste sama/sám sebe charakterizoval/a ? Řekl/a byste o sobě, že jste člověk:

- a/ poměrně aktivní a činorodý
- b/ rád se seznamující a pracující s novými lidmi
- c/ spíše pasivní a zdrženlivý

Díky Pavla Povolná  
13.duben 2008

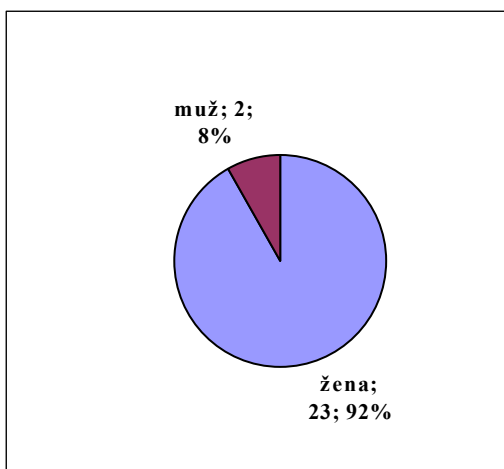
## **Příloha č.5**

### **Grafické znázornění odpovědí z dotazníků dle nemocnic**

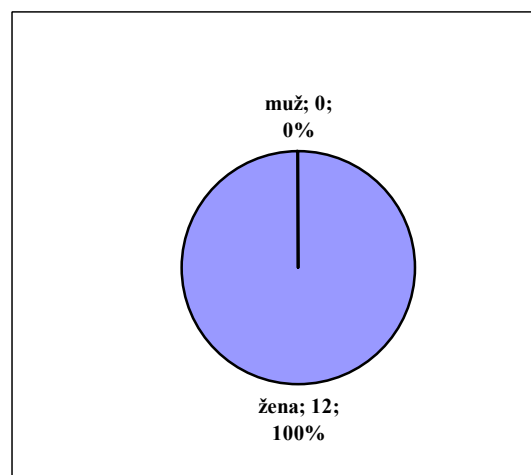
1.  
Jste  
a/ žena  
b/ muž

## POHLAVÍ

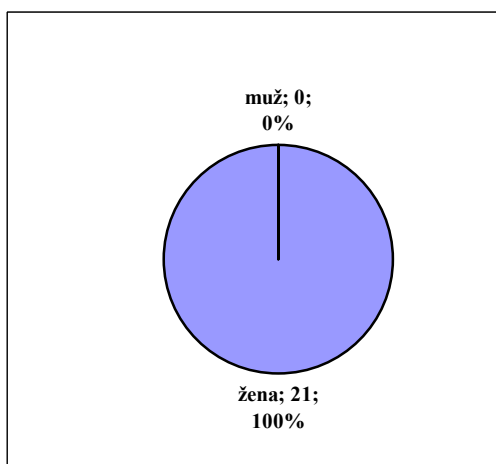
FNKV



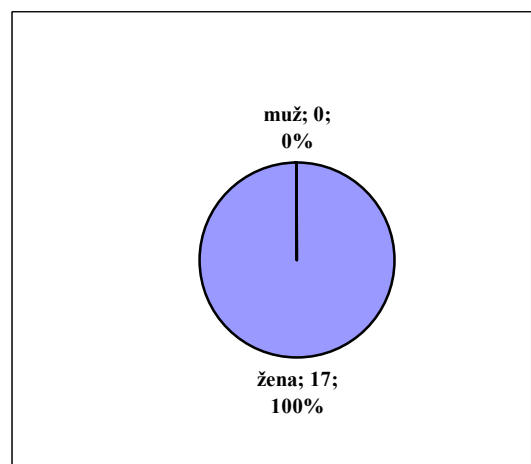
UVN



VFN



NNH

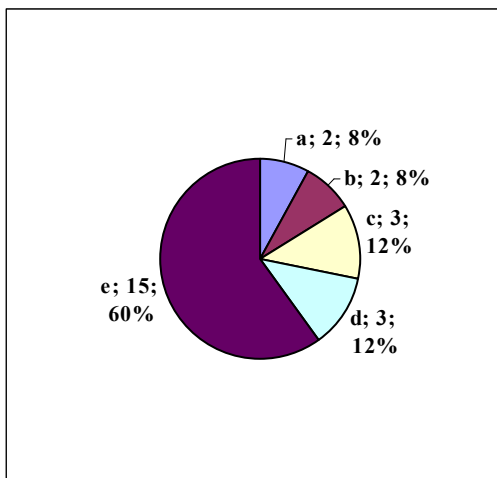




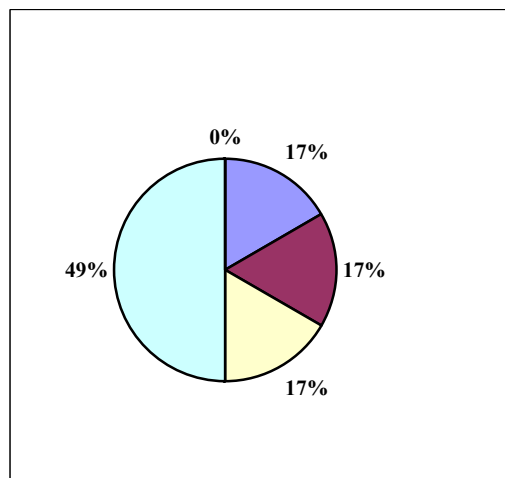
2.  
 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?  
 a/ do 1 roku  
 b/ 1-3 roky  
 c/ 3-5 let  
 d/ 5-10 let  
 e/ více

### DÉLKA TRVÁNÍ PROFESNÍ PRAXE

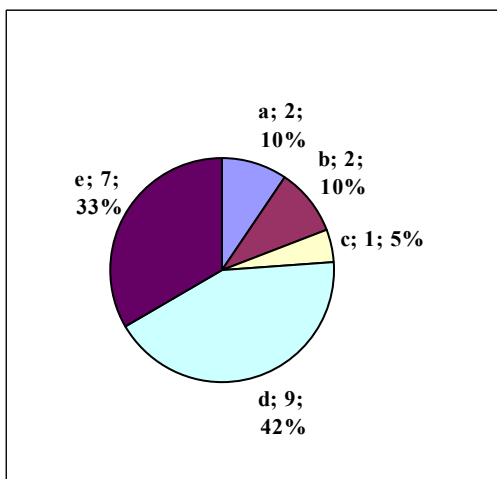
**FNKV**



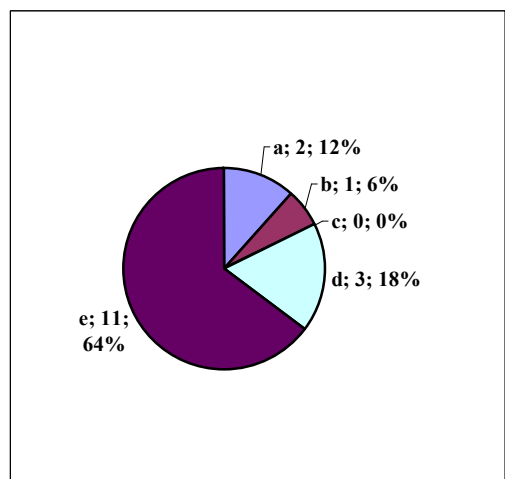
**UVN**



**VFN**



**NNH**



3.

Jak dlouho působíte na Vašem současném pracovišti?

a/ do 1 roku

b/ 1-3 roky

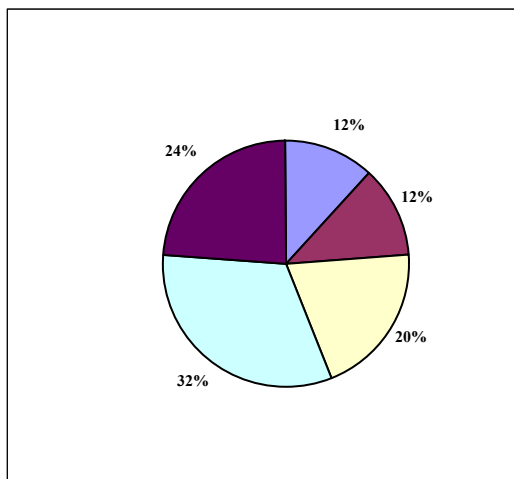
c/ 3-5 let

d// 5-10 let

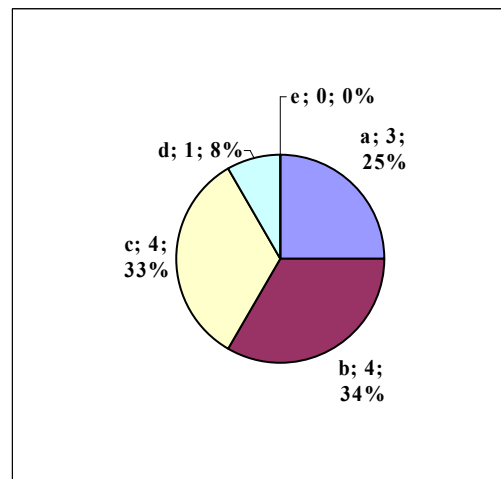
e/ více

### DÉLKA TRVÁNÍ PROFESNÍ PRAXE NA SOUČASNÉM PRACOVIŠTI

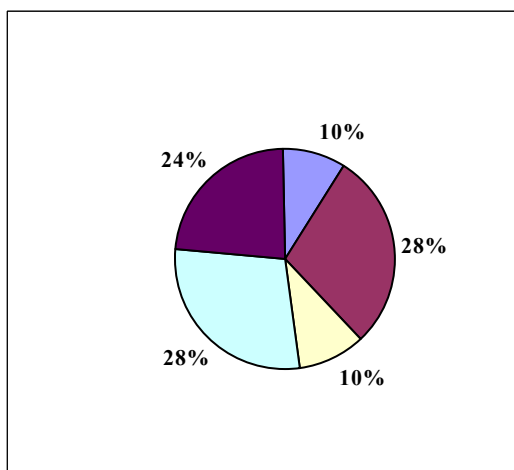
FNKV



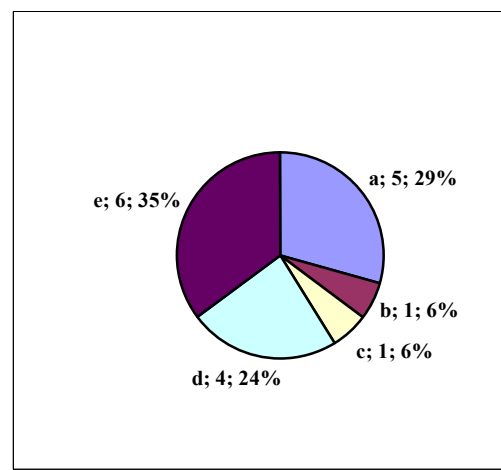
UVN



VFN



NNH



4..

Uved'te prosím svůj věk

a/ 19-23 let

b/ 24-29 let

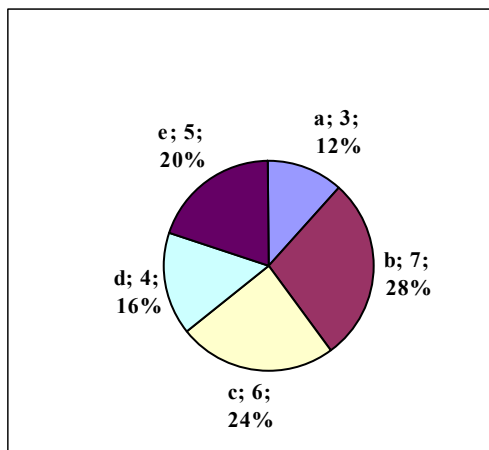
c/ 30-35 let

d/ 36-40 let

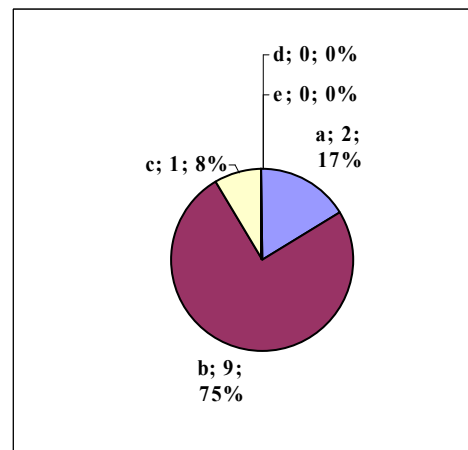
e/ více

## VĚK

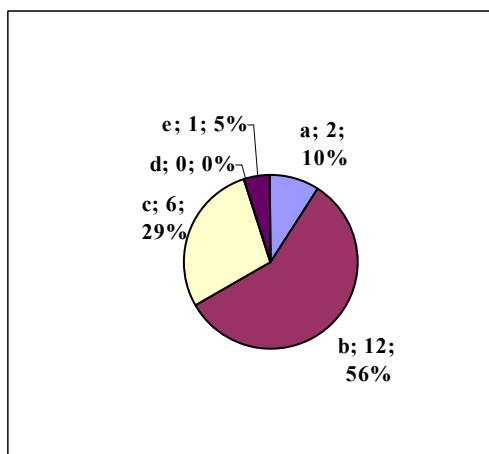
FNKV



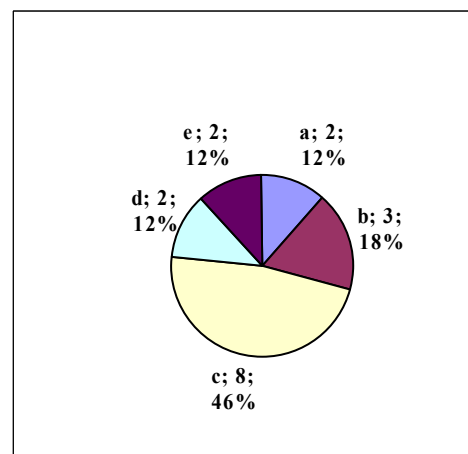
UVN



VFN



NNH



5..

Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

a/ Střední zdravotnická škola

b/ Vyšší zdravotnická škola

c/ SZŠ+specializace ARIP/ jiná – prosím uveďte

d/ střední škola+Diplomovaný specialista pro IP

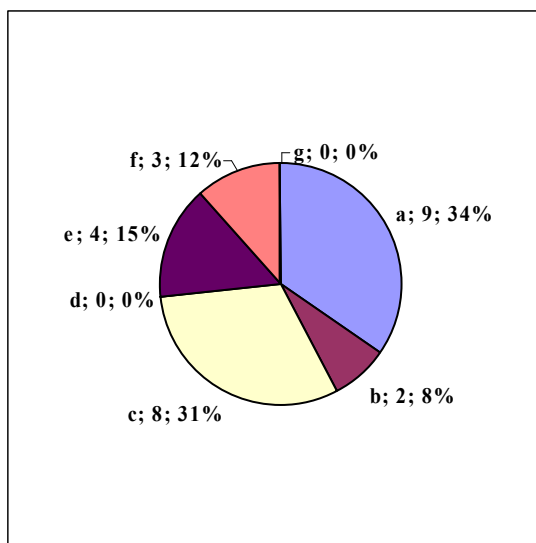
e/ VŠ

f/ ještě studuji – prosím uveďte co

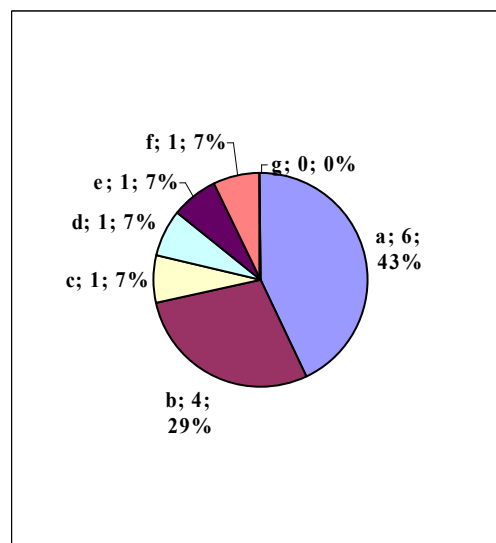
g/ jiné – prosím uveďte

## VZDĚLÁNÍ

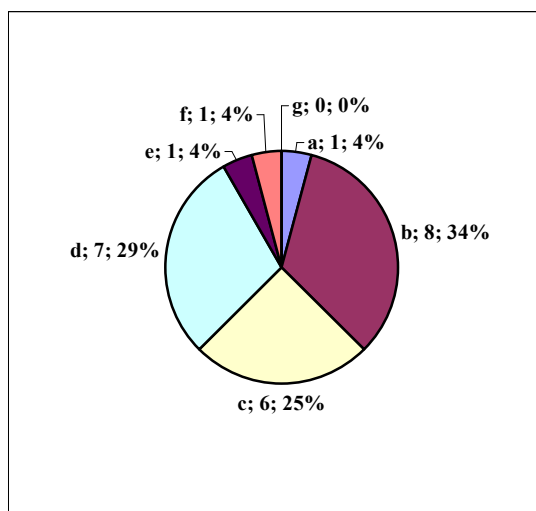
FNKV



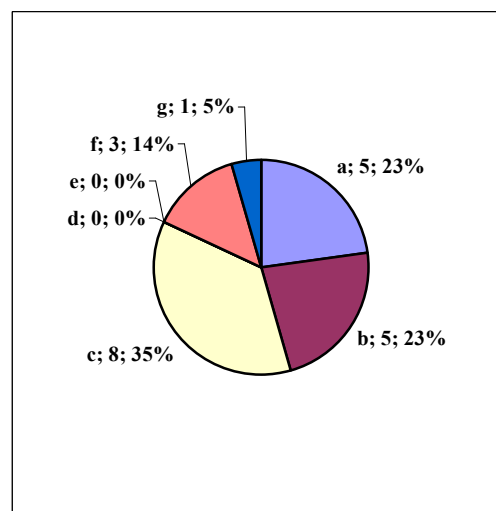
UVN



VFN



NNH



6.

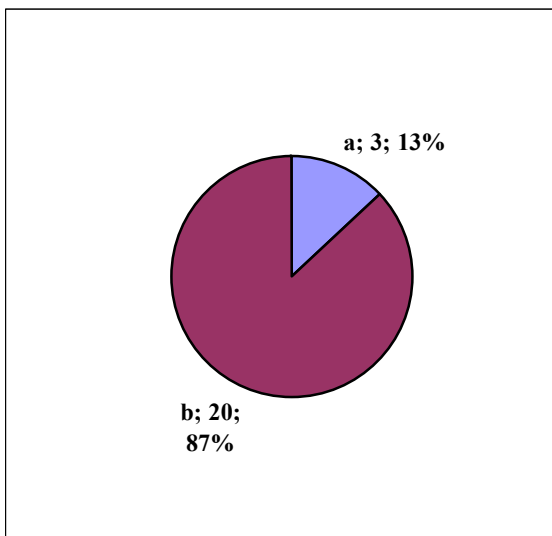
Dokázala/a byste uvést legislativní normu, která vymezuje kompetence sester?

a/ ano – prosím uveďte

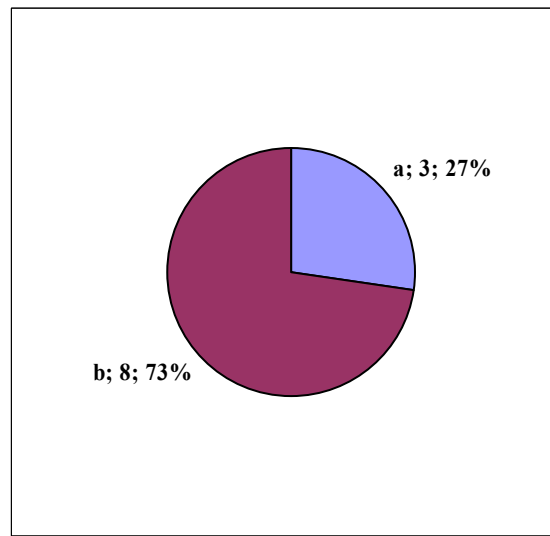
b/ ne

### ZNALOST LEGISLATIVY

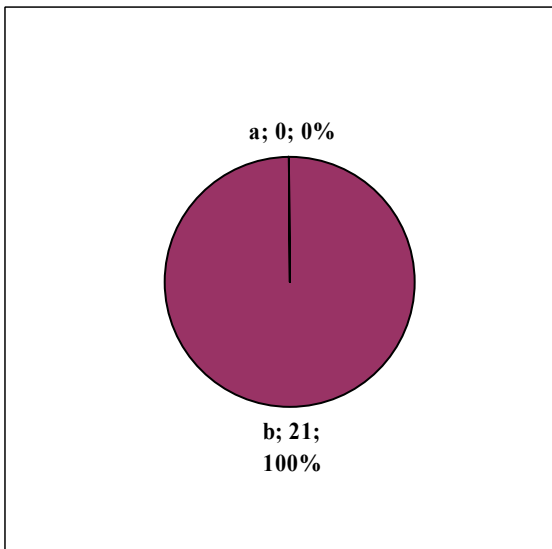
FNKV



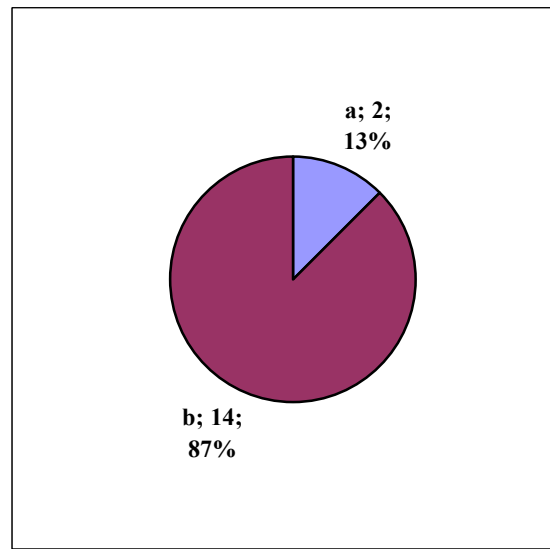
UVN



VFN



NNH



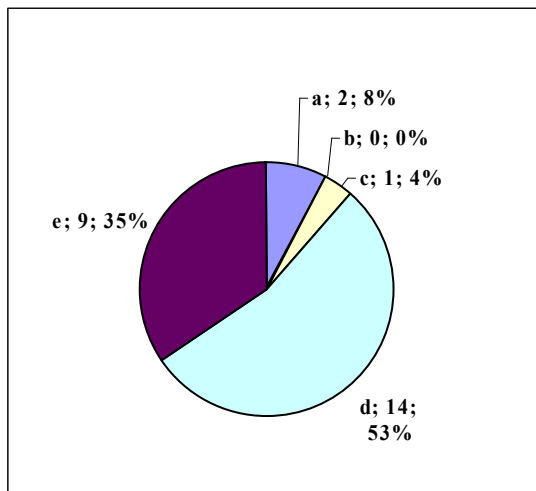
7.

Existují na vašem oddělení návody, jak má sestra edukovat/ informovat pacienty?

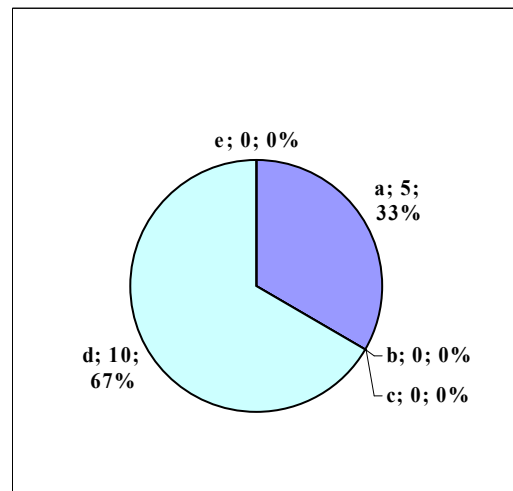
- a/ ano – směrnice ředitelství
- b/ ano – nařízení vedoucího lékaře
- c/ ano – nařízení vrchní sestry
- d/ ano – standardy
- e/ ne

### ZNALOST VNITŘNÍCH NOREM

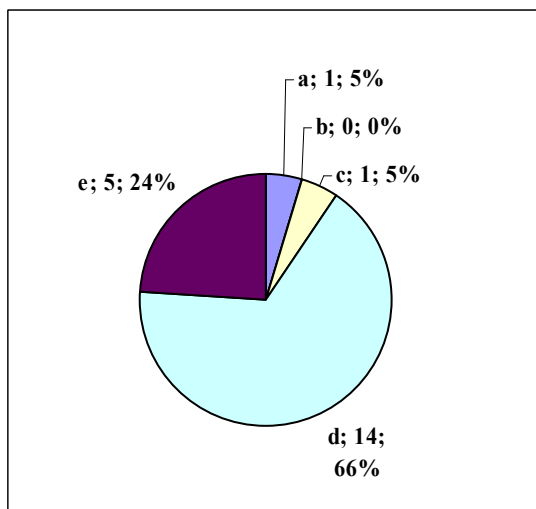
**FNKV**



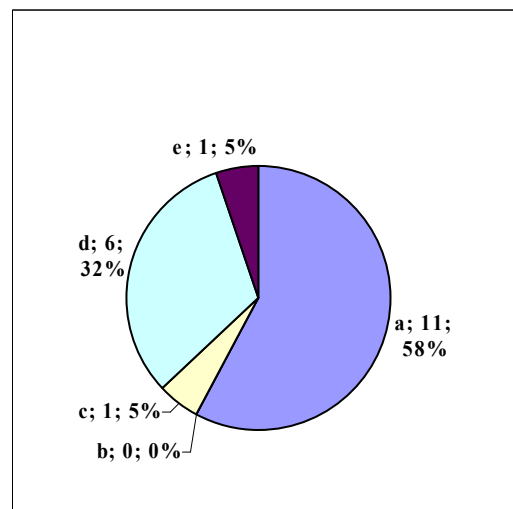
**UVN**



**VFN**



**NNH**



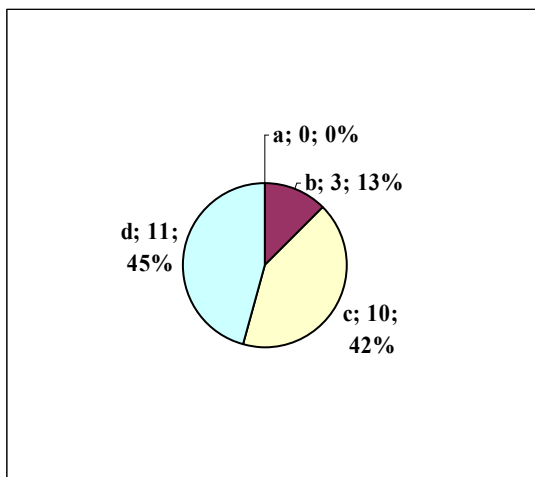
8.

Jsou vzdělávací semináře pro sestry se zaměřením na edukaci a informování pacientů na vašem pracovišti pořádány z iniciativy:

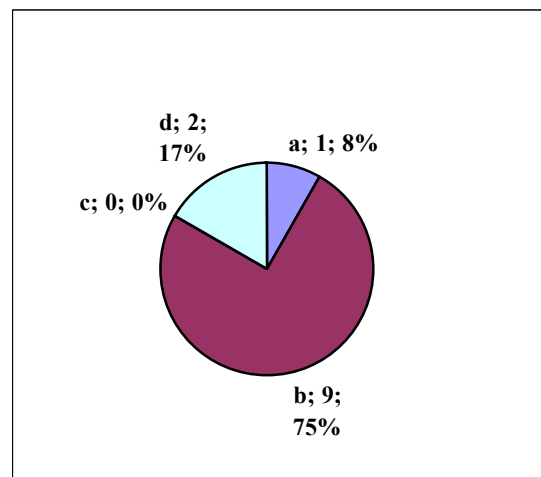
- a/ lékařského managementu
- b/ sesterského managementu
- c/ řadových sester
- d/ nejsou pořádány vůbec

### INICIÁTOR VZDĚLÁVACÍCH AKCÍ

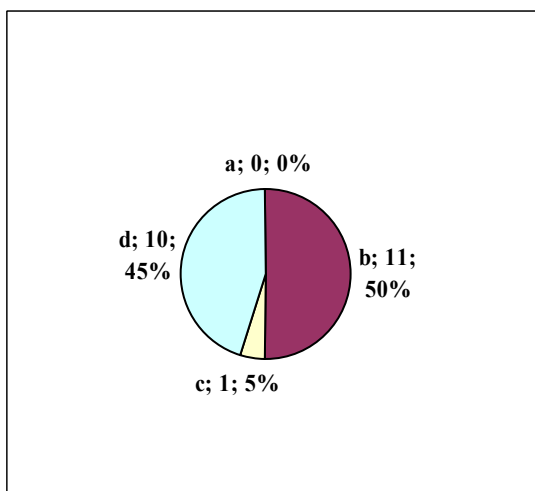
**FNKV**



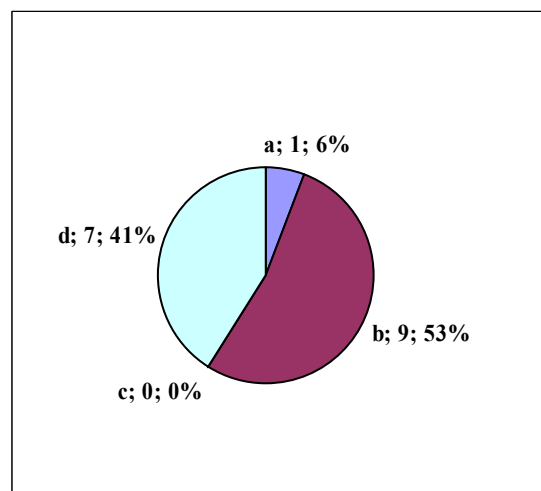
**UVN**



**VFN**



**NNH**



9.

Zajímáte se sama o problematiku informování a edukace pacientů?

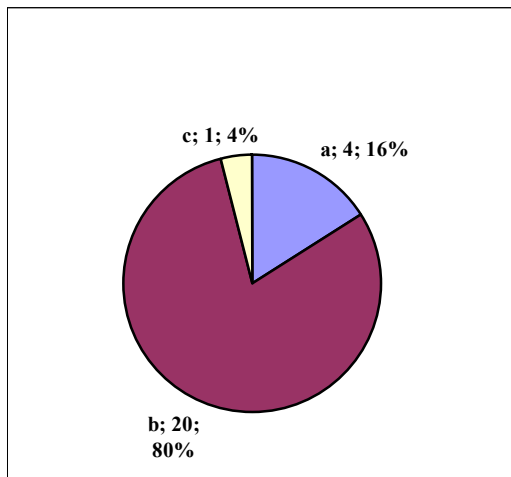
a/ ano

b/ někdy

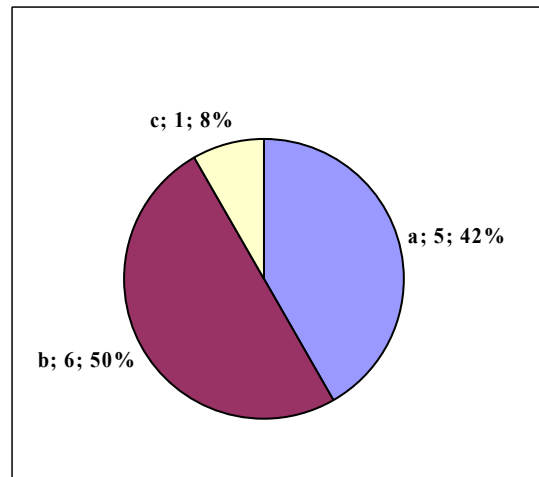
c/ ne

### VLASTNÍ ZÁJEM SESTRY O EDUKACI

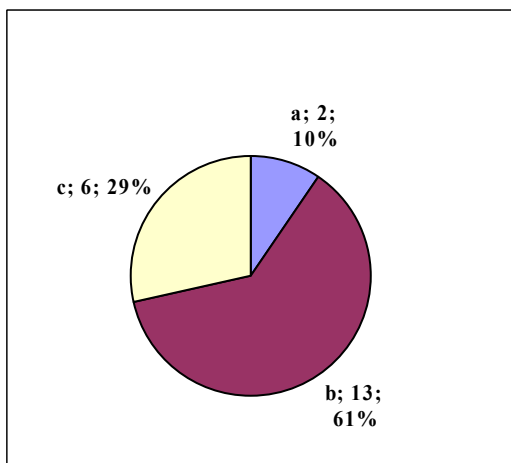
FNKV



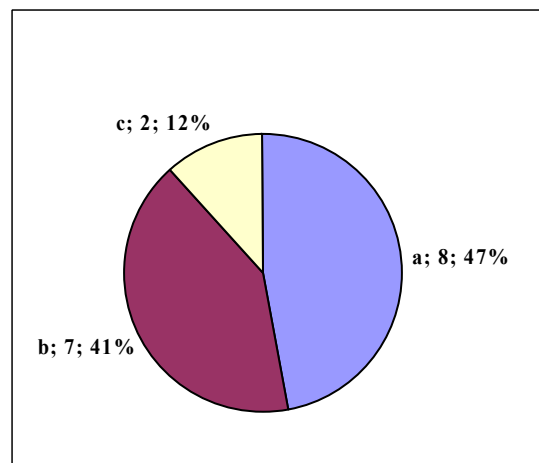
UVN



VFN



NNH





10.

Zajímá se vedoucí lékař/ lékařka vašeho oddělení o formu a obsah informací, které sestry pacientům poskytují?

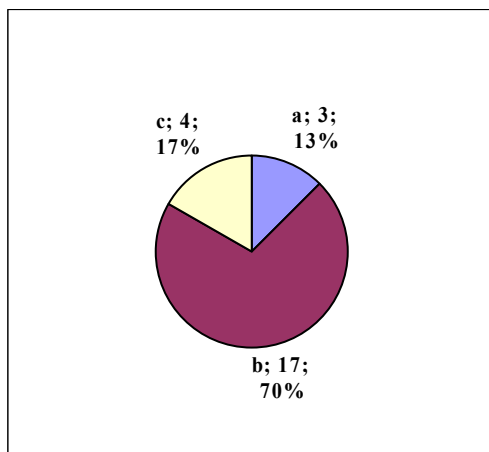
a/ ano

b/ někdy – záleží na okolnostech

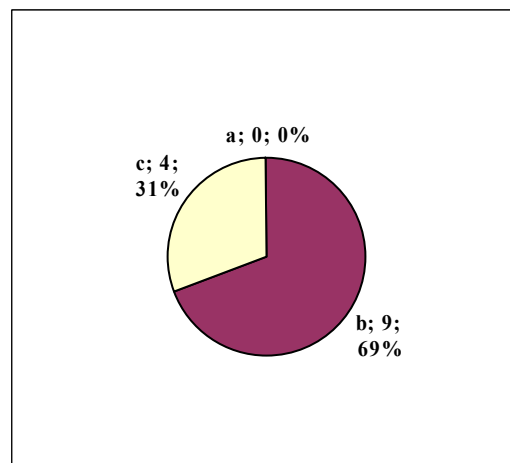
c/ ne

### ZÁJEM VEDOUcíHO LÉKAŘE O EDUKACI

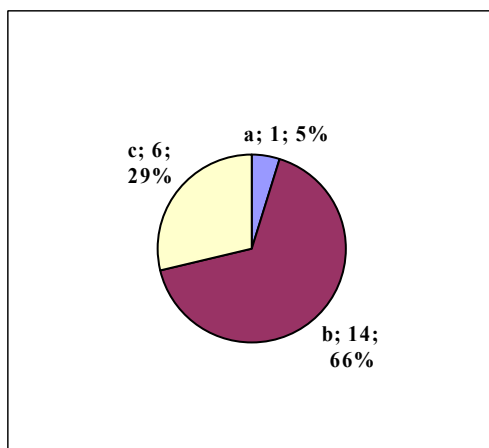
FNKV



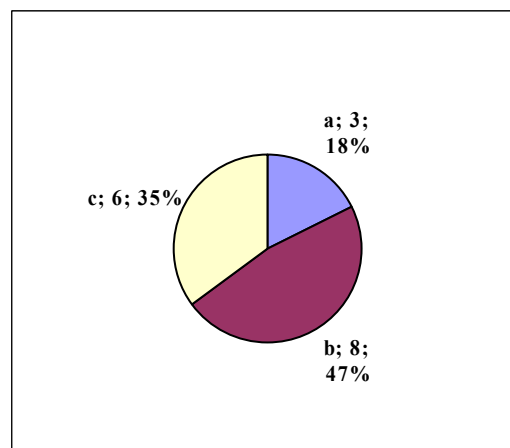
UVN



VFN



NNH



11.

Je podle Vás informování pacienta a edukační činnost sestry :

a/ důležitým faktorem, který může významně ovlivnit další kvalitu života pacienta

b/ věcí důležitou, avšak ne nezbytnou

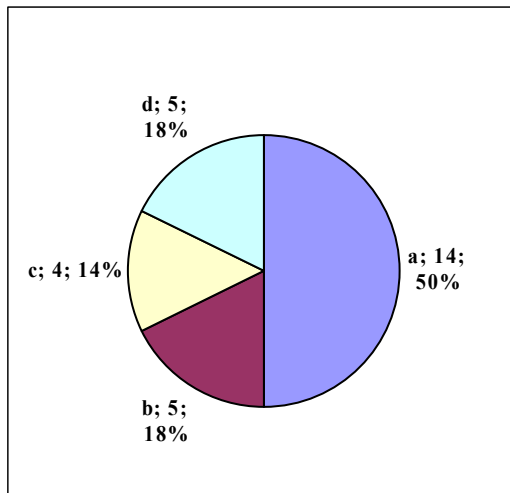
c/ záležitostí, které se sestra může věnovat, až je-li hotova ostatní oš. péče

c/ dalším, co přidává práci sestře, zejména je-li spojeno s administrativou

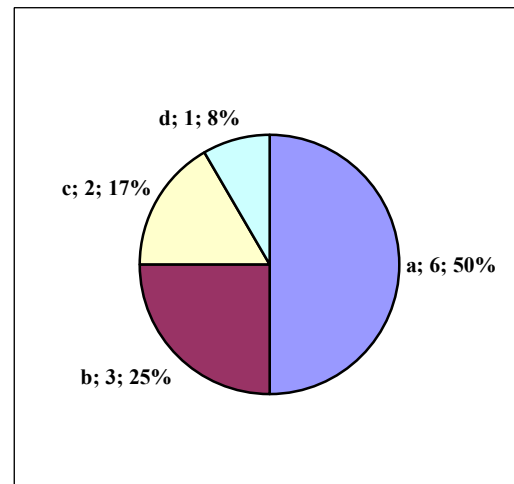
d/ pro sestru nebezpečná a neprobádaná – zejména v dnešním právním prostředí

### PŘISOUZENÍ VÝZNAMU EDUKACI

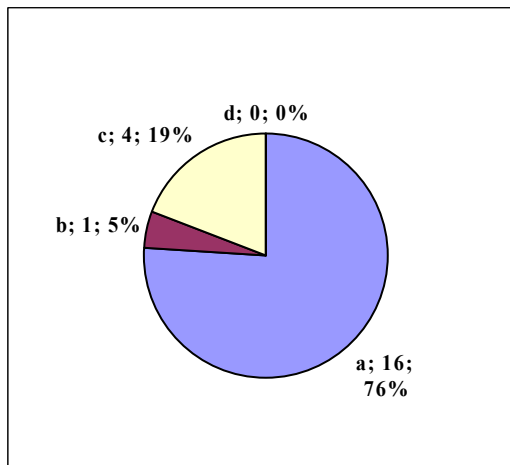
FNKV



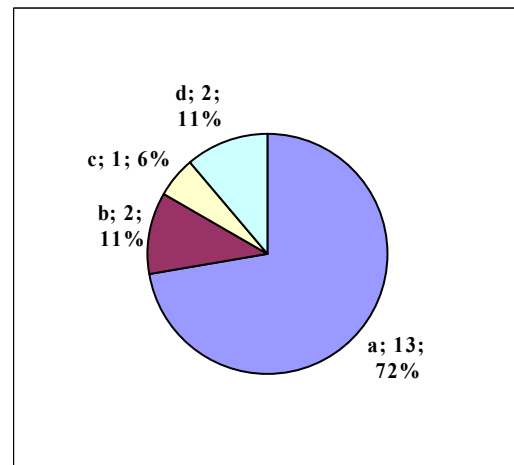
UVN



VFN



NNH



12.

Bylo by podle Vás dobré dát ze zákona sestřám větší pravomoce informovat pacienta?  
a/ ano- za podmínky jasně daných pravidel CO, KDO, KOMU, KDY a JAK říci?!

b/ nemyslím si – už tak máme dost práce

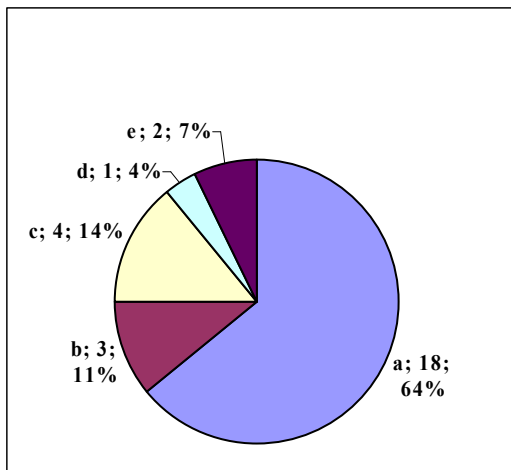
c/ když rozšířit, tak zaplatit!

d/ jen těm sestřám, které o to stojí

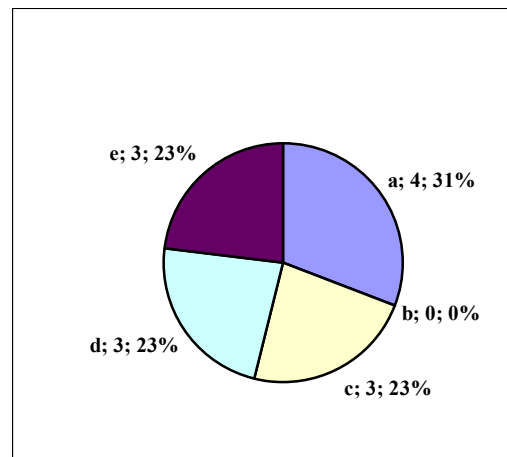
e/ nevím

### POSTOJ SESTRY K ROZŠÍŘENÍ VLASTNÍCH KOMPETENCÍ

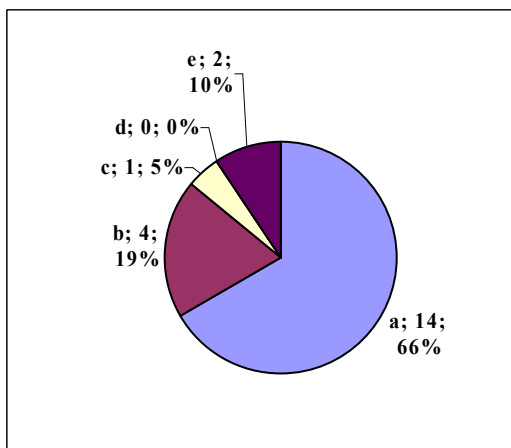
FNKV



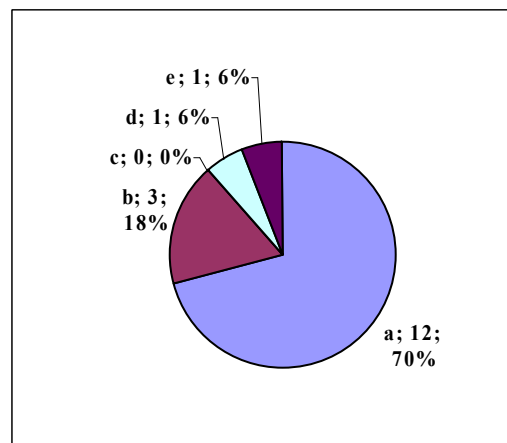
UVN



VFN



NNH



13.

Stane se, že jste pověřen/a lékařem sdělit informace/ poučit pacienta v záležitosti, která podle Vašeho názoru nespadá do Vaší kompetence?

a/ je to běžná ( denní) praxe

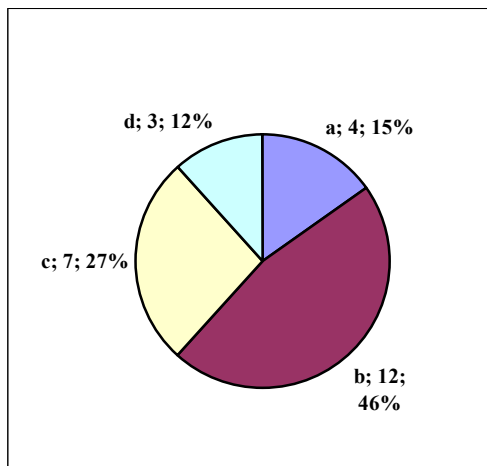
b/ stává se to

c/ výjimečně

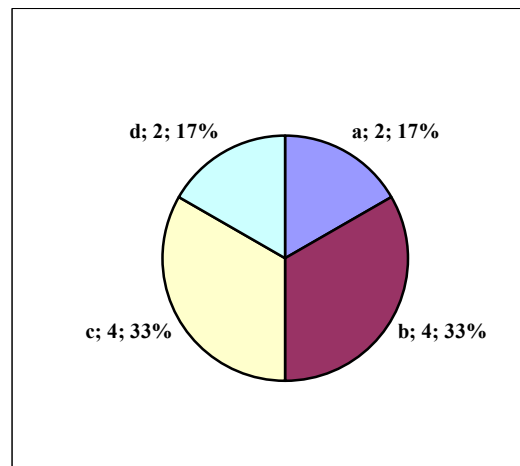
d/ na mém současném pracovišti se mi to nikdy nestalo

### VÝSKYT POVĚŘOVÁNÍ SESTRY LÉKAŘEM SDĚLOVAT INFORMACE

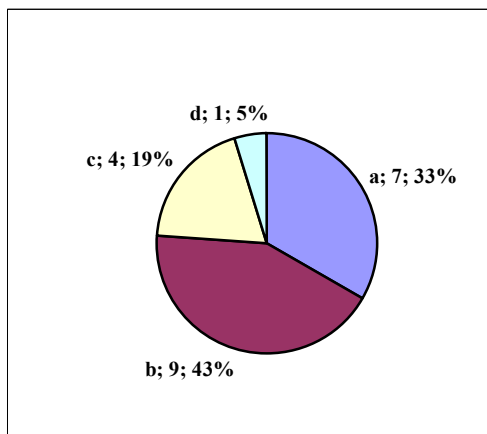
FNKV



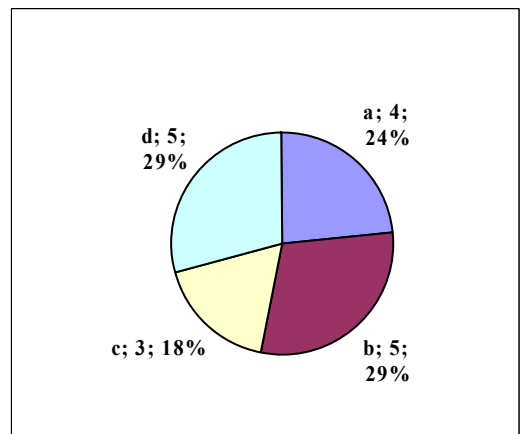
UVN



VFN



NNH



14.

Jste-li pověřen/a lékařem ke sdělení informací, které patrně nespádají do Vaší kompetence  
a/ ihned odmítnete s poukázáním na rozdělení jednotlivých kompetencí členů  
zdravotnického týmu

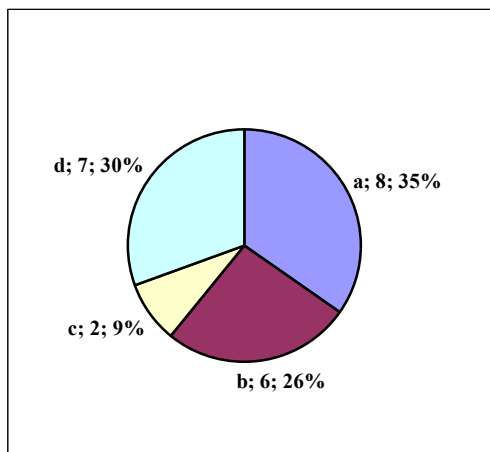
b/ jdete a sdělíte pacientovi svěřené informace

c/ záležitost řešíte se svou nadřízenou sestrou

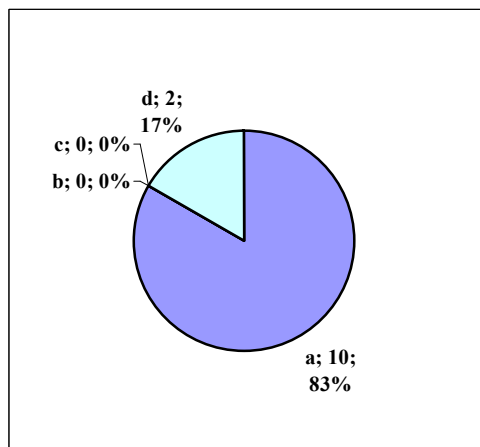
d/ sdělíte, ale nemáte z toho dobrý pocit

### REAKCE SESTRY NA POVĚŘENÍ KE SDĚLENÍ INFORMACÍ

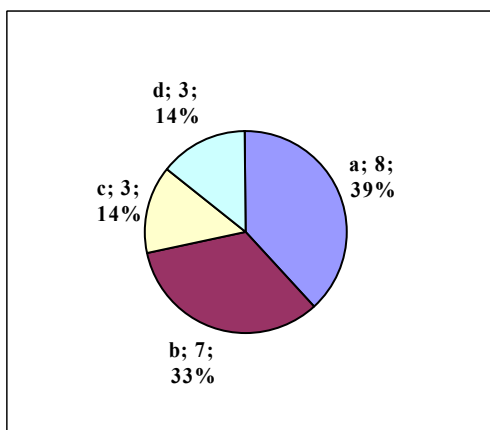
FNKV



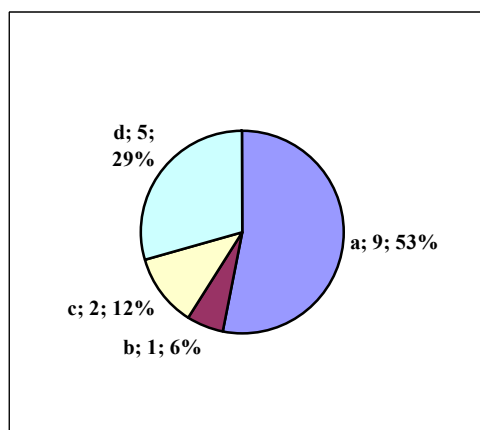
UVN



VFN



NNH



15.

Dotáze-li se Vás pacient ohledně svého zdravotního stavu, další léčby, prognózy

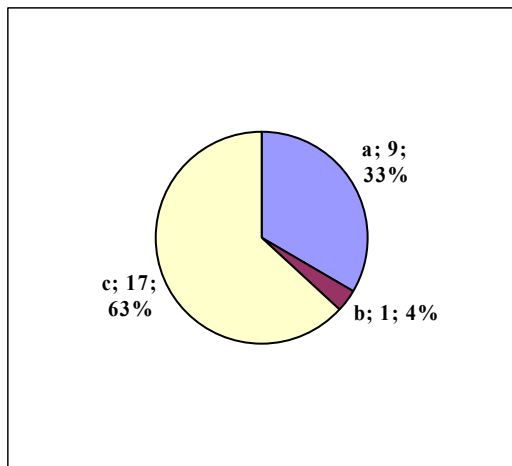
a/ co víte – zodpovíte

b/ vyžádáte si svolení lékaře pro udělení takových informací pacientovi

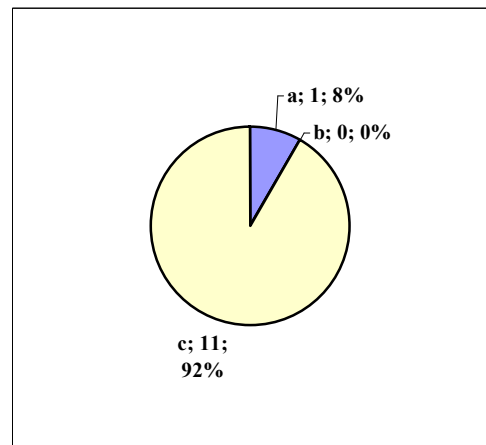
c/ odkážete pacienta s dotazem na příslušného lékaře

### REAKCE SESTRY NA ŽÁDOST PACIENTA O INFORMACE

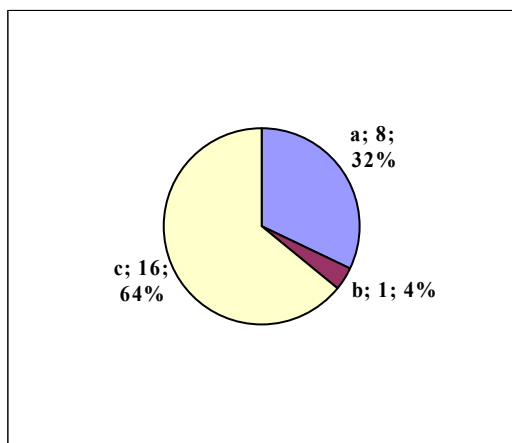
FNKV



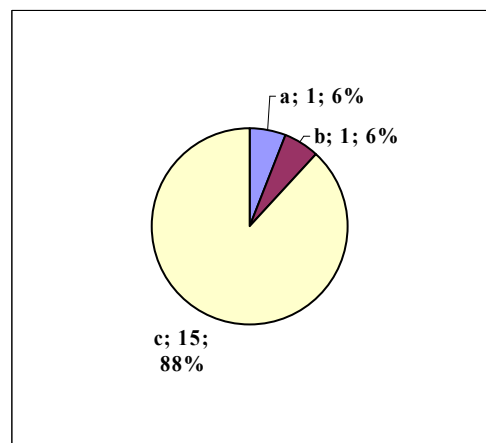
UVN



VFN



NNH



16.

Informujete sám/ sama pacienta aktivně o doporučených režimových opatřeních a nefarmakologické léčbě v souvislosti s jeho onemocněním a rekonvalescencí?

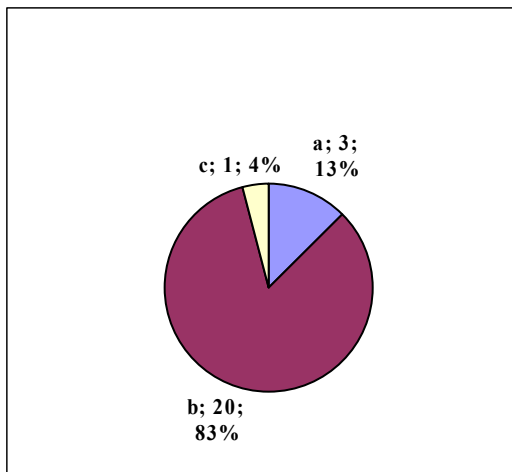
a/ ano – vždy

b/ někdy - záleží na okolnostech (čas, stav pacienta)

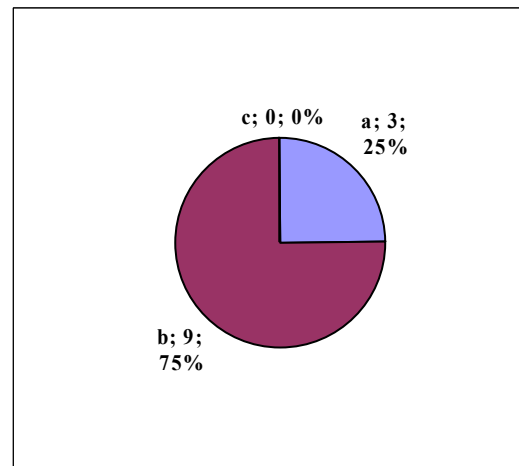
c/ nikdy

### AKTIVITA SESTRY V EDUKACI

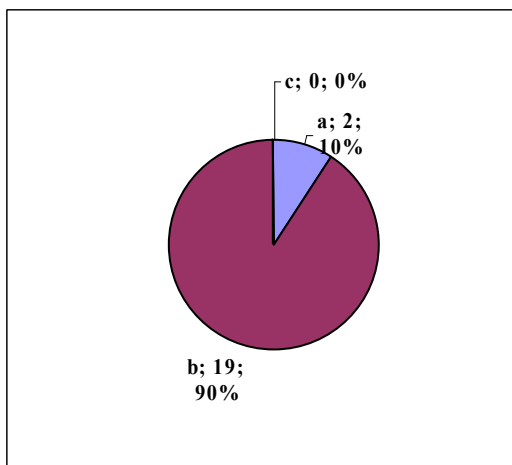
FNKV



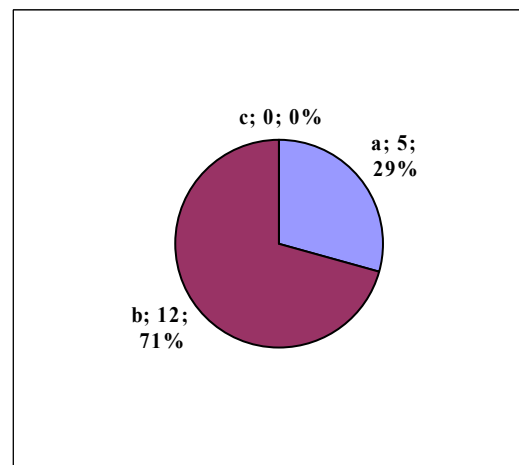
UVN



VFN



NNH



17.

Kdybyste měl/a hodnotit vlastní edukační činnost myslíte si, že délku času, který strávíte informováním a kvalitou sdělení ovlivňuje to, je-li pacientem:

a/ žena

b/ muž

c/ pacient v produktivním věku

d/ senior

e/ člověk „ s titulem“

f/ člověk „ bez titulu“

g/ člověk Vám sympatický

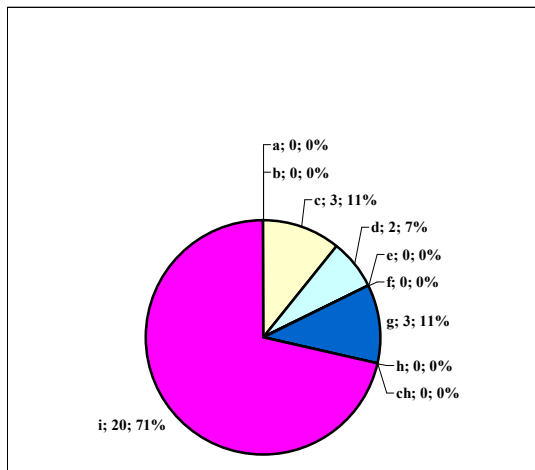
h/ člověk Vám nesympatický

ch/ VIP

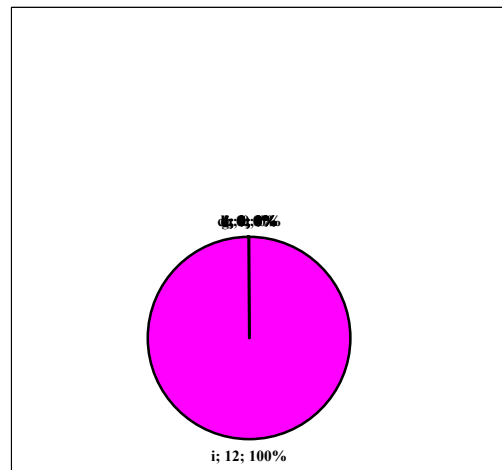
i/ snažíte se nedělat mezi pacienty rozdíly

### OVlivNĚNÍ SESTRY OSOBNOSTÍ PACIENTA

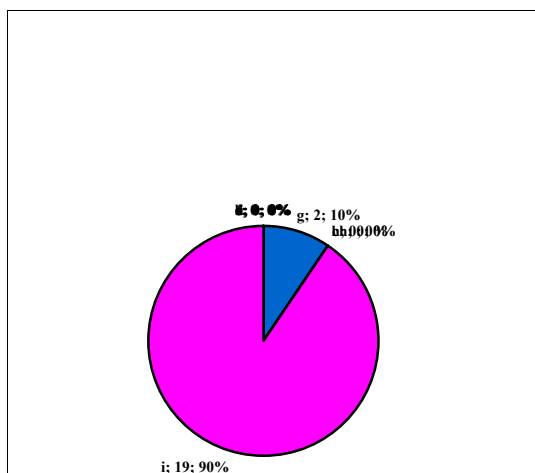
FNKV



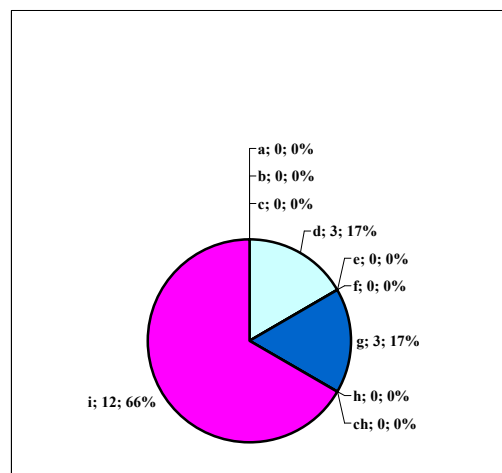
UVN



VFN



NNH





18.

Přináší Vám Vaše práce radost a uspokojení

a/ ano

b/ ne

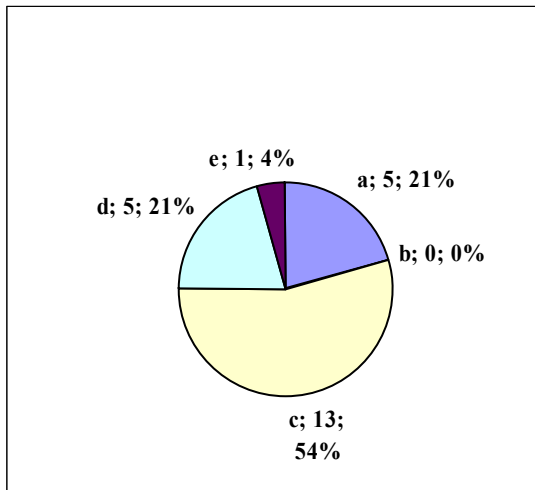
c/ někdy

d/ čím dál - tím méně

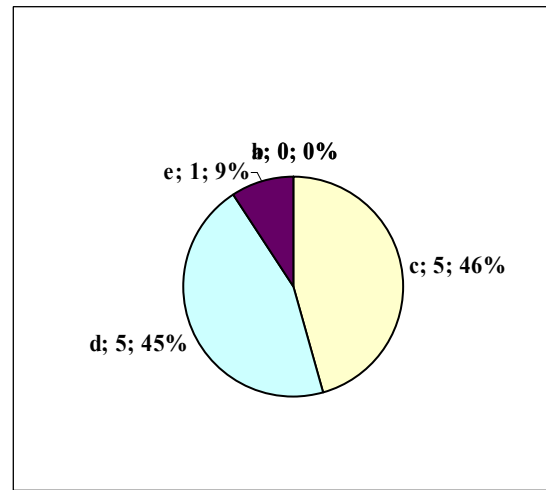
e/ jiná odpověď – prosím uveďte

### RADOST A USPOKOJENÍ Z PRÁCE

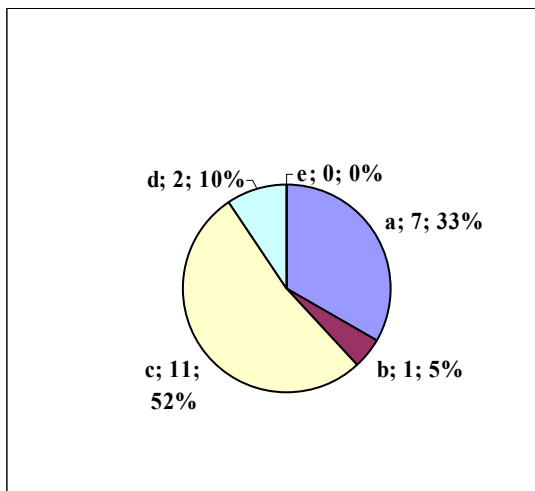
FNKV



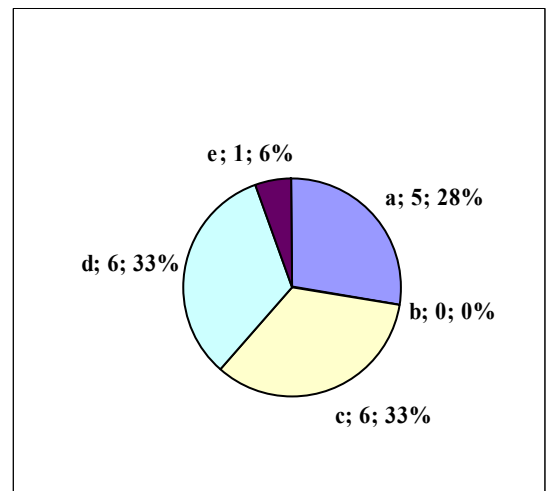
UVN



VFN



NNH



19.

Pokud necítíte radost a uspokojení, domníváte se, že je to způsobeno:

a/ přepracováním – přemírou služeb.

b/ stále větším podílem administrativní činnosti při výkonu ošetrovatelské péče

c/ tím, že se mi nedaří skloubit osobní život a práci

d/ nedostatečným finančním ohodnocením

e/ nedostatečným oceněním mé práce lékaři

f/ nedostatečným oceněním mé práce pacienty

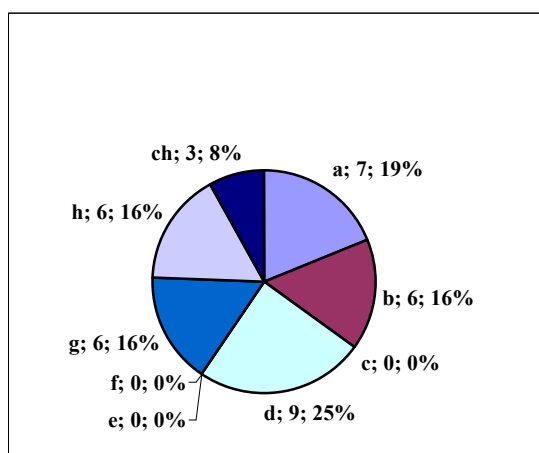
g/ nedostatečným oceněním mé práce mými nadřízenými ( nepochválí)

h/ asi vším dohromady

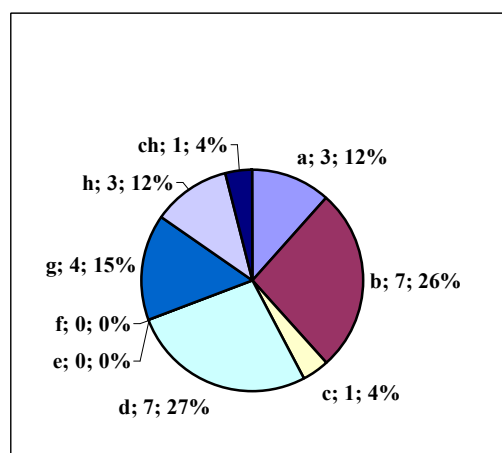
ch/ jiný důvod, uveďte prosím jaký..

### DUVODY PRACOVNÍ NESPOKOJENOSTI

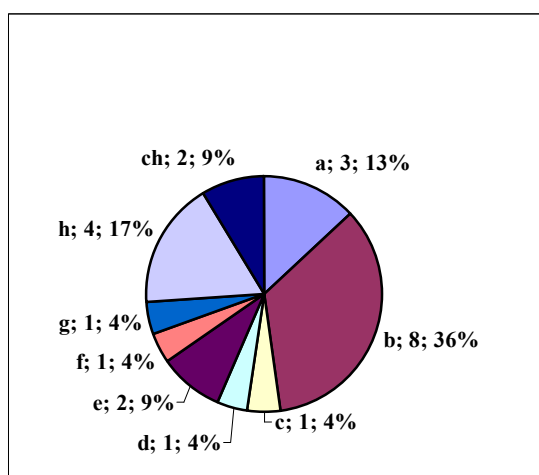
FNKV



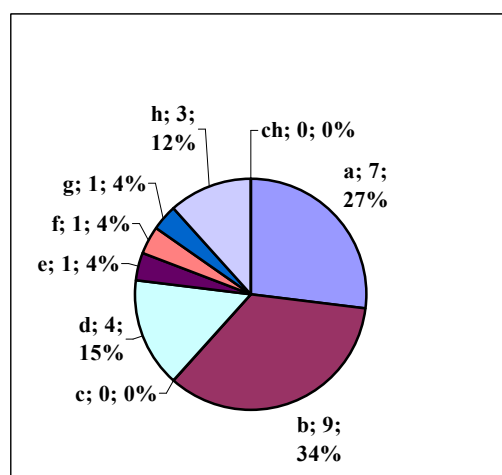
UVN



VFN



NNH



20.

V týmu zdravotníků pečujících o pacienta se cítíte být vnímána **lékaři** většinou jako

a/ profesní týmový partner

b/ vykonavatel/ka ordinací

c/ pomocná síla....

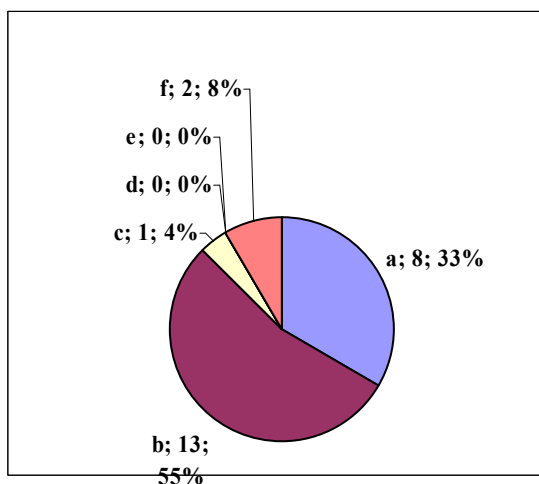
d/ objekt sexuálního zájmu

e/ necítím se být vnímána vůbec

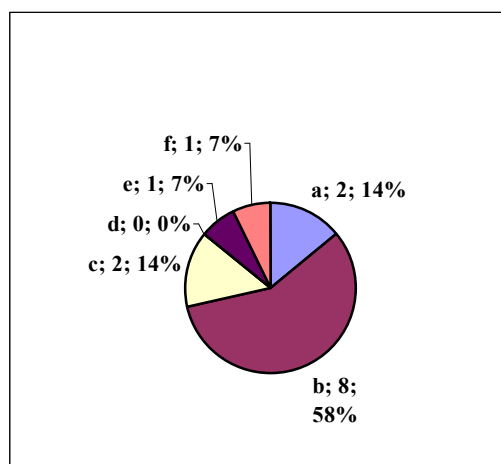
f/ jiná odpověď – prosím uveďte

### POCIT SESTRY, JAK JI VNÍMÁ LÉKAŘ

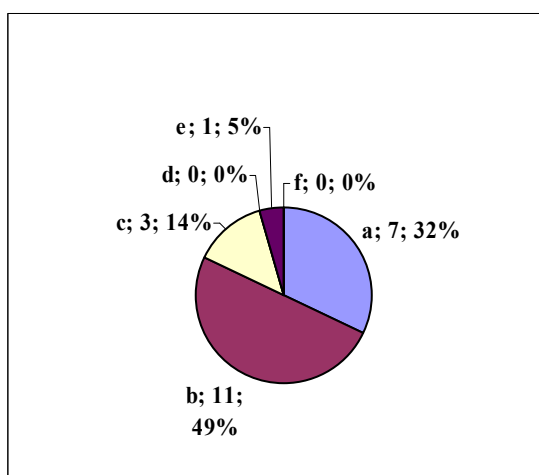
FNKV



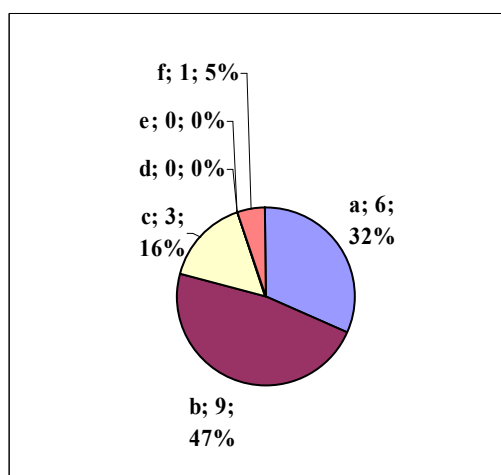
UVN



VFN



NNH



21.

V týmu zdravotníků pečujících o pacienta se cítíte být vnímána **pacienty** většinou jako

a/ samostatný profesní odborník/ce

b/ vykonavatelka ordinací lékaře

c/ pomocná síla....

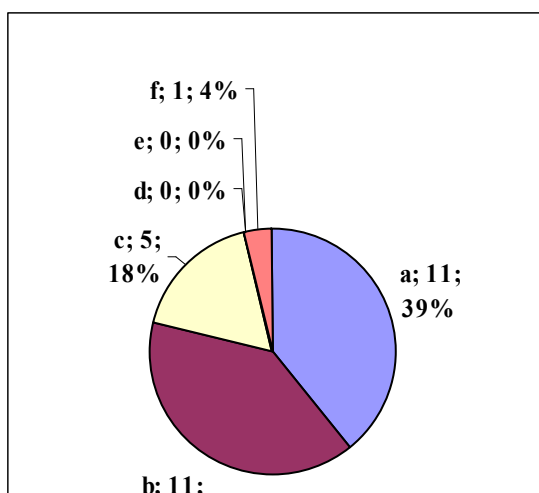
d/ objekt sexuálního zájmu

e/ necítím se být vnímána vůbec

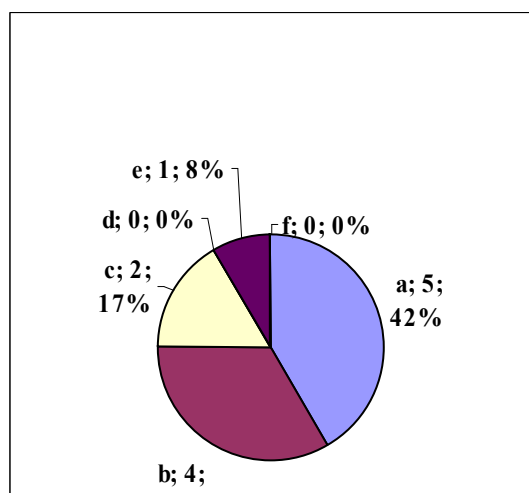
f/ jiná odpověď – prosím uveďte

### POCIT SESTRY, JAK JI VNÍMÁ PACIENT

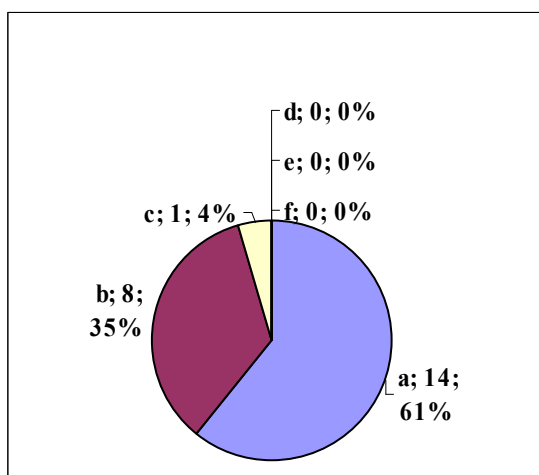
FNKV



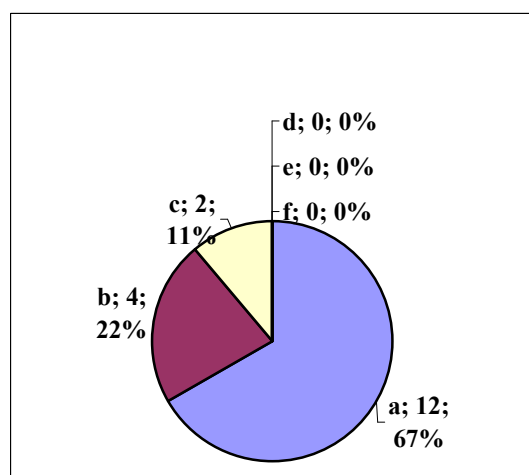
UVN



VFN



NNH



22.

Jak byste sama/sám sebe charakterizoval/a ? Řekl/a byste o sobě, že jste člověk:

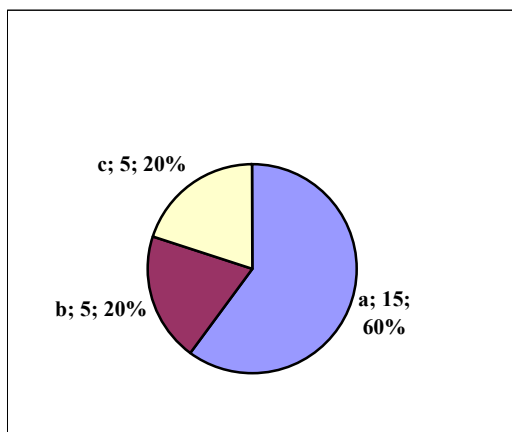
a/ poměrně aktivní a činorodý

b/ rád se seznamující a pracující s novými lidmi

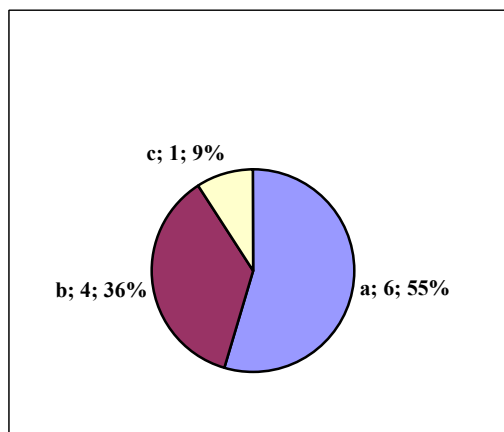
c/ spíše pasivní a zdrženlivý

## OSOBNÍ CHARAKTERISTIKA TEMPERAMENTU

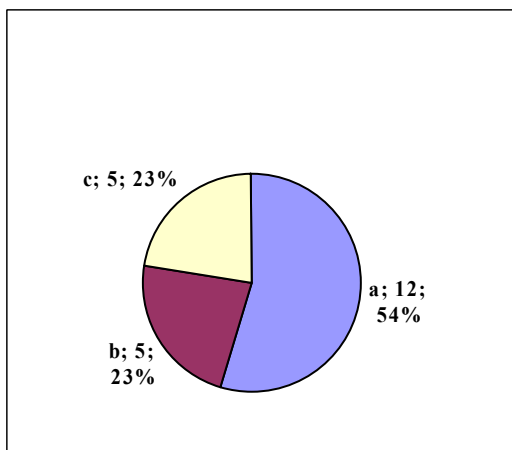
**FNKV**



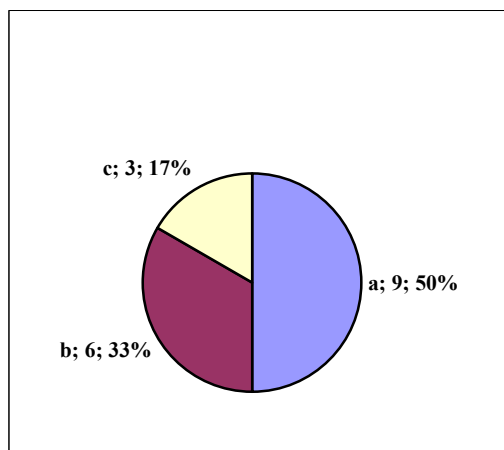
**UVN**



**VFN**



**NNH**

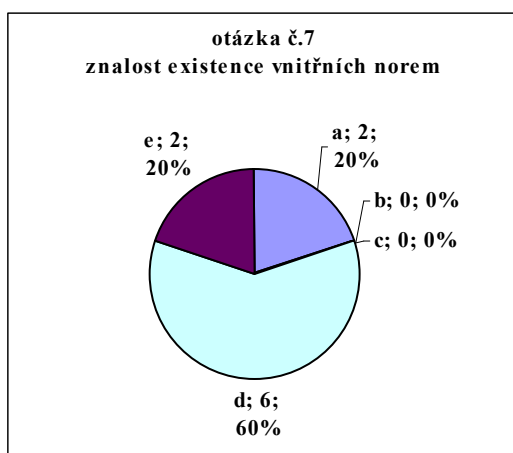


**Příloha č.6**

**Znalost vnitřních předpisů sestrami se vzděláním SZŠ, ARIP.**

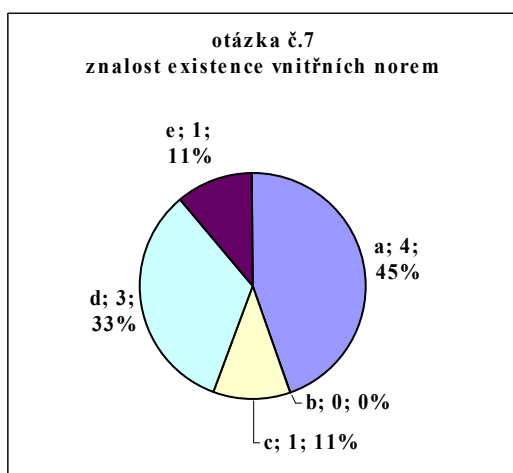
Otázka č.5 – odpověď: c

**FNKV**



**UVN**

**NNH**



**VFN**

