



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**



### **3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství

**Dagmar Provázková**

**Postavení zdravotnických asistentů v praxi**

*Position of medical auxiliaries in practice*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2013

Autor práce: **Dagmar Provázková**

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková, PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. lf UK

Odborný konzultant práce: **Mgr. Jana Nováková**

Pracoviště odborného konzultanta: Fakultní nemocnice Motol

**Datum a rok obhajoby:**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 25. května 2013

Dagmar Provázková

**Poděkování:**

Velice děkuji PhDr. Haně Janečkové, PhD. za možnost konzultací a za její cenné rady a připomínky k mé práci.

Mé poděkování patří také Mgr. Janě Novákové, odborné konzultantce mé práce, za rady v části empirické.

## Obsah

Úvod.....	9
<b>1 Historie ošetrovatelské péče.....</b>	<b>11</b>
1.1 České středověké ošetrovatelství.....	13
1.2 „Opatrovníci“ .....	14
1.3 První česká ošetrovatelská škola.....	15
1.4 České ošetrovatelství po první světové válce.....	17
1.5 Období po II. světové válce.....	19
1.6 Období socialismu.....	20
1.7 Změny po roce 1989.....	22
<b>2 Změny ve vzdělávání v ošetrovatelství v novém tisíciletí.....</b>	<b>23</b>
2.1 Vstup České republiky do EU a změny v systému vzdělávání zdravotních sester.....	23
2.1.1 Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.....	25
2.1.2 Malá novela zákona 96/2004 Sb. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb.,.....	27
2.1.3 Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 9/2004, Koncepce ošetrovatelství.....	30

2.1.4 Vyhláška č. 55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.....	31
2.1.5 Chystaná změna zákona č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.....	33
<b>3 Zdravotní sestry v jiných státech.....</b>	<b>36</b>
3.1 Sestry v Německu.....	36
3.2 Sestry ve Velké Británii.....	36
3.3 Sestry v Itálii a ve Španělsku.....	38
3.4 Sestry v USA.....	39
3.5 Sestry ve Švýcarsku.....	40
3.6 Sestry v Kanadě.....	41
3.7 Sestry ve Švédsku.....	42
<b>4 Postavení zdravotních sester u nás.....</b>	<b>43</b>
<b>5 Závěr teoretické části.....</b>	<b>45</b>
<b>6 Pilotní výzkum.....</b>	<b>47</b>
6.1 Cíl výzkumu.....	47
6.2 Metodika kvantitativního šetření.....	47
6.3 Časový harmonogram kvantitativního šetření.....	48

6.4 Pracovní hypotéza.....	48
<b>7 Vyhodnocení dotazníku.....</b>	<b>49</b>
7.1 Základní údaje o respondentech.....	49
7.1.1 Věkové skupiny respondentů.....	49
7.1.2 Délka praxe.....	50
7.1.3 Absolvovaný typ studia.....	50
7.2 Pracoviště a plnění ošetrovatelských činností podle kompetencí.....	51
7.2.1 Problém se získáním pracovního místa.....	51
7.2.2 Pracoviště respondentů.....	53
7.2.3 Vysvětlení kompetencí.....	54
7.2.4 Odborný dohled.....	55
7.2.5 Doba odborného dohledu.....	56
7.2.6 Pomoc kompetentní osoby.....	57
7.2.7 Provádění výkonů, ke kterým nemá asistent kompetence.....	58
7.2.8 Odmítnutí ošetrovatelského výkonu.....	59
7.2.9 Postih za odmítnutí provést nekompetentní výkon.....	60
7.3 Současná pracovní situace a spokojenost zdravotnických asistentů na pracovišti.....	61

7.3.1 Rozdíly v náplni práce.....	61
7.3.2 Levnější pracovní síla.....	61
7.3.3 Postavení v ošetrovatelském týmu.....	62
7.3.4 Úvahy o dalším studiu.....	62
7.3.5 Odchod ze zdravotnictví.....	65
<b>8 Zhodnocení hypotéz.....</b>	<b>69</b>
<b>9 Příklady z praxe.....</b>	<b>71</b>
9.1 Gerontopsychiatrické oddělení.....	71
9.2 Interní oddělení.....	72
<b>10 Shrnutí a diskuze.....</b>	<b>73</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>77</b>
<b>Souhrn.....</b>	<b>78</b>
<b>Seznam použitých pramenů.....</b>	<b>79</b>
<b>Seznam tabulek a grafů.....</b>	<b>84</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>85</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>86</b>



## Úvod

Jsem velmi ráda, že jako bakalářskou práci je na naší fakultě možné zpracovat výzkumný projekt. Nad tématem své práce jsem dlouho přemýšlela – vlastně již od druhého ročníku, kdy jsme měli v rozvrhu předměty „výzkum“ a „bakalářská práce“. Velmi mě lákal výzkum. Avšak jaké téma zvolit, aby bylo zajímavé, aktuální a ne příliš probádané, aby jeho výsledky přinesly nové a užitečné informace? Zpracovala náhoda. Při hledání informací v odborných časopisech k předmětu „teorie ošetrovatelství“, jsem narazila na článek s názvem „Jak se mají naše zdravotníky“ (Sitná, 2006 s. 14 a 15). Autorka ze SZŠ Nymburk se ve svém článku ptá, zda změna ve vzdělávání byla potřebná a naší ošetrovatelskou praxí vyžadována. Dále vyjadřuje obavy, zda si budeme se zdravotnickými asistenty vědět rady, zda najdou vhodné uplatnění, jaké odborné kompetence jim budou svěřeny a zda autoři změny budou schopni dát uspokojivou odpověď na otázku, co prakticky znamená práce pod odborným dohledem.

To bylo v roce 2006, kdy ještě první zdravotničtí asistenti neměli ukončené studium, takže jsme s nimi v praxi žádné zkušenosti neměli. Je rok 2013. Už se s touto profesí na pracovištích setkáváme celkem běžně. Já mám také několik spolupracovníků zdravotnických asistentů a několik dalších znám z jiných pracovišť. Během spolupráce s nimi a pozorováním situace na jejich pracovištích jsem dospěla k několika, dle mého hlediska závažným, hypotézám, které bych chtěla sledovat ve větším měřítku a svým výzkumem je potvrdit nebo vyvrátit. Mé hypotézy se týkají především problematiky dodržování kompetencí zdravotnických asistentů na pracovišti vymezených vyhláškou č.55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, praktického provádění odborného dohledu nad činností zdravotnických asistentů na pracovišti a postavení zdravotnických asistentů v ošetrovatelském týmu. Chtěla bych se věnovat jejich spokojenosti s pozicí a hodnocením zdravotnického asistenta na pracovišti a dále zjistit, jak velké

množství asistentů ze zkoumaného vzorku uvažuje o dalším studiu či odchodu ze zdravotnictví.

# 1 Historie ošetrovatelské péče

„Člověk je obdařen svobodnou vůlí a vnitřní potřebou starat se o sebe, o své zdraví a zdraví svých blízkých“ (Kutnohorská, 2010, s.15).

Už v dávné minulosti můžeme najít určité způsoby ošetrovatelské péče, které se postupně dále rozvíjely. V prvobytně pospolné společnosti byly založeny na prosté zkušenosti a podle potřeby se léčitelstvím zabývali všichni zkušenější dospělí členové rodu. Ve starověkých kulturách bylo zdraví darem od bohů za poslušnost a nemoc jejich trestem za provinění. Léčitelství se stále ve větší míře stávalo doménou kněžích a ti předávali svým nástupcům znalosti z léčitelství jako přísné tajemství.(Niklíček, Štein, 1985)

Při pohledu do historie můžeme ošetrovatelskou péči rozdělit na **tři hlavní linie**. (Kutnohorská, 2010, s. 15)

**První** a nejstarší linií je *laická péče* – péče, kterou si poskytoval a dosud poskytuje nemocný sám, tedy sebek péče a nebo mu ji poskytovali, či poskytují, jeho blízcí, jako péči z lásky. Zkušenosti s léčením různých obtíží a ran založených na pozorování příznivých účinků bylin a jiných dalších přírodních prostředků a také jednoduché ošetrovatelské postupy si lidé předávali ústně z pokolení na pokolení, až vytvořili tradici, podle které při léčení a ošetřování svých nemocných postupovali.

V některých kulturách je i v současné době důvěra v tradiční ošetrovatelství nebo v tradiční medicínu velmi silná a převažuje nad důvěrou v medicínu moderní. Tím dochází k různým nedorozuměním mezi ošetřovatelem, či lékařem a jeho pacientem a ke komplikacím v léčbě, kdy hrozí i riziko poškození pacienta z důvodu odmítnutí moderní a účinné léčby nebo nedodržování léčebného postupu a nebo nevhodná kombinace moderní léčby

s tradiční medicínou. Moderní společnost je dnes multikulturní – vzdálenosti mezi zeměmi s různými tradicemi, náboženstvími a společenskými pravidly se zkrátily a moderní léčebné metody zavádí mezinárodní týmy zdravotníků do chudých rozvojových zemí, kde tradiční léčitelství má silné kořeny. V dnešním pojetí ošetřovatelství je tedy nutné respektovat kulturní odlišnosti a naučit se je chápat a využívat v ošetřovatelské péči (Andrews, 2008).

Jako **druhá** linie se vyvinula *charitativní ošetřovatelská péče* – nebo-li řádové opatrovnictví. Zaměřovalo se zpočátku především na uspokojování nejzákladnějších životních potřeb, tj. na zajištění přístřeší, poskytnutí stravy, na hygienu, duchovní podporu a teprve později i na léčivou péči. Ovlivnilo vývoj a další zaměření ošetřovatelského vzdělání na několik staletí a působí až dodnes. V kláštorech byla poskytována první cílená organizovaná ošetřovatelská péče tělesně i duševně nemocným. A také zde vznikaly první základy ošetřovatelského vzdělávání řeholníků a řeholnic, kteří se o nemocné starali.

**Třetí** linií ošetřovatelské péče je *organizovaná léčebná péče*. Její počátky spadají do konce 19.století kdy začal rychlý rozvoj medicíny, lidé si začali uvědomovat význam hygieny pro zdraví a vliv měla také společenská situace. Souvisí s následky krutých válečných bitev, kdy ranění a nemocní vojáci živořili v otřesných podmínkách. Tuto situaci se snažila změnit Florence Nightingalová zakladatelka moderního ošetřovatelství. Její odkaz ani v dnešní době neztratil na své aktuálnosti. Dala ošetřovatelské péči systém a povýšila ošetřovatelství na profesi stejně hodnotnou a potřebnou jako je profese lékaře.

Ošetřovatelská péče byla doménou zejména žen, neboť od počátku věků bylo jejich hlavní rolí mateřství a s ním se také pojil přirozený soucit s trpícími a potřeba pečovat o druhé.( Kutnohorská, 2010)

## 1.1 České středověké ošetřovatelství

V raném středověku je ošetřovatelská péče spojena s šířením křesťanství a zakládáním církevních řádů, jejichž členové skládali slib dobrovolné chudoby a péči o nemocné a trpící projevovali svou lásku k Bohu. Při kláštorech byly zakládány špitály, zpočátku jen s několika lůžky. Zde vznikly základy klášterní medicíny spojené s péčí o základní potřeby nemocných.

Tato doba byla pro život obyvatel Evropy těžká a temná. Lidé byli decimováni morovými epidemiemi a četnými válkami a kulturní a intelektuální život upadal. Na dlouhou dobu také upadly v zapomnění medicínské a ošetřovatelské znalosti vyspělé antické společnosti a na místo účelných a praktických hygienických opatření nastoupily modlitby, zaklínání a pověry, používání nejrůznějších amuletů a relikvií. (Kutnohorská 2010)

I v takto těžkém období však existovaly osobnosti, které ovlivnily začátky ošetřovatelství v Čechách. Nejvýznamnější z nich se stala nejmladší dcera krále Přemysla Otakara I. a Konstancie Uherské – Anežka Přemyslovna (1211 – 6.3.1282). Ve své době byla velmi vzdělanou a schopnou ženou, četla a psala v několika jazycích (latinsky, italsky, německy, ale také česky). Byla první a jedinou ženou, která založila mužský řád. (Štern 2011). Zpočátku se jednalo o konvent Menších bratří – minoritů, který papež Řehoř IX, na Anežčinu žádost, povýšil na samostatný řád s řeholí sv. Augustina. Vznikl tak jediný řeholní řád českého původu – Rytířský řád křižovníků s červenou hvězdou. (Všeobecná encyklopedie 1997, str.561) Jako tříadvacetiletá vstoupila Anežka do kláštera, do chudého řádu sv. Kláry, který rovněž založila. Ve stejném roce (1234) založila špitál Na Františku, který slouží jako nemocnice dodnes. V době, kdy špitál vznikl, však jeho zaměření bylo mnohem širší. Z latinského „hospes“ (host, pocestný, či cizinec) vzniklo slovo „hospitale“ označující místo, kde mohli najít

pomoc nejen nemocní, ale také poutníci, lidé bez přístřeší, chudí nebo pronásledovaní. I slovo „hospic“ z latinského „hospitium“ (útulek), později „hospital“ ( z tohoto slova v Čechách zdomácněl název „špitál“) pochází z dávných dob: už za časů starého Říma existovaly přístřešky, či útulky při cestách, kde si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a choří se buď uzdravit a pokračovat v cestě nebo v klidu zemřít (wikipedie). Anežka také sepsala zásady ošetrovatelské péče – v podstatě první etický kodex ošetrovatelské péče v raném středověku a svou celoživotní pomocí chudým a nemocným položila základy ošetřování nemocných v Čechách. V roce 1989 byla svatořečena.

Další významnou osobností českého ošetrovatelství tohoto období je Zdislava z Lemberka (1220 – 1252) dcera brněnského purkrabího a dvorní dámy královny Kunhuty. I v manželství žila velmi skromně a podporovala chudé a nemocné. Zmínku o její charitativní činnosti najdeme i v Dalimilově kronice. „ Za základní hodnoty považovala porozumění, lásku a respekt.“ Zdislava z Lemberka byla svatořečena v roce 1995. ( Kutnohorská, 2010 s.29).

## **1.2 „Opatrovníci“**

V 18. století jsou zakládány první státní nemocnice, porodnice, chorobince a nalezince a tak péče o nemocné a jejich ošetřování již přestává být výhradní doménou církve. Nicméně si církve i nadále své vedoucí postavení v oboru udržuje tím, že většinou pečují o nemocné a potřebné řádové sestry, neboť civilní opatrovníci byli většinou nevzdělaní a působili spíše jako hlídači nemocných.

Nejstarší zmínka o vzdělávání opatrovníků je z roku 1620. Při nemocnici Milosrdných bratří v Praze Na Františku byla zřízena škola opatrovnictví pro mnichy – novice.

K dalšímu vzdělávání opatrovníků přispěla Marie Terezie, když se, dle jejích nařízení, mohli přednášek na pražské lékařské fakultě zúčastňovat také ranhojiči a porodní báby.

Za zmínku jistě také stojí snaha Václava Joachima Vrabce z řádu Milosrdných bratří, který se snažil na pražské lékařské fakultě prosadit výuku opatrovníků a opatrovnic. Přednášky však byly brzy zrušeny dvorským dekretem v roce 1789. Další příležitost k odbornému vzdělávání již opatrovníkům a opatrovnicím dána nebyla. Nicméně v roce 1807 byla ve Frankfurtu nad Rýnem vydána učebnice všeobecného opatrovnictví, ve které autor František Christian Krügelstein poučuje opatrovníky: mají „pozorovat projevy nemoci, umět podávat léky a stravu, umět s nemocným komunikovat, věnovat pozornost rekonvalescenci a polohování“. Většímu rozšíření knihy zabránila její - na tehdejší dobu - poměrně vysoká cena a také to, že většina opatrovníků byla negramotná. (Kutnohorská 2010 s.57).

### **1.3 První česká ošetrovatelská škola**

První česká ošetrovatelská škola vznikla v roce 1874 v Praze. Měla zájem nabízet moderní ošetrovatelské vzdělání podle Florence Nightingalové, jejíž „Kniha o ošetřování nemocných“ vyšla v češtině překladem Pauliny Králové ve stejném roce. Škola však narážela na různé problémy, především byl odpírán praktický výcvik jejím posluchačkám a po sedmi letech, v r. 1881, její činnost skončila.

Význam první české ošetrovatelské školy je však nepřehlédnutelný:

- První organizované vzdělávání ošetrovatelek v českých zemích a vůbec v Rakousko-Uherské monarchii.

- Aktivní zájem lékařů o profesně vyškolenou ošetřovatelku.
- V kontextu doby škola podpořila emancipační hnutí žen a národnostní uvědomění.

Společenské postavení ošetřovatelek však bylo stále špatné. Ošetřovatelský personál nemocnic podléhal čelednímu řádu, který vydal císař František Josef I. v roce 1886. Přestože byly ošetřovatelky oceňovány méně, než vrátný nemocnice a ubytovávány byly na pokojích pacientů, kde měly svá lůžka pouze oddělena plentou a jejich pracovní doba i náplň práce byla neomezená, byly ženy na toto povolání hrdé, neboť to byla jedna z mála možností uplatnění žen v tehdejší společnosti. České ošetřovatelky jako jedny z prvních usilovaly o profesionalizaci ošetřovatelství.

V roce 1913 zemská vláda vydala oběžník, který zdůrazňoval nutnost založení ošetřovatelských škol ve všech nemocnicích.

V roce 1914 (25.6.) vyšlo nařízení rakouského ministerstva vnitra o ošetřování nemocných provozovaného z povolání. Nařízení uznalo význam ošetřovatelské péče. Důležité bylo, že ošetřovatelská škola může být zřízena jen při nemocnici, která zajistí posluchačkám praktickou výuku v nejdůležitějších oborech. Nařízení stanovilo podmínky přijetí, odborného a praktického výcviku. Studium trvalo dva roky, končilo diplomovou zkouškou a absolventky měly právo užívat titul „diplomovaná ošetřovatelka“. (Kutnohorská 2010 s. 60-67)



## 1.4 České ošetřovatelství po první světové válce

Po 1.světové válce pracovaly v nemocnicích jako ošetřovatelky převážně řeholní sestry. Většinou pracovaly v jedné nemocnici členky jednoho řádu.

V roce 1916 byla po náročných přípravách otevřena první Česká zemská škola pro ošetřování nemocných při Všeobecné nemocnici v Praze. Zásahu na jejím zřízení a otevření měl „Spolek pro povznesení stavu ošetřovatelek nemocných“, zejména pak jeho jednatelka Františka Fajfrová, která navíc získala pro výuku schopné české diplomované sestry z ošetřovatelské školy ve Vídni. K přijímacím zkouškám na tuto školu se mohly hlásit pouze zájemkyně s rakouským státním občanstvím, po absolvování měšťanské školy, svobodné, bezdětné, ve věku 18-30let, zdravé, mravně bezúhonné, s opravdovým zájmem o ošetřovatelství. Musely projít psychologickými zkouškami a složit přijímací zkoušky z inteligence, počtů a z českého jazyka.

Na školu byly studentky přijímány na tříměsíční, později čtyřměsíční zkušební dobu. Studium trvalo dva roky a ve druhém roce pracovaly studentky jako „ošetřovatelky na zkoušku“ ve Všeobecné nemocnici v Praze na I. interní klinice. Studium končilo státní diplomovou zkouškou a složením slibu Florence Nightingalové. Absolventky získaly „diplom ošetřování nemocných“, měly právo užívat titul „diplomovaná ošetřovatelka nemocných“ a nosit odznak diplomované ošetřovatelky. Mezi laickou veřejností však již dávno zdomácnělo oslovení „sestro“ i pro civilní ošetřovatelky, protože ošetřování nemocných bylo hlavně doménou řeholnic, které se mezi sebou takto oslovovaly a v nemocnicích jich pracovalo mnohem více, než civilních ošetřovatelek. Oficiální název „sestra“ se objevuje až v roce 1940 a to v souvislosti se zřízením funkce vedoucí sestry ošetřovatelské služby v nemocnici. (Potácelová, 2010, s.14)

Po vzniku Československé republiky v roce 1918 se rozvíjí Český červený kříž a sociální a ošetrovatelská péče hlavně díky podpoře prezidenta T.G. Masaryka a jeho dcery Alice Masarykové. Alice Masaryková přinesla z USA do republiky nové pohledy na ošetrovatelství, přivedla do České školy pro ošetrování nemocných tři americké vzdělané sestry a umožnila českým sestřím studium v zahraničí.

V meziválečném období se rozvíjely také řádové školy a například Česko-německá škola sv. Františka z Assisi v Opavě ukazovala, na jak vysoké úrovni tehdejší ošetrovatelské vzdělávání v Československu bylo. Škola byla opět dvouletá, vyučovalo se ve dvou jazycích – češtině a němčině. Přijímány byly pouze řádové sestry. Studentky měly přístup i k pitvám, už v prvním roce výuky, který byl teoretický, chodily k nemocným a byly jim názorně ukazovány příznaky nemocí, kterých si měly všímat. Velký význam byl věnován etice, protože ošetrovatelství bylo považováno za morální umění. Škola upozorňovala, že dvouleté studium není dostačující a připravovala pokračující kurzy, kde se měly ošetrovatelky vzdělávat ve specializaci podle své praxe v nemocnici. (Kutnohorská 2010, s.83-87)

V tomto období se začíná rozvíjet specializační vzdělávání, protože s vývojem medicíny stoupala i potřeba a význam odborně vzdělaných a specializovaných sester.

„Meziválečné období položilo dobré základy československého ošetrovatelství. Ošetrovatelky – sestry si vytvořily silnou profesní organizaci, která hájila jejich zájmy a dávala vysokou prestiž ošetrovatelskému povolání. Byly přijaty do ICN (International Council of Nurses), položily základy odborného školství. Mnohé z nich studovaly v zahraničí a zkušenosti přenášely do českého prostředí. Předsedkyně ČSČK dr. Alice Masaryková usilovala o to, aby

české ošetřovatelky měly mezinárodní kontakty a mohly tak získat cenné zahraniční zkušenosti.“ (Kutnohorská 2010, s. 65-94).

## **1.5 Období po II. světové válce**

V období II. světové války zdravotnictví řešilo problémy související s válečnou dobou a své výrazné oslabení v souvislosti s Mnichovskou dohodou a vznikem Protektorátu Čechy a Morava. Na zabraných územích zůstaly, kromě zdravotnických zařízení, i některé ošetřovatelské školy. Církevním řádům byla ošetřovatelská péče Němci zakázána. Na konci roku 1939 bylo v naší okleštěné republice 191 zdravotnických zařízení v nichž kvalifikovaných ošetřovatelek pracovalo pouze 30. Díky tomu nebyly totálně nasazeny v Německu. Tehdy vzniklé ministerstvo sociální a zdravotní správy organizovalo pro pracovnice v uprchlických táborech krátké kurzy orientované na zásahy při epidemiích. Hodně sester odešlo do zahraničí buď na východní frontu nebo na západ do Londýna.

Po válce, kdy byli němečtí lékaři a ošetřovatelky odsunuti a také vlivem následků války, nastalo velmi těžké období. V nemocnicích byl naprostý nedostatek odborných pracovníků, jak z řad lékařů, tak zejména sester – ošetřovatelek. Situaci zlepšil návrat řádových sester a bratří do nemocnic a zřizování krátkodobých kurzů zdravotní péče.

Po válce se začal zvyšovat počet státních ošetřovatelských škol - ty fungovaly jako základní ošetřovatelské školy a opět byly dvouleté. Pro vedoucí pozice se diplomované sestry školily dále na dvouleté vyšší ošetřovatelské škole v Praze.

Po únoru 1948 došlo k velkým změnám – Spolek diplomovaných sester byl vyloučen z ICN, protože se musel sjednotit s Revolučním odborovým hnutím, tím pádem nesplňoval požadavek nepolitičnosti. To bylo důvodem, že se naše

sestry ocitly v mezinárodní izolaci. Stát rušil církevní ošetrovatelské školy a reformoval ošetrovatelské vzdělávání.

Podle nového zákonodárství z roku 1948 byly ošetrovatelské školy sloučeny se sociálními a rodinnými školami a přejmenovány na střední zdravotnické školy. Tím se studium ošetrovatelství posunulo do nižší věkové kategorie, protože zde studovali příliš mladí a nezralí lidé po ukončení základní školy – tedy patnáctiletí a jejich věku se musely přizpůsobit osnovy školy a přístup pedagogů. Studium bylo čtyřleté, první dva roky měly všechny studentky společné, další dva roky studovaly podle specializací: zdravotní sestra, porodní asistentka, dětská sestra, zubní laborantka. Také zde probíhalo dvouleté studium pro pomocné pracovníky v nemocnicích. (Kutnohorská 2010 s. 95-112)

## **1.6 Období socialismu**

V roce 1951 bylo studium z důvodu obrovského nedostatku kvalifikovaných zdravotnických pracovníků ve zdravotnických zařízeních sníženo ze čtyř na tři roky. Osnovy byly nahuštěny a ze škol vycházely nezletilé absolventky, které nemohly samostatně pracovat na nočních službách, ani plnit samostatně složitější úkoly, natož, aby jejich sociální zralost byla na požadované výši.

Od září 1956 bylo studium na středních zdravotnických školách znovu čtyřleté. Žákyně musely složit písemnou přijímací zkoušku z českého jazyka a z matematiky a absolvovat ústní pohovor. V osnovách k odborným předmětům přibýly předměty všeobecně vzdělávací. Studium končilo maturitní zkouškou obsahující dvě části. Teoretická část se konala před komisí, praktická část z ošetrovatelství probíhala v nemocnici. Absolventky dostaly vysvědčení o maturitní zkoušce a odznak s heslem „Sloužím zdraví lidu“ (Rozsypalová 2006 s.17).

V roce 1956 bylo také zavedeno pomaturitní dvouleté studium v oborech zdravotní sestra, porodní asistentka, rentgenologický laborant a rehabilitační pracovník.

Roku 1960 bylo zahájeno na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy šestileté dálkové vysokoškolské studium při zaměstnání v oboru „psychologie a péče o nemocné“. (Od roku 1980 začalo i jako denní – prezenční studium, které trvalo pět let.)

Ve roce 1960 byl také založen Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně (dnešní NCO NZO) a v Bratislavě, kde probíhalo specializační vzdělávání.

Od školního roku 1976/1977 je zavedena povinná desetiletá školní docházka a na školách všech stupňů jsou vydány nové osnovy – pro tyto změny zobecněl mezi lidmi pojem „nová koncepce“.

„Období tzv. socialismu vedlo především k tomu, že se zastavil rozvoj kvalifikovaného základního vzdělávání v ošetrovatelství, tj. budoucích zdravotních, později všeobecných sester a jejich vzdělávání se posunulo do nejnižší věkové kategorie na světě. Hlavní náplň ošetrovatelské profese představovala technická stránka léčebných výkonů. Podceněna byla teorie: psychologie, etika, sociologie. Přesto se postupně podařilo vytvořit velmi kvalitní systém dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků a vznikly solidní základy pomaturitního specializačního a univerzitního vzdělávání sester.“ (Kutnohorská 2010, s.113).

## 1.7 Změny po roce 1989

Změny v politickém a společenském životě se odrazily i v oblasti vzdělávání v oboru ošetrovatelství. Stále více se ukazuje, že naše zastaralá koncepce vzdělávání zdravotních sester nestačí rozvoji moderních přístupů k ošetrovatelské péči a ve srovnání se světem – zvláště západními zeměmi, podceňuje vysokoškolské vzdělávání sester a nutnost osobnostní vyzrállosti, která je nepostradatelná pro samostatné a kvalifikované rozhodování v moderních postupech ošetrovatelské péče.

Od devadesátých let 20.století se tak rozvíjí bakalářská forma studia ošetrovatelství, které bylo od roku 1992 otevřeno na lékařských fakultách Univerzity Karlovy v Praze a Univerzity Palackého v Olomouci a v roce 1993 na lékařské fakultě UK v Hradci Králové a na Masarykově univerzitě v Brně. Postupně bylo bakalářské studium a na něj navazující magisterské studium akreditováno na dalších fakultách v České republice. Dalším možným stupněm navazujícím na magisterské studium je doktorandské studium.

V roce 1998 byla schválena Koncepce českého ošetrovatelství, která definovala obor ošetrovatelství, jeho cíle, hlavní úkoly, síť pracovišť, pracovníků, řízení oboru a zaměření výzkumu. Autorkou koncepce ošetrovatelství byla Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., významná osobnost českého ošetrovatelství, autorka mnoha odborných učebnic ošetrovatelství, která prosazovala a organizovala vysokoškolské vzdělávání sester. Jako první sestra u nás dosáhla akademické hodnosti docent a také jako první se stala „Sestrou roku“, kterou od roku 2001 vyhlašuje Česká asociace sester. V únoru 2001 převzala jako první sestra v historii cenu Za celoživotní dílo v ošetrovatelství. (Škubová, Chvátalová, 2004, s.43, 61).

## **2 Změny ve vzdělávání v ošetrovatelství v novém tisíciletí**

Začátek nového tisíciletí byl plný velkých změn v ošetrovatelském vzdělávání i v ošetrovatelské praxi. V medicíně se stále rychleji objevují nové technologie a postupy, které kladou vysoké nároky na úroveň ošetrovatelské péče, na zručnost a hlavně vědomosti zdravotních sester, na jejich schopnost samostatného a rychlého rozhodování. Sestry chtějí posílit svůj sociální status, svoji společenskou prestiž a usilují o dosažení podstatně větší profesní autonomie, než tomu bylo dříve. (Janečková, Hnilicová 2009, s.206)

### **2.1 Vstup České republiky do EU a změny v systému vzdělávání zdravotních sester**

Česká republika vstoupila do Evropské Unie 1.května 2004.

Se vstupem do EU vyvstal důležitý úkol pro změny v koncepci ošetrovatelské péče a ve vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí. V ostatních členských zemích EU bylo vzdělávání zdravotních sester na vysokoškolské úrovni, zatímco u nás stále vycházely hotové sestry ze středních zdravotnických škol. Z této situace vyplynula nutnost změny v koncepci vzdělávání, aby bylo kompatibilní se vzděláváním podle kritérií EU. Ačkoliv již existovala možnost vysokoškolského vzdělávání zdravotních sester, nebylo příliš prosazované. Vysokoškolsky se vzdělávaly převážně sestry ve vedoucích funkcích a sestry vyučující na zdravotnických školách. Řadovým sestrám byly spíše doporučovány formy vzdělávání ve specializovaných akreditovaných a certifikovaných kurzech, které patřily a stále patří do celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, tedy i vysokoškoláků. I spousta samotných sester považovala další studium na vysoké škole za zbytečné a považovala se léty své praxe za dostatečně kvalifikované ve svých oborech. (Pohlová 2011).

V roce 2004 došlo zatím k nejvýznamnější změně v systému vzdělávání zdravotních sester. Studijní obor 53-41-M/001 Všeobecná sestra byl vyhláškou č. 144/2003 Sb., kterou se mění vyhláška č. 354/1991 Sb., o středních školách, ve znění pozdějších předpisů, nahrazen od 1. září 2004 novým studijním oborem 53-41-M/007 Zdravotnický asistent.

Všechny zdravotnické profese jsou dnes přesně definovány zákonem.

4. února 2004 vychází zákon č. 96/2004Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*

Novelizací prošel v roce 2011. Zákonem č. 105/2011 Sb. Novela upřesňuje možnosti nelékařů – vysokoškoláků i středoškoláků – získat odbornou způsobilost k výkonu profesí zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví a vykonávat buď práci pod odborným dohledem a přímým vedením nebo samostatnou odbornou, či specializovanou činnost.

V září 2004 vyšel Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9 s aktualizací koncepce ošetřovatelství z roku 1998. „Ministerstvo zdravotnictví vydává metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob. Koncepce ošetřovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetřovatelství v jednotlivých klinických oborech.“ (Věstník MZČR, 9/2004, s. 2)

Věstník definuje ošetřovatelství, jeho cíle a charakteristiku oboru, pracovníky v oboru a jejich vzdělávání, výzkum v ošetřovatelství.



1.března 2011 vyšla vyhláška číslo 55/2011Sb o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tato vyhláška nahradila vyhlášku číslo 424/2004Sb)

### **2.1.1 Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních**

Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) představoval zásadní změnu v systému vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí a v jejich kompetencích k provádění ošetrovatelských činností.

V této kapitole se zaměřím na tu část zákona, která přímo souvisí s mým výzkumem a to na citaci paragrafu 4, odstavce 3, 4 a 5, které vymezují výkon povolání „bez odborného dohledu“, „pod odborným dohledem“ a „pod přímým vedením“.

§4 odstavec 3:

„Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu (dále jen „výkon povolání bez odborného dohledu“) se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý a ke kterým získal osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (hlava VI), tento zákon a prováděcí právní předpis stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat bez indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Součástí výkonu povolání bez odborného dohledu je též kontrolní činnost podle jiného právního předpisu.“

§4 odstavec 4:

„Za výkon povolání pod odborným dohledem se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý nebo ke kterým způsobilost získává, při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. Odborný dohled může vykonávat také lékař, zubní lékař nebo farmaceut v rozsahu své způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, rozsah těchto činností stanoví prováděcí právní předpis.“

§4 odstavec 5:

„Za výkon povolání pod přímým vedením se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý nebo ke kterým způsobilost získává, při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. Přímé vedené může vykonávat také lékař, zubní lékař nebo farmaceut v rozsahu své způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, rozsah těchto činností stanoví prováděcí právní předpis.“

Dále cituji díl 3 Zákona č. 96/2004Sb. – zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením,

§ 29 Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta

- (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta se získává absolvováním

- a) střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent nebo
  - b) akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent po získání úplného středního vzdělání nebo úplného středního odborného vzdělání a způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele podle § 36.
- (2) Dále mají odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta zdravotničtí pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání
- a) zdravotnického záchranáře podle § 18 nebo
  - b) porodní asistentky podle § 6.
- (3) Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetřovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči.

### **2.1.2 Malá novela zákona 96/2004 Sb. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb.,**

o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/ 2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „novela“), vstoupil v platnost a nabyl účinnosti dnem 22. dubna 2011.

Jeho vydáním sledovalo Ministerstvo zdravotnictví cíle, které jsou vesměs aktuální i v dlouhodobější perspektivě, a to zejména:

- přispět ke zvýšení samostatnosti a kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků a podpořit jejich stabilizaci ve zdravotnictví,

- zjednodušit a zpřesnit právní úpravu a snížit administrativní náročnost, a to zejména s přihlédnutím k řízením o žádosti o prodloužení platnosti osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu,

- prodloužit registrační období na 10 let,

- výrazně snížit správní poplatek při podání žádosti o vydání osvědčení nebo prodloužení platnosti osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu

- odstranit některé technické chyby, které nastaly novelou z roku 2008.

Novela v § 4 odst. 3 přizpůsobuje potřebám praxe definici pojmu výkonu zdravotnického povolání **bez odborného dohledu**. Přináší především dosud v zákoně chybějící rozlišení činností zdravotnického pracovníka,

- které může vykonávat **bez indikace**,

- které vykonává **na základě indikace** ,

- které vykonává **pod přímým vedením** lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta.

Toto ustanovení tak znamená významné zpřesnění zákonné úpravy a její větší přehlednost ve prospěch rozšíření kompetencí pracovníků nelékařských zdravotnických povolání. Jelikož zákon tuto změnu promítá i do upřesnění

zmocňovacího ustanovení § 90 odst. 2 písm. e), bude mít přímý pozitivní vliv i na koncepci prováděcí vyhlášky, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (vyhláška č. 55/2011 Sb.). Ke změkčení podmínek pro nelékařské zdravotnické pracovníky uvedené v hlavě II dílu 2 zákona dochází na základě **§ 4 odst. 6 písm. b)**. Novela zakotvuje, aby prováděcí právní předpis stanovil činnosti, které budou zdravotničtí pracovníci způsobilí vykonávat **bez odborného dohledu, i když nebudou držiteli osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, již před získáním specializované způsobilosti**. Specializovanou způsobilost pak stejně jako dosud získají úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou.

Z této novely dále vybírám:

#### ***Posílení kompetencí zdravotnického asistenta***

Některé problémy spojené s uplatněním a personálním zabezpečením provozu zařízení následné péče, ošetrovatelských lůžek nebo léčby dlouhodobě nemocných umožní řešit doplněný **§ 29 odst. 3**, který **rozšiřuje okruh činností, které mohou zdravotničtí asistenti vykonávat bez odborného dohledu (ošetrovatelská péče spojená se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů)**. Bude to využitelné např. ve směnném provozu. (Malá novela zákona 96/2004 Sb. Zákon č. 105/2011 Sb.)

### **2.1.3 Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 9/2004, Koncepce ošetrovatelství**

Koncepce ošetrovatelství se v samostatné kapitola 3.1. věnuje vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství. Vymezuje vzdělávání zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu a pod odborným dohledem, a to takto:

„3.1.1. Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti.

a) Kvalifikační studium probíhá na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách v souladu s příslušnými směrnici Evropské unie.

b) Celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupeň akademického vzdělání (magisterské a doktorské).

3.1.2. Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením:

a) Kvalifikační studium probíhá na střední zdravotnické škole nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu.

b) Celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.“

(Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004, Koncepce ošetrovatelství)

#### **2.1.4 Vyhláška č. 55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**

Zde chci ocitovat §30, kde jsou vyjmenovány činnosti, které zdravotnický asistent může vykonávat pod odborným dohledem:

„(1) Zdravotnický asistent vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu, v rozsahu své odborné způsobilosti může získávat informace nutné k určení ošetrovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony. Přitom pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky zejména může:

a) sledovat fyziologické funkce a stav pacientů, zaznamenávat je do dokumentace, pečovat o vyprazdňování, provádět komplexní hygienickou péči, prevenci proleženin, rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování, dohlížet na dodržování pitného režimu, zajišťovat aplikaci tepla a chladu,

b) provádět rehabilitační ošetrovatelství, včetně prevence poruch imobility,

c) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta,

d) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při zajištění herních aktivit dětí,

e) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků,

f) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků a prádla, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby.

(2) Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře může:

a) podávat léčivé přípravky s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku,

b) odebírat biologický materiál, provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),

c) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

d) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při ošetření akutní a chronické rány,

e) připravovat pacienty k diagnostickým nebo léčebným výkonům, podle rozhodnutí lékaře, všeobecné sestry nebo porodní asistentky při nich asistovat, poskytovat ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich,

f) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při činnostech spojených s přijetím, přemísťováním, propuštěním a úmrtím pacientů.



(3) Zdravotnický asistent pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru může v rozsahu své odborné způsobilosti při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče vykonávat činnosti uvedené v odstavci 1.“

(Vyhláška 55/2011 O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, §30)

### **2.1.5 Chystaná změna zákona č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních**

V časopise Florence číslo 7-8/2011 jsem četla článek Jarmily Škubové s názvem „Velká novela zákona č.96/2004 Sb.“ Novela by měla hlavně řešit kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NLZP), kvalifikační vzdělávání, úpravy v počtu nelékařských zdravotnických profesí, registrace zdravotnických pracovníků a jejich registr, výkon povolání bez odborného dohledu a pod odborným dohledem, specializační a celoživotní vzdělávání, financování specializačního vzdělávání, sankční opatření pro akreditovaná pracoviště, měla by zpřesnit a zjednodušit znění zákona a definovat role profesních organizací. Mezi jinými byly transformační komisí přijaty tyto návrhy, které se týkají zdravotnických asistentů přímo nebo nepřímo:

- zrušení institutu výkonu povolání pod odborným dohledem,
- registr NLZP nebude vázán na „výkon povolání bez odborného dohledu,
- registraci získají všichni po dosažení odborné způsobilosti,

- po třech letech bude nutno splnit podmínky celoživotního vzdělávání už ne získáváním kreditů, ale absolvováním stanoveného minimálního počtu hodin celoživotního vzdělávání.

- Vyhláška č.55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků bude zrušena, v budoucnu bude stačit „definice činností absolventů v národních rámcových vzdělávacích programech a rozšířený obsah dosud definovaných činností v zákoně.“ (Škubová 2011, s.3).

Škubová dále ve svém článku píše, že bylo navrženo vydat seznam činností jako doporučení například ve Věstníku ministerstva zdravotnictví ČR v podobě metodického pokynu. Vznikl též návrh změny struktury ošetrovatelského týmu v základní ose sanitář – zdravotnický asistent – všeobecná sestra.

Návrh novely by definoval kategorie zaměstnanců v ošetrovatelství takto: „sanitář pro obslužné činnosti, zdravotnický asistent pro základní ošetrovatelskou péči, všeobecná sestra bakalářka, sestra Mgr. nebo specialistka pro specializované činnosti, sestra PhDr., PhD. – pedagog, vědec. Podobně u ostatních NLZP: obslužné činnosti, asistence, odborná kvalifikace, VŠ – specialista, VŠ – pedagog, vědec. (Škubová 2011, s.3)

Přepřeprogramováním koncepce ošetrovatelství a porodní asistence, mají vzniknout národní rámcové vzdělávací programy pro všechny obory.

Bylo navrženo též přehodnocení činností NLZP a specializační vzdělávání.

Začátek účinnosti této novely byl plánován k 1.1.2013. Zatím však novela neprošla legislativním procesem. Z informace, kterou jsem dostala na ministerstvu zdravotnictví vyplývá, že pro velkou obsáhlost změn je třeba novelu nahradit novým zákonem. Na webových stránkách vlády jsem zjistila, že se schválení

tohoto zákona bude projednávat podle „Plánu legislativních prací vlády na rok 2013“ až v červnu 2013 pod názvem:

„Návrh zákona o podmínkách získávání, přiznávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a povolání jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)“, který předloží ministr zdravotnictví Leoš Heger.

### **3 Zdravotní sestry v jiných státech**

Ucelený přehled o vzdělávání zdravotních sester v zahraničí by přesahoval možnosti mé bakalářské práce. Přináším pouze základní přehled o vzdělávání zdravotních sester v několika státech na základě informací z dostupných zdrojů.

#### **3.1 Sestry v Německu**

Německé sestry pro výkon svého povolání absolvují tříletou střední zdravotní školu, dostanou licenci, která platí až do jejich odchodu do důchodu. Po zapracování již každá sestra pracuje samostatně a pokud sama nechce, nemusí nutně navštěvovat žádné vzdělávací kurzy. Vzdělávací systém pro sestry je dvoustupňový, absolvováním vyššího odborného vzdělání získá sestra titul Bc. Vysokoškolské studium pro sestry je zatím ve fázi pilotního projektu a sestry nezískávají titul Mgr, ale opět Bc.

Celoživotní vzdělávání a specializační programy si ve většině případů sestry platí ze svého a absolvují je ve svém volném čase.

Kromě sester působí v ošetrovatelské péči i různé typy asistentů sester, kteří pracují pod odborným dohledem sestry. (Činčura,2010).

#### **3.2 Sestry ve Velké Británii**

V Anglii se ošetrovatelství vyučuje na vysoké škole univerzitního typu, trvá 3 – 4 roky. Po třech letech získá sestra vlastní kvalifikaci, bakalářský stupeň je čtyřletý, zakončený bakalářskou zkouškou. Pak může sestra pokračovat na magisterském stupni a po jeho absolvování na stupni doktorandském. Příjímácké zkoušky na školách nejsou, uchazečky absolvují pohovor a podle jeho výsledku jsou ke studiu přijímány. Při nástupu do školy dostane každý student seznam

vědomostí, schopností a dovedností, které musí zvládnout v určitém časovém období, sám si ho vyplňuje a jeho mentor jej potvrzuje. Možnosti specializace: sestra pro dospělé, dětská sestra, sestra pro osoby s duševním onemocněním, porodní asistentka, fyzioterapeut, sestra pro nemocné se speciálními potřebami.

Program Bridging the gap – překlenování mezer – je program pro nastupující sestry, pomáhá jim překlenout období přechodu ze školy do nemocniční praxe, trvá 1 rok a každá sestra má svého mentora.

Dalším zajímavým programem je Return to Practice – zaměřený na sestry přicházející zpět do praxe po delším přerušení vykonávání povolání zdravotní sestry. Cílem kurzu je dodat sestřím vědomosti a dovednosti, které by jim mohly scházet. Kurz trvá 15 studijních dní, v prvních 14ti dnech po nástupu do práce sestra chodí vždy tři dny v týdnu do kurzu a zbytek týdne do práce, pak po dobu devíti týdnů vždy jeden den do kurzu a zbytek týdne do práce. V tomto období absolvuje 100 hodin praktického výcviku. Za dokončení kurzu dostane sestra tisíc liber. Většinou se sestra vrací na oddělení, kde byla před odchodem, teprve pak se rozhoduje, zda zůstane nebo přejde jinam. (Koláčná, 2006)

Vzdělávání pomocných sester (nurse auxiliary) probíhá vždy tři dny v týdnu po dobu tří týdnů. (Koláčná, 2006)

Zdravotní sestry v Anglii často pracují naprosto samostatně, tedy bez lékařů. Mají své ordinace a v rámci svých kompetencí mohou pomáhat pacientům. Mohou i předepisovat léky, které pacient užívá dlouhodobě, ale recept musí podepsat lékař. (redakce PečujDoma.cz 2011)

Pozn.: Myslím, že zejména programy „Bridging the gap“ a „Return to Practice“ by byly u nás také velmi užitečné a určitě by pomohly ke snížení odlivu sester z praxe.

### 3.3 Sestry v Itálii a ve Španělsku

Sestry v Itálii musí mít absolvovanou nadstavbovou střední školu, podmínkou jejich zařazení do praxe je registrace v oblastních fakultách. Po absolvování tříletého kurzu na tradiční fakultě a univerzitě získává titul Bakalář ošetrovatelské péče a oprávnění k udělení licence pro registrované sestry. Ta jim umožňuje výběr povolání v ambulantním i lůžkovém ošetrovatelském provozu.

Dalším stupněm vzdělávání sester je magisterské studium, které umožňuje absolventům pracovat ve specializovaných ošetrovatelských funkcích, například jako specializovaná klinická sestra, porodní ošetrovatelka, anesteziologická sestra nebo administrativní pracovník v ošetrovatelství.

Doktorský stupeň již znamená pracovní zařazení ve vzdělávacím procesu, výzkumu, ve vysoce specializovaných funkcích v ošetrovatelské praxi. (Lichosik, 2006 )

V italské nemocnici se často u pacienta po celou dobu jeho pobytu střídá někdo z rodiny, který vlastně zajišťuje základní ošetrovatelskou péči: mytí, pomoc s jídlem a další pomoc s všednodenními činnostmi v oblasti sebedpěče, které pacient nezvládne sám. Sestry pouze dohlíží. (Příbyla, 2011).

Stejně je to i ve **Španělsku** v nemocnicích neexistují žádné návštěvní hodiny, přijít můžete kdykoliv, u pacienta zůstává často po celých 24 hodin někdo z rodiny a tak také částečně nahrazuje funkci zdravotní sestry. Kvalifikované zdravotní sestry například chodí na denní vizity místo lékaře, určují diagnózu a předepisují léky. (redakce PečujDoma.cz, 2011)

### 3.4 Sestry v USA

Sestry v USA jsou rozděleny do čtyř kategorií podle dosaženého vzdělání. Nejprve musí ovšem absolvovat povinné základní vzdělání, které je v USA dvanáctileté a je zakončeno státní písemnou zkouškou (ekvivalent naší maturity).

1. *Nurse Technician* (u nás ošetřovatelka) po třech až šesti měsících odborné výuky složí zkoušku a dostane certifikát. Pomáhá pacientům s denní aktivitou, například s hygienou, polohováním, s jídlem, měří teplotu, pulz a tlak, někde může i připravovat chorobopisy, obsluhovat telefon.

2. *Practical Nurse* (sestra u lůžka), u nás zdravotnický asistent, dvanáct až osmnáct měsíců odborné výuky je zakončeno maturitní zkouškou, dostane diplom, ale ještě musí složit NCLEX-PN<sup>(1)</sup> test a získat státní licenci. Podává léky, převazuje rány, plánuje aktivity a péči o pacienta, zapisuje do chorobopisu, spolupracuje s lékařem, řídí práci Nurse Technician.

Tyto dvě kategorie sester pracují běžně na odděleních dlouhodobě nemocných, v domovech důchodců, v domácí péči, vyjímečně v akutní péči.

3. *Associate Nurse* zakončuje maturitní zkouškou dva až tři roky výuky, dostane diplom a musí absolvovat NCLEX-RN<sup>(1)</sup> a získat státní licenci registrované sestry – Registered Nurse. Běžně pracuje na odděleních akutní péče a v domácí péči. Odpovídá i za práci podřízených pracovníků- Nurse Technician a Practical Nurse.

---

(1) *NCLEX-PN nebo NCLEX-RN je písemná zkouška, kterou musí složit všichni absolventi dvouletých až čtyřletých zdravotnických škol. Zkouška ověřuje pomocí počítačového testu znalosti ze všech medicínských oborů, psychologie, zdravotnického práva, farmakologie, teorie ošetřování a logického uvažování. Ze šesti tisíc otázek vybere počítač sto až stopadesát prakticky zaměřených problémů z praxe. Test může trvat jednu až čtyři hodiny. Pokud je sestra úspěšná, dostane licenci k výkonu povolání na dva roky a tu musí obnovovat systémem kreditů, které dostává za další sebevzdělávání (konference, dálkové studium, samostudium) (EuroStaff CZ s.r.o. 2008).*

4. *Graduate Nurse* má za sebou čtyři roky bakalářského studia (může pokračovat v magisterském studiu) zakončené absolutoriem, získá diplom a titul a musí absolvovat NCLEX-RN a získat státní licenci registrované sestry – *Registered Nurse*. Může pracovat na stejné pozici jako Associate Nurse nebo může vykonávat administrativní činnost. Tyto sestry často pracují na specializovaných pracovištích. Bakalářský titul je minimálním předpokladem pro funkci vrchní sestry ale dnes většina zaměstnavatelů vyžaduje ukončené magisterské studium. (EuroStaff CZ s.r.o. 2008).

V USA roste zájem o specializované sestry, včetně tzv. praktikujících sester. Ty dělají často práci, kterou u nás dělá lékař: např. provádějí základní vyšetření včetně stanovení diagnózy, předepisují i některé léky. (www. PečujDoma.cz, 2011)

### **3.5 Sestry ve Švýcarsku**

O vzdělávání zdravotních sester se stará Švýcarský červený kříž. Zdravotnický personál je dělen do několika skupin. Diplomovaná zdravotní sestra, která musí být registrovaná u Švýcarského červeného kříže. „Fage“ jsou sestry s menší kompetencí (asi jako náš zdravotnický asistent), které pracují pod dozorem diplomované sestry. Ošetřovatelky jsou další skupinou a mají většinou pouze krátký kurz u Červeného kříže. Ve službě je vždy minimálně jedna diplomovaná sestra, která odpovídá za oddělení, vykonává odborné věci a řídí chod oddělení. Diplomovaný personál rovněž zodpovídá za dokumentaci. Studenti zdravotnických škol začínají praxi již v prvním ročníku. Za praktikující studenty je zodpovědný diplomovaný pracovník příslušného pracoviště, který musí být seznámen s přibývajícím kompetencí studentů a průběh praxe dokumentovat. Jednou měsíčně doprovází studenty učitelka praxe.



Další vzdělávání zdravotnických pracovníků probíhá několikrát ročně. Je v zájmu každé kliniky, aby měla vzdělané pracovníky, a proto jsou v kurzech podporováni. Zvyšují si tím svou kvalifikaci. Kurzy také probíhají přímo na klinikách a účastní se jich většina pracovníků. Jsou pořádány také volitelné kurzy, které navštěvují jednotlivci podle zájmu. Kurz se počítá jako pracovní doba a povětšinou je plně hrazen zaměstnavatelem. (Beranová, 2010)

V článku od Zuzany Novotné jsem se dozvěděla další velmi zajímavou věc. V zařízení, kde pracovala, ji překvapil rozpis služeb. Kromě ranních a odpoledních služeb jsou tam i tzv. dělené služby, které umožňují velmi efektivní rozložení personálu – podporu při tzv. špičkách – třeba v době ranní hygieny apod, dále střídání při pauzách, při předávání služby atd. (například: 6:50-10:15 hod a 15:45-20:45 hod nebo 6:50-11:15 hod a 16:30-20:30 hod.)

Ve Švýcarsku pracují také týmy, které trvale slouží jen noční směny. (Novotná, 2010)

### **3.6 Sestry v Kanadě**

V Kanadě mají dva základní typy sester: registrované zdravotní sestry (RN), které musí absolvovat 4 roky vysokoškolského studia a získat titul BscN v ošetřovatelství (bakalářský titul) pro vstup do praxe a registrované praktické sestry (RPNs), ty musí absolvovat dvouletý program a získat diplom – tyto praktické sestry odpovídají našim zdravotnickým asistentům. (Wikipedia, the free encyclopedia, 2013).

### 3.7 Sestry ve Švédsku

Ve Švédsku existují tři hlavní kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků u lůžka pacienta: zdravotní sestra, podsestra a pomocnice. Pomocnici stačí absolvování půlročního kurzu, podsestra musí mít ukončené studium na gymnáziu (pozice jako náš zdravotnický asistent). Zdravotní sestry a laboranti musí mít vysokoškolské vzdělání a mají velké kompetence i zodpovědnost. Pracují samostatně, plánují postupy, řeší problémové situace, za postup i výsledek si sami zodpovídají. Mají ovšem možnost konzultace s jinými odborníky. „Je zde přísná hierarchie a sestra například nevymění plenu pod pacientem, protože to není její práce.“ (Pelikánová, 2008)

V zahraničí jsem pod pojmem zdravotnický asistent našla náplň práce pro ošetřovatelku, či pečovatelku. Našemu pojetí funkce zdravotnického asistenta odpovídá v zahraničí název „praktická sestra“. Pracuje pod dohledem registrované sestry a má omezené kompetence, podobně jako naši zdravotničtí asistenti.

## 4 Postavení zdravotních sester u nás

Zdravotní sestry jsou u nás nejpočetnější skupinou nelékařských zdravotnických pracovníků. Se současným prudkým rozvojem medicínských oborů jsou i na sestry kladeny mnohem vyšší nároky na zvládnání nových technologií a ošetrovatelských postupů. Jejich vzdělání se posunuje na vyšší úroveň a rozšiřují se jejich kompetence – i když nemají takový rozsah jako pravomoci sester v některých jiných státech, které jsem zmínila v předchozí kapitole. Nicméně plně kvalifikované – registrované sestry úzce spolupracují s lékaři a stále více se stávají samostatnými odbornicemi. S pacienty tráví mnohem více času než lékař, takže lépe vědí o jejich potřebách, mohou na ně rychleji reagovat a jsou tak pro lékaře zdrojem aktuálních informací o pacientově stavu. Navíc o pacienty pečují průběžně i v době nepřítomnosti lékaře – jsou tedy partnery lékařů.

Vzhledem k dosud nejednoznačně vymezeným kompetencím a také vlivem nedorozumění ve vzájemné komunikaci dochází k problémům ve vztazích mezi lékaři a sestrami v pracovních týmech.

Role sestry nese v sobě také řadu rozporů: práce v časovém presu, proti tomu úloha rozpoznávat a uspokojovat potřeby pacienta, které vzhledem k časové náročnosti jiných činností zejména administrativních, už prostě nestíhají plnit. Požadavky pacienta, rodiny, lékaře, vedení nemocnice bývají dosti často rozporuplné a sestra je mezi nimi třetí plochou, často musí čelit aroganci, agresi, manipulaci ze strany pacientů, příbuzných, ale i nadřízených, obtížné je rozhodování v situaci, kdy musí volat lékaře pro zhoršení zdravotního stavu pacienta, ale zároveň nemá volat zbytečně. atd. (Janečková, Hnilicová 2009, s.207-209).

Spokojenost sester a jejich setrvání na pracovišti ovlivňují tyto vnitřní rozpory, nejasné vymezení kompetencí této profese v pracovním týmu, vysoká odpovědnost, náročná práce jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Např. i když může žena v zaměstnání zvedat maximálně patnáct kilogramů, pacient není považován za břemeno a sestra si musí poradit kolikrát s mnohem těžším pacientem, než je ona sama. Únava z náročného koloběhu směn a k tomu nízké finanční ohodnocení vede k fluktuaci a dlouhodobému nedostatku sester v řadě zdravotnických zařízení. Důvodem je i jejich odchod do zahraničí, kde je sice práce také těžká, ale mnohem lépe finančně ohodnocena.

Přes tyto problémy a pocity sester, že jsou nedocenené a hodnocené jako služby, stojí v žebříčku prestiže povolání v České republice na třetím místě podle dlouhodobého průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR. Lékař obsadil první místo žebříčku. Respondenti při posuzování důležitosti jednotlivých povolání uvedli na prvním místě znalosti, které toto povolání vyžaduje, společenskou důležitost a zodpovědnost při vykonávání tohoto povolání. ( Akcent 2011, s.3).

## 5 Závěr teoretické části

Už v knize „O moderním ošetrovatelství“ vydané v roce 1981 píše Pacovský, o vytlačování sestry z ošetrovatelské péče. Píše, že: „Pokrok medicíny, funkce současné nemocnice, organizace jejího provozu i jiné faktory odvádějí sestru od vlastního ošetrování nemocných, od základní péče o ně, k jiným, byť důležitým a kvalifikovaným výkonům..... Z tohoto hlediska je perspektivní víceetapový způsob ošetrování. Bylo by však velkým omylem, kdyby základní ošetrovatelská péče byla za všech okolností považována za málo kvalifikovanou činnost a svěřena výhradně ošetrovatelkám s nižším odborným vzděláním.“ (Pacovský 1981, s.57)

Jak už jsem zmínila v předchozích kapitolách, sestřím se současným prudkým rozvojem medicíny, ale také vstupem republiky do EU, přibývá stále více nových povinností. Nejsou to jen nové přístroje a postupy, ale také vzrůstající administrativa. Vše, každý úkon, se musí důkladně zdokumentovat. Vytváříme dlouhodobé a krátkodobé ošetrovatelské plány pro každého pacienta, vyplňujeme nejrůznější skórovací tabulky - ať už se to týká stavu výživy, soběstačnosti, rozsahu a průběhu hojení defektů a ran, bolesti, polohování, mentálních funkcí atd...K tomu samozřejmě zpracováváme vizitu a plníme ordinace lékaře, píšeme hlášení o průběhu služby, objednáme vyšetření pacienta na jiných pracovištích, přijímáme a propouštíme pacienty, což je rovněž spojeno s dalšími početnými administrativními úkony. Je to vše v zájmu zvýšení bezpečnosti pacienta, protože jsou všechny úkony kolem péče o něj a jeho průběžný stav zaznamenány a tím se také předchází případným pozdějším nejasnostem v postupech a péči – stačí nahlédnout do dokumentace. Správně vedená dokumentace samozřejmě také chrání ošetrovatelský personál.

Jenže, kde je v pracovní době sestry místo na uspokojování základních potřeb pacienta? Aby stihla splnit všechny administrativní úkony, zvláště, pokud

má na starosti více pacientů, musí prostě zkrátit dobu přímé ošetrovatelské péče u lůžka pacienta. Pacovský ve své knize „O moderním ošetrovatelství“ dělí ošetrovatelskou péči na aktivní a pasivní. Pasivní ošetrovatelskou péči charakterizuje jako činnosti na sestře nezávislé, které se řídí harmonogramem oddělení a sestra je musí plnit – například ranní hygiena pacientů, rozdávání léků, chození na zvonky apod. Aktivní ošetrovatelská péče je charakterizována aktivním zájmem o pacienta, vychází přímo od sestry. Posláním moderního ošetrovatelství je dle Pacovského v racionální kombinaci pasivního a aktivního ošetrovatelství. Nebezpečí spatřuje v nepoměru mezi aktivním a pasivním ošetrovatelstvím, kdy pasivní složka vysoce převažuje nad aktivní.

Pro aktivní ošetrovatelskou péči je potřeba „aby sestra chtěla“ – to znamená motivaci sestry k péči o nemocného tvůrčím způsobem a se zájmem, „aby sestra věděla a uměla“ – tedy odborná úroveň poskytované péče, „aby sestra mohla“ - systém promyšlených organizačních a technických opatření, která zajistí vhodné podmínky pro realizaci aktivního ošetrovatelství. (Pacovský 1981, s.59-60).

Pro zajištění vhodných podmínek pro realizaci aktivní ošetrovatelské péče je v dnešní době nutné uvědomit si důležitost spolupráce a návaznosti činností všech členů ošetrovatelského týmu. Vysoce kvalitní zajištění všech potřeb nemocného a současné splnění všech požadavků provozu ošetrovatelské jednotky za směnu, není v silách jedné zdravotní sestry, byť by byla sebevíce erudovaná a aktivní. Je potřeba vzdělaného pomocníka, zdravotnického asistenta, který bude se sestrou spolupracovat. Měl by být hodnotným členem ošetrovatelského týmu, asistentem nemocného, jemuž má pomáhat v uspokojování základních potřeb a zároveň má umět rozpoznat změny v jeho zdravotním stavu. Je tak důležitým aktivním článkem v ošetrovatelské péči. Tím, jak vnímají své postavení v praxi sami zdravotničtí asistenti se zabývá empirická část mé práce.

## **6 Pilotní výzkum**

### **6.1 Cíl výzkumu**

Cílem mého pilotního výzkumu s názvem „Postavení zdravotnických asistentů v praxi“ bylo zjistit, jaké je skutečné postavení zdravotnických asistentů v ošetrovatelském týmu, jak jsou sami se svou pozicí spokojeni, jak se uplatňují na různých zdravotnických pracovištích a zda odpovídá výkon činností zdravotnických asistentů na těchto pracovištích jejich kompetencím vymezeným paragrafem 30 vyhlášky číslo 55/2011 Sb ze dne 1.března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

### **6.2 Metodika kvantitativního šetření**

Ve svém kvantitativním šetření jsem předpokládala vzorek padesáti zdravotnických asistentů z různých zdravotnických pracovišť, kteří odpoví na 19 uzavřených nebo polouzavřených otázek anonymního dotazníku. Respondenti křížkovali nebo vyškrtávali prázdné pole u příslušné odpovědi, kterou na danou otázku vybrali, případně vepsali odpověď do kolonky „jiné“.

Dotazníky jsem distribuovala osobně na pracovištích se svolením vedení pracoviště a dále formou elektronickou na serveru „VypIno.cz“. Tímto způsobem jsem chtěla získat odpovědi ze širšího vzorku pracovišť.

Z padesáti rozdaných dotazníků se jich vyplněných zpět vrátilo celkem 30 použitelných k vyhodnocení, elektronickým průzkumem jsem získala 20 použitelných dotazníků. Celkovým součtem vyplněných dotazníků jsem tedy získala plánovaný počet padesáti respondentů.

### **6.3 Časový harmonogram kvantitativního šetření**

Dotazníky jsem distribuovala od 3.3.2013 do 20.3.2013, ve stejné době jsem měla spuštěnou i elektronickou formu šetření.

### **6.4 Pracovní hypotéza**

Moje pracovní hypotézy vycházejí z praktických zkušeností, které má většina mých známých zdravotnických asistentů. Srovnáním zkušeností z praxe u většího počtu zdravotnických asistentů chci tyto hypotézy potvrdit nebo vyvrátit.

#### **Hypotéza číslo 1:**

Na většině pracovišť zdravotničtí asistenti dělají i činnosti, které překračují jejich kompetence vymezené zákonem a dělají tyto činnosti bez přímého odborného dohledu registrované zdravotní sestry.

#### **Hypotéza číslo 2:**

Vyplyvá z hypotézy číslo jedna. Většina zdravotnických asistentů není spokojena se svým postavením na pracovišti a s ohodnocením práce, kterou zde vykonává, ve srovnání s prací zdravotních sester na stejném pracovišti.

#### **Hypotéza číslo 3:**

Většina oslovených zdravotnických asistentů nechce zůstat na stávající pozici zdravotnického asistenta a uvažuje o dalším studiu a zvýšení kvalifikace.



## 7 Vyhodnocení dotazníku

Vyhodnocení dotazníku jsem seřadila do následujících kapitol:

7.1 Základní údaje o respondentech

7.2 Pracoviště a plnění ošetrovatelských činností podle kompetencí

7.3 Spokojenost s pozicí na pracovišti

### 7.1 Základní údaje o respondentech

Z celkového počtu 50 respondentů bylo 38 žen (76%) a 12 mužů (24%).

#### 7.1.1 Věkové skupiny respondentů

V **tabulce číslo 1** je dobře vidět, že nejzastoupenější věkovou skupinou jsou respondenti ve věku 22 až 30 let, kteří tvoří 54% z celkového počtu respondentů. Druhou početnější skupinou je pak část respondentů ve věkovém rozmezí 18 až 21let, kteří tvoří 28% z celkového počtu respondentů.

Tabulka č. 1 - Věk respondentů

věkové rozmezí	18 -21let	22 - 30let	31 - 40let	více než 41let
počet	14	27	4	5
procenta	28%	54%	8%	10%

### 7.1.2 Délka praxe

U délky praxe na pozici zdravotnického asistenta tvoří nejpočetnější skupinu respondenti pracující na této pozici tři a více let – 19, to je 38% . Druhou nejzastoupenější skupinou byli asistenti s praxí v rozmezí od jednoho roku do dvou let, bylo jich 17 a tvoří 34% z celkového počtu respondentů. Počtem 9 respondentů byla zastoupena skupina s praxí kratší než jeden rok a tvořila 18%. Poslední skupinu tvořilo 5 respondentů (to je 10%) s praxí v rozmezí dvou až tří let Pro lepší přehlednost zastoupení jednotlivých kategorií jsem opět zvolila formu znázornění dat v **tabulce č. 2**.

Tabulka č. 2 - Délka praxe na pozici zdravotnického asistenta

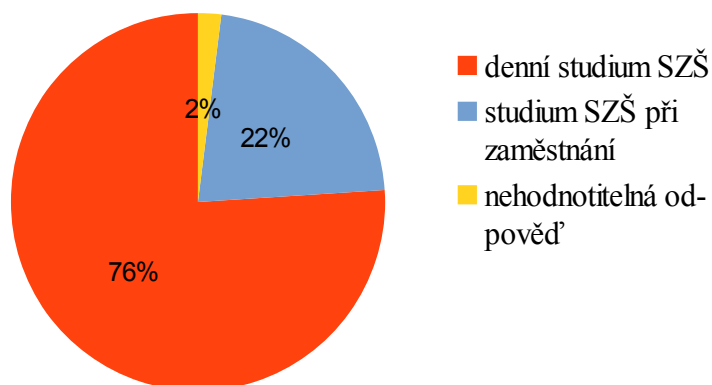
délka praxe	méně než 1rok	1 - 2roky	2 - 3roky	3 a více let
počet	9	17	5	19
procenta	18%	34%	10%	38%

### 7.1.3 Absolvovaný typ studia

V dotazu na absolvovaný typ studia 38 respondentů odpovědělo, že jsou absolventi denního studia střední zdravotnické školy – to je 76%, 11 respondentů studovalo střední zdravotnickou školu při zaměstnání – to je 22% z celkového počtu respondentů, jedna odpověď nebyla hodnotitelná – to jsou zbylá 2%.

Graf č. 1

### Typ studia pro získání kvalifikace zdravotnický asistent



Z vyhodnocení této části dotazníku vyplývá, že nejzastoupenější v celkovém počtu respondentů, kteří se průzkumu zúčastnili, je žena ve věku 22 až 30 let, která absolvovala denní studium na střední zdravotnické škole a na pozici zdravotnického asistenta pracuje déle než tři roky.

## **7.2 Pracoviště a plnění ošetrovatelských činností podle kompetencí**

### **7.2.1 Problém se získáním pracovního místa**

V této části jsem zjišťovala, zda měli zdravotničtí asistenti problém se získáním pracovního místa. Podle odpovědí se respondenti rozdělili na dvě téměř stejně velké skupiny, kdy 26 (tj. 52%) z nich uvedlo, že problém nemělo a 24 (tj. 48%) uvádí, že se získáním pracovního místa jako zdravotnický asistent problém mělo. U této skupiny jsem se ještě zaměřila na věk odpovídajících asistentů, abych zjistila, zda tento problém uvedli spíše starší nebo mladší

respondenti a zároveň jsem porovnávala délku jejich praxe. Pro větší přehlednost jsem pro zjištěná data sestavila **tabulku č. 3**.

Tabulka č. 3 – Zdravotničtí asistenti, kteří měli problém se získáním místa dle věku a délky praxe (N=24)

praxe/věk	18 – 21 let	22 – 30 let	31 – 40 let	více než 41 let
do 1 roku	2 (22%)	0%	0%	0%
1-2 roky	9 (78%)	5 (38,5%)	0%	0%
2-3 roky	0%	3 (23%)	0%	0%
více než 3 roky	0%	5 (38,5%)	1 (100%)	1 (100%)
Celkový počet ve skupině (100%)	11 (100%)	13 (100%)	1 (100%)	1 (100%)

V tabulce je vidět, že nejvíce prožívají problém se získáním pracovního místa mladí zdravotničtí asistenti do 21 let, tedy krátce po absolvování školy, na počátku své pracovní dráhy. Problém si uvědomují zejména ti z nich, kteří za sebou mají pouze krátkou praxi, zhruba 1-2 roky.

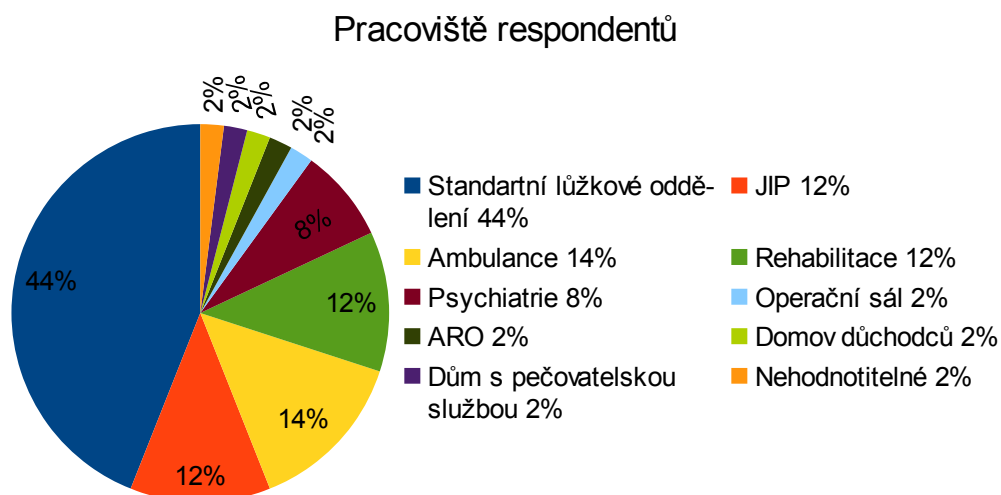
Dále jsem se zajímala, jaké je v celé skupině, která měla problém, zastoupení mužů a žen.

Z celkového počtu 12ti mužů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, jich 66,7% mělo problém se získáním pracovního místa na pozici zdravotnického asistenta, z celkového počtu 38mi žen to bylo 42%. Co se týká věkového zastoupení, pak u mužů i u žen převažovala věková kategorie 22 až 30 let.

## 7.2.2 Pracoviště respondentů

Odpověď na otázku týkající se pracoviště ukázala, že největší počet respondentů – 22 (to je 44%), pracuje na standardním lůžkovém oddělení. Na ambulanci je zaměstnáno 7 asistentů (to je 14%), oddělení JIP udává jako své pracoviště 6 asistentů (to je 12% z celkového počtu). Na rehabilitaci působí také 6 asistentů, tedy 12%, na psychiatrii pracují 4 – to je 8% z mých respondentů. Operační sál, domov důchodců, dům s pečovatelskou službou a oddělení ARO uvedl jako své pracoviště vždy 1 asistent, tedy na každém z těchto míst pracují 2% z celkového počtu respondentů. Jedna odpověď byla nehodnotitelná, to jsou zbylá 2%. Pro lepší přehlednost jsem procentuální zastoupení jednotlivých pracovišť znázornila ve formě barevně segmentovaného grafu (**Graf č. 2**), kde je dobře vidět, že nejvíce mých respondentů pracuje na standardních lůžkových odděleních.

Graf č. 2



Z celkového počtu 11ti mužů pracují 4 (to je 36,4%) na standardních odděleních. Na odděleních JIP jsou zaměstnáni 3muži (to je 27,3%), na rehabilitaci pracují 2 muži (to je 18,2%) a na ambulanci 1 muž (to je 9,1%), stejně tak na oddělení ARO pracuje 1 muž (to je 9,1%). Na psychiatrii, operačním sále, v domově důchodců a v domě s pečovatelskou službou nepracuje žádný z mužských respondentů. Jeden muž uvedl nehodnotitelnou odpověď, to jsou zbývající 2%.

Nejvíce žen pracuje na standardním lůžkovém oddělení – 16, (to je 42,1%), pak následuje ambulance počtem 6ti žen (to je 15,8%), JIP 5 žen, (to je 13,2%). Na rehabilitaci jsou zaměstnány 4 ženy, (to je 10,5%), stejně tak na psychiatrii pracují 4 ženy, tedy 10,5%. Operační sály, dům s pečovatelskou službou a domov důchodců udává jako své pracoviště vždy jedna žena tedy shodně po 2,6%.

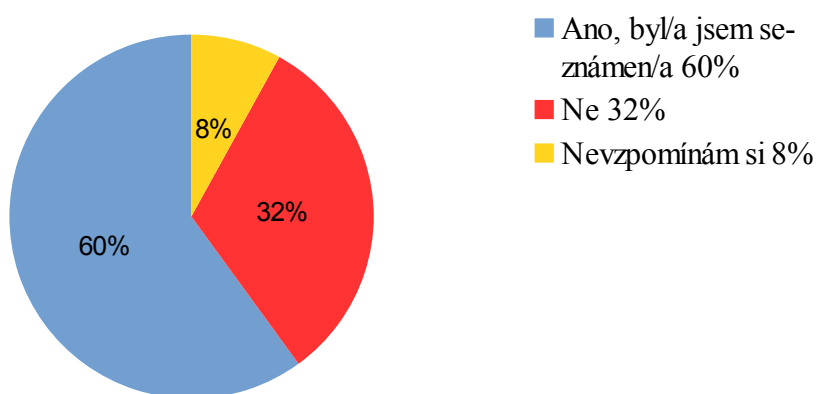
### **7.2.3 Vysvětlení kompetencí**

Na otázku, zda byla asistentům na pracovišti vysvětlena náplň činnosti a jasné kompetence co smí a co nesmí na pracovišti dělat ani pod odborným dohledem, odpovědělo 30 (to je 60%) respondentů, že seznámeno bylo, 16 (to je 32%) seznámeno s náplní činnosti a svými kompetencemi na pracovišti nebylo a 4 respondenti (to je 8%) si nevzpomíná. Nadpoloviční většina respondentů tedy udává, že byla na svém pracovišti seznámena s náplní své práce a s tím, které ošetřovatelské činnosti může vykonávat sama nebo pod odborným dohledem a které výkony dělat nesmí. Všechny tyto informace by měly být také součástí písemného dokumentu o náplni práce, který by každý zaměstnanec měl dostat při nástupu na nové pracoviště. Myslím si, že na většině pracovišť tento dokument zaměstnanci dostávají společně s pracovní smlouvou. Naše údaje naznačují, že tyto informace dostali i ti respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli záporně. Znamená to, že tento dokument buď nečetli a nebo otázku pochopili tak, že jim

nikdo ústně nic nevysvětloval a s jejich náplní práce je takto přímo neseznámil. Odpovědi na tuto otázku jsem znázornila v **grafu č. 3**.

Graf č. 3

Seznámení s pracovní náplní a kompetencemi



#### 7.2.4 Odborný dohled

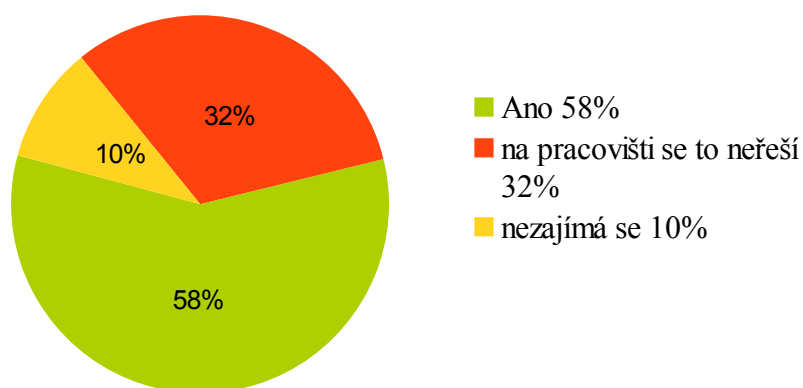
Která sestra má na pracovišti ve službě **odborný dohled** ví 58% respondentů, "ne - na pracovišti se to neřeší" odpovědělo 32% respondentů, nezajímá se o to 10% respondentů (**Graf č. 4**).

Za pozornost stojí skutečnost, že pouze nadpoloviční většina respondentů ví, kdo jim poskytuje odborný dohled, na koho se v případě potřeby mohou obracet s problémem, který by se ve službě vyskytl a kdo jejich ošetrovatelské výkony zaštiťuje jako odpovědná osoba. Přitom 32% respondentů tvrdí, že se otázka, kdo má nad nimi odborný dohled, na jejich pracovišti neřeší. Tady se naskýtá možnost, že buď se s problémem může obrátit na kteroukoliv sestru a nebo naopak na jeho činnost nikdo nedohlíží. Rovněž zbylých 10% respondentů, kteří odpověděli, že je nezajímá, kdo má na pracovišti nad nimi odborný dohled,

vyvolává další otázky. Jsou si jistí, že všechny činnosti, které dělají na pracovišti patří do jejich kompetence? Nebo dělají jen výkony, které mohou dělat bez odborného dohledu a tudíž si za svou práci odpovídají sami?

Graf číslo 4:

Ví, která sestra má odborný dohled?



### 7.2.5 Doba odborného dohledu

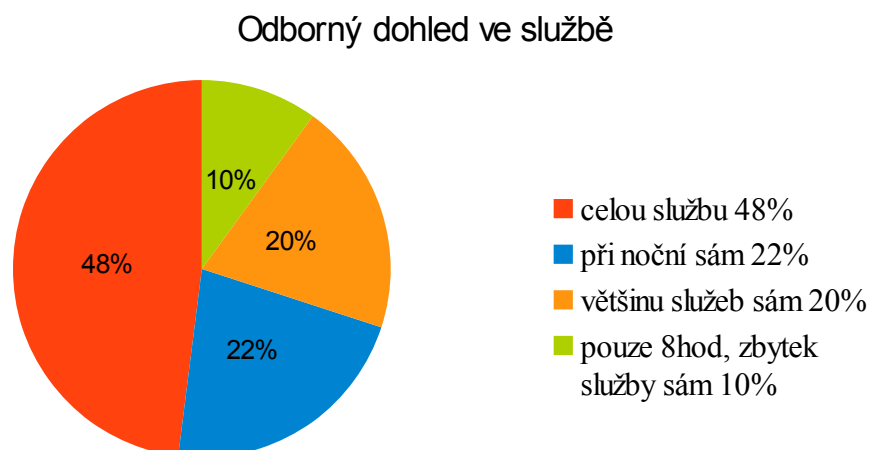
Po celou dobu služby má dostupný odborný dohled na pracovišti 48% respondentů. Při denní službě jej má dostupný, ale při noční službě nikoli 22% respondentů. Pouze po dobu osmihodinové pracovní doby dohlížející sestry má její odborný dohled k dispozici 10% respondentů, zbytek služby jsou bez odborného dohledu. Odborný dohled ve službě většinou nemá 22% respondentů. **(Graf č. 5)**

Dva respondenti ve své odpovědi uvedli, že noční služby neslouží a při svých denních službách nejsou nikdy sami. Zařadila jsem je do skupiny, která má odborný dohled po celou svou službu. Výsledek 48% s odborným dohledem po celou službu se sice zdá být uspokojivé číslo, ale když sečteme ostatní odpovědi, ve kterých respondenti uvádí, že jsou, byť jen část své služby, zcela sami bez



odborného dohledu, dostaneme 52%, tedy nadpoloviční většinu, která je buď část své služby nebo dokonce po celou službu na pracovišti bez odborného dohledu.

Graf číslo 5:



### 7.2.6 Pomoc kompetentní osoby

Pokud je respondent ve službě sám a potřebuje provést ošetřovatelský výkon, pro který nemá kompetenci, možnost zavolat kompetentní osobu má 74% respondentů. Tuto možnost na svém pracovišti nemá 26% respondentů.

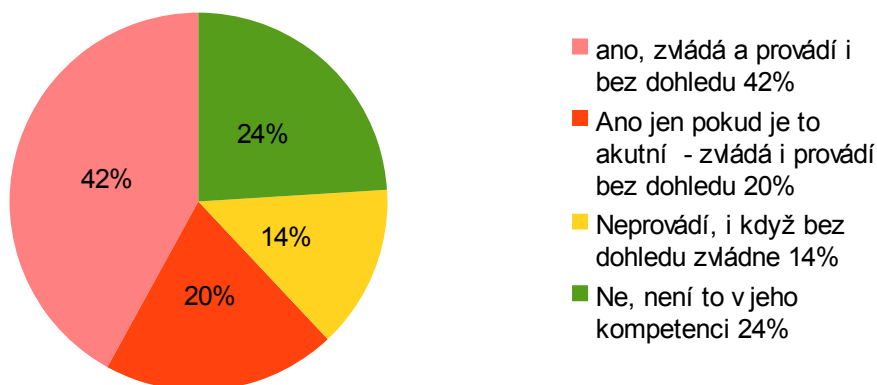
Na otázku “**Vyhoví Vám tento pracovník bez problémů?**” odpovídali pouze ti respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli, že mají možnost zavolat kompetentní osobu, pokud potřebují provést ošetřovatelský výkon, který jako zdravotničtí asistenti dělat nesmějí. Žádný z respondentů nevedl, že by tento pracovník žádosti nevyhověl, vždy se dočká pomoci 65% respondentů, s problémem se dočká pomoci 19% respondentů, U 16 % respondentů “záleží na tom o jaký výkon jde”.

### 7.2.7 Provádění výkonů, ke kterým nemá asistent kompetence

V otázce celých 42% respondentů odpovědělo, že ošetrovatelský výkon, ke kterému není zdravotnický asistent kompetentní, přesto provádí. Tento ošetrovatelský výkon provádí 20% respondentů pouze v akutním případě. Záporně odpovědělo 48% respondentů. Výkon neprovádějí, i když ho zvládají (14% ne, 24% rozhodně ne) – **Graf č. 6.** Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že ošetrovatelské výkony, které nemají zdravotničtí asistenti provádět bez odborného dohledu nebo k nim vůbec nemají kompetenci, provádí celkem 62% respondentů, tedy nadpoloviční většina. Na tuto otázku odpověděli i ti respondenti, kteří v otázce číslo 6 odpovídali “ano”, tedy, že mají možnost zavolat k provedení takového výkonu kompetentní osobu. (N = 50).

Graf číslo 6:

Provádění výkonů, ke kterým nemá kompetence



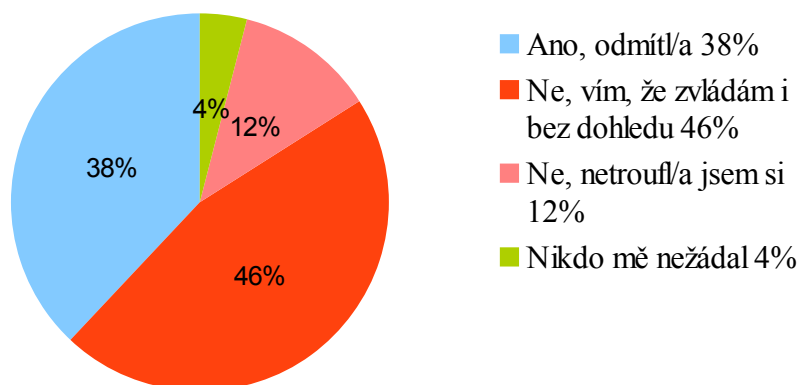
## 7.2.8 Odmítnutí ošetrovatelského výkonu

Provést výkon, který nesmí dělat ani pod odborným dohledem už někdy odmítlo 38% respondentů, “ne, protože vím, že ho zvládám i bez dohledu”, odpovědělo 46% respondentů, odmítnout tento výkon si netrouflo 12% respondentů. S žádostí o takový výkon se nikdy nesetkala 4% respondentů.

Pokud se podíváme na **graf č. 7**, vidíme, že odpovědi, kde respondenti provést výkon, ke kterému nemají kompetence, z jakéhokoliv důvodu neodmítají, zabírají více než polovinu grafu.

Graf číslo7:

Odmítnutí výkonu k němuž nemá kompetence



Výsledky naznačují, že velký počet zdravotnických asistentů provádí výkony, ke kterým nemá kompetence, ať už je to z důvodu, že jsou k tomu nuceni nebo si je troufají provádět, protože je zvládají.

### 7.2.9 Postih za odmítnutí provést nekompetentní výkon

Otázka se ptá, zda byl dotyčný respondent nějak **postižen** za to, že odmítl provést výkon, o který byl žádán, ačkoliv k jeho provádění nemá kompetence. 95% respondentů v odpovědi na tuto otázku uvedlo, že postiženi nebyli, 5% odpovědělo “ano”, ale neuvedlo jakým způsobem byli postiženi.

**Shrnu-li tuto část dotazníkového šetření**, vychází mi, že většina respondentů neměla problém se získáním pracovního místa, pokud ano, tedy spíše na začátku své pracovní kariéry, zejména do 3 let po ukončení školy. Většinou pracují tyto zdravotničtí asistenti na standardních lůžkových odděleních. Se svou pracovní náplní a kompetencemi byli na pracovišti seznámeni. Vědí, která sestra má nad nimi odborný dohled a je s nimi po celou jejich směnu. Respondenti, kteří jsou ve službě sami mají ve velké většině možnost zavolat si kompetentního pracovníka k provedení ošetrovatelského výkonu, ke kterému oni sami nemají kompetence a tento pracovník jim v naprosté většině případů vyhoví. Na druhou stranu vyšlo najevo, že nadpoloviční většina respondentů (58%), provádí výkony, ke kterým nemá kompetence. Přitom ti, kteří odpověděli, že již někdy odmítl provést výkon, ke kterému neměli kompetenci, v naprosté většině uvedli, že za to nebyli nijak postiženi. Z odpovědí respondentů v této části mého výzkumu se vynořila spousta dalších otázek. Jaká je tedy motivace k provádění těchto výkonů? Je to obava ze ztráty zaměstnání, když odmítnou pokyny těch, kteří jsou za provádění těchto výkonů zodpovědní? Jde o “šedou zónu”, v níž jsou vědomě porušovány zákony v zájmu ekonomických úspor? Je to uplatňování a zneužívání moci nadřízených? Nebo naopak je to posilování identity zdravotnických asistentů v roli “kompetentních” zdravotních sester? Chtějí zdravotničtí asistenti své kompetence rozšířit dobrovolně nebo jsou k tomu nuceni? Hledání odpovědí na tyto otázky by mohlo být součástí dalšího průzkumu.

## 7.3 Současná pracovní situace a spokojenost zdravotnických asistentů na pracovišti

### 7.3.1 Rozdíly v náplni práce

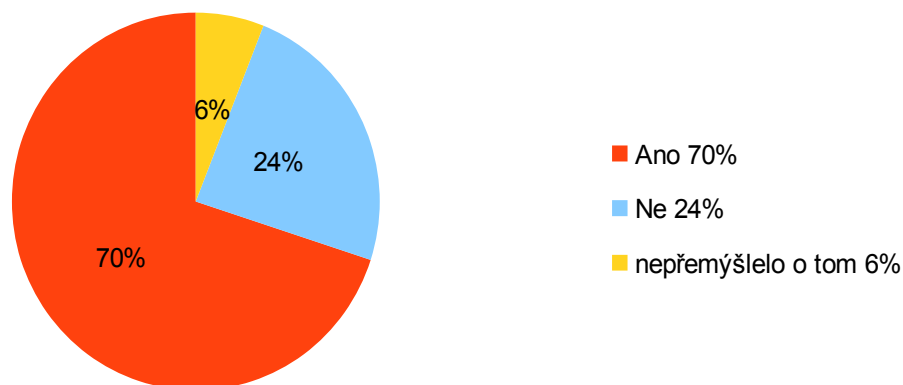
Co se týká názoru na rozdílnou náplň práce zdravotnického asistenta a zdravotní sestry, 32% respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti rozdíly v činnostech obou profesí jsou. Více než dvě třetiny zdravotnických asistentů (68%) však rozdíly mezi prací zdravotnického asistenta a zdravotní sestry na svém pracovišti nevidí. Zdravotnický asistent musí všechny ošetrovatelské výkony zvládnout stejně dobře jako zdravotní sestra.

### 7.3.2 Levnější pracovní síla

Po vyhodnocení předchozí odpovědi mě proto ani nepřekvapila reakce respondentů v odpovědi na otázku, zda se asistenti cítí být jen levnější pracovní silou za zdravotní sestru. Celých 70% respondentů se tak cítí, pouze 24% tento pocit nemá a 6% o tomto problému nepřemýšlelo.

Graf č. 8

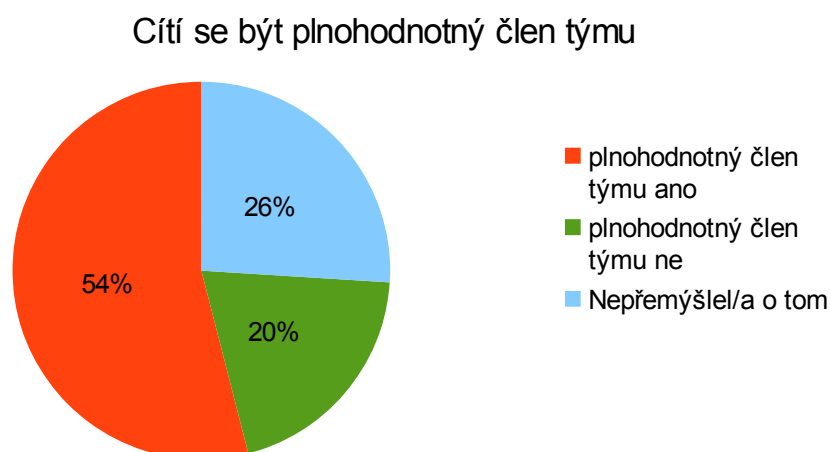
Pocit zdravotnických asistentů, že jsou levnější náhrada zdravotní sestry



### 7.3.3 Postavení v ošetrovatelském týmu

Jako plnohodnotný člen ošetrovatelského týmu se na svém pracovišti cítí 54% respondentů. Necítí se tak 20% respondentů a o svém postavení v ošetrovatelském týmu nepřemýšlelo 26% respondentů. V této otázce určitě hodně záleží na vztazích v pracovním kolektivu, na atmosféře a spolupráci mezi jeho členy.

Graf č. 9

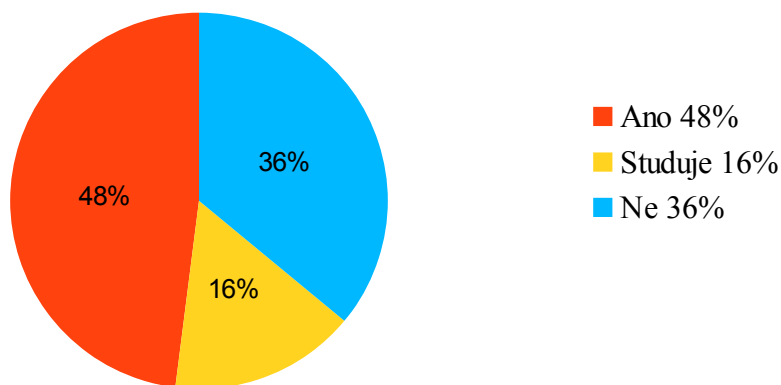


### 7.3.4 Úvahy o dalším studiu

V další otázce jsem řešila, zda zdravotničtí asistenti z mého výzkumného souboru uvažují o dalším studiu. Zde jsem zjistila, že téměř polovina respondentů (48%) by chtěla dále studovat. Dalších 16% již studuje. To znamená, že nadpoloviční většina respondentů se chystá zvýšit svou kvalifikaci, takže ve výsledku, pokud dostudují, 64% jich z pozice zdravotnického asistenta odejde. O dalším studiu neuvažuje 36% respondentů. **Graf č. 10.**

Graf č. 10

### Úvahy o dalším studiu



Odpovědi na tuto otázku jsem dále rozdělila podle pohlaví a věku respondentů. Mezi ženami nejčastěji uvažují o dalším studiu 22 až 30 leté (50 % z nich). V současné době již studuje 15 % z této věkové skupiny. Zvýšit svou kvalifikaci chce tedy celkově 65% žen z této věkové skupiny. Ve věkové skupině 18 – 21 let, uvažuje o studiu 67% žen. Výsledky šetření v těchto dvou skupinách jsou určitě také ovlivněny tím, že většina z celkového počtu respondentek věkem patří právě do těchto dvou kategorií. Nicméně, ve vyšších věkových kategoriích, které jsou početně mnohem méně zastoupeny, vychází dost vysoké procento žen, které chtějí dále studovat nebo již studují.

V kategorii žen ve věku 31 až 40 let je to přesně 25% žen uvažujících o studiu a 25% žen již studujících, což celkově činí 50%. V kategorii 41 let a více uvažuje o studiu 20% a 20% již studuje. To je celkově 40% žen tohoto věku, které opět chtějí studiem zvýšit svou kvalifikaci. Při pohledu na výsledky v těchto dvou věkových kategoriích by se mohlo zdát, že s věkem respondentek klesá jejich zájem o studium, ale kvantitativní zastoupení mých respondentek ve vyšších věkových kategoriích je na takový závěr příliš malé.

Tabulka č. 4 - Úvaha o zvýšení kvalifikace z pohledu celkového počtu žen

odpověď / věk	18 – 21 let	22 – 30 let	31 – 40 let	41 a více let
uvažují o studiu	6 (67%)	10 (48%)	1 (33,33%)	1 (20%)
již studují	0%	3 (14%)	1 (33,33%)	1 (20%)
neuvažují o studiu	3 (33%)	8 (38%)	1 (33,33%)	3 (60%)
celkem	9 (100%)	21 (100%)	3(cca 100%)	5 (100%)

Pokud zhodnotím nejzastoupenější skupinu mužů, tedy věkovou kategorii 22 – 30 let, pak mi vychází, že zde již studuje 57% mužů a 29% o studiu uvažuje. Celkově tedy plánuje zvýšit svou kvalifikaci 86% mužů tohoto věku.

Ve věkové kategorii 18 až 21 let uvažuje o dalším studiu 60% mužů.

Tabulka č. 5 - Úvaha o zvýšení kvalifikace z pohledu celkového počtu mužů

odpověď / věk	18 – 21 let	22 – 30 let	31 – 40 let	41 a více let
uvažují o studiu	3 (60%)	2 (29%)	0%	0%
již studují	0%	4 (57%)	0%	0%
neuvažují o studiu	2 (40%)	1 (14%)	0%	0%
celkem	5 (100%)	7 (100%)	0%	0%

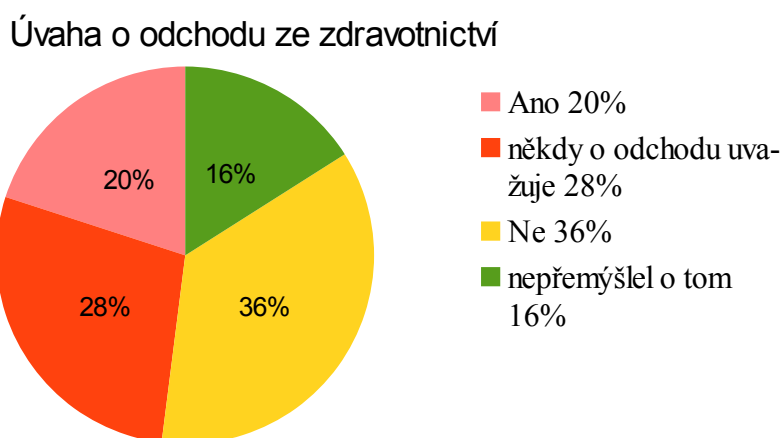
I u mužské části mých respondentů je tedy vidět, že naprostá většina z nich chce svou kvalifikaci zvýšit a neplánuje zůstat na pozici zdravotnického asistenta.



### 7.3.5 Odchod ze zdravotnictví

Celkově 20% respondentů v další části dotazníku uvedlo, že uvažuje o odchodu ze zdravotnictví. Variantu odpovědi, že o této možnosti uvažuje “někdy” zvolilo 28% a o otázce odejít ze zdravotnictví, či zůstat, nepřemýšlelo 16% respondentů. O odchodu ze zdravotnictví neuvažuje 36% respondentů.

Graf číslo 11



Z žen odpovědělo 16%, že uvažuje o odchodu ze zdravotnictví. Varianty odpovědi “někdy” a “ne” si v obou případech vybral stejný počet žen, obě odpovědi tedy mají shodně 18% hlasů. O této otázce nepřemýšlelo 16% žen.

Ve věkové kategorii 18 až 21 let někdy uvažovalo o odchodu ze zdravotnictví 33% žen, neuvažovalo o odchodu 22% žen a zbylých 44% si tuto otázku nekladlo. V této skupině žádná z žen neuvedla odpověď “ano”, tedy, že jasně uvažuje o odchodu ze zdravotnictví.

V nejpočetněji zastoupené věkové kategorii 22 až 30 let již přímo o odchodu uvažuje 20% žen, někdy o odchodu uvažuje 35%. Tato odpověď má shodné procentuální zastoupení jako odpověď “ne”, tedy 35% žen této věkové

kategorie o odchodu ze zdravotnictví neuvažuje. O této otázce nepřemýšlí 10% žen.

Mezi posledními dvěma staršími věkovými kategoriemi žen se jejich odpovědi příliš neliší. 25% žen ve věku 31 až 40 let uvažuje o odchodu ze zdravotnictví a že někdy o odchodu uvažuje, odpovědělo 25% žen. Neplánuje odejít 50% žen. Ve věkové kategorii 41 let a více, uvažuje o odchodu ze zdravotnictví 20%, odpověď, že někdy o odchodu uvažuje, zvolilo 40% žen. Neplánuje ze zdravotnictví odejít 40% žen. Ani v jedné z těchto dvou věkových skupin nebyla ženami zvolena odpověď, že o této otázce nepřemýšlely.

Vysoké procento žen, které v těchto dvou věkových kategoriích uvedly, že neuvažují o odchodu ze zdravotnictví, by mohlo naznačovat, že tyto ženy už mají v pracovním kolektivu vybudované své místo a nebo naopak, jak často slyším, pracují ve zdravotnictví tak dlouho, že už si nedovedou představit dělat něco jiného. Pro potvrzení těchto domněnek je však mých respondentek v příliš malý počet.

Tabulka č. 6 - Úvaha o odchodu ze zdravotnictví – ženy

odpovědi / věk	18 – 21 let	22 – 30 let	31 – 40 let	41 a více let
ano uvažuji o odchodu	0%	20%	25%	20%
někdy uvažuji o odchodu	33%	35%	25%	40%
neuvažuji o odchodu	22%	35%	50%	40%
nepřemýšlela jsem o tom	44%	10%	0%	0%

Stejným způsobem jsem hodnotila odpovědi mužů na tuto otázku.

Celkově muži na otázku, zda uvažují o odchodu ze zdravotnictví odpověděli v 33% ano. Že o odchodu někdy uvažují uvedlo 17% mužů. O odchodu neuvažuje 42% a touto otázkou se nezabývá 8% mužů.

Jak jsou na tom s odpověďmi na tuto otázku jednotlivé věkové kategorie mužů, uvádím v následujících řádcích.

Muži byli v mém dotazníkovém šetření zastoupeni pouze ve dvou nejmladších věkových kategoriích.

Ve věkové kategorii 18 – 21 let uvažuje o odchodu ze zdravotnictví 20% mužů, o odchodu neuvažuje 60% a o této otázce nepřemýšlelo 20%. Odpověď, že o odchodu ze zdravotnictví uvažuje jen někdy, nevedl žádný z mužů v této skupině.

Celkem 44% mužů ve věkové kategorii 22 – 30 let o odchodu ze zdravotnictví uvažuje, někdy o odchodu uvažuje 28% mužů a neplánuje odejít 28%. V těchto dvou skupinách mužů je vidět velký rozdíl v odpovědích. Zatímco mladší muži v nadpoloviční většině o odchodu neuvažují, u druhé skupiny převažují úvahy o odchodu ze zdravotnictví a pokud sečteme procenta u odpovědí “ano uvažuji” a “někdy uvažuji”, což by pak činilo 72%, je absolutní převaha odpovědí přesně na opačném pólu, než u mladší skupiny. Přehled je dobře patrný v Tabulce č. 7.

Tabulka č. 7 - Úvahy o odchodu ze zdravotnictví – muži

odpověď / věk	18 – 21 let	22 – 30 let	31 – 40 let	41 a více let
ano uvažuji o odchodu	20%	44%	0%	0%
někdy uvažuji o odchodu	0%	28%	0%	0%
neuvažuji o odchodu	60%	28%	0%	0%
nepřemýšlel jsem o tom	20%	0%	0%	0%

**Shrnutí části dotazníkového šetření mapující současnou pracovní situaci zdravotnických asistentů a jejich spokojenost na pracovišti:**

Ačkoliv se nadpoloviční většina respondentů cítí být plnohodnotným členem svého ošetrovatelského týmu, přesto si připadá jako levnější pracovní síla nahrazující zdravotní sestru. Je to proto, že musí zvládat stejnou práci jako ona při nižším finančním ohodnocení. Přes tato fakta poměrně velké procento respondentů neuvažuje o odchodu ze zdravotnictví (52%), nicméně po zvýšení své kvalifikace stejně opustí pozici zdravotnického asistenta až 64% zdravotnických asistentů

## 8 Zhodnocení hypotéz

### Hypotéza číslo 1:

**Na většině pracovišť zdravotničtí asistenti dělají i činnosti, které překračují jejich kompetence vymezené zákonem a dělají tyto činnosti bez přímého odborného dohledu registrované zdravotní sestry.**

Hypotéza se potvrdila. Ačkoliv velká většina zdravotnických asistentů má možnost zavolat si k provedení ošetrovatelského výkonu, ke kterému nemá kompetence, kompetentní osobu, v 62% výkon asistenti provedou sami (Graf č. 6) a v 58% neodmítnou provést výkon, jsou-li o to požádáni. (Graf č. 7) Přítomnost odborného dohledu po celou dobu své služby uvedlo pouze 48% zdravotnických asistentů.

### Hypotéza číslo 2:

**Vyplývá z hypotézy číslo 1. Většina zdravotnických asistentů není spokojena se svým postavením na pracovišti a s ohodnocením práce, kterou zde vykonává, ve srovnání s prací zdravotních sester na stejném pracovišti.**

Tato hypotéza se potvrdila ve velké většině z celkového počtu odpovědí. Jak v otázce dotazující se na rozdíly v práci zdravotnického asistenta a zdravotní sestry na pracovištích respondentů, tak i v otázce zda se asistenti cítí být levnější pracovní silou nahrazující zdravotní sestru. (Graf č.8)

### **Hypotéza číslo 3:**

**Většina oslovených zdravotnických asistentů nechce zůstat na stávající pozici zdravotnického asistenta a uvažuje o dalším studiu a zvýšení kvalifikace.**

I tato hypotéza se v mém dotazníkovém šetření potvrdila.

Velká většina respondentů buď uvažuje o studiu nebo již studuje. (Tabulky č. 4 a č. 5 a Graf č. 10). Z výsledků usuzují, že spousta zdravotnických asistentů na této pozici dlouho nezůstane, pokud již rovnou po maturitě nebude pokračovat ve studiu a do praxe jako zdravotnický asistent vůbec nenastoupí.

## 9 Příklady z praxe

V této kapitole uvádím 2 příklady zkušeností zdravotnických asistentů z různých oddělení.

### 9.1 Gerontopsychiatrické oddělení

V prvním případě se jedná o lůžkové oddělení gerontopsychiatrie. Na tomto oddělení pracují tři zdravotničtí asistenti a pět zdravotních sester. Zdravotnický asistent, se kterým jsem hovořila, pracuje na oddělení přes dva roky. Přes den do 14ti nebo 14:30ti hodin je s ním na pracovišti ještě staniční sestra, jinak je pouze ve dvojici se sanitářem, ošetřovatelem nebo se sestrou, či druhým zdravotnickým asistentem, „jak to vyjde“. Na starost má třicet klientů. Lékaře mají na oddělení do 14ti hodin, pak slouží „žurnální lékař“. Z výkonů zde převažuje ošetrovatelská péče, hlavně péče o pokožku a převazování chronických ran. Tuto péči provádí asistent sám, bez dohledu, převazy provádí sám, sám si je i hodnotí, zhoršení hned hlásí lékaři, ten určuje způsob ošetření. Z dalších výkonů je zde hodně injekcí v největší míře intramuskulárních a subkutánních, podávají infuze, krmí pacienty do sond – převažuje PEG, menší počet je NGS. Zavádějí se permanentní močové katetry. Tyto všechny výkony si dělají asistenti sami (kromě cévkování mužů) a vedou ve službě dokumentaci klientů. O tom, které činnosti mohou dělat bez odborného dohledu asistenti vědí – mají to ve smlouvě. Většina ordinací je prováděna dopoledne, takže odborný dohled dělá staniční sestra a například zavádění periferního žilního katetru provádí ona. Infuze si asistent připravuje sám a sám si je také podává. Odpoledne a v noci mají asistenti odbornou pomoc na telefonu v rámci budovy. Volají ale jen v opravdu nejnutnějších případech a všechny ordinace si dělají sami, i ty, které sami dělat nesmějí.

## 9.2 Interní oddělení

Další zkušenost z praxe jsem získala od zdravotnické asistentky pracující na interním oddělení menší nemocnice. Na tomto oddělení byli pacienti se srdečními chorobami a vždy několika z nich byla monitorována srdeční akce a její záznam byl přenášen na monitor v pracovně sestry. Po měsíci zaškolení pracovala zdravotní asistentka ve službě jako běžná zdravotní sestra, po třech nočních službách se sestrou už sloužila noční služby na oddělení úplně sama i bez sanitáře a měla na starosti 24 pacientů. V denních službách byla na pracovišti ve dvojici se sestrou a měla na starost polovinu pacientů oddělení, „se vším všudy“, od příjmu do propuštění. Na oddělení, kde pracovala, se kompetence podle ní v podstatě neřešily, pracovníků bylo málo a ona dělala všechny práce stejně jako zdravotní sestry. Pokud byla ve službě sama, měla možnost telefonické rady a nebo osobní pomoci od sester z jednotky intenzivní péče o patro výše. Jejich pomoc využívala jen v nejnútnejších případech, například, když se jí nedařilo zavést periferní žilní kanylu u pacienta. Řekla mi, že plnila všechny ordinace lékaře jako zdravotní sestra a běžně podávala pacientovi léky intravenózně, aplikovala i léky do centrálního žilního katetru. Uvedla i příklad velmi rizikové situace – lékař byl na sesterně a sledoval monitor se srdeční křivkou pacienta a ona na druhém konci oddělení tomuto pacientovi aplikovala do žíly lék na snížení srdeční frekvence. Na dotaz, proč si k tomuto výkonu nezavolala kompetentního pracovníka, odpověděla, že to bylo v noci a vlastně jí to ani nenapadlo – prostě plnila ordinaci lékaře.



## 10 Shrnutí a diskuze

V obou příkladech z praxe asistenti překračovali své kompetence. Ve druhém případě bych viděla mnohem větší riziko ohrožení bezpečnosti pacientů nejen tím, že službu v noci zastával běžně zdravotnický asistent sám, ale i typem oddělení, kde hrozí větší riziko nečekané komplikace vycházející z podstaty onemocnění kardiologických pacientů, navíc nezkušený asistent nemusí na monitoru rozpoznat závažné změny na srdeční křivce.

Tato situace je mnohde způsobena velkým nedostatkem personálu a ve snaze zajistit chod oddělení dochází k překračování kompetencí zdravotnických asistentů, aniž by za to přímo mohli právě asistenti.

Základní otázkou je, co si na pracovištích vedení představuje pod pojmem „odborný dohled“. Všimla jsem si, že nikde není nijak konkrétně a podrobně definovaný. Jediný článek, který pojednává o odborném dohledu, jak jej popisují jinde v Evropě, jsem našla v červnovém čísle časopisu *Sestra* z roku 2012 (Matlochová, Matloch, Drahošová 2012, s.30 a 31). Autoři zde uvádí, že odborný dohled by měl být specifikován podle konkrétní nemocnice, podle místních potřeb a proto není možné stanovit jeden model klinického dohledu a nejsou třeba podrobné postupy, ale je možné definovat principy, které by se měly stát základem každého používaného odborného dohledu, uplatňovaného na konkrétním pracovišti.

Uvedení autoři uvádějí následující principy odborného dohledu:

- „Odborný dohled podporuje praxi, která umožňuje zdravotnickému personálu zlepšit a udržet standard péče.

- Odborný dohled je prakticky zaměřený na profesionální vztah, který umožňuje praktikujícímu reflektovat na praxi vedenou kvalifikovaným dohledem.
- Vedoucí a manažeři jednotlivých oddělení by měli zpracovat proces odborného dohledu v závislosti na místních podmínkách. Základní pravidla by měla být dohodnuta tak, aby odborný dohled a zdravotnický personál měli otevřený, sebevědomý vztah a byli si vědomi toho, o jakou věc se jedná.
- Každý ze zdravotnického personálu by měl mít přístup k odbornému dohledu a každý odborný dohled by měl supervizovat reálné množství praktikantů.
- Příprava odborného dohledu by měla být flexibilní a citlivá podle místních podmínek.“

(Matlochová, Matloch, Drahošová 2012, s.30 a 31)

Dále autoři uvádějí, že odborný dohled je důležitý pro zlepšování standardů péče na pracovišti a pro pracovníka pod odborným dohledem přinášejí v neposlední řadě také výhody týkající se osobního rozvoje, zvýšení odborných schopností a zvýšení sebedůvěry a sebeúcty.

Jak dohled probíhá na konkrétních pracovištích je tedy záležitostí vedení tohoto pracoviště.

Výsledky mého výzkumu potvrdily mé domněnky, že profese zdravotnického asistenta v praxi ve většině případů není vůbec tím, čím by měla být. Mnozí zaměstnavatelé se snaží ušetřit na zaměstnancích a preferují na svých pracovištích zdravotnické asistenty, podle personální vyhlášky platné od dubna

2012 o minimálním personálním zabezpečení zdravotnických provozů (vyhláška č.9/2012Sb O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických provozů).

Jenže v mnohých případech to znamená právě ten problém, kterým se zabývá můj pilotní výzkum, že totiž zdravotničtí asistenti pak dělají i práci, která nepatří do jejich kompetence (viz kap. 9. Příklady z praxe). Navíc tímto postupem jsou na některých pracovištích postiženy sestry, neboť se je snaží zaměstnavatel v rámci úspor převádět na hůře placenou pozici zdravotnického asistenta pod heslem „ber a nebo odejdi“. Tento fakt potvrzuje i článek ve Zdravotnických novinách z 13.8. 2012 (Citores 2012, s.1 a 2).

Je jasné, že náklady na kvalifikovanou sestru jsou vyšší než na zdravotnického asistenta, ale mnoho lidí si neuvědomuje, že zdravotnický asistent a zdravotní sestra mají rozdílnou kvalifikaci danou jiným typem vzdělávání. V naší společnosti je stále zakořeněno, že není rozdíl mezi zdravotnickým asistentem a zdravotní sestrou. To již ale dávno není pravda. Tím, že se posunulo vzdělávání zdravotních sester na vyšší odborné a vysoké školy univerzitního i neuniverzitního typu, posunula se výše i věková hranice studentů tohoto typu studia. Na starší studenty mohou být tedy kladeny jiné požadavky, než na sociálně nezralou mládež. Více se zde rozvíjí kritické myšlení, odpovědnost a rozvoj předpokladů pro týmovou práci, což je nezbytným předpokladem pro „chápání sestry jako odborníka v oblasti ošetrovatelství, jenž dokáže pracovat s informacemi, zformulovat expertní názor na potřebu ošetrovatelské péče, účinně pracovat se členy ošetrovatelského týmu, vést pacienta i jeho blízké v době hospitalizace. Takovéto požadavky vyžadují jiný způsob přípravy, než je tradiční výuka na středních zdravotnických školách.“ (Svobodová 2011,s.3)

Svobodová ve svém článku také hovoří o zdravotnických asistentech. Zmiňuje, že se často zdravotničtí asistenti cítí méněcenní a mají pocit, že na ně

okolí pohlíží tak trochu s despektem. Zde mohou hodně zapůsobit odborné učitelky středních zdravotnických škol tím, jaký postoj samy zaujímají k profesi zdravotnických asistentů. Autorka nazývá ve svém článku zdravotnické asistenty experty na potřeby nemocných, kteří umí řadu dalších odborných činností.

Vzhledem k demografickému vývoji navíc budou přibývat starší polymorbidní pacienti a potřeba kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro základní ošetrovatelskou péči bude stále větší. Vzhledem k současné atmosféře, která je mezi většinou zdravotnických asistentů, s nimiž jsem hovořila, hrozí rapidní úbytek nejen studentů tohoto oboru, ale i asistentů, kteří působí v praxi. Většina studujících tento obor, i v současné době pracujících na této pozici, chce studovat dál. Taktéž podle informace vyučující na jedné střední zdravotnické škole, která chodí se svými studenty – budoucími zdravotnickými asistenty – na naše oddělení na praktickou výuku, se na tento obor hlásí stále méně zájemců a klesá i jejich studijní průměr.

## Závěr

Ve svém pilotním výzkumu jsem se snažila formou kvantitativního šetření zmapovat, alespoň zhruba, pocity a zkušenosti zdravotnických asistentů z praxe ve svém oboru. Dotazník jsem se snažila sestavit tak, aby nebyl příliš dlouhý a zároveň v co největší míře obsáhl danou problematiku. Bylo těžké sestavit otázky, které se týkají kompetencí zdravotnických asistentů. Při jejich sestavování jsem nacházela další a další konkrétní problémy, takže se počet otázek neustále navyšoval. Bylo nutné najít nějakou střední cestu. Na tomto místě bych znovu chtěla poděkovat Mgr. Janě Novákové za její rady při formulování otázek.

Kromě distribuce papírových dotazníků jsem využila služeb internetového serveru „Vyplň to“. Chtěla jsem tak získat větší pestrost zdravotnických pracovišť. Ačkoliv návratnost papírových dotazníků, které jsem mohla použít k vyhodnocení, byla necelých padesát procent, získáním dalších použitelných vyplněných dotazníků v internetovém šetření jsem získala celkem padesát respondentů z různých pracovišť. Můj pilotní výzkum nepracoval s příliš velkým vzorkem respondentů, takže nemohu výsledky svého šetření zobecnit celoplošně, ale myslím si, že určitou vypovídací hodnotu o této problematice mají. Hlubší průzkum by jistě přinesl další zajímavé výsledky. Snad má práce alespoň malým zrnkem přispěje k zlepšení situace zdravotnických asistentů v ošetrovatelském týmu a v neposlední řadě i zdravotních sester neboť tím, že je na některých pracovištích zastáván názor, že práci zdravotní sestry zastane i zdravotnický asistent s výrazně odlišnou kvalifikací, snižuje to kvalitu, ale i bezpečnost ošetrovatelské péče o pacienta. Nejde o to, že by zdravotnický asistent nebyl schopen řádně provádět ošetrovatelskou péči, ale o to, že provádí ošetrovatelské výkony, které nestudoval a ke kterým nemá kompetence podle zákona.

## **Souhrn**

Bakalářská práce „Postavení zdravotnických asistentů v praxi“ je koncipována jako pilotní výzkum. Obsahuje část teoretickou a empirickou.

V teoretické části pojednává o historii ošetrovatelství v Čechách a na Moravě, o změnách v systému vzdělávání v České republice, seznamuje s legislativou, která vymezuje kompetence zdravotnických asistentů, dále informuje o postavení sester v naší společnosti a stručně zmiňuje vzdělávání a práci zdravotních sester v několika dalších státech.

V empirické části práce jsou hodnoceny výsledky kvantitativního výzkumu. Data byla získána pomocí dotazníku určeného zdravotnickým asistentům pracujícím ve zdravotnických zařízeních.

### **Nejdůležitější výsledky:**

Podle odpovědí respondentů je velká většina nespokojená se svým postavením v praxi, 70% se cítí být levnější pracovní silou nahrazující zdravotní sestru, 68% nevidí na svém pracovišti žádné rozdíly v práci zdravotnického asistenta a zdravotní sestry, 64% chce dále studovat. Nadpoloviční většina provádí na svém pracovišti ošetrovatelské výkony, ke kterým nemá kompetence, po celou službu má na svém pracovišti odborný dohled méně, než polovina respondentů.

## Seznam použitých pramenů

### Knihy:

JANEČKOVÁ Hana, HNILICOVÁ Helena: Úvod do veřejného zdravotnictví, Praha: Portál 2009, ISBN 978-80-7367-592-9

Kolektiv autorů: Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 2, G/L, Nakladatelský dům OP Diderot Praha 1997, ISBN 80-85841-33-9 (2.svazek), ISBN 80-85841-17-7 (soubor)

KUTNOHORSKÁ Jana: Historie ošetřovatelství, Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-3224-4

NIKLÍČEK Ladislav, ŠTEIN Karel: Dějiny medicíny v datech a faktech, Praha: Avicenum 1985, 735 21-08/1, 08-042-85

PACOVSKÝ Vladimír: O moderním ošetřovatelství, Praha: Avicenum 1981, 735 21 08/29, 08-066-81

ROZSYPALOVÁ Marie, SVOBODOVÁ Hana, ZVONÍČKOVÁ Marie: Sestry vzpomínají, Praha: Grada 2006, ISBN 80-247-1503-1

ŠKUBOVÁ Jarmila, CHVÁTALOVÁ Helena: Sestra, NCO NZO Brno 2004, ISBN 80-7013-407-0

### **Časopisy:**

CITORES F. Kut: Personální vyhláška tvrdě dopadá na sestry, Zdravotnické noviny č. 6/2012, s. 1 - 2, 13.8.2012, ISSN 0044-1996

MATLOCHOVÁ Sylvie, MATLOCH Zdeněk, DRAHOŠOVÁ Lenka.: Odborný dohled pro NLZP, Sestra č. 6/2012, s. 30 - 31, ISSN 1210 - 0404

POHLOVÁ Zuzana, POHLOVÁ Andrea: Přístup všeobecných sester z klinické praxe ke studiu na VŠ, Sestra č. 4/2011, s. 17 – 18, ISSN 1210-0404

SITNÁ Dana.: Jak se mají naše zdravky, Sestra 7-8/2006, s. 14 – 15, ISSN 1210-0404

ŠKUBOVÁ Jarmila.: „Velká“ novela zákona č.96/2004, Florence 7-8/2011, s. 3 – 4, ISSN 1801-464X

### **Právní předpisy:**

Věstník ministerstva České republiky, částka 9-2004, Koncepce ošetřovatelství, s. 2-8.

Zákon č. 96/2004Sb. ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Vyhláška č. 55/2011Sb. ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků



Vyhláška č.9/2012Sb. z 1.4. 2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických provozů

**Elektronické zdroje:**

BERANOVÁ Tereza: Na zkušenou do Švýcarska [online]. [citováno 14.4.2013] dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/na-zkusenou-do-svycarska-452650>

BLAHOVCOVÁ Václava, KOSOVÁ A., KABELKOVÁ M., SOURADOVÁ V.: Zdravotní sestry u nás a ve světě: jak se jim žije? [online]. [citováno 14.4.2013] dostupné z <http://archiv.vlasta.cz/tema-tydne/2011/10/23/clanky/zdravotni-sestry-u-nas-ve-svete-jak-se-jim-zije/>

ČINČURA Jan: Německé sestry se na rozdíl od Česka registrovat nemusí [online].[citováno 14.4.2013] dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/17430>

EuroStaff CZ s.r.o.: Vzdělávání sester v USA [online].[citováno 14.4.2013] dostupné z <http://www.eurostaff.cz/cz/registrace-v-zahranici-uk-usa/vzdelavani-sester-v-usa.html>

KOLÁČNÁ Tereza : Vzdělávání v Anglii [online].[citováno 14.4.2013] dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vzdelavani-v-anglii-276656>

LICHOSIK D.: Vzdělávací systém oboru ošetrovatelské péče v Itálii [online].[citováno 14.4.2013] dostupné z <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/1263/>

NOVOTNÁ Zuzana: Zápisky ze Švýcarska [online].[citováno 14.4.2013] dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zapisky-ze-svycarska-449661>

PELIKÁNOVÁ Martina: Přivezli jsme si na zádech několik velkých kamenů [online].[citováno 14.4.2013] dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/privezli-jsme-si-na-zadech-nekolik-velkych-kamenu-373204>

POTÁCELOVÁ Petra: Spokojenost zdravotních sester ve svém povolání [online].[citováno 26. 4.2013] dostupné z [http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11921/pot%C3%A1celov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11921/pot%C3%A1celov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1)

PŘIBYLA Bronislav: V Itálii jste dottore, ať chcete, nebo ne [online]. [citováno 14.4.2013] dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/v-italii-jste-dottore-at-chcete-nebo-ne-459845>

SVOBODOVÁ Hana: Nové požadavky mění přípravu na povolání [online].[citováno 20.4.2013] dostupné z <http://www.vzp.cz/uploads/document/akcent-11-2011.pdf>

ŠTERN Ivan: O co se zasloužila svatá Anežka Přemyslovna [online]. [citováno 20.2.2013] dostupné z [http://www.rozhlas.cz/cro6/dokument/\\_zprava/o-co-se-zaslouzila-svata-anezka-premyslovna--984156](http://www.rozhlas.cz/cro6/dokument/_zprava/o-co-se-zaslouzila-svata-anezka-premyslovna--984156)

WIKIPEDIE [online].[citováno 6.3.2013] dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hospic>

Redakce PečujDoma.cz: Zdravotní sestry ve světě: Jak se jim žije? [online].[citováno 14.4.2013] dostupné z <http://www.pecujdoma.cz/zpravy/zahranici/zdravotni-sestry-ve-svete-jak-se-jim-zije.html>

**Zahraniční zdroje:**

Licensed practical nurse [online].[citováno 14.4. 2013] dostupné z  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Licensed\\_practical\\_nurse](http://en.wikipedia.org/wiki/Licensed_practical_nurse)

ANDREWS Margaret M: Global leadership in transcultural practice,  
education and research [online].[citováno 20.2.2013] dostupné z  
<http://pubs.econtentmanagement.com/doi/abs/10.5172/conu.673.28.1-2.13>

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 - Věk respondentů, str. 49

Tabulka č. 2 - Délka praxe na pozici zdravotnického asistenta, str. 50

Tabulka č. 3 – Problematika získání pracovního místa dle věku a délky praxe, str. 52

Tabulka č. 4 - Úvaha o zvýšení kvalifikace z pohledu celkového počtu žen, str. 64

Tabulka č. 5 - Úvaha o zvýšení kvalifikace z pohledu celkového počtu mužů, str. 64

Tabulka č. 6 - Úvaha o odchodu ze zdravotnictví – ženy, str. 66

Tabulka č. 7 - Úvahy o odchodu ze zdravotnictví – muži, str. 68

Graf č.1 - Typ studia pro získání kvalifikace zdravotnický asistent, str. 51

Graf č. 2 - Pracoviště respondentů, str. 53

Graf č. 3 - Seznámení s pracovní náplní a kompetencemi, str. 55

Graf č. 4 - Ví, která sestra má odborný dohled? str. 56

Graf č. 5 - Odborný dohled ve službě, str. 57

Graf č. 6 – Provádění výkonů, ke kterým nemá kompetence str. 58

Graf č. 7 - Odmítnutí výkonu k němuž nemá kompetence, str. 59

Graf č. 8 - Cítí se jako levnější náhrada zdravotní sestry, str. 61

Graf č. 9 – Cítí se být plnohodnotný člen týmu, str. 62

Graf č. 10 - Úvahy o dalším studiu, str. 63

Graf č. 11 - Úvaha o odchodu ze zdravotnictví str. 65

## **Seznam zkratek**

**ICN** - International council of nurses – Mezinárodní rada sester

**ČSČK** - Československý červený kříž

**NCO NZO** – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

**NLZP** - nelékařští zdravotničtí pracovníci

**PEG** - Perkutánní Endoskopická Gastrostomie.

**NGS** – nasogastrická sonda

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Anonymní dotazník

Příloha č. 2 - Projekt

## **Příloha číslo 1:**

### **Průzkum „Postavení zdravotnických asistentů v praxi“**

#### **ANONYMNÍ DOTAZNÍK**

Vážená slečno – paní – pane. Jmenuji se Dagmar Provázková a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia ošetrovatelství oboru všeobecná sestra na 3.lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila výzkum na téma „Postavení zdravotnických asistentů v praxi“. Formou **anonymního** dotazníku chci ve svém výzkumu zjistit, jak jsou zdravotničtí asistenti na svém pracovišti začleněni do ošetrovatelského týmu, jakou práci vykonávají, zda odpovídá jejich kompetencím a jak jsou sami se svým postavením na pracovišti spokojeni. Můj výzkum bude vycházet z Vašich osobních zkušeností, proto velmi prosím o pravdivé odpovědi na otázky. Dotazník je krátký, zabere maximálně deset minut Vašeho času. U každé otázky jsou uvedeny možnosti odpovědi, tu, která nejlépe odpovídá skutečnosti, stačí jednoduše zaškrtnout. U několika otázek je ještě možnost vepsání stručné odpovědi.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který jste vyplňování dotazníku věnoval-a.

**Otázky:**

**1. Měl-a jste problém se získáním pracovního místa?**

ANO

NE

**2. Na kterém z uvedených pracovišť pracujete:**

Ambulance

Standardní lůžkové oddělení

JIP

ARO

Rehabilitace

Domov důchodců

Dům s pečovatelskou službou

Psychiatrie

Jiné

(uved'te) \_\_\_\_\_

**3. Byla Vám na vašem pracovišti vysvětlena náplň činnosti a jasné kompetence – co smíte dělat a co nesmíte na pracovišti dělat ani pod odborným dohledem?**

ANO

NE

NEVZPOMÍNÁM SI

**4. Víte při každé službě, která sestra vykonává nad Vámi odborný dohled?**

ANO

NE, nikoho to nezajímá, na mém pracovišti se to neřeší

NEZAJÍMÁM SE O TO

**5. Sestra vykonávající odborný dohled je s Vámi na pracovišti:**

Po celou mou denní službu, ale ne při noční

Pouze po dobu její ranní služby – tedy jen osm hodin



- o Po celou mou denní i po celou mou noční službu
- o Většinou se mnou žádná sestra při mé službě není

**6. Pokud jste ve službě sám/sama máte možnost zavolat někoho, kdo za Vás provede ošetrovatelský výkon, který Vy nesmíte dělat?**

- o ANO
- o NE

**7. Na tuto otázku odpovídejte pouze v případě, že jste na otázku číslo 6 odpověděl/a ANO – Vyhoví Vám tento pracovník bez problémů?**

- o ANO
- o ANO, ALE JE TO PROBLÉM
- o NE, NEVYHOVÍ
- o ZÁLEŽÍ NA TOM, O JAKÝ VÝKON JDE

**8. Pokud nemáte při své službě nikoho, kdo by tento ošetrovatelský výkon provedl, provedete ho sám/sama, i když ho dělat nesmíte?**

- o ANO, vím, že tento výkon i bez dohledu zvládám
- o ANO - JEN POKUD JE TO AKUTNÍ, vím, že tento výkon i bez dohledu zvládám
- o NE, výkon není v mé kompetenci, i když vím, že tento výkon i bez dohledu zvládám
- o NE, ošetrovatelské výkony, které jsou pod odborným dohledem a nejsou v mé kompetenci neprovádím

**9. Odmítl/a jste někdy provést výkon, který nesmíte provádět ani pod odborným dohledem?**

- o ANO
- o NE, protože vím, že ho zvládám i bez dohledu
- o NE, netroufl/a jsem si

**10. Na tuto otázku odpovídejte jen v případě, že jste na otázku číslo 9 odpověděl/a ANO – Byl/a jste za to nějakým způsobem postižena?**

- o ANO – uveďte stručně jak
- o NE

**11. Vidíte na Vašem pracovišti nějaké rozdíly mezi prací zdravotnického asistenta a zdravotní sestry?**

- ANO, každý máme svou náplň práce
- NE, žádné rozdíly v naší práci nevidím, musím zvládnout všechny výkony jako kdybych byl/a zdravotní sestra

**12. Cítíte se jako plnohodnotný člen Vašeho ošetrovatelského týmu?**

- ANO
- NE
- NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM

**13. Máte pocit, že jste jen levnější pracovní silou za zdravotní sestru?**

- ANO
- NE
- NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM

**14. Uvažujete o dalším studiu?**

- ANO, uvažuji o tom
- ANO, studuji (uved'te jaký obor a na jaké škole)

- \_\_\_\_\_
- NE

**15. Uvažujete o odchodu ze zdravotnictví?**

- ANO
- NE
- NĚKDY
- NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM

**16. Jste:**

- MUŽ
- ŽENA

**17. Uved'te, prosím, Váš věk:**

- 18 – 21let       22 – 30let       31 – 40let       41 a více let

**18. Uved'te, prosím, délku Vaší praxe na pozici zdravotnického asistenta:**

- méně než 1rok       1-2roky       2-3roky       Déle než 3roky

**19. Jaký typ studia jste absolvoval-a pro získání kvalifikace „zdravotnický asistent“?**

- Denní studium na SZŠ
  - Studium při zaměstnání na SZŠ
  - Jiný typ studia, uveďte
-

## **Příloha číslo 2**

# **Projekt**

**Oblast výzkumu** – zdravotničtí asistenti v praxi

**Téma výzkumu** - „Postavení zdravotnických asistentů v praxi“

**Cíle výzkumu**

Prozkoumat, jaké je skutečné postavení zdravotnických asistentů v ošetrovatelském týmu, jak se zdravotničtí asistenti uplatňují na různých zdravotnických pracovištích.

Zjistit, zda odpovídá výkon činností zdravotnických asistentů na těchto pracovištích jejich kompetencím vymezeným paragrafem 30 vyhlášky číslo 55/2011 Sb ze dne 1.března 2011.

**Abstrakt**

V teoretické části práce seznamuje čtenáře s historií ošetrovatelské péče u nás, zabývá se koncepcí ošetrovatelství v naší republice, informuje o změnách ve vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí u nás po vstupu České republiky do Evropské Unie, seznamuje s paragrafem 29 zákona číslo 96/2004 Sb ze dne 4.února 2004 (Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta) a paragrafem 3 odstavec 2 a paragrafem 30 vyhlášky číslo 55/2011 Sb ze dne 1.března 2011(vymezují činnosti zdravotnických asistentů).

V části empirické jsou hodnocena data získaná z vyplněných dotazníků respondenty – zdravotnickými asistenty. Hodnocena je zde spokojenost respondentů s jejich postavením na pracovišti, jejich informovanost o náplni

činnosti a jasných kompetencích zdravotnického asistenta, dále je hodnoceno dodržování vymezených kompetencí zdravotnického asistenta na pracovišti a odborný dohled na pracovišti.

### **Hypotézy**

Moje hypotéza číslo 1:

Na většině pracovišť zdravotničtí asistenti dělají i činnosti, které překračují jejich kompetence vymezené zákonem a dělají tyto činnosti bez přímého odborného dohledu registrované zdravotní sestry.

Hypotéza číslo 2 vyplývá z hypotézy číslo 1 :

Většina zdravotnických asistentů není spokojena se svým postavením na pracovišti a s ohodnocením práce, kterou zde vykonává, ve srovnání s prací zdravotních sester na stejném pracovišti.

Hypotéza číslo 3:

Většina oslovených zdravotnických asistentů nechce zůstat na stávající pozici zdravotnického asistenta a uvažuje o dalším studiu a zvýšení kvalifikace.

### **Metody šetření**

Kvantitativní šetření – sběr dat metodou anonymního dotazníku

### **Výběr vzorku respondentů**

Absolventi studia na středních zdravotnických školách oboru „zdravotnický asistent“ pracující ve zdravotnických zařízeních.