

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Lucie Čermáková

**Komparace podmínek poskytování
ošetrovatelské péče na území ČR před rokem
1989 a v současnosti**

Bakalářská práce

Praha 2013

Autor práce: **Lucie Čermáková**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Datum obhajoby: **10. 6. 2013**

Bibliografický záznam

ČERMÁKOVÁ, Lucie. *Komparace podmínek poskytování ošetrovatelské péče na území ČR před rokem 1989 a v současnosti*. Praha: Karlova univerzita, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2013, 84 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

Anotace

Cílem mé bakalářské práce je nastínit vývoj ošetrovatelství, ošetrovatelské péče a ošetrovatelského vzdělávání. Ve své bakalářské práci porovnávám vybrané aspekty poskytování ošetrovatelské péče na interních, neurologických a anesteziologicko-resuscitačních typech pracovišť, a to ve Fakultní nemocnici v Motole a na druhé straně v Krajské nemocnici v Děčíně. Práce je rozdělena na část teoretickou, ve které se zaměřím na stručný popis historie ošetrovatelství, vývoj vybraných faktorů poskytování ošetrovatelské péče a ošetrovatelského vzdělávání, a na část empirickou, která bude obsahovat výzkum zaměřený na vývoj ošetrovatelství pohledem nelékařských zdravotnických pracovníků a také analýzu dokumentů.

Annotation

The purpose of this work is to outline the progress of nursing, nursing care and nursing education. In my thesis I compare some chosen aspects of offering nursing care at internal, neurological and surgical clinics and at the University Hospital Motol in comparison with Regional Hospital in Decin. The work is divided into two parts, theoretical part in which I focus on a brief description of the history of nursing, progress of chosen elements of offering nursing care, and nursing education and empirical part, which includes research focused on the progress of nursing in view of paramedical staff.

Klíčová slova

Celoživotní vzdělávání, historie ošetrovatelství, historie ošetrovatelského vzdělávání, kvalita ošetrovatelské péče, moderní ošetrovatelství, nelékařský zdravotnický pracovník, osobnosti ošetrovatelství, změny v ošetrovatelství.

Keywords

Lifelong education, history of nursing, history of nursing education, quality of nursing care, modern nursing, paramedical staff, nursing personalities, changes in nursing.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Lucie Čermáková**

studijní program: **Ošetrovatelství**

studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Komparace podmínek poskytování ošetrovatelské péče na území ČR před rokem 1989 a v současnosti**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- PLEVOVÁ, Ilona. A KOL. Ošetrovatelství I. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3224-4
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Rozvoj vzdělávání v ošetrovatelství. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-467-6
- DINGWALL, Robert, Anne Marie RAFFERTY a Charles WEBSTER. An Introduction to the Social History of Nursing. 1. title. London: Routledge, 1988. ISBN 0-415-01785-8.


Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Švarcová Eva, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Švarcová Eva, Ph.D.**


Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 1.6.2012

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 19.12.2012


.....
Děkan
prof. PaedDr. Pavel KOLÁŘ, Ph.D.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Evy Švarcové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 22. 4. 2013

Lucie Čermáková

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Evě Švarcové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a za trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za podporu při mém studiu.

Obsah

ÚVOD	11
CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE.....	11
CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 OŠETŘOVATELSTVÍ	13
2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ NA ÚZEMÍ ČR	13
2.1 VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER V ČECHÁCH	18
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	20
4 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	25
5 VYBRANÉ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	25
5.1 HYGIENICKÁ PÉČE.....	25
5.2 MĚŘENÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ.....	27
5.3 PODÁVÁNÍ LÉKŮ	29
5.4 ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU	32
5.5 OŠETŘOVÁNÍ CHRONICKÝCH RAN	33
5.6 OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ	33
EMPIRICKÁ ČÁST	35
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
7 MATERIÁL A METODIKA PRÁCE	36
8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
9 SHRNUÍ A DISKUSE VÝSLEDKŮ	69
ZÁVĚR	74
REFERENČNÍ SEZNAM	75
SEZNAM TABULEK	79
SEZNAM OBRÁZKŮ	80
SEZNAM PŘÍLOH	81
PŘÍLOHY	82

Seznam zkratek

%	relativní četnost
a.	arteria
aj.	a jiné
apod.	a podobně
ARIP	specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
Bc.	bakalář
ČR	Česká republika
DiS.	diplovaný specialista
EEG	specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v elektroencefalografii
el al.	a kolektiv
FNM	Fakultní nemocnice Motol
ICN	International Council of Nurses
kol.	kolektiv
LF	lékařská fakulta
Mgr.	magistr
mm Hg	rtuťový sloupec
n	absolutní četnost
např.	například
Obr.	obrázek
s.	strana
sv.	svatá
Tab.	tabulka
tj.	to jest
UK	Univerzita Karlova
VS	všeobecná sestra
WHO	World health organization
ZA	zdravotnický asistent

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na vývoj ošetrovatelství a s ním související vývoj technických podmínek a pomůcek usnadňujících provádění ošetrovatelské péče. Dále se práce zabývá vzděláváním nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich uplatněním v pracovním procesu.

Historicko–srovnávací práci na téma „Komparace podmínek poskytování ošetrovatelské péče na území ČR před rokem 1989 a v současnosti“ jsem si vybrala, protože se domnívám, že se úroveň ošetrovatelství neustále zvyšuje a samo ošetrovatelství, jakožto vědní obor, je čím dál více řešeným tématem. Ve své bakalářské práci se snažím zjistit, jakým vývojem ošetrovatelství od svých počátků proběhlo.

K výzkumnému šetření byly vybrány dvě skupiny respondentů, a to zaměstnanci Fakultní nemocnice v Motole a zaměstnanci Krajské zdravotní nemocnice v Děčíně. Šetření probíhalo na interních, neurologických a anesteziologicko-resuscitačních typech pracovišť. Ve své práci se zabývám úrovní, vybavením a vzděláním ve zmíněných nemocnicích.

Práce je rozdělena na část teoretickou, ve které se zaměřuji na stručný popis historie ošetrovatelství, vývoj vybraných faktorů poskytování ošetrovatelské péče a ošetrovatelského vzdělávání. Na část empirickou, která obsahuje výzkum zaměřený na vývoj ošetrovatelství pohledem nelékařských zdravotnických pracovníků, a na analýzu dokumentů. Empirická část také obsahuje cíle a výzkumné otázky, metodologii, jakou bylo šetření provedeno, organizaci sběru dat, charakteristiku vzorku respondentů a závěrečnou diskusi. Výsledky vlastního šetření jsou pro přehlednost zpracovány do tabulek a následně do histogramů četností či výsečových diagramů.

Cíle teoretické části práce

- Stručný popis vývoje ošetrovatelství a ošetrovatelského vzdělávání.
- Výběr významných osobností ošetrovatelství a ošetrovatelského vzdělávání.
- Popis vybraných aspektů ošetrovatelské péče a vytčení pomůcek usnadňujících ošetrovatelskou péči v současnosti.

Cíle empirické části práce

- Analýzou dat zjistit úroveň vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků.
- Zjistit míru vybavení oddělení v minulosti a v současnosti.
- Porovnat výskyt dekubitů v minulosti a v současnosti.
- Zjistit, na jaké úrovni jsou pomůcky k prevenci dekubitů.
- Provést primární analýzu získaných dat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství má mnoho definic. Pod pojmem ošetřovatelství si můžeme představit odbornou a komplexní péči o nemocné. Je humanitní vědou i integrovanou vědní disciplínou. (Farkašová a kol., 2006) Jednoduše lze říci, že ošetřovatelství „je nauka o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem k jejich stavu zdraví a podmínkám prostředí.“ (Farkašová a kol., 2006, s. 13)

2 Historie ošetřovatelství na území ČR

Ošetřovatelství na území ČR sahá až do raného středověku, kdy bylo provázeno šířením křesťanství. Dřívější zkušenost s léčbou byla taková, že si ji lidé předávali z generace na generaci. Lidé pozorovali, jak na lidský organismus působí voda, byliny a slunce. (Kutnohorská, 2010)

„Ve vývoji ošetřovatelství se vyčleňují zpravidla tři hlavní linie péče o nemocné:

- *Laická péče – péče, kterou si poskytoval nemocný, nebo mu ji poskytovali jeho blízcí na základě tradice.*
- *Charitativní péče – byla poskytována nemocným převážně církevními řády. Opatrování se uskutečňovalo v charitativních domech. Ošetřování nemocných bylo chápáno jako morální, humánní pomoc trpícímu člověku.*
- *Organizovaná léčebná péče – její počátky spadají do konce 19. století. Souvisí s hrůzami válek a rozvojem medicíny. Vliv měla také společenská situace a uvědomování si významu hygieny pro zdraví.“* (Kutnohorská, 2010, s. 14)

Největší vliv na vývoj ošetřovatelství měli války. Bylo nutné ošetřovat raněné vojáky, ale přes veškerou snahu stále umírala spousta raněných kvůli špatným hygienickým podmínkám. Žena byla tehdy považována vojáky za ošetřujícího anděla. (Kutnohorská, 2010)

Řády věnující se péči o nemocné

- Alžbětinky
- Johanité
- Diakonky
- Kongregace sv. Zdislavy
- Křížovníci s červenou hvězdou (Kutnohorská, 2010)

Významné osobnosti středověkého ošetřovatelství v Čechách

- Anežka Česká (1211 – 1282)

Anežka Česká byla dcerou Přemysla Otakara I. a Konstancie Uherské. Svůj život zasvětila Bohu.

Společně s bratrem Václavem I. založila v Praze v roce 1234 špitál Na Františku a téhož roku vstoupila do nového kláštera klarisek, kde se stala představenou. Podílela se také na založení mužského rytířského řádu křížovníků s červenou hvězdou.

Celý svůj život pomáhala chudým a nemocným. „*Traduje se, že sepsala pokyny, jak v klášteře ošetřovat chudé a nemocné.*“ (Kutnohorská, 2010, s. 29)

Anežka Česká byla první osobou, která organizovala nemocniční péči na české půdě.

Svatořečena byla roku 1989. (Kutnohorská, 2010)

- Zdislava z Lemberka (1220 – 1252)

Zdislava byla dcerou Kunhuty a Přibyslava. Během svého života se věnovala charitativní činnosti a navštěvování chudých a nemocných.

Svatořečena byla v roce 1995. (Kutnohorská, 2010)

Zakládání špitálů v českých zemích

Špitály byly zakládány při kláštorech. Prioritou těchto špitálů bylo především ošetřování nemocných, chudých a pocestných. Od 13. století byly špitály spíše takzvaným sociálním zařízením. (Kutnohorská, 2010)

„*Pomoc poskytovali holiči, lázeňské, porodní báby, kořenáři, mastičkáři, potulní chirurgové, samouky v lékařství se stávali kněží a mniši.*“ (Kutnohorská, 2010, s. 30)

Osvícenské období

V osvícenské době vznikl systém státní zdravotní správy a zdravotnických zákonů. S velkým zlepšením se ošetřující a ošetřovaní setkali v oblasti hygieny. Vznikala zdravotnická zařízení – nemocnice, chorobince, porodnice, nalezince aj. V těchto zdravotnických zařízeních už se zaobírali především léčbou nemocných, nikoli azylem, se kterým se lidé setkávali doposud. V tomto období proběhla reforma lékařského školství a vznikaly první ucelené teorie o zdravotnictví. (Kutnohorská, 2010)

Ošetřovatelství v 18. století

V 18. století již probíhala kontrola práce a evidence všech zdravotníků. Byla tu kontrola nad nemocnicemi. V roce 1870 vznikl zákon o veřejné zdravotní správě. „V roce 1888 vznikl nemocniční zákon, který upravoval právní postavení léčebných a pečovatelských ústavů.“ (Kutnohorská, 2010, s. 34)

I přes veškerou snahu zlepšit hygienické podmínky, lidé stále bojovali s nakažlivými chorobami a epidemiemi. (Kutnohorská, 2010)

Zakládání nemocnic

Od poloviny 18. století vznikaly první všeobecné nemocnice. Nejstarší nemocnicí zůstává Nemocnice Na Františku v Praze.

První všeobecnou nemocnicí v českých zemích byla nemocnice v Brně, založená v roce 1785. Následující všeobecná nemocnice byla založena v roce 1787 v Olomouci. A v roce 1790 byla založena všeobecná nemocnice v Praze. (Kutnohorská, 2010)

Ošetřovatelství v 19. století

Významnou osobností byl profesor MUDr. Bohumil Eiselt, který školil ošetřovatelky. A následně popsal jejich práci.

Ošetřovatelky bydlely v jednom pokoji s nemocnými, oddělovala je pouze slabá plenta. Na starost měly úpravu lůžka, hygienickou péči, záznam teploty nemocného, podávání medikace a stravy nemocným, ordinace dle lékaře a neustálý kontakt s nemocnými a jejich kontrolu. Slovy profesora Eiselta: „Lékařská služba je mnohem snadnější a méně nebezpečná, než jsou výkony ošetřovatelek.“ (Kutnohorská, 2010, s. 63)

V roce 1886 za vlády Františka Josefa I. musely být ošetřovatelky svobodné, bez závazků, za služby dostávaly peněžité odměny a při zanedbání povinnosti byly náležitě potrestány. (Kutnohorská, 2010)

Osobnosti českého ošetřovatelství

- Karolína Světlá (1830 - 1899), Eliška Krásnohorská (1847 – 1926)

Věnovaly se emancipačnímu hnutí, byly zastánkyněmi českých práv. Zasloužily se o vznik první ošetřovatelské školy v Čechách. (Kutnohorská 2010; Plevová, 2011)

- Alice Masaryková (1879 – 1966)

Alice Masaryková byla poslankyní Národního shromáždění. V roce 1919 založila Československý červený kříž. Téhož roku založila Vyšší sociální školu, k jejímuž budování pozvala tři americké sestry. (Kutnohorská 2010; Plevová, 2011)

- Julie Molnárová (1886 – 1963)

Julie Molnárová měla vysoké a odborné vzdělání. Navštěvovala kurz sociální péče a Státní ošetřovatelskou školu. V Londýně získala diplom Ligy červených křížů. Během svého života se často účastnila mezinárodních kurzů a sjezdů. Byla členkou československých diplomovaných sester. (Kutnohorská 2010; Plevová, 2011)

- Jarmila Roušarová (1900 – 1979)

Byla studentkou Státní dvouleté školy. Pracovala v nemocnicích i ve školství. Účastnila se mezinárodního kurzu v Londýně. Podílela se na zakládání nových ošetřovatelských škol. Byla autorkou první české učebnice ošetřovatelství. (Kutnohorská 2010; Plevová, 2011)

Ošetřovatelství v období 1914 – 1945

Proběhla první světová válka a potřeba ošetřovatelek byla značná. Docházelo k rozvoji nemocnic. V roce 1919 vznikl Československý červený kříž. Lidé se si začali uvědomovat, že vzdělání pro poskytování ošetřovatelské péče je velice důležité. Toto uvědomění dalo vzniknout ošetřovatelským školám při nemocnicích, aby studentky měly dostatečnou praxi. (Kutnohorská, 2010)

Ošetrovatelství v období 1945 – 1948

Po druhé světové válce byla většina nemocnic v ubohém stavu, téměř bez personálu a možnosti poskytování ošetrovatelské péče.

Situaci pomáhaly řešit návraty řádových bratří a sester, také vznik krátkodobých kurzů.

Po válce bylo otevřeno mnoho nových škol. V roce 1947 jich na území ČR bylo čtyřicet.

V roce 1946 se konal Sjezd diplomovaných sester, jehož cílem bylo zhodnotit dosavadní vývoj ošetrovatelství a vyřešit jeho další rozvoj. (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011)

Ošetrovatelství v letech 1948 – 1960

V ošetrovatelství probíhaly velké změny, muselo čelit složité situaci. Z ICN byl vyřazen Spolek diplomovaných sester.

Byl zde negativní postoj k církevním ošetrovatelským školám. Tyto školy byly rušeny z důvodu nesprávného postoje k lidově-demokratickému zřízení. (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011)

Ošetrovatelství v 70. letech 20. století

V 70. letech 20. století došlo k velkému rozvoji medicíny a technologií spojených s medicínou. Změnila se role a postavení zdravotní sestry. Důležitým bodem ve zdravotnictví byla prevence zdraví. Ošetrovatelství již bylo považováno za společensko-vědní disciplínu a nedílnou součástí ošetrovatelství se stal vědecký výzkum. (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011)

„Tradiční pojetí všeobecné sestry a porodní asistentky přestalo vyhovovat. Ty k plnění úkonů potřebovaly daleko odbornější znalosti a kompetence. Celoživotní vzdělávání je u nich nutné a nezbytné. Pro tyto profese musí vzdělávací proces zahrnovat teoretickou přípravu i praktická cvičení.“ (Kutnohorská, 2010, s. 116)

Mezinárodní osobnosti ošetrovatelství

- Florence Nightingale (1820 – 1910)

Dáma s lampou, jak jí bylo přezdíváno, byla významnou osobností světového ošetrovatelství s rychle rostoucí reputací. Svými činnostmi významně ovlivnila ošetrovatelství. Roku 1860 založila ošetrovatelskou školu. V ošetrovatelství vytvořila

system. Její nejvýznamnější publikací jsou Zápisky z ošetrovatelství. (Dingwall, 1988; Kutnohorská, 2010) „Organizovanou opatrovnickou činnost změnila na profesní činnost ošetrovatelskou.“ (Kutnohorská, 2010, s. 48)

- Henri Dunant (1828 – 1910)

Poté, co se stal svědkem bitvy u Solferina, kde se nikdo nestaral o zraněné, nastolil myšlenku založení mezinárodní organizace, která by raněným vojákům pomáhala. Na základě této myšlenky založil v roce 1846 Mezinárodní červený kříž. Za založení této organizace byl oceněn Nobelovou cenou. (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011)

- Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810 – 1881)

Pirogov byl velice uznávaným chirurgem v Rusku, i ve světě. V roce 1846 se stal objevitelem narkózy. Založil vůbec první anatomický ústav. S vyškolenými ošetrovatelkami se odebral do Krymské války, kde dbal na přísné dodržování zásad hygieny. (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011)

2.1 Vzdělávání všeobecných sester v Čechách

Dříve se rady týkající se ošetrování nemocných a raněných předávaly z generace na generaci. Postupem času lidem docházelo, že k ošetrování nemocných je potřeba určitého vzdělání a praxe, a proto se začaly budovat a zakládat školy, které toto vzdělání poskytovaly. První zmínky o ošetrovatelském vzdělávání pocházejí již z roku 1620, kdy probíhalo jakési vzdělávání v opatrovnictví. K dalšímu rozšíření vzdělávání došlo za vlády Marie Terezie.

V Čechách byla založena první ošetrovatelská škola v roce 1874 v Praze. Na jejím založení měly velkou zásluhu Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, které byly velkými zastánkyněmi ženských práv. Ve škole se ošetrovatelky vzdělávaly pod vedením lékařů. I přes nedostatek ošetrovatelského personálu v nemocnicích škola po pár letech zanikla.

Další školou, založenou v roce 1916 v Praze, byla Státní dvouletá ošetrovatelská škola. Tato škola měla vysokou odbornou úroveň a její první ředitelkou se stala Sylva Macharová. Díky své úrovni a úspěchu vzdělávání na této škole pokračovalo i po

skončení první světové války. Státní dvouletá ošetrovatelská škola se stala vzorem pro další zakládání ošetrovatelských škol. Velký rozvoj však nastal až během druhé světové války. V roce 1921 založily absolventky Státní dvouleté školy Spolek absolventek ošetrovatelské školy, který byl později v roce 1928 přejmenován na Spolek diplomovaných sester. Spolek pořádal přednášky, kurzy pro budoucí i hotové ošetrovatelky a také byl nápomocen při zakládání dalších ošetrovatelských škol. V roce 1933 byl přijat do ICN.

Vyšší sociální škola, jež byla založena v roce 1918, připravovala sociální pracovníky a ošetrovatelky na práci v terénu. Studium bylo jednoleté.

V roce 1946 byla založena Vyšší ošetrovatelská škola, ve které se dostávalo vzdělání sestrám – učitelkám a také vrchním sestrám, které se vzdělávaly v řídicím úseku práce. Po roce 1948 došlo k velkému vzkvětu zdravotnického školství. Docházelo ke sjednocování dvouletých ošetrovatelských škol s rodinnými a sociálními školami. Studium se rozšířilo a prodloužilo na tři roky, později na čtyři roky a bylo ukončeno maturitní zkouškou. Od roku 1954 nesou ošetrovatelské školy název Střední zdravotnická škola. V roce 1951 došlo ke sjednocení zdravotnictví, o které se zasloužila Státní zdravotní správa.

V roce 1960 vznikl v Brně Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Ve stejném roce bylo otevřeno dvouoborové pětileté, později i šestileté dálkové studium ošetrovatelství pro odborné učitelky. Toto studium bylo otevřeno v Praze na Filozofické fakultě Karlovy univerzity.

Od roku 1992 se mohou sestry vzdělávat na vysokých školách v bakalářských oborech a od roku 1999 v navazujících magisterských oborech, či na vyšších odborných školách, kde získávají titul DiS – diplomovaný specialista. Po vystudování střední zdravotnické školy se od roku 2004 stávají absolventi zdravotnickými asistenty, přičemž v minulosti se stávali všeobecnými sestrami. Od roku 2005 mohou žáci střední zdravotnické školy studovat také zdravotnické lyceum, které tyto žáky připravuje ke studiu na vysokých školách.

Rok 2004 vnesl do zdravotnictví také povinnou registraci zdravotnického pracovníka a povinnost celoživotního vzdělávání. O zavedení těchto úkonů se již od roku 1971 pokoušely Marta Staňková a Dana Jurásková, které viděly nutnost dalšího pomaturitního vzdělávání, proto zavedly dobrovolnou registraci nelékařských zdravotnických pracovníků. (Staňková, 1978; Kelnarová, 2009, A)

Oblasti dalšího vzdělávání:

- *„Kvalifikační příprava – tu získá pracovník studiem na školách středních, vyšších a na vysoké škole.*
- *Specializační vzdělání získá zdravotník v institucích, které jsou k tomu oprávněny.*
- *Celoživotní vzdělávání musí absolvovat každý zdravotník, který chce své povolání vykonávat dobře. Nové poznatky podložené výzkumy je možno získat studiem na vysokých školách, v kurzech, na odborných konferencích, kongresech, seminářích. Mnoho poznatků je možno získat samostudiem odborné literatury, odborných časopisů. Veliký podíl na vzdělání má i vlastní zapojení do výzkumů, výstupy na odborných konferencích, vlastní publikační činnost.“*
(Kelnarová, 2009, A, s. 22)

3 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematickou, cyklickou a plánovanou činností v poskytování ošetřovatelské péče. Ta je zaměřená na člověka jako na jednotlivce a předpokládá dosažení určitého výsledku, který si sestra naplánovala. Cílem ošetřovatelského procesu je změna zdravotního stavu pacienta. Opírá se o vzájemně propojené činnosti. O ošetřovatelském procesu rozhoduje sestra, má-li k tomu kompetence, volí vhodný způsob a postup péče. Proces je sestaven z pěti fází, které na sebe navazují a vzájemně se propojují.

Proces, který sestra provádí, je podložen ošetřovatelskou dokumentací. Ošetřovatelská dokumentace je chronologickým přehledem poskytované péče. Je to hodnotný zdroj informací o pacientovi. Dokumentace je jakousi kontrolou kvality péče, kterou sestra provádí. Veškeré zápisy musí být v dokumentaci uvedeny jasně, stručně, srozumitelně, pravdivě a přehledně. Jakýkoli zápis, který je do dokumentace proveden, musí být opatřen podpisem, časem a datem. (Carcio, 1985; Skálová, 1997; Kelnarová a kol., 2009, A; Tóthová, 2009)

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. Zhodnocení nemocného – anamnéza
2. Diagnostika nemocného
3. Ošetrovatelský plán, stanovení intervencí
4. Realizace ošetrovatelského plánu
5. Zhodnocení ošetrovatelského procesu

Zhodnocení nemocného – anamnéza

Během první fáze ošetrovatelského procesu sestra získává informace o nemocném – nepřetržitě a systematicky. Dochází k posouzení zdravotního stavu pacienta. Sestra by měla tuto fázi provádět opravdu důkladně, jelikož první fáze je odrazovým můstkem pro další plánování ošetrovatelské péče. Získávání informací probíhá různými způsoby – rozhovorem s pacientem i s jeho příbuznými či doprovodem, pozorováním, fyzikálním vyšetřením apod. Je důležité, aby vše zaznamenala do dokumentace. Seznamování se s nemocným by mělo probíhat vhodným způsobem a ve vhodném prostředí. Empatie je velmi dobrou vlastností sestry proto, aby se jí pacient otevřel a nebál se odpovídat na její otázky. Pomůckou pro anamnézu pacienta může být Model fungujícího zdraví Majory Gordonové. (Skálová, 1997; Kelnarová a kol., 2009, A; Tóthová, 2009)

Diagnostika nemocného

Na základě zjištěných informací z první fáze ošetrovatelského procesu sestra zhodnotí pacientův problém a určí ošetrovatelskédiagnózy. Dále je seřadí dle priority na aktuální a potenciální. „*Ošetrovatelská diagnóza je zformulovaný ošetrovatelský problém.*“ (Kelnarová a kol., 2009 A, s. 38) Diagnózy mohou být dvousložkové, kdy zahrnují problém a etiologii problému, nebo tříložkové, které popisují problém, etiologii a projev problému. (Skálová, 1997; Staňková, 1999; Kelnarová a kol., 2009, A; Tóthová, 2009)

Ošetrovatelský plán, stanovení intervencí

Ošetrovatelský plán je velice důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Sestra dle diagnóz stanovuje cíle, kterých je třeba dosáhnout pro zlepšení pacientova zdraví. Cíl, který sestra stanoví, by měl být měřitelný, hodnotitelný, reálný a dosažitelný. Cíl je třeba konkretizovat, a to, zda je krátkodobý – v řádu hodin nebo dnů, nebo

dlouhodobý – v řádu týdnů či po dobu celé hospitalizace. Třetí fáze procesu zahrnuje také ošetrovatelské intervence, kterými sestra pomůže pacientovi. Pacient by měl být o ošetrovatelském plánu informován. (Skálová, 1997; Staňková, 1999; Kelnarová a kol., 2009, A; Tóthová, 2009)

Realizace ošetrovatelského plánu

Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu sestra provádí intervence, které si stanovila. Realizací ošetrovatelského plánu se rozumí pokus o dosažení daných cílů. Na realizaci se podílí celý ošetrovatelský tým a dbá na to, aby se pacient aktivně zapojil. (Skálová, 1997; Kelnarová a kol., 2009, A; Tóthová, 2009)

Zhodnocení ošetrovatelského plánu

V hodnocení ošetrovatelské péče sestra písemně zaznamená, do jaké míry byly splněny stanovené cíle. Poslední fáze má význam pro hodnocení kvality péče na daném oddělení, v dané nemocnici. Pokud některý z cílů nebyl splněn, je potřeba změnit intervence či stanovit jiný cíl. (Skálová, 1997; Kelnarová a kol., 2009, A; Tóthová, 2009)

Role sestry

Role je jakýmsi očekávaným chováním zdravotní sestry. Je to skupina vlastností, které se vzájemně prolínají a jsou žádoucí pro společnost. Role sestry zahrnuje soubor činností, které sestra pravidelně vykonává.

- Ošetrovatelka – uspokojuje základní potřeby člověka.
- Edukátorka – vychovává k soběstačnosti.
- Obhájkyně – obhajuje práva a zájmy pacienta.
- Manažerka – organizuje a řídí ošetrovatelskou péči.
- Nositelka změn – přizpůsobuje se vývoji ošetrovatelství.
- Výzkumnice – provádí vlastní výzkum a prezentuje jej.
- Mentorka – dohlíží na studenty a předává jim odborné znalosti.

(Kozierová a kol., 1995; Douglass, 1996; Farkašová, 2006)

Ošetrovatelský proces na interním oddělení

- Onemocnění srdce a oběhového systému – např. ischemická choroba srdeční, hypertenze, arytmie atd.
- Choroby dýchacího systému – např. pneumonie, emfyzém, astma bronchiale atd.
- Onemocnění trávicího systému – např. vředová choroba žaludku a duodena, akutní gastritida, Crohnova choroba atd.
- Onemocnění endokrinních žláz – např. Cushingův syndrom, diabetes mellitus atd.
- Onemocnění močového systému – např. glomerulonefritida, akutní cystitida, renální insuficience atd.
- Krevní onemocnění – anemie, poruchy homeostázy a hemodynamiky atd.
(Slezáková, 2007; Vytejková, 2011)

Ošetrovatelský proces na neurologickém oddělení

- Cévní mozkové příhody
- Epilepsie
- Parkinsonova choroba
- Meningitidy
- Algické vertebrogenní syndromy
(Slezáková, 2007; Vytejková, 2011)

Ošetrovatelský proces na anesteziologicko–resuscitačním oddělení

- Pacienti se selháním orgánů
- Respirační onemocnění
- Poruchy vědomí
- Polytraumata
- Popáleniny
- Vrozené vývojové vady
- Pooperační péče
(Slezáková, 2007; Vytejková, 2011)

Při shrnutí této kapitoly vidíme, že ošetrovatelský proces je důležitý pro uspokojování základních potřeb nemocného. Také zajišťuje návaznost poskytované ošetrovatelské péče a je velmi důležitou součástí ošetrovatelství.

Potřeby člověka

Potřeba je projevem nadbytku či nedostatku něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co je užitečné a nevyhnutelné. Potřeby člověka jsou individuální, mění se, vyvíjejí a kultivují. Potřeby mají význam biologický, ekonomický a psychologický.

Důležitým prvkem ošetrovatelství je holistický přístup k člověku a jeho potřebám. Tento přístup znamená, že sestra musí vnímat pacienta jako celek.

Podle Maslowa, který vytvořil pyramidu potřeb, má každý jedinec individuální systém motivů, ten je uspořádán hierarchicky. (Trachtová, 2008)

- Fyziologické potřeby
 - Pohyb, výživa, vyprazdňování, spánek, kyslík
- Pocit bezpečí
 - Potřeby vyvarovat se nebezpečí, ohrožení
- Potřeba lásky
 - Náklonnost, sounáležitost, potřeba milovat a být milován
- Potřeba úcty
 - Respekt, důvěra, nezávislost
- Potřeba seberealizace
 - Realizace schopností, být sám sebou, nacházet uspokojení z prováděných činností

Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Mezi faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb člověka, se řadí nemoc, věk, individualita člověka, mezilidské vztahy a okolnosti. (Trachtová, 2008)

4 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalitní péče je taková péče, která uspokojuje pacienta i samotný personál, který ošetrovatelskou péči provádí. Kvalita péče je řízena vedením nemocnice a samotnými klinikami a odděleními. Zahrnuje trvalou snahu o její zlepšení. Kvalitní péče by měla být účinná, pozitivně přijatá nemocným a adekvátní. Její vyjádření je zaštitěno standardy. Mezi znaky kvality péče patří dostupnost, vhodnost, efektivita, účinnost a rovnocennost. (Farkašová a kol., 2006; Duffy, 2009; Joint Commission International, 2008)

5 Vybrané aspekty ošetrovatelské péče

Aspekty, popisované v této kapitole, jsem zvolila z důvodu mé domněnky, že u nich došlo k největšímu rozvoji

5.1 Hygienická péče

Hygienická péče je souborem pravidel a postupů potřebných k celkové životosprávě nemocného. Během hygienické péče dochází k uspokojování základních lidských potřeb. Má význam z hlediska psychického, estetického, výchovného a zdravotního. Je důležité mít na paměti, že hygienická péče je čistě individuální záležitostí. Hygienické návyky a rituály vznikají již od útlého dětství, a přesto najdeme pacienty, kteří mají tyto návyky minimální. Hygiena se odvíjí od soběstačnosti pacienta. Míru soběstačnosti lze měřit pomocí Barthelova testu základních všedních činností. Hygienická péče je základní činností ošetrovatelské péče. (Doležalová, 1988; Ellis et al., 1988; Kelnarová a kol., 2009, A; Vytejčková, 2011)

Základní činnosti:

- Péče o čistotu prádla
- Péče o dutinu ústní
- Hygienické mytí rukou
- Ranní a večerní toaleta
- Celková koupel
- Hygienické vyprazdňování, péče o inkontinentní pacienty
- Péče o nehty, vlasy, vousy
- Polohování – prevence dekubitů
(Doležalová, 1988; Ellis et al., 1988; Kelnarová a kol., 2009, A; Vytejšková, 2011)

Pacienty dělíme zpravidla do třech základních skupin, podle toho se pak odvíjí ošetrovatelská péče v rámci hygieny:

- Samostatní, chodící pacienti
- Pacienti nechodící – soběstační v rámci lůžka
- Nesoběstační, nechodící pacienti v těžkém stavu
(Doležalová, 1988; Ellis et al., 1988; Kelnarová a kol., 2009, A; Vytejšková, 2011)

Technické pomůcky využívané v současném ošetrovatelství

- Aquarel
- Nafukovací vana
- Nafukovací bazének k umývání vlasů
- Pokojový klozet
- Koupací zvedák
- Spreje pro hygienu genitálu – např. Menalind sprej
- Inkontinentní pomůcky – např. slípkové vložky, jednorázové pleny, plenkové kalhotky
- Jednorázové podložky
(Doležalová, 1988; Ellis et al., 1988; Kelnarová a kol., 2009, A; Vytejšková, 2011)

5.2 Měření fyziologických funkcí

Tělesná teplota

„Tělesná teplota je vedlejším produktem metabolismu, který je využíván buňkami těla jako zdroj energie pro jejich činnost.“ (Mikšová, 2006; s. 61) Je řízena termoregulací, jejíž centrum je uloženo v hypotalamu. (Mikšová, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

Hodnoty tělesné teploty

Pod 35,5 °C	Hypotermie
36 – 36,9 °C	Normotermie
37 – 38 °C	Subfebrilie
38 – 40 °C	Febrilie
Nad 40 °C	Hyperpyrexie

Naměřené hodnoty se mohou lišit dle místa měření – axila, ústa, kůže, ucho, rektum, třísla, vagina, močový měchýř, jícen. Během dne tělesná teplota kolísá, ráno může být nižší, večer naopak vyšší.

Horečky dělíme podle jejich projevu na febris intermittens – střídavá, febris remittens – kolísavá, febris recurrens – návratná, febris continua – setrvalá, febris septica – septická, febris undulans – vlnivá, febris bifasica – dvojitá. (Doležalová, 1988; Mikšová, 2006; Kapounová, 2007; Kelnarová a kol., 2009, B)

Faktory ovlivňující tělesnou teplotu

Mezi faktory ovlivňující tělesnou teplotu se řadí věk, denní doba, tělesná aktivita a psychický stav. (Doležalová, 1988; Mikšová, 2006; Kapounová, 2007; Kelnarová a kol., 2009, B)

V současnosti nám k měření tělesné teploty pomáhá digitální teploměr, elektronický teploměr nebo např. kožní páska na měření tělesné teploty. Další pomůckou mohou být teplotní čidla, hojně využívaná v resuscitační péči, kterými můžeme měřit tělesnou teplotu v jícnu či v močovém měchýři.

Pulz

Pulz neboli tep je výsledkem nárazu krevního proudu na stěnu tepny. Vzniká při systole levé srdeční komory. Rozlišujeme tep centrální (apikální) a tep periferní. U pulzu hodnotíme frekvenci, kvalitu, pravidelnost a rytmus. (Doležalová, 1988; Mikšová, 2006; Kapounová, 2007; Kelnarová a kol., 2009, B)

Hodnoty frekvence pulzu

Novorozenec	Průměrně 130 / minuta
Adolescent	Průměrně 80 / minuta
Dospělý	Průměrně 70 / minuta

Pokud u dospělého dojde k více než 90 úderům za minutu, pak hovoříme o tachykardii. Pokud dojde k méně než 60 úderům, pak hovoříme o bradykardii.

Mezi místa periferního měření pulzu řadíme a. radialis, a. brachialis, a. femoralis, a. temporalis, a. carotis, a. poplitea, a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior. (Doležalová, 1988; Mikšová, 2006; Kapounová, 2007; Kelnarová a kol., 2009, B)

Faktory ovlivňující pulz

K faktorům, které ovlivňují pulz, patří věk, pohlaví, tělesná teplota, stres, tělesná aktivita a léky. (Doležalová, 1988; Mikšová, 2006; Kapounová, 2007; Kelnarová a kol., 2009, B)

Mezi technické pomůcky usnadňující měření pulzu v současnosti můžeme řadit digitální tonometr, který snímá i frekvenci tepu. Další pomůckou je saturační čidlo k měření tepu a saturace kyslíku.

Krevní tlak

Krevním tlakem se rozumí stav, kdy krev vyvíjí tlak na cévy, ve kterých koluje. Je zapříčiněn výdejem a odporem cév a neustále kolísá. Rozeznáváme dvě hodnoty, kdy krev vyvíjí tlak na stěny cév – systolu a diastolu. Systola je nejvyšší hodnota a znamená stah srdeční komory. Diastola je děj, při kterém dochází k roztažení srdeční komory a hodnota je nejnižší. (Doležalová, 1988; Mikšová, 2006; Kapounová, 2007; Kelnarová a kol., 2009, B)

Hodnoty krevního tlaku

85 / 60 mm Hg	Hypotenze
120 / 80 mm Hg	Normotenze
140 / 90 mm Hg	Mírná hypertenze
160 / 100 mm Hg	Střední hypertenze
180 / 110 mm Hg	Těžká hypertenze

Faktory ovlivňující krevní tlak

Krevní tlak může ovlivnit věk, pohlaví, tělesná kondice, pohyb, stres, rasa, denní doba, léky a obezita. (Doležalová, 1988; Mikšová, 2006; Kapounová, 2007; Kelnarová a kol., 2009, B)

V současné době nám pomáhá k měření krevního tlaku digitální tonometr a také invazivní měření tlaku, které se využívá v resuscitační péči.

5.3 Podávání léků

Podávání léků je důležitou složkou ošetrovatelských činností. Sestra podává léky dle písemné ordinace lékaře a za podání léků nese zodpovědnost. Sestra se stará o uskladnění léků, přípravu léků a o jejich aplikaci. Je důležité, aby měl zdravotnický personál znalosti farmakologie. Pacient má právo vyžádat si informace o léku, který mu je podán.

Rozeznáváme tři formy léků – tuhé, polotuhé, tekuté. Mezi tuhé léky patří např. tablety, prášky, kapsle, dražé, pilule a zrnka. Mezi polotuhé léky patří např. čípky, vaginální globule, krémy, gely, masti, náplasti. Do tekuté formy léků patří např. směsi,

suspenze, roztoky, oleje, čaje a tinktury. (Staňková, 1988; Šamánková, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

Názvy léků

- Generický – zaznamenává přehled účinných látek, tento název doporučuje WHO.
- Chemický – udává chemickou strukturu léku.
- Obchodní – lék je pojmenován výrobcem.

(Staňková, 1988; Šamánková, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

Označení léků

- Speciality – léky vyráběné hromadně ve farmaceutických závodech.
- Magistrality – léky vyrobené v lékárně dle předpisu lékaře.

(Staňková, 1988; Šamánková, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

Účinky léků

Terapeutický účinek je ten, který pozitivně ovlivňuje léčbu pacienta. Toxický účinek znamená, že lék má škodlivý vliv na organismus pacienta. Vedlejší účinek má za následek vedlejší reakci na podaný lék. Lékovou alergií se rozumí imunologická reakce na lék. Léková interakce se může projevit při podání různých druhů léků, které se mohou vzájemně ovlivňovat. Léková závislost se projeví chorobným chtěním léků. (Staňková, 1988; Šamánková, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

Zásady podávání léků

- Správný lék
- Správný pacient
- Správný způsob
- Správná dávka
- Správný čas

(Smith S. et Duel D., 1992)

Způsoby aplikace léků

- Podání léků per os

Per os znamená podání léků ústy. Jedná se o nejčastější způsob aplikace léků. Sestra podává léky na základě ordinace lékaře. Účinek léku se při podání ústy dostaví zpravidla do 20-30 minut, při sublinguálním podání (pod jazyk) se účinek dostaví za 1-2 minuty.

Po podání léku sestra kontroluje pacienta kvůli případným nežádoucím účinkům či alergickým reakcím. Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace. (Staňková, 1988; Šamánková, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

- Parenterální podání léků – injekčně

„*Injekce je vpravení sterilního roztoku do organismu pomocí injekční stříkačky a injekční jehly.*“ (Kelnarová a kol., 2009, B, s. 136) Při injekčním podání se používají olejové, vodné nebo alkoholové roztoky.

Injekčně léky můžeme podávat intravenózně – do žíly, intramuskulárně – do svalu, subkutánně – pod kůži, intradermálně – do kůže, intraarteriálně – do tepny, intrakardiálně – do srdce, intraartikulárně – do kloubu, intrathekálně – do páteřního kanálu.

Nejčastěji injekčně vpravujeme připravené léky z ampulek, lahviček či antikoagulantia v předplněných injekčních stříkačkách. Tyto léky jsou připravovány ve farmaceutických závodech.

Je důležité, aby při podávání léků injekčně probíhala pečlivá příprava, a aby byl po podání proveden zápis do dokumentace. (Staňková, 1988; Šamánková, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

Další možnosti podávání léků

- Aplikace léků kůží – masti, roztoky, zásypy.
- Aplikace léků do oka – vkapávání, výplachy, aplikace mastí.
- Aplikace léků do ucha – vkapávání, výplachy, aplikace mastí.
- Aplikace léků do nosu – kapky, masti, rozprašovače.
- Aplikace léků do konečníku – čípky, masti, klyzmata.
- Vaginální aplikace léků – roztoky, vaginální globule, tablety, čípky.
- Inhalace – podávání léku ve formě plynu, páry či aerosolu.

- Oxygenoterapie – podávání kyslíku s vyšší koncentrací.
(Staňková, 1988; Šamánková, 2006; Kelnarová a kol., 2009, B)

V současnosti je podávání léků na vyšší úrovni. Objevují se nová antibiotika, k léčbě diabetu pomáhají pacientům inzulinová pera, inzulinové pumpy, inzulinové stříkačky. K injekční antikoagulační léčbě slouží předplněné injekční stříkačky. Při inhalacích může být nemocnému velkou pomůckou ruční inhalátor. V infuzní léčbě jsou stále častěji využívány kanyly s ochrannou pojistkou.

5.4 Odběr biologického materiálu

Vyšetření biologického materiálu je často velice důležité pro určení diagnózy, léčby a ošetrovatelské péče.

Mezi druhy biologického materiálu patří tělní tekutiny, tj. krev, likvor, žaludeční a duodenální šťávy. Dále tělesné sekrety, tj. punktát, poševní sekret, sekret z kožních ložisek. A nakonec tělesné exkrementy, mezi něž patří moč, stolice, zvratky, pot a sputum. Sestra musí mít na mysli, že veškerý biologický materiál je infekční a tudíž musí dbát na správný způsob odběru.

Biologický materiál se včas transportuje k biochemickému, mikrobiologickému, sérologickému či hematologickému vyšetření, podle ordinací lékaře. (Mikšová a kol., 1998; Kelnarová a kol., 2009, C)

Zásady odběru

- Správný způsob odběru
- Označení jednorázové zkumavky
- Řádně vyplněná žádanka
- Správný a včasný transport
- Záznam výsledků do dokumentace
- Používání ochranných pomůcek

(Mikšová a kol., 1998; Kelnarová a kol., 2009, C)

Současný vývoj ošetrovatelství nám nabídl možnost používání jednorázových pomůcek nebo například odběrového vakuového systému.

5.5 Ošetřování chronických ran

Rána bývá popisována jako hluboké či povrchové narušení celistvosti kůže.

Rány dělíme několika způsoby. Dle mechanismu účinku rozeznáváme rány mechanicky způsobené, rány chemicky způsobené, rány termicky způsobené a rány akineticky způsobené. Podle stupně znečištění dělíme rány na čisté a kontaminované. Velice důležité dělení ran je dle časového rozsahu – akutní a chronické.

Ošetřování a převazování ran by mělo být pod záštitou týmové a komplexní péče. Probíhá vždy za aseptických podmínek, s pomocí převazového vozíku.

Chronická rána je takovým defektem, u něhož nedojde k zahojení do šesti až osmi týdnů. „*Bývají spojeny nejen s rizikem infekce a snížením kvality života, ale v některých případech i s ohrožením života.*“ (Tóthová, 2000, s. 190)

Péče o rány závisí na typu defektu. Každému defektu je indikována jiná péče.

- Komprese rány
- Vlhké hojení ran - udržuje vlhké prostředí v ráně, působí jako prevence před sekundární infekcí. Např. hydrogelové obvazy, hydrokoloidy, hydropolymery.
- Klasická léčba – gázové krytí, bez vlastního léčebného účinku. Např. filmy.
- Podtlaková léčba – „*aktivně uzavírá ránu a odvádí z ní infekční materiál.*“ (<http://www.lecbarany.cz/o-lecbe-ran/zpusoby-lecby/podtlakova-terapie>) (Tóthová, 2000; Pejznochová, 2010; www.lecbarany.cz)

5.6 Ošetřování dekubitů

Dekubitus neboli proleženina, znamená poškození kožní integrity vyvolané tlakem na určité místo na těle. Vznik dekubitu je ovlivněn intenzitou tlaku, časovou délkou působení tlaku, celkovým stavem pacienta, dispozicemi, zevními okolnostmi a kvalitou ošetrovatelské péče. Proleženiny vznikají nejčastěji na predilekčních místech, tj. tam, kde vystupují kosti – temeno, uši, lopatky, lokty, sakrální oblast, kotníky a paty. Sestra by měla dbát na hygienu pacienta, jeho celkový stav, prostředí, ve kterém pacient

leží a edukaci pacienta. Měla by mít na pozoru mechanické vlivy a především by se měla starat o polohování pacienta. Riziko vzniku dekubitů sestra hodnotí podle dostupných škál – např. Norton skóre, Waterloo škála.

Dekubity jsou klasifikovány do čtyř stupňů. První stupeň znamená zčervenání kůže a vytvoření mírného edému. Při druhém stupni dochází ke vzniku puchýřů či hlubokých oděrek. Pokud dojde ke třetímu stupni vzniku proleženiny, vytvoří se nekróza, tzn. místní odúmrt' tkáně. Při čtvrtém stupni dochází k infikování kosti.

Proleženiny jsou téměř vždy infikované. Nejčastěji v ranách působí *Escherichia Coli*, pseudomonáda a stafylokok.

K tomu, abychom předešli vzniku dekubitů, je nejdůležitější činností ošetrovatelské péče polohování. Polohování pacientů je systematická, časově podložená činnost zdravotnického personálu.

K ošetření prvního stupně proleženin postačí častější polohování, uvolnění tlaku na postižené místo a promazávání zčervenalé kůže.

Ošetření druhého stupně probíhá stejně jako ošetření prvního stupně, personál zabraňuje dalšímu rozvoji. Sestra odstraní vytvořený puchýř, sekret očistí přikládáním mulu. Ránu vypláchne a přiloží vhodné krytí, např. Betadine.

Třetí stupeň proleženin vyžaduje často antibiotickou léčbu, kvůli infekci v ráně. Změní se frekvence intervalu polohování. Sestra nebo lékař odstraní vzniklou nekrózu, vyčistí ránu navlhčeným mulem, vyplní ránu čtverci navlhčenými fyziologickým roztokem a přiloží hydroaktivní krytí.

U čtvrtého stupně dekubitů dochází nejčastěji k chirurgické léčbě.

Vznik dekubitů je známkou špatné ošetrovatelské péče a často může vést až ke smrti pacienta. (Špindlerová, 1953; Riebelová a kol., 2000; Mikula, Müllerová, 2008; www.osobniasistence.cz)

V současnosti dochází k menšímu výskytu dekubitů díky moderním polohovacím pomůckám, polohovacím lůžkům – mechanicky či elektricky ovládaným, antidekubitárním matracím, manipulační technice k přesunům pacienta nebo například nutridrinkům – Cubitan.

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části mé bakalářské práce jsou uvedeny cíle a výzkumné otázky, metodologie šetření, organizace sběru dat a charakteristika vzorku respondentů. Následuje analýza a interpretace výzkumného šetření, která zastává podstatnou část mé bakalářské práce. Empirická část je ukončena shrnutím a diskusí zjištěných výsledků.

6 Cíle a výzkumné otázky

Cíle empirické části

1. Analýzou dat zjistit úroveň vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků.
2. Zjistit míru vybavení oddělení v minulosti a v současnosti.
3. Porovnat výskyt dekubitů v minulosti a v současnosti.
4. Zjistit, na jaké úrovni jsou pomůcky k prevenci dekubitů.
5. Provést primární analýzu získaných dat.

Výzkumné otázky

1. Dá se předpokládat, že v současnosti je méně ošetřovaných dekubitů za měsíc než před rokem 1989?
2. Dá se předpokládat, že v současnosti jsou do pracovního provozu přijímáni nelékařští zdravotničtí pracovníci s vysokoškolským vzděláním spíše než nelékařští zdravotničtí pracovníci s maturitním vzděláním?
3. Lze předpokládat, že v Krajské nemocnici v Děčíně pracuje více nelékařských zdravotnických pracovníků s nižší kvalifikací než ve Fakultní nemocnici v Motole?
4. Dá se předpokládat, že jsou v současnosti oddělení lépe vybavena než v minulosti?
5. Můžeme předpokládat, že v Praze jsou spokojeni s vybavením oddělení, a v Děčíně ne?
6. Lze předpokládat, že v minulosti byl personál více zatížen než v současnosti?

7 Materiál a metodika práce

Pro vlastní šetření jsem použila dotazníkovou metodu, která patří do kvantitativních výzkumných metod.

Dotazníková metoda je nejčastěji používanou metodou ve výzkumu. Dotazník je časově méně náročný než rozhovor a respondent má dostatek času na promyšlení své odpovědi.

K výzkumnému šetření byl zvolen dotazník, jehož konstrukce je částečně převzatá (otázky č. 12, 13, 16, 23, 24). Dotazník obsahuje 24 uzavřených otázek, z nichž čtyři otázky jsou situovány do doby před rokem 1989. Na tyto otázky mohl odpovědět pouze respondent, který byl v daných letech již zaměstnán ve zdravotnictví. Uzavřený systém otázek jsem zvolila pro snadnější vyhodnocování dotazníku.

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela předvýzkum, ve kterém jsem zjišťovala srozumitelnost jednotlivých otázek dotazníku.

První část dotazníku se zaměřuje na zjištění základních údajů o respondentovi (otázky 1-7), druhá část zjišťuje pracoviště respondenta a názor na vzestup/pokles ošetrovatelské péče na daném pracovišti (otázky 8-14).

Třetí část mapuje názor respondenta na vzdělávání (otázky 15-18) a poslední část dotazníku se zabývá problematikou dekubitů (otázky 19-24).

Vzorek respondentů byl složen z nelékařských zdravotnických pracovníků ve Fakultní nemocnici v Motole a v Krajské nemocnici v Děčíně. Konkrétními pracovišti, která jsem v obou nemocnicích vybrala, byla anesteziologicko – resuscitační oddělení, interní oddělení a neurologická oddělení.

Šetření probíhalo v průběhu prosince 2012, kdy jsem zprvu oslovila náměstkyni pro ošetrovatelskou péči ve FNM a hlavní sestru v nemocnici Děčín, poté jsem s jejich souhlasem roznesla obálky vrchním sestrám již zmíněných oddělení a podala jsem jim instrukce ohledně distribuce dotazníků. Na každé zvolené pracoviště jsem připravila dvě obálky. V jedné obálce byly připravené dotazníky k vyplnění a druhá obálka sloužila, z důvodu anonymity, k vyhazování vyplněných dotazníků.

K šetření bylo distribuováno celkem 100 dotazníků ve FNM a 100 dotazníků v Děčíně. Návratnost byla 75% z Fakultní nemocnice v Motole a 70% z Krajské nemocnice Děčín. Tudiž z počtu 200 rozdaných dotazníků jsem pracovala se 145 dotazníky.

8 Analýza a interpretace výzkumného šetření

Následující kapitola se zabývá vlastním šetřením, ve kterém jsou výsledky analýzy seřazeny postupně podle položek v dotazníku a jednotlivé otázky jsou vyhodnoceny pomocí tabulky, grafu a jsou doplněny o krátký komentář.

Získaná data byla vyhodnocena pomocí aplikace Microsoft Excel 2007. Výsledky vlastního šetření byly sestaveny do přehledných tabulek, histogramů četností a v některých případech do výsečových diagramů.

Položka č. 1: Vaše věková kategorie

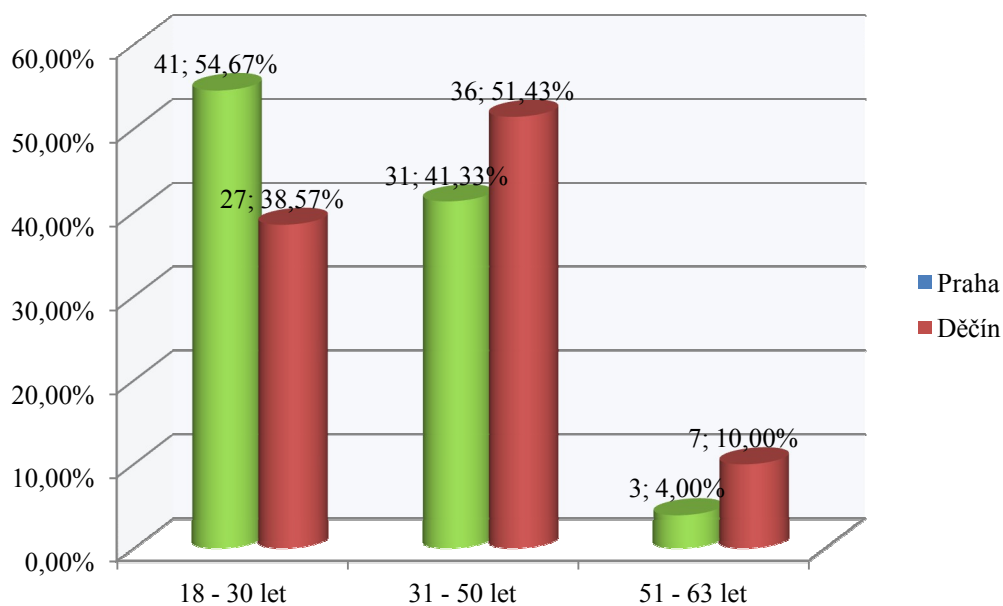
Tab. 1: Věková kategorie respondentů

Věková kategorie	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 30 let	41	54,67%	27	38,57%	68	46,90%
31 - 50 let	31	41,33%	36	51,43%	67	46,21%
51 - 63 let	3	4,00%	7	10,00%	10	6,90%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Tabulka 1 uvádí věkové zastoupení respondentů. Celkem 41 (54,67%) respondentů z Prahy a 27 (38,57%) respondentů z Děčína bylo ve věku 18 – 30 let. Věkové rozmezí 31 – 50 let uvedlo 31(41,33%) respondentů z Prahy a 36 (51,43%) z Děčína. Ve věkové kategorii 51 – 63 let odpovídali celkem 3 (4,00 %) dotazovaní z Prahy a 7 (10,00%) dotazovaných z Děčína. Grafické znázornění získaných dat uvádí obr. 1.

Je patrné, že na položku věková kategorie odpovědělo celkem 145 respondentů. Z celkového počtu bylo 68 (46,90%) dotazovaných ve věku 18 – 30 let, 67 (46,21%) uvedlo věk v rozmezí 31 – 50 let a 10 (6,90%) respondentů bylo ve věku 51 – 63 let.

Obr. 1: Věková kategorie respondentů



Položka č. 2: Vaše pohlaví

Tab. 2: Pohlaví respondentů

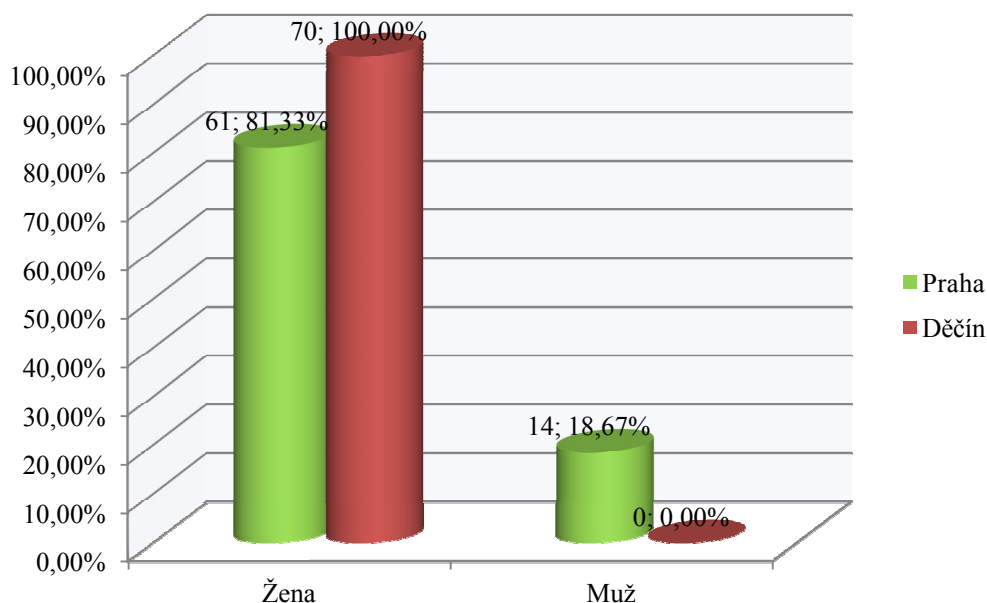
	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Pohlaví respondentů						
Žena	61	81,33%	70	100,00%	131	90,34%
Muž	14	18,67%	0	0,00%	14	9,66%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Výše uvedená tabulka uvádí věk respondentů. Celkem odpovědělo 145 respondentů, přičemž odpovídalo 75 (100,00%) dotazovaných z Prahy a 70 (100,00%) z Děčína.

V Praze odpovídalo na položené otázky 61 (81,33%) žen a 14 (18,67%) mužů. Z tabulky je patrné, že v nemocnici v Děčíně se dotazníkového šetření zúčastnili pouze ženy, a to v počtu 70 (100,00%).

Z celkového počtu dotazovaných se šetření účastnilo 131 (90,34%) žen a 14 (9,66%) mužů.

Obr. 2: Pohlaví respondentů



Položka č. 3: Uveďte prosím, na kterém pracovišti jste zaměstnán/a

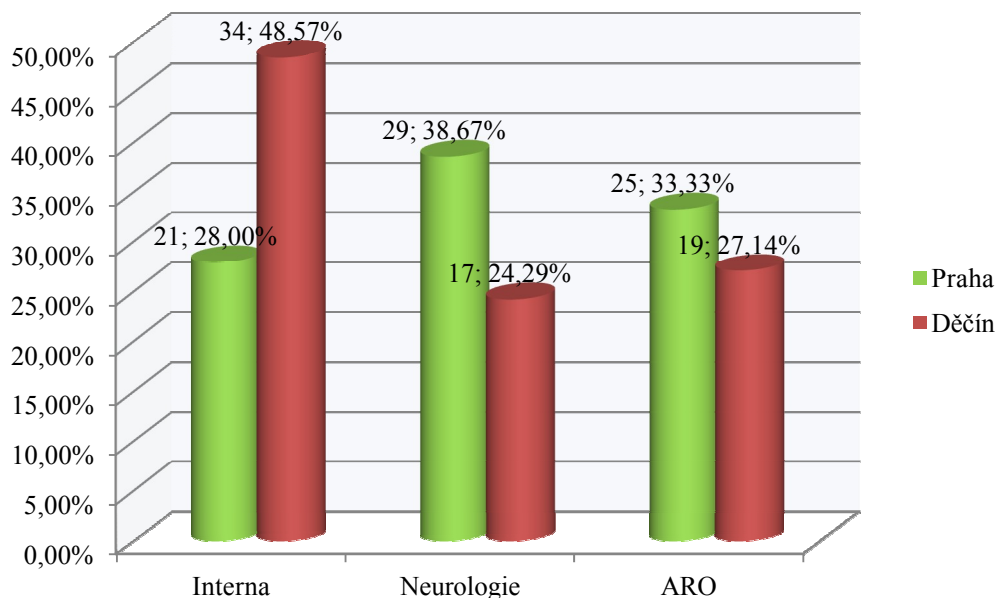
Tab. 3: Pracoviště respondentů

Typ pracoviště	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Interna	21	28,00%	34	48,57%	55	37,93%
Neurologie	29	38,67%	17	24,29%	46	31,72%
ARO	25	33,33%	19	27,14%	44	30,34%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Tabulka 3 uvádí pracoviště zkoumaného vzorku. Je zřejmé, že 21 (28,00%) dotazovaných je zaměstnáno na Interní klinice 2. LF UK a FN Motol. 29 (38,67%) respondentů pracuje na Neurologické klinice 2. LF UK a FN Motol a 25 (33,33%) zaměstnanců FN Motol je zaměstnáno na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. 34 (48,57%) respondentů uvedlo jako své pracoviště Interní oddělení Děčín. 17 (24,29%) respondentů je zaměstnáno na Neurologickém oddělení v Děčíně a 19 (27,14%) respondentů pracuje na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení v Děčíně.

Z tabulky vyplývá, že odpovídalo celkem 145 respondentů, z toho 55 (37,93%) je zaměstnáno na pracovišti interního typu, 46 (31,72%) na neurologickém pracovišti a 44 (30,34%) odpovídajících uvedlo anesteziologicko-resuscitační typ pracoviště.

Obr. 3: Pracoviště respondentů



Položka č. 4: Jaká je délka Vaší praxe v oboru?

Tab. 4: Délka praxe respondentů

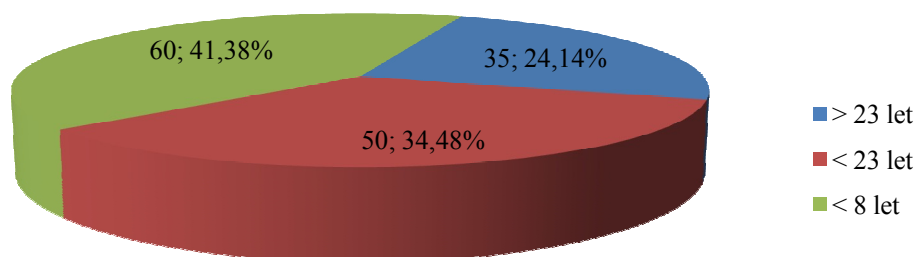
Délka praxe	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
> 23 let	17	22,67%	18	25,71%	35	24,14%
< 23 let	23	30,67%	27	38,57%	50	34,48%
< 8 let	35	46,67%	25	35,71%	60	41,38%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Tabulka 4 znázorňuje délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Tato položka byla do šetření zahrnuta především z důvodu následného porovnání minulosti a současnosti.

Celkem 17 (22,67%) dotazovaných z Prahy a 18 (25,71%) dotazovaných z Děčína uvedlo délku praxe delší než 23 let. Je tudíž patrné, že pracovali již před rokem 1989, a proto mohli odpovídat na některé níže uvedené položky, ve kterých byla

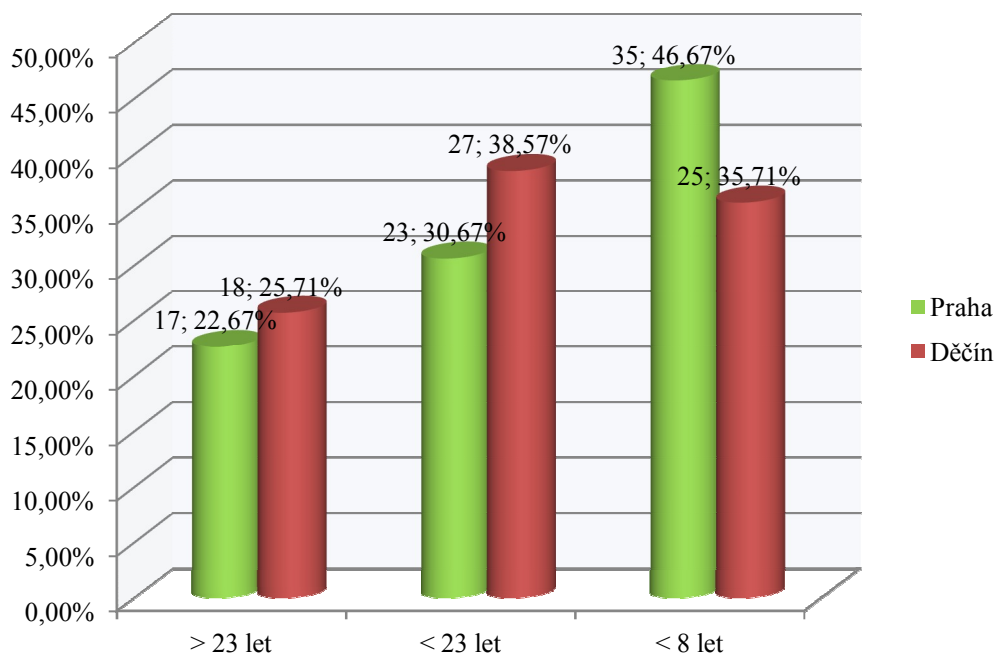
porovnávána minulost a současnost. Méně než 23 let pracuje 23 (30,67%) respondentů z Prahy a 27 (38,57%) respondentů z Děčína. Možnost odpovědi „méně než 8 let“ jsem použila z důvodu pomyslného mezníku ve vývoji ošetrovatelství – rok 2004, kdy se změnil titul středoškolsky vzdělaných všeobecných sester na zdravotnické asistenty. Tuto odpověď označilo 35 (46,67%) zaměstnaných v Praze a 25 (35,71%) zaměstnaných v Děčíně.

Obr. 4a: Délka praxe respondentů – celkem



Obrázek 4a znázorňuje délku praxe všech respondentů. Z obrázku je patrné, že největší zastoupení z porovnávaných vzorků mají respondenti, kteří jsou zaměstnáni méně než osm let – 60 (41,38%). 50 (34,68%) respondentů je zaměstnáno méně než 23 let a 35 (24,14%) respondentů bylo zaměstnáno již před rokem 1989.

Obr. 4b: Délka praxe respondentů



Položka č. 5: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
VS	40	53,33%	45	64,29%	85	58,62%
ZA	5	6,67%	13	18,57%	18	12,41%
DiS	19	25,33%	7	10,00%	26	17,93%
Bc	6	8,00%	4	5,71%	10	6,90%
Mgr	5	6,67%	0	0,00%	5	3,45%
Jiné	0	0,00%	1	1,43%	1	0,69%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

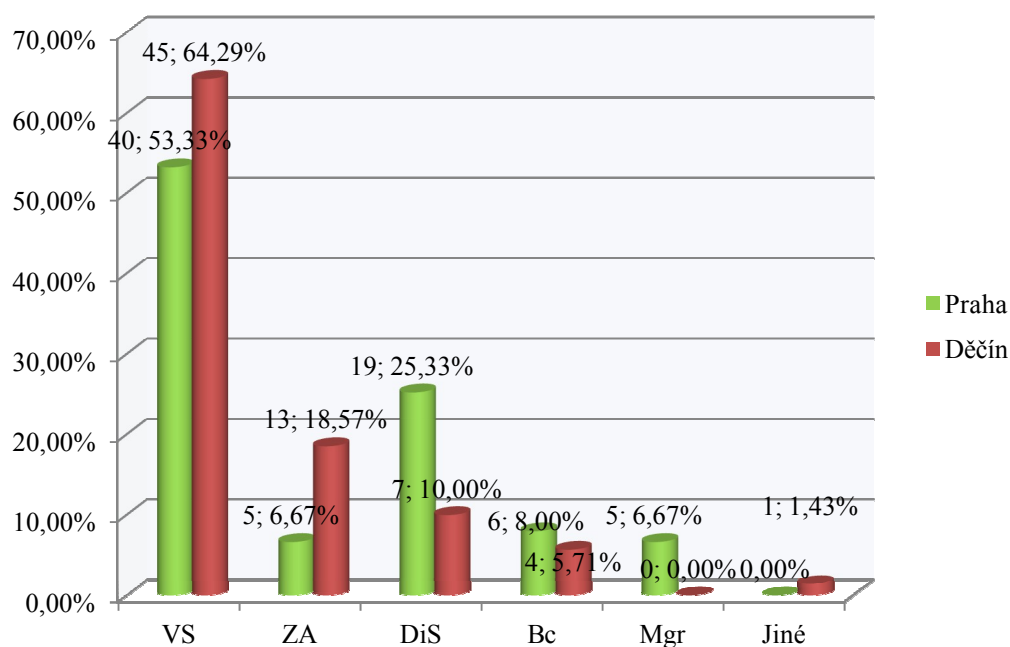
Analýzou dat bylo dle tabulky 5 zjištěno, že všeobecných sester s maturitou odpovídalo 40 (53,33%) respondentů z Prahy a 45 (64,29%) respondentů z Děčína. Zdravotnických asistentů, tzn. absolventů středních zdravotnických škol od roku 2004, odpovídalo 5 (6,67%) z Prahy a 13 (18,57%) z Děčína. Diplomovaných specialistů se šetření účastnilo 19 (25,33%) z Prahy a 7 (10,00%) z Děčína. Bakalářů odpovídalo 6 (8,00%) z motolské nemocnice a 4 (5,71%) z děčínské nemocnice. Magisterský titul uvedlo 5 (6,67%) respondentů z Prahy. Z děčínské nemocnice odpověděla 1 (1,43%)

respondentka s ošetrovatelským kurzem. Dosažené vzdělání všech respondentů uvádí obr. 5.

Na položku vzdělání odpovídalo celkem 145 (100%) respondentů. Dle zpracovaných dat se dotazníkového šetření zúčastnilo 85 (58,62%) všeobecných sester s maturitou, což byla nadpoloviční většina všech dotazovaných. Následovalo 26 (17,93%) diplomovaných specialistů. Dále se šetření zúčastnilo 18 (12,41%) zdravotnických asistentů, 10 (6,90%) bakalářů, 5 (3,45%) respondentů s magisterským titulem a 1 (0,69%) ošetrovatelka.

Tato položka se vztahuje k výzkumným otázkám č. 2 a 3.

Obr. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Položka č. 6: Chtěl/a byste dosáhnout vyšší kvalifikace?

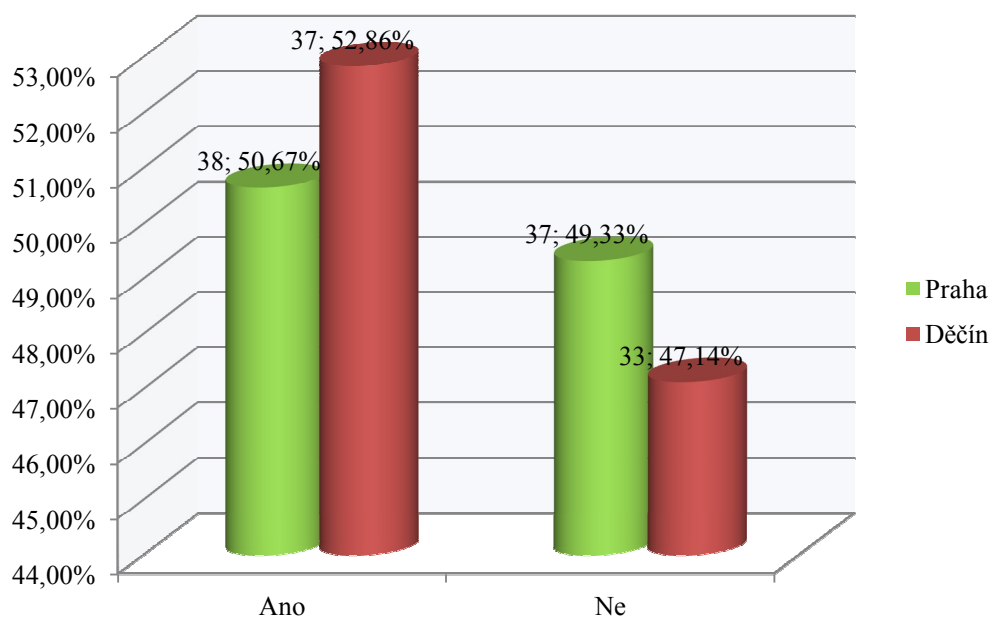
Tab. 6: Dosažení vyšší kvalifikace

Dosažení vyšší kvalifikace	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	38	50,67%	37	52,86%	75	51,72%
Ne	37	49,33%	33	47,14%	70	48,28%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že celkem 75 (51,72%) respondentů by chtělo dosáhnout vyšší kvalifikace. Z toho 38 (50,67%) odpovídajících z motolské nemocnice a 37 (52,86%) z nemocnice v Děčíně.

Odpověď ne uvedlo celkem 70 (48,28%) dotazovaných. V Praze takto odpovědělo 37 (49,33%) respondentů a v Děčíně 33 (47,14%) respondentů.

Obr. 6: Dosažení vyšší kvalifikace



Položka č. 7: Máte specializaci?

Tab. 7: Specializace

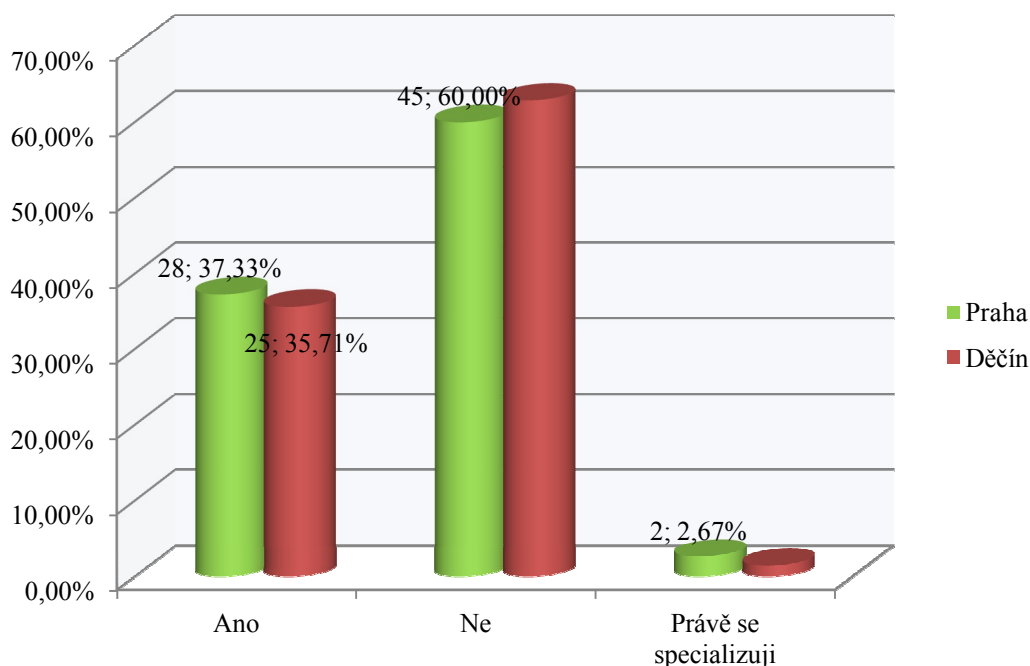
Specializace	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	28	37,33%	25	35,71%	53	36,55%
Ne	45	60,00%	44	62,86%	89	61,38%
Právě se specializuji	2	2,67%	1	1,43%	3	2,07%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Tabulka 7 uvádí odpovědi na otázku, zda mají respondenti nějakou specializaci, popř. jakou. Celkem 53 (36,55%) respondentů odpovědělo na tuto položku kladně a 3 (2,07%) respondenti se v době šetření specializovali. Typ specializace uvádí následující tabulka vztahující se k tabulce 7.V Praze má specializační vzdělání 28 (37,33%) respondentů. V Děčíně je specializačně vzděláno 25 (35,71%) dotazovaných.

Zápornou odpověď uvedlo celkem 89 (61,38%) dotazovaných, z toho 45 (60,00%) odpovídajících bylo z Prahy a 44 (62,86%) z Děčína.

Specializace	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
ARIP	20	68,97%	20	80,00%	40	74,07%
EEG	1	3,45%	0	0,00%	1	1,85%
Geriatric	1	3,45%	0	0,00%	1	1,85%
Pediatric	3	10,34%	0	0,00%	3	5,56%
Neurology	0	0,00%	4	16,00%	4	7,41%
Interna	4	13,79%	1	4,00%	5	9,26%
Celkem	29	100,00%	25	100,00%	54	100,00%

Obr. 7: Specializace



Položka č. 8: Jste spokojen/a s vybavením Vašeho pracoviště?

Tab. 8: Spokojenost s vybavením pracoviště

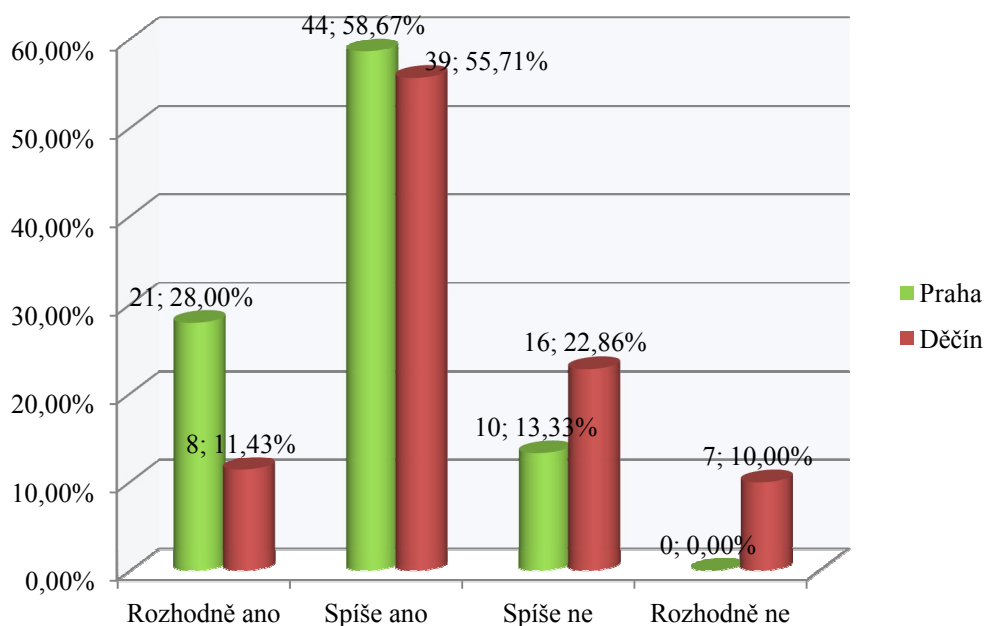
	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Spokojenost s vybavením						
Rozhodně ano	21	28,00%	8	11,43%	29	20,00%
Spíše ano	44	58,67%	39	55,71%	83	57,24%
Spíše ne	10	13,33%	16	22,86%	26	17,93%
Rozhodně ne	0	0,00%	7	10,00%	7	4,83%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Z celkového počtu 75 respondentů z Prahy je 21 (28,00%) z nich s vybavením svého pracoviště spokojeno, 44 (58,68%) respondentů se přiklonilo k možnosti spíše ano a 10 (13,33%) z nich uvedlo, že je s vybavením pracoviště spíše nespokojeno.

V Děčíně je z celkového počtu 70 respondentů 8 (11,43%) rozhodně spokojených a 39 (55,71%) spíše spokojených respondentů. K nespokojenosti se přiklonilo 16 (22,86%) dotazovaných a absolutně nespokojených respondentů odpovědělo 7 (10,00%).

Tato položka se vztahuje k výzkumné otázce č. 5.

Obr. 8: Spokojenost s vybavením pracoviště



Položka č. 9: Myslíte si, že v současnosti je Vaše oddělení lépe vybaveno než v minulosti (před rokem 1989)? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.

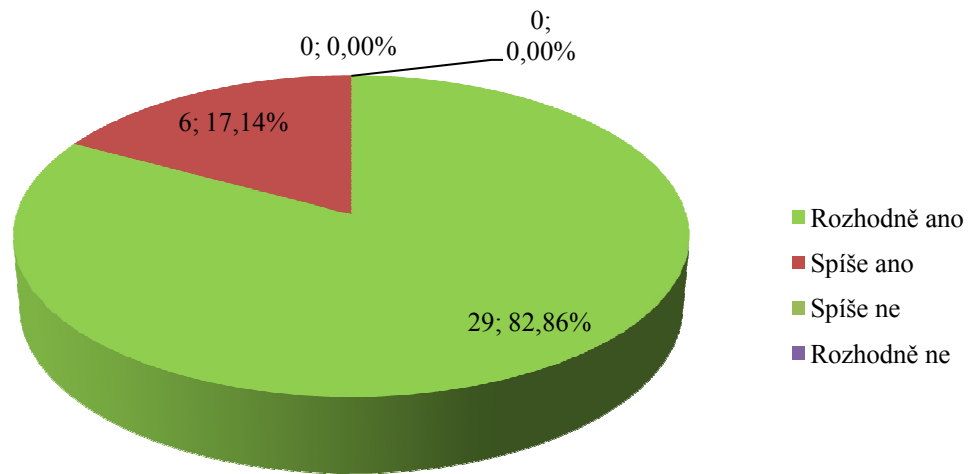
Tab. 9: Domněnka lepšího vybavení pracoviště v současnosti

	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Vybavení pracoviště						
Rozhodně ano	14	82,35%	15	83,33%	29	82,86%
Spíše ano	3	17,65%	3	16,67%	6	17,14%
Spíše ne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Rozhodně ne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	17	100,00%	18	100,00%	35	100,00%

Analýzou dat bylo zjištěno, že 14 (82,35%) dotazovaných z Prahy a 29 (82,86%) dotazovaných z Děčína se domnívá, že v současnosti je jejich pracoviště vybaveno lépe než před rokem 1989. K odpovědi spíše ano se přiklonili 3 (17,65%) respondenti z Prahy a 3 (16,67%) z Děčína.

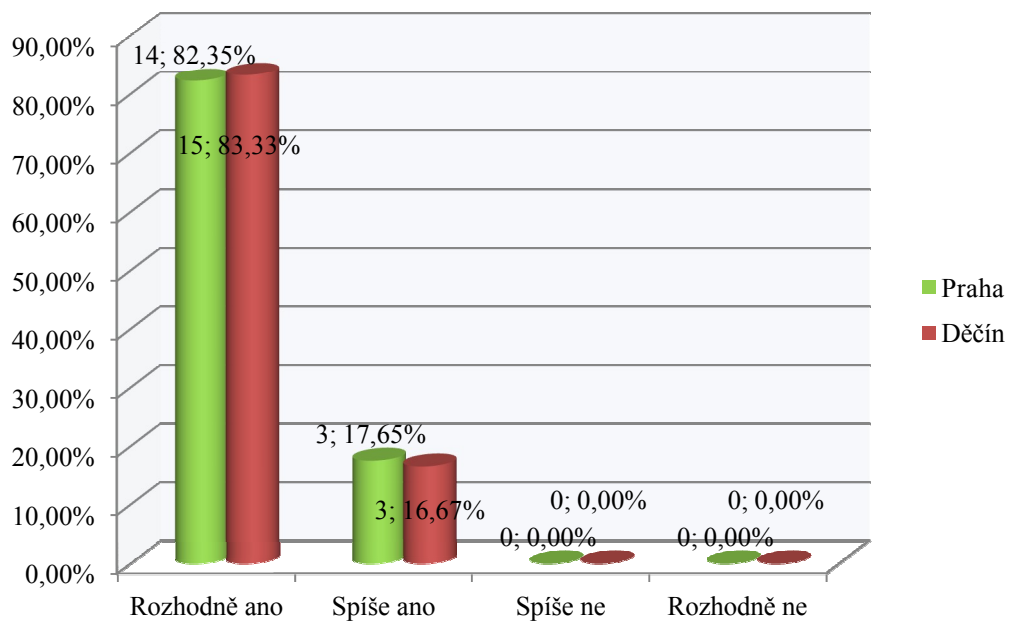
Tato položka se vztahuje k výzkumné otázce č. 4.

Obr. 9a: Domněnka lepšího vybavení pracoviště v současnosti – celkem



Z obrázku 9a je tedy patrné, že z celkového počtu 35 respondentů, pracujících před rokem 1989, odpovědělo 29 (82,86%) a 6 (17,14%), že jsou rozhodně nebo spíše spokojeni se současným vybavením pracoviště.

Obr. 9b: Domněnka lepšího vybavení pracoviště v současnosti



Položka č. 10: Myslíte si, že se zvyšují možnosti v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče?

Tab. 10: Zvyšování možností kvality ošetrovatelské péče

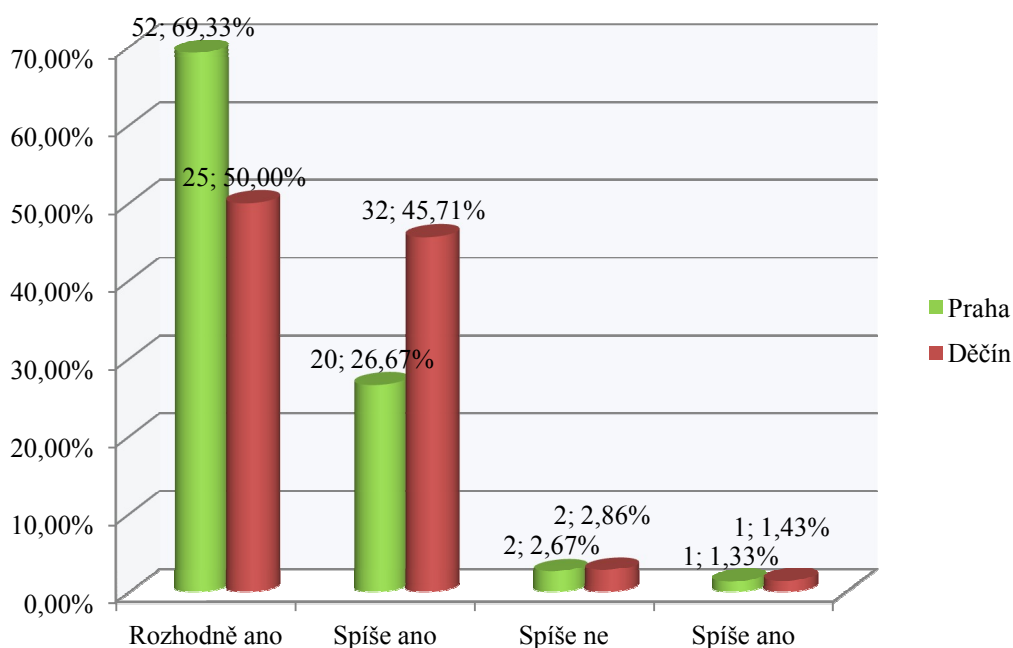
Zvyšování možností	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	52	69,33%	35	50,00%	87	60,00%
Spíše ano	20	26,67%	32	45,71%	52	35,86%
Spíše ne	2	2,67%	2	2,86%	4	2,76%
Rozhodně ne	1	1,33%	1	1,43%	2	1,38%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Výše uvedená tabulka přináší informace ohledně zvyšování možností v poskytování ošetrovatelské péče. Celkem na tuto položku odpovědělo 145 (100,00%) respondentů, z toho 87 (60,00%) respondentů odpovědělo rozhodně ano, 52 (35,86%) odpovědělo spíše ano. K možnosti spíše ne se přiklonili 4 (2,76%) dotazovaní a odpověď rozhodně ne uvedli 2 (1,38%) respondenti. Je tedy patrné, že zaměstnanci nemocnic, ve kterých bylo šetření provedeno, jsou přesvědčeni, že se možnosti v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče zvyšují.

Z Fakultní nemocnice v Motole odpovědělo, že se rozhodně tyto možnosti zvyšují, celkem 52 (69,33%) respondentů. Odpověď spíše ano uvedlo 20 (26,67%) dotazovaných. K odpovědi spíše ne se přiklonili 2 (2,67%) dotazovaní a 1 (1,33%) respondent odpověděl, že se možnosti rozhodně nezvyšují.

V Děčínské nemocnici odpovídalo celkem 70 respondentů, z toho 35 (50,00%) odpovědělo, že je rozhodně přesvědčeno o zvyšování možností. 32 (45,71%) se přiklonilo k možnosti spíše ano. A stejně jako ve FNM 2 (2,86%) respondenti odpověděli na položku možnosti spíše ne a 1 (1,43%) respondent byl rozhodně přesvědčen o tom, že se možnosti v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nezvyšují.

Obr. 10: Zvyšování možností kvality ošetrovatelské péče



Položka č. 11: Jaká je podle Vás úroveň zdravotní péče v současné době? Klasifikujte jako ve škole.

Tab. 11: Úroveň zdravotní péče

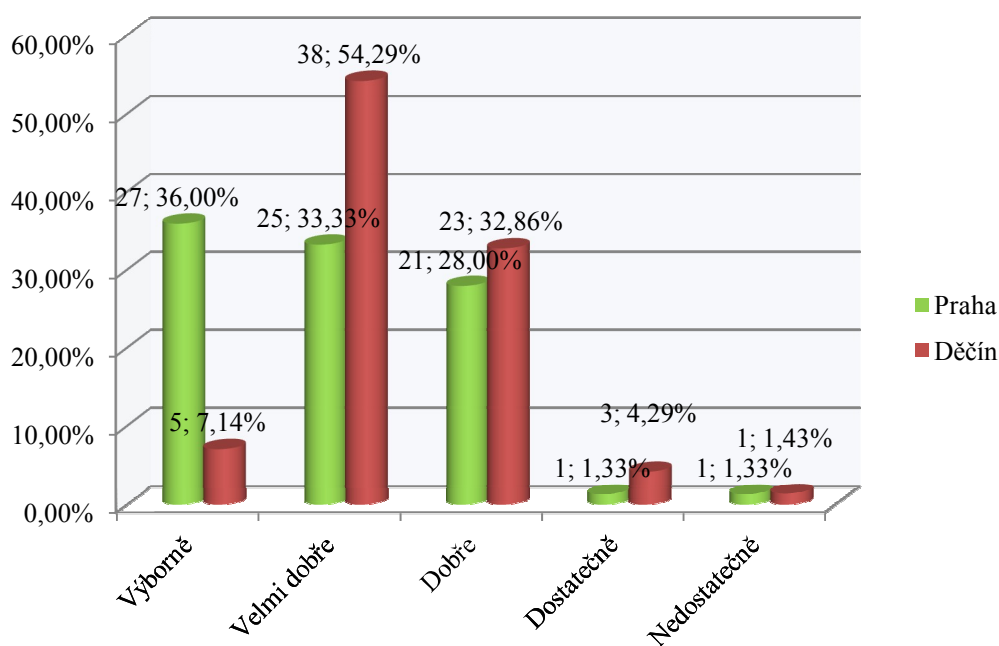
Úroveň zdravotní péče	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Výborně	27	36,00%	5	7,14%	32	22,07%
Velmi dobře	25	33,33%	38	54,29%	63	43,45%
Dobře	21	28,00%	23	32,86%	44	30,34%
Dostatečně	1	1,33%	3	4,29%	4	2,76%
Nedostatečně	1	1,33%	1	1,43%	2	1,38%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Tabulka 11 uvádí hodnocení úrovně zdravotní péče. Ze 145 (100,00%) dotazovaných hodnotilo úroveň zdravotní péče 32 (22,07%) respondentů na výbornou, 63 (43,45%) ji ohodnotilo jako velmi dobrou, 44 (30,34%) respondentů hodnotilo zdravotní péči jako dobrou, 4 (2,76%) zhodnotili zdravotní péči dostatečnou a 2 (1,38%) respondenti uvedli, že je úroveň zdravotní péče nedostatečná.

27 (36,00%) respondentů z Prahy a 5 (7, 14%) respondentů z Děčína klasifikovalo zdravotní péči na výbornou. 25 (33,33%) dotazovaných z Prahy a 38 (54,29%) dotazovaných z Děčína uvedlo, že je zdravotní péče velmi dobrá.

Ke známce 3 (dobře) se přiklonilo 21 (28,00%) pražských a 23 (32,86%) děčínských respondentů. Jako dostatečnou klasifikovali 1 (1,33%) respondent z Prahy a 3 (4,29%) respondenti Děčína. Nedostatečnou ohodnotili 1 (1,33%) dotazovaný z Prahy a 1 (1,43%) dotazovaný z Děčína.

Obr. 11: Úroveň zdravotní péče



Položka č. 12: Jaká je podle Vás fyzická zátěž na Vašem pracovišti?

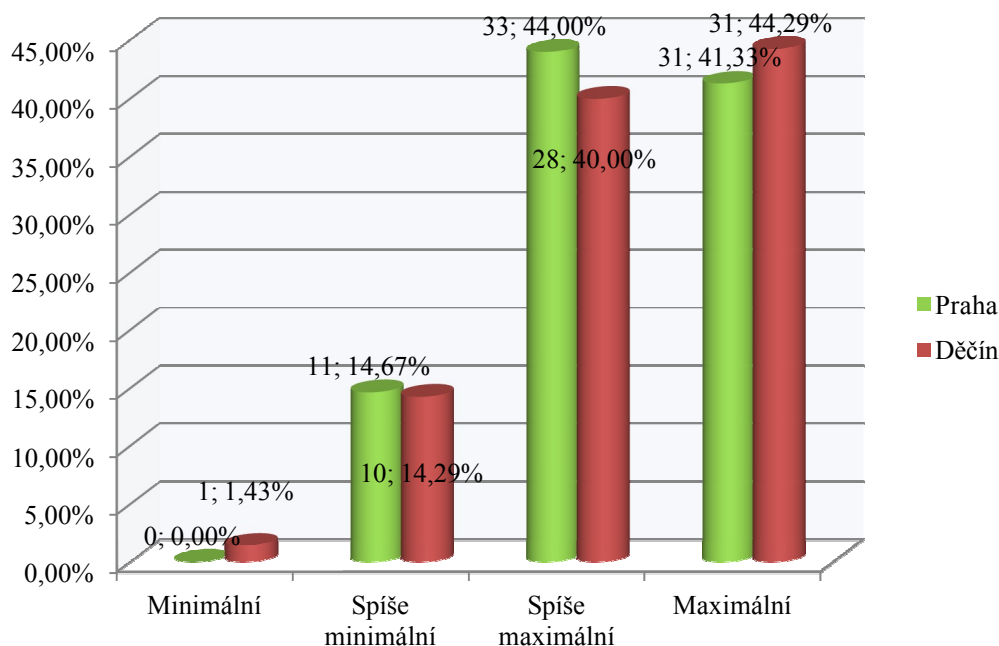
Tab. 12: Fyzická zátěž na pracovišti

	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Fyzická zátěž						
Minimální	0	0,00%	1	1,43%	1	0,69%
Spíše minimální	11	14,67%	10	14,29%	21	14,48%
Spíše maximální	33	44,00%	28	40,00%	61	42,07%
Maximální	31	41,33%	31	44,29%	62	42,76%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Výše uvedená tabulka zaznamenává fyzickou zátěž na pracovišti. Z celkového počtu 75 respondentů ve FNM se 11 (14,67%) přiklonilo k odpovědi spíše minimální, 33 (44,00%) uvedlo, že fyzická zátěž na jejich pracovišti se blíží maximu a 31 (41,33%) respondentů uvedlo, že fyzická zátěž je maximální.

Ze 70 respondentů děčínské nemocnice uvedl 1 (1,43%) respondent minimální fyzickou zátěž, 10 (14,29%) respondentů odpovědělo, že na jejich pracovišti je fyzická zátěž spíše minimální. 28 (40,00%) dotazovaných uvedlo odpověď spíše maximální a 31 (44,29%) je fyzicky maximálně zatíženo.

Obr. 12: Fyzická zátěž na pracovišti



Položka č. 13: Jaká je podle Vás psychická zátěž na Vašem pracovišti?

Tab. 13: Psychická zátěž na pracovišti

Psychická zátěž	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Minimální	0	0,00%	1	1,43%	1	0,69%
Spíše minimální	10	13,33%	4	5,71%	14	9,66%
Spíše maximální	31	41,33%	24	34,29%	55	37,93%
Maximální	34	45,33%	41	58,57%	75	51,72%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

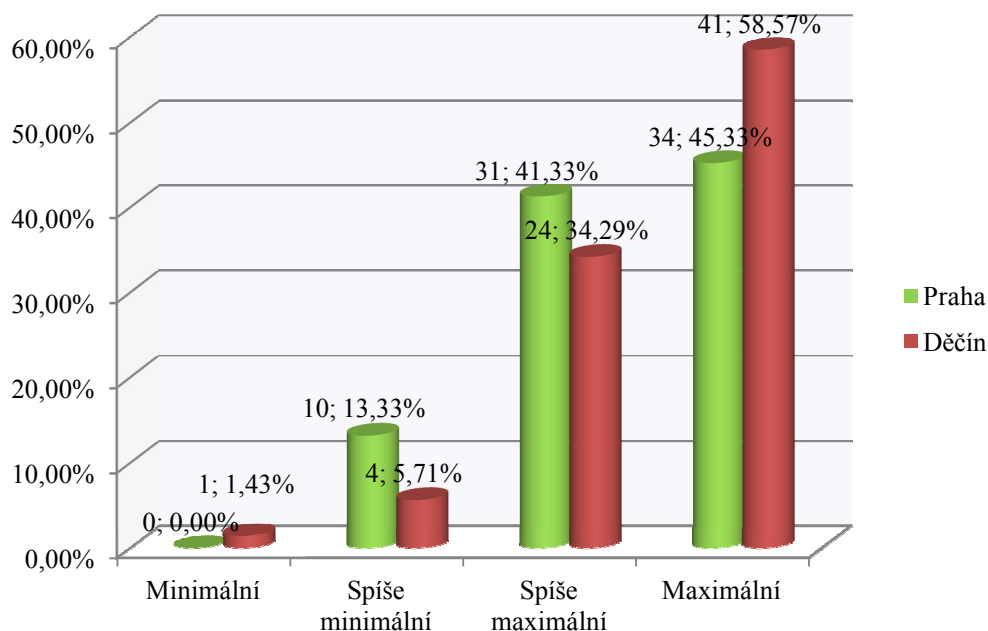
Tabulka 13 uvádí informaci o úrovni psychické zátěži na pracovišti. Celkem na tuto položku odpovídalo 145 dotazovaných. 1 (0,69%) respondent odpověděl, že psychická zátěž je minimální. 14 (9,66%) respondentů uvedlo odpověď spíše minimální,

55 (37,93%) dotazovaných se přiklonilo k možnosti spíše maximální a 75 (51,72%) respondentů uvedlo, že úroveň psychické zátěže na jejich pracovišti se rovná maximu.

Ze 75 dotazovaných z FNM uvedlo odpověď spíše minimální 10 (13,33%) respondentů. 31 (41,33%) respondentů uvedlo, že se psychická zátěž blíží maximu a 34 (45,33%) odpovědělo, že je úroveň psychické zátěže maximální.

V děčínské nemocnici odpovídalo 70 respondentů, z nichž 1 (1,43%) odpověděl, že je psychická zátěž na jeho pracovišti minimální, 4 (5,71%) dotazovaní označili variantu spíše minimální, odpověď blíží se maximu označilo 24 (34,29%) respondentů a jako maximální považuje psychickou zátěž 41 (58,57%) dotazovaných zaměstnanců děčínské nemocnice.

Obr. 13: Psychická zátěž na pracovišti



Položka č. 14: Myslíte si, že je nyní personál v nemocnicích více zatížen než v minulosti (před rokem 1989)? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.

Tab. 14: Domněnka většího zatížení personálu v současnosti

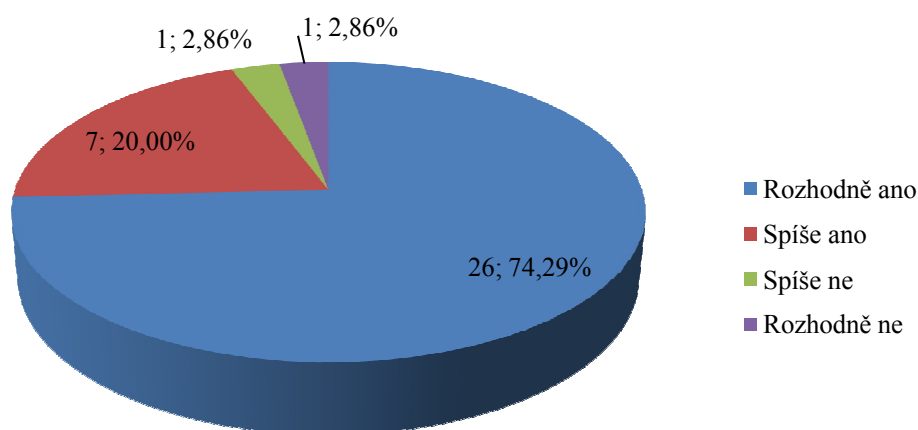
Zatížení v současnosti	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	10	58,82%	16	88,89%	26	74,29%
Spíše ano	5	29,41%	2	11,11%	7	20,00%
Spíše ne	1	5,88%	0	0,00%	1	2,86%
Rozhodně ne	1	5,88%	0	0,00%	1	2,86%
Celkem	17	100,00%	18	100,00%	35	100,00%

V Praze na tuto položku odpovídalo 17 respondentů, z toho 10krát (58,82%) byla uvedena odpověď rozhodně ano, 5krát (29,41%) spíše ano, 1krát (5,88%) spíše ne a 1krát (5,88%) rozhodně ne.

V Děčíně byla z 18 odpovědí zvolena 16krát (88,89%) odpověď rozhodně ano a 2krát (11,11%) spíše ano.

Tato položka se vztahuje k výzkumné otázce č. 6.

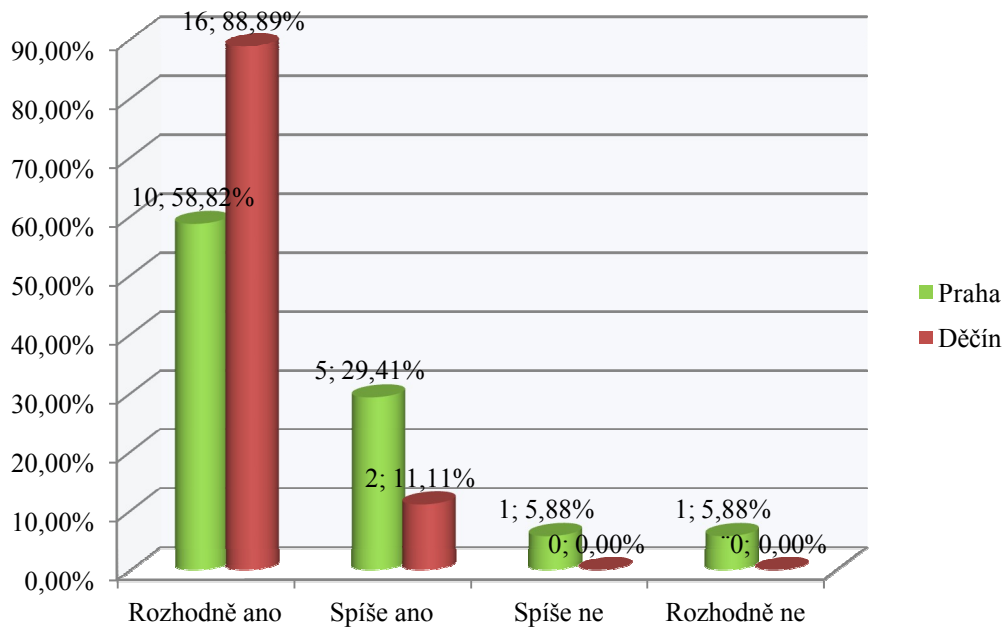
Obr. 14a: Domněnka většího zatížení personálu v současnosti – celkem



Na položku zabývající se zatížením personálu odpovídalo 35 respondentů, tudíž respondentů pracujících již před rokem 1989. Z tohoto celkového počtu je patrné, že

26 (74,29%) dotazovaných je přesvědčeno, že zatížení personálu v současnosti je rozhodně větší. 7 (20,00%) se také přiklání spíše k většímu zatížení. Odpověď spíše ne uvedl 1 (2,86%) respondent. Stejně tak 1 (2,86%) respondent uvedl odpověď rozhodně ne. Je tedy patrné, že téměř většina (94,29%) respondentů se cítí více zatížena než v minulosti.

Obr. 14b: Domněnka většího zatížení personálu v současnosti



Položka č. 15: Co si myslíte o celoživotním vzdělávání?

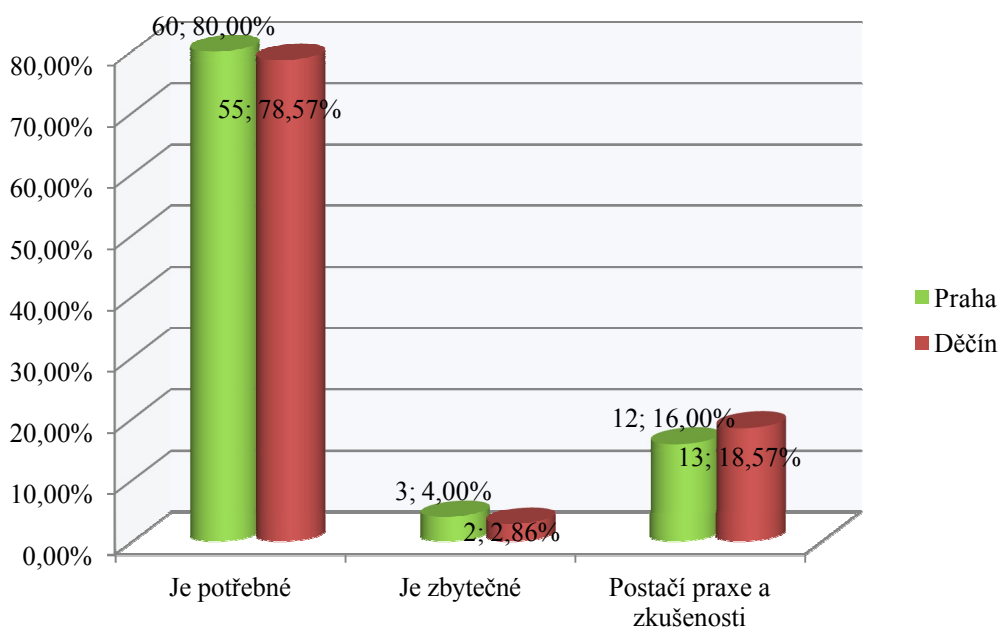
Tab. 15: Názor respondentů na celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Je potřebné	60	80,00%	55	78,57%	115	79,31%
Je zbytečné	3	4,00%	2	2,86%	5	3,45%
Postačí praxe a zkušenosti	12	16,00%	13	18,57%	25	17,24%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Položka 15 se zabývá názorem respondentů na celoživotní vzdělávání. Ze 145 dotazovaných jich 115 (79,31%) uvedlo, že je potřeba, aby se zdravotničtí pracovníci celoživotně vzdělávali. 5 (3,45%) respondentů si myslí, že je celoživotní vzdělávání zbytečné. To, že stačí praxe a zkušenosti, si myslí 25 (17,24%) respondentů. Z uvedených výsledků vyplývá, že přebývá respondentů, kteří vidí v celoživotním vzdělávání důležitost a potřebu.

60 (80,00%) dotazovaných z Prahy a 55 (78,57%) dotazovaných z Děčína uvedlo, že je celoživotní vzdělávání potřebné. To, že je zbytečné si myslí 3 (4,00%) respondenti z Prahy a 2 (2,86%) respondenti z Děčína. 12 (16,00%) pražských a 13 (18,57%) děčínských respondentů je přesvědčeno, že stačí praxe a zkušenosti.

Obr. 15: Názor respondentů na celoživotní vzdělávání



Položka č. 16: Domníváte se, že jsou nyní vyšší nároky na vzdělání sester než v minulosti?

Tab. 16: Vyšší nároky na vzdělání všeobecných sester

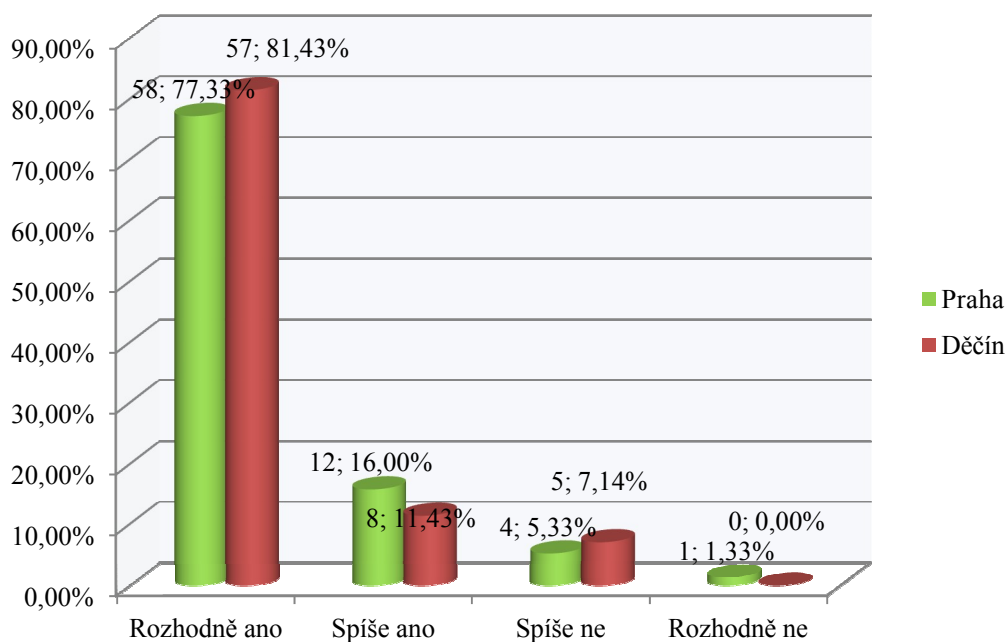
Nároky na vzdělání	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	58	77,33%	57	81,43%	115	79,31%
Spíše ano	12	16,00%	8	11,43%	20	13,79%
Spíše ne	4	5,33%	5	7,14%	9	6,21%
Rozhodně ne	1	1,33%	0	0,00%	1	0,69%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Tabulka 16 zobrazuje názor respondentů na nároky ve vzdělání všeobecných sester. Z celkového počtu 145 dotazovaných se 115 (79,31%) respondentů domnívá, že jsou nyní nároky rozhodně vyšší. 20 (13,79%) odpovědí se blíží možnosti rozhodně ano. 9 (6,21%) respondentů uvedlo možnost spíše ne a 1 (0,69%) respondent si rozhodně nemyslí, že by byly nároky na vzdělání sester vyšší než v minulosti.

Z tabulky je patrné, že v Praze byla možnost rozhodně ano uvedena 58 (77,33%) respondenty, možnost spíše ano 12 (16,00%) respondenty, spíše ne 4 (5,33%) respondenty a možnost rozhodně ne byla uvedena 1 (1,33%) respondentem.

V Děčíně označilo odpověď rozhodně ano 57 (81,43%) dotazovaných, spíše ano 8 (11,43%) dotazovaných a odpověď spíše ne byla uvedena v 5 (7,14%) případech.

Obr. 16: Vyšší nároky na vzdělání všeobecných sester



Položka č. 17: Domníváte se, že je dřívější středoškolské vzdělání – všeobecná sestra s maturitou – dostačující?

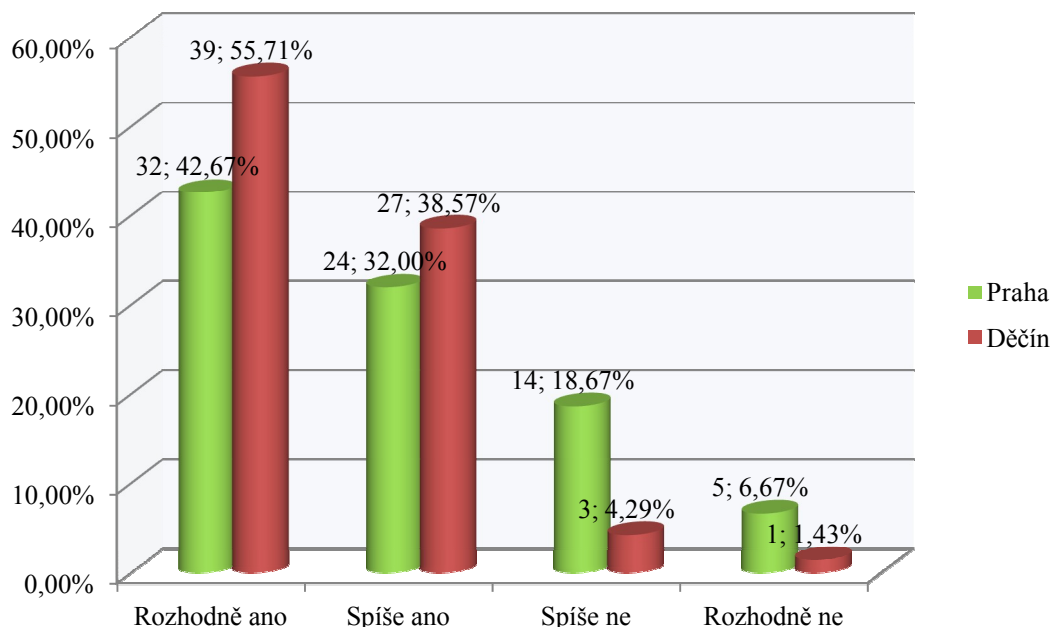
Tab. 17: Náзор respondentů na dostatečnost dřívějšího středoškolského vzdělání

	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	N	%
Dostatečnost vzdělání						
Rozhodně ano	32	42,67%	39	55,71%	71	48,97%
Spíše ano	24	32,00%	27	38,57%	51	35,17%
Spíše ne	14	18,67%	3	4,29%	17	11,72%
Rozhodně ne	5	6,67%	1	1,43%	6	4,14%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Výše uvedená tabulka uvádí informace o dostatečnosti dřívějšího středoškolského vzdělání. 32 (42,67%) respondentů z Prahy a 39 (55,71%) respondentů z Děčína je přesvědčeno o tom, že dřívější středoškolské vzdělání je naprosto dostačující. 24 (32,00%) pražských a 27 (38,57%) děčínských respondentů označilo úroveň 2, tzn., že se přiklání k odpovědi rozhodně ano. 14 (18,67%) dotazovaných z Prahy a 3 (4,29%) dotazovaní z Děčína označili odpověď spíše ne. Že je dřívější středoškolské vzdělání absolutně nedostačující označilo 5 (6,67%) respondentů z Prahy a 1 (1,43%) respondent z Děčína.

Z tabulky 17 je patrné, že na tuto položku odpovídalo celkem 145 dotazovaných, z nichž 71 (48,97%) označilo odpověď rozhodně ano, 51 (35,71%) odpovědělo spíše ano, 17 (11,72%) uvedlo možnost spíše ne a 6 (4,14%) označilo možnost rozhodně ne.

Obr. 17: Názor respondentů na dostatečnost dřívějšího středoškolského vzdělání



Položka č. 18: Předpokládáte, že vysokoškolsky vzdělané sestry (Bc.) provádějí kvalitnější ošetrovatelskou péči?

Tab. 18: Předpoklad kvalitněji provedené práce vysokoškolsky vzdělaných sester

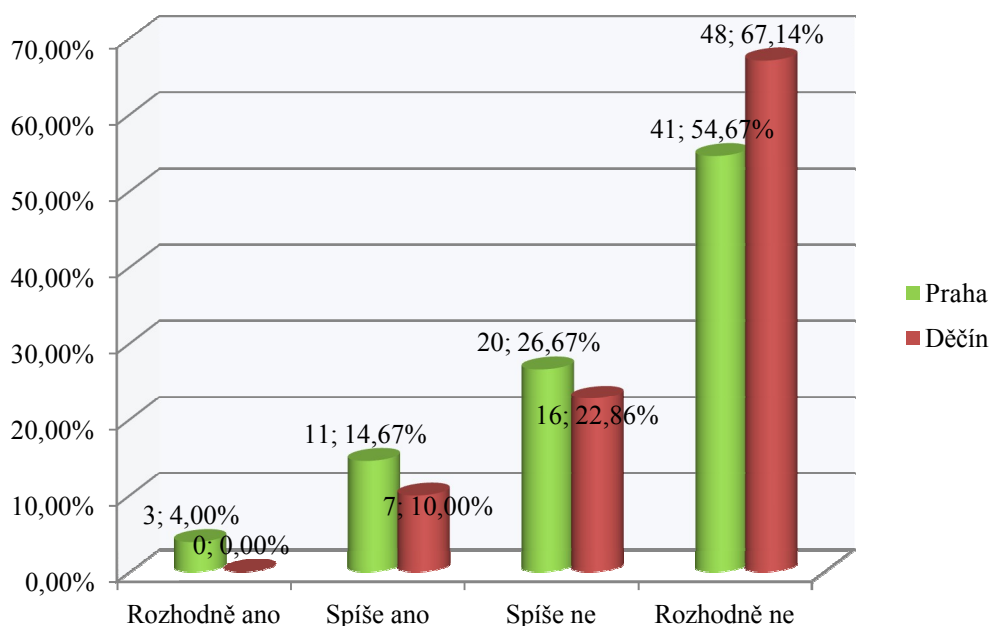
	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Kvalitnější péče						
Rozhodně ano	3	4,00%	0	0,00%	3	2,07%
Spíše ano	11	14,67%	7	10,00%	18	12,41%
Spíše ne	20	26,67%	16	22,86%	36	24,83%
Rozhodně ne	41	54,67%	47	67,14%	88	60,69%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Celkem 145 respondentů odpovídalo na položku č. 18, zabývající se předpokladem kvalitněji prováděné práce vysokoškolsky vzdělanými sestrami. Na stupnici od 1 (rozhodně ano) do 4 (rozhodně ne), označili stupeň 1 celkem 3 (2,07%)

respondenti, stupeň 2 označilo 18 (12,41%) respondentů, stupeň 3 uvedlo 36 (24,83%) respondentů a stupeň 4 byl označen v 88 (60,69%) případech.

3krát (4,00%) byla v Praze uvedena odpověď rozhodně ano, 11krát (14,67%) v Praze a 7krát (10,00%) v Děčíně odpověď spíše ano, 20krát (26,67%) pražští a 16krát (22,86%) děčíňští respondenti označili odpověď spíše ne a 41krát (54,67%) v Praze a 47krát (67,14%) v Děčíně byla označena odpověď rozhodně ne.

Obr. 18: Předpoklad kvalitnější provedené práce vysokoškolsky vzdělaných sester



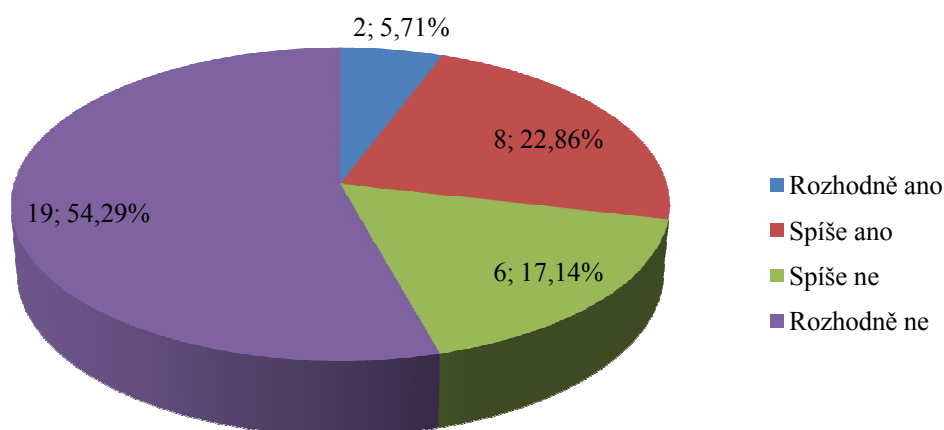
Položka č. 19: Myslíte si, že je v dnešní době výskyt dekubitů vyšší než před rokem 1989? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.

Tab. 19: Domněnka vyššího výskytu dekubitů v současnosti

Výskyt dekubitů	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	1	5,88%	1	5,56%	2	5,71%
Spíše ano	4	23,53%	4	22,22%	8	22,86%
Spíše ne	2	11,76%	4	22,22%	6	17,14%
Rozhodně ne	10	58,82%	9	50,00%	19	54,29%
Celkem	17	100,00%	18	100,00%	35	100,00%

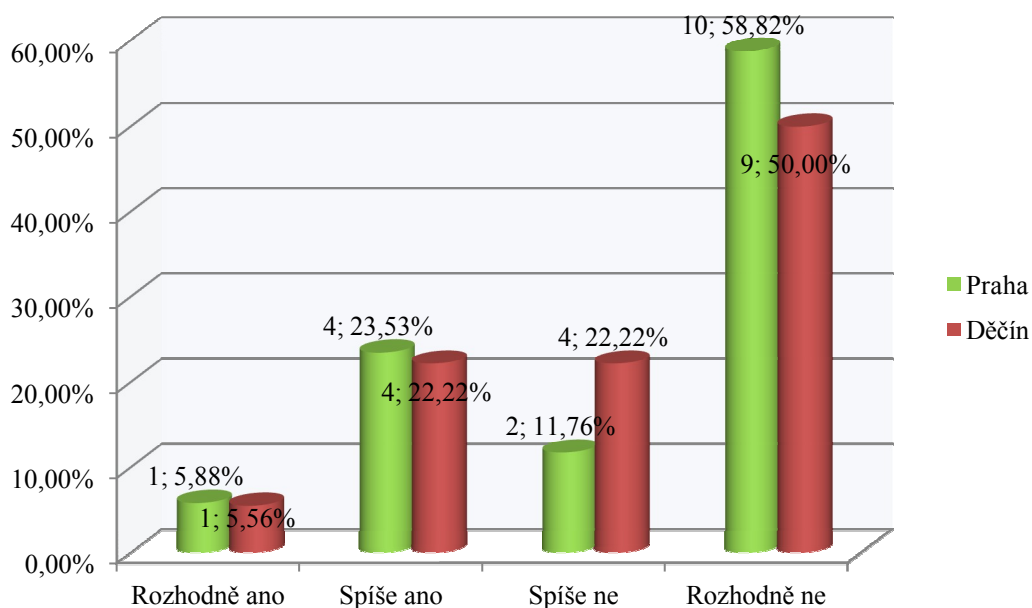
Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že 1 (5,88%) respondent z Prahy a 1 (5,56%) respondent z Děčína uvedli, že je v současnosti vyšší výskyt dekubitů. 4 (23,53%) dotazovaní z Prahy a 4 (22,22%) dotazovaní z Děčína označili odpověď spíše ano. Možnost spíše ne uvedli 2 (11,76%) respondenti z pražské nemocnice a 4 (22,22%) respondenti z nemocnice v Děčíně. O tom, že výskyt dekubitů není vyšší než v minulosti, je přesvědčeno 10 (58,82%) respondentů z Prahy a 9 (50,00%) respondentů z Děčína.

Obr. 19a: Domněnka vyššího výskytu dekubitů v současnosti – celkem



Celkem na tuto položku odpovídalo 35 respondentů, z toho 2krát (5,71%) byla uvedena odpověď rozhodně ano, 8krát (22,86%) byla označena odpověď spíše ano, 6krát (17,14%) označili respondenti odpověď spíše ne a možnost rozhodně ne byla uvedena celkem 19krát (54,29%).

Obr. 19b: Domněnka vyššího výskytu dekubitů v minulosti a v současnosti

**Položka č. 20: Na jaké úrovni jsou podle Vás pomůcky k prevenci dekubitů?****Klasifikujte jako ve škole.**

Tab. 20: Úroveň pomůcek k prevenci dekubitů

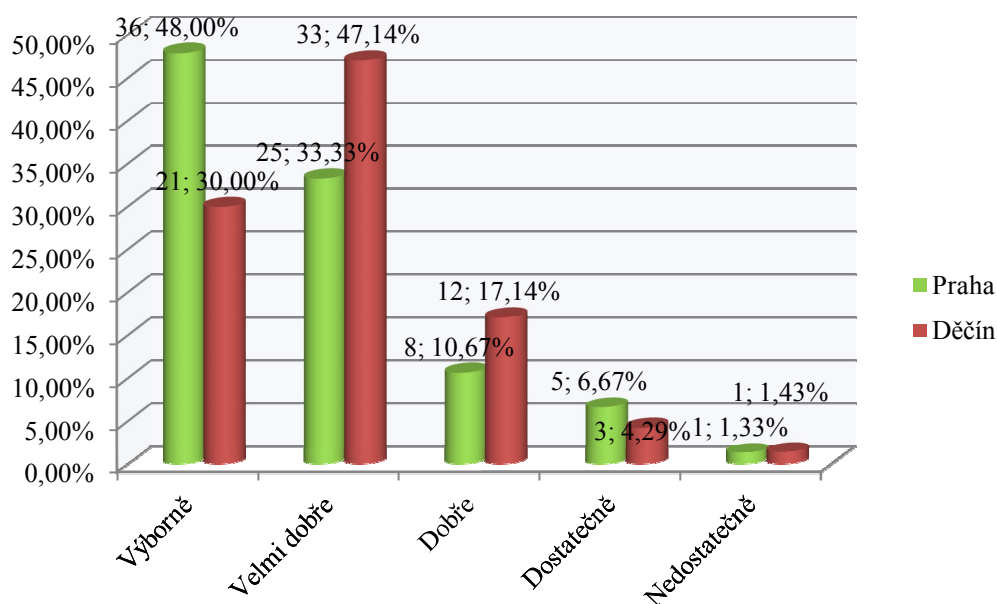
Úroveň pomůcek	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Výborně	36	48,00%	21	30,00%	57	39,31%
Velmi dobře	25	33,33%	33	47,14%	58	40,00%
Dobře	8	10,67%	12	17,14%	20	13,79%
Dostatečně	5	6,67%	3	4,29%	8	5,52%
Nedostatečně	1	1,33%	1	1,43%	2	1,38%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Tabulka 20 uvádí, jak jsou respondenti spokojeni s pomůckami k prevenci dekubitů. Z celkového počtu 145 odpovědí byla úroveň pomůcek 57krát (39,31%) ohodnocena výborně, 58krát (40,00%) velmi dobře, 20krát (13,79%) dobře, 8krát (5,52%) dostatečně a 2krát (1,38%) nedostatečně. Přesto, že je vývoj pomůcek k prevenci dekubitů značný, je těchto 16 (6,90%) odpovědí, ohodnocených dostatečně a nedostatečně, alarmujících.

Ve Fakultní nemocnici v Motole ohodnotilo pomůcky k prevenci dekubitů 36 (48,00%) respondentů známkou výbornou, 25 (33,33%) respondentů velmi dobrou, 8 (10,67%) respondentů dobrou, 5 (6,67%) dostatečnou a 1 (1,33%) respondent nedostatečnou.

V nemocnici v Děčíně byla úroveň pomůcek hodnocena 21 (30,00%) respondenty výborně, 33 (47,14%) respondenty velmi dobře, 12 (17,14%) respondenty dobře, 3 (4,29%) respondenty dostatečně a 1 (1,43%) respondentem nedostatečně.

Obr. 20: Úroveň pomůcek k prevenci dekubitů



Položka č. 21: Kolik dekubitů ošetřujete průměrně za měsíc na Vašem oddělení?

Tab. 21: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc

	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ošetřované dekubity						
0 až 5	68	90,67%	56	80,00%	124	85,52%
6 až 10	6	8,00%	10	14,29%	16	11,03%
10 a více	1	1,33%	4	5,71%	5	3,45%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

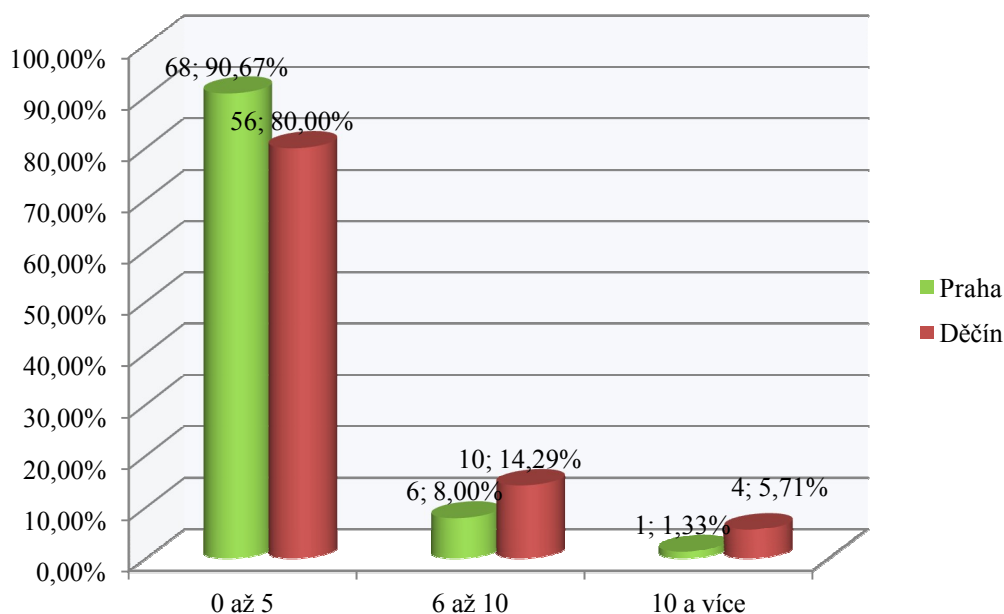
Položka č. 21 zjišťuje průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc. 68 (90,67%) dotazovaných z Prahy a 56 (80,00%) dotazovaných z Děčína uvedlo 0 až 5

ošetřovaných dekubitů za měsíc. 6 (8,00%) respondentů z Prahy a 10 (14,29%) respondentů z Děčína odpovědělo, že ošetřují 6 až 10 dekubitů měsíčně. Možnost 10 a více dekubitů uvedl 1 (1,33%) respondent z Prahy a 4 (5,71%) respondenti z Děčína.

Analýzou těchto dat bylo tedy zjištěno, že 124krát (85,52%) bylo odpovězeno na možnost 0 až 5 dekubitů, 16krát (11,03%) byla označena možnost 6 až 10 dekubitů a 5krát (3,45%) byla označena možnost 10 a více dekubitů.

Tato položka se vztahuje k výzkumné otázce č. 1.

Obr. 21: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc



Položka č. 22: Kolik dekubitů za měsíc bylo průměrně ošetřováno před rokem 1989? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.

Tab. 22: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc před rokem 1989

	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ošetřované dekubity						
0 až 5	6	35,29%	2	11,11%	8	22,86%
6 až 10	9	52,94%	12	66,67%	21	60,00%
10 a více	2	11,76%	4	22,22%	6	17,14%
Celkem	17	100,00%	18	100,00%	35	100,00%

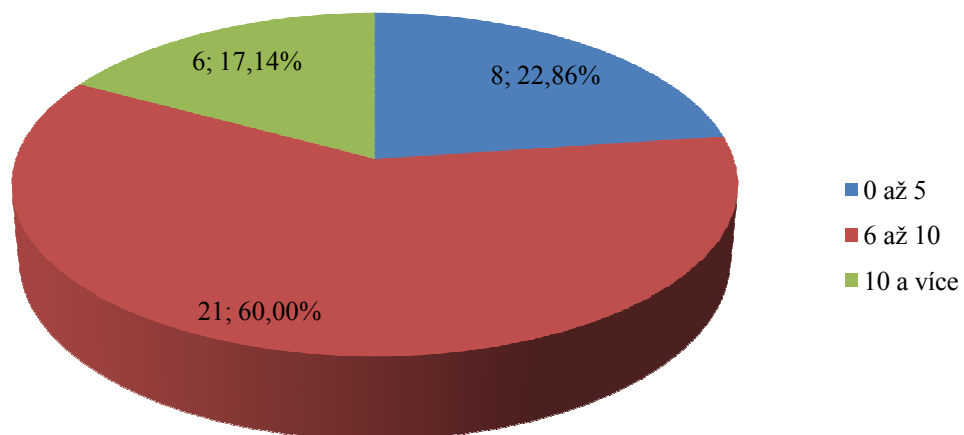
Tabulka 22 uvádí data k položce zjišťující průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc před rokem 1989, tudíž na ni opět odpovídali pouze respondenti pracující již v této době.

Ve FNM odpověď 0 až 5 uvedlo 6 (35,29%) respondentů, odpověď 6 až 10 označilo 9 (52,94%) respondentů a 2 (11,76%) respondenti odpověděli 10 a více.

V děčínské nemocnici byla možnost 0 až 5 označena 2krát (11,11%), možnost 6 až 10 byla uvedena 12krát (66,67%) a možnost 10 a více byla označena 4krát (22,22%).

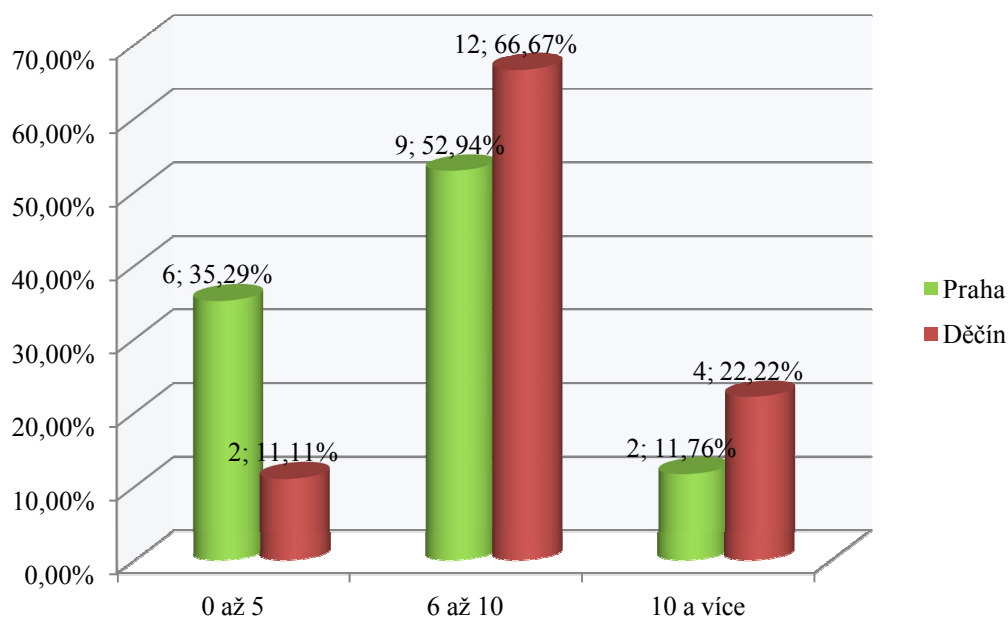
Tato otázka se vztahuje k výzkumné otázce č. 1.

Obr. 22a: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc před rokem 1989 - celkem



Z celkového počtu 35 respondentů jich 8 (22,86%) odpovědělo, že v minulosti ošetřovali přibližně 0 až 5 dekubitů. 21 (60,00%) respondentů uvedlo 6 až 10 ošetřovaných dekubitů a 6 (17,14%) respondentů uvedlo, že ošetřovalo 10 a více dekubitů.

Obr. 22b: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc před rokem 1989



Položka č. 23: Vyhodnocujete na Vašem oddělení „Riziko vzniku dekubitů“?

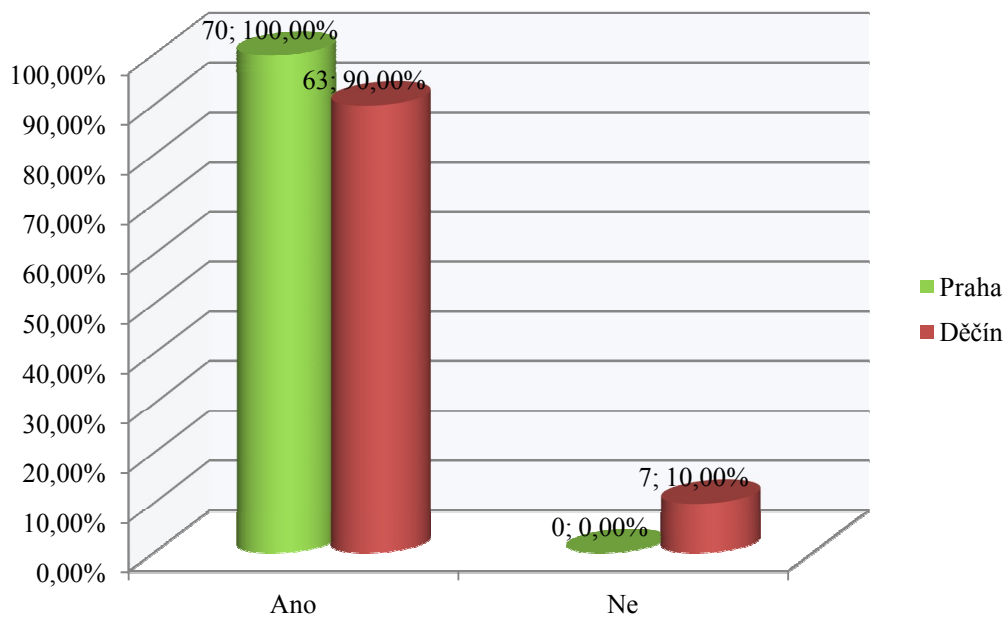
Tab. 23: Riziko vzniku dekubitů

Riziko vzniku dekubitů	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	75	100,00%	63	90,00%	138	95,17%
Ne	0	0,00%	7	10,00%	7	4,83%
Celkem	75	100,00%	70	100,00%	145	100,00%

Výše uvedená tabulka udává informace o vyhodnocování rizika vzniku dekubitů. Z tabulky je patrné, že celkem 138 (95,17%) respondentů riziko vzniku dekubitů vyhodnocuje a 7 (4,83%) respondentů toto riziko nevyhodnocuje.

75 (100,00%) respondentů z FNM a 63 (90,00%) respondentů z nemocnice v Děčíně riziko vzniku dekubitů vyhodnocuje. 7 (10,00%) respondentů z nemocnice v Děčíně riziko vzniku dekubitů nevyhodnocuje. Tuto otázku považuji za špatně hodnotitelnou, jelikož zněla „Vyhodnocujete na Vašem oddělení riziko vzniku dekubitů?“, tudíž by měly být odpovědi z jednotlivých oddělení stejné.

Obr. 23: Riziko vzniku dekubitů



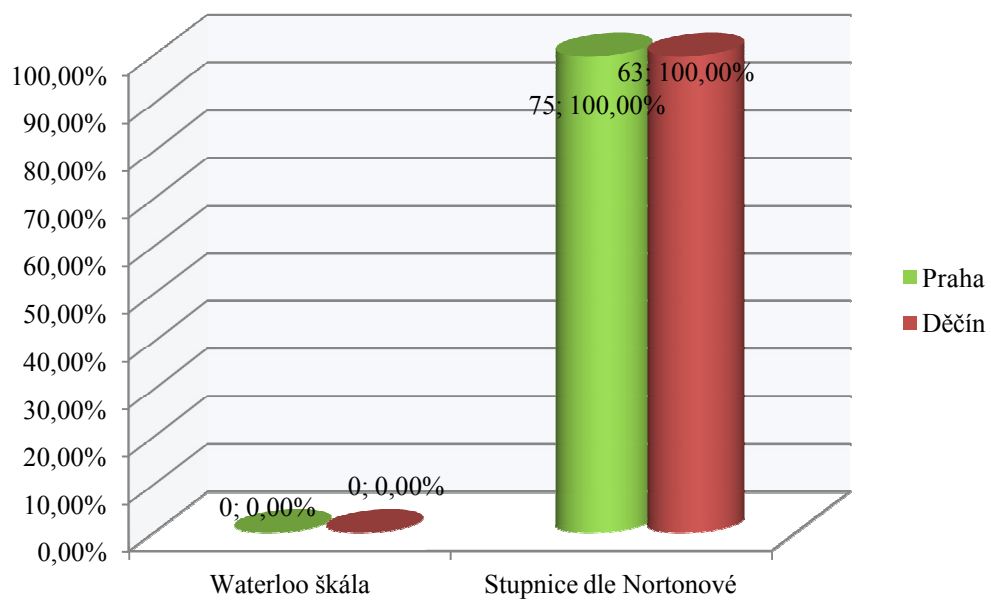
Položka č. 24: Pokud ano, jakou stupnici používáte?

Tab. 24: Používaná stupnice k hodnocení rizika vzniku dekubitů

Stupnice	Praha		Děčín		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Waterloo škála	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Stupnice dle Nortonové	75	100,00%	63	100,00%	138	100,00%
Celkem	75	100,00%	63	100,00%	138	100,00%

Výše uvedená tabulka se vztahuje k položce č. 23. Uvádí používanou stupnici k hodnocení rizika vzniku dekubitů. Z celkového počtu 138 odpovídajících označilo, že používají stupnici dle Nortonové 138 (100,00%) respondentů, z toho 75 (100,00%) respondentů z Prahy a 63 (100,00%) respondentů z Děčína.

Obr. 24: Používaná stupnice k hodnocení rizika vzniku dekubitů



9 Shrnutí a diskuse výsledků

Kapitola je věnována diskusi a výběru překvapivých či zajímavých výsledků.

Jedna z otázek se zabývá pohlavím zkoumaného vzorku. Není překvapivé, že vzhledem k vysoké feminizaci našeho zdravotnictví, v dotazníku odpovídaly především ženy. Zajímavé se mi ale jeví, že z děčínské nemocnice se dotazníkového šetření účastnily pouze ženy (100,00 % žen).

Dále mě zajímalo, jaká je délka praxe respondentů v oboru, a to z důvodu porovnávání minulosti a současnosti. Vzhledem k vlastnímu očekávání mě překvapil počet respondentů zaměstnaných před rokem 1989, tudíž s více jak 23letou praxí, který činil pouhých 35 (24,14 %). Z toho 17 (22,67 %) z FNM a 18 (25,71 %) z nemocnice v Děčíně.

Otázka č. 5 mapuje nejvyšší dosažené vzdělání odpovídajících sester. U této otázky bych se zaměřila na titul Mgr. Překvapilo mě nízké zastoupení magistrů v praxi – 5 (3,45 %), obzvláště v Praze. O Děčíně nemluvě, kde neměl titul Mgr. žádný z dotazovaných.

Položka č. 8 zjišťuje spokojenost respondentů s vybavením pracoviště. Z této otázky jasně vyplývá, že v pražské FNM jsou sestry s vybavením spokojenější než v Děčíně. Tato položka se vztahuje k výzkumné otázce č. 4, proto ji podrobněji popisují v níže uvedeném textu.

V následující otázce jsem se zaměřila na vybavení oddělení v minulosti a v současnosti. Odpovědi na tuto položku mě nijak nepřekvapily. Tato otázka se vztahuje k výzkumné otázce č. 4, tzn., že ji opět podrobněji rozeberu níže v textu.

V otázce č. 17 jsem se dotazovala, zda se respondenti domnívají, že je dřívější středoškolské vzdělání dostačující. Odpovědi, které směřovaly na uvedené škále k číslu 4 (rozhodně ne) byly překvapující. V Praze uvedlo odpověď spíše ne celkem 14 (18,67 %) dotazovaných a odpověď rozhodně ne uvedlo 5 (6,67 %) respondentů. Kdežto v děčínské nemocnici označili na škále číslo 3 (spíše ne) 3 (4,29 %) respondenti a číslo 4 (rozhodně ne) 1 (1,43 %) respondent. Z těchto záporných odpovědí mi tedy vyplývá, že mají v Praze trochu odlišný názor na vzdělání.

V otázce č. 20 mě zajímalo, jak sestry hodnotí úroveň pomůcek k prevenci dekubitů. Respondenti klasifikovali pomůcky na škále od 1 do 5, přičemž hodnocení se rovnalo známám ve škole (1 – výborně, 2- velmi dobře, 3 – dobře, 4- dostatečně, 5 – nedostatečně). Možnost dobře byla označena 8krát (10,67 %). Méně často byla

označena odpověď dostatečně – 5krát (6,67 %) a 1krát (1,33 %) byla úroveň pomůcek klasifikována známkou nedostatečně. V děčínské nemocnici 12 (17,14 %) dotazovaných označilo známkou 3 (dobře). 3krát (4,29 %) byly pomůcky klasifikovány dostatečnou a 1 (1,43 %) respondent ohodnotil úroveň pomůcek známkou nedostatečně. Překvapilo mě, že i v současné době jsou někteří respondenti nespokojeni s pomůckami k prevenci dekubitů, jelikož si myslím, že nyní je neomezené množství pomůcek, které mohou zabránit vzniku dekubitů.

Před začátkem vlastního průzkumu jsem si stanovila šest výzkumných otázek, na které jsem pomocí dotazníkového šetření hledala odpovědi.

Výzkumná otázka č. 1: Dá se předpokládat, že v současnosti je méně ošetřovaných dekubitů za měsíc než před rokem 1989?

Ověření této otázky se vztahuje na položky č. 21 a 22, ve kterých jsem se dotazovala na průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc v současnosti (otázka č. 21) a před rokem 1989 (otázka č. 22). Z celkového počtu 145 dotazovaných jsem se u otázky č. 21 zaměřila pouze na ty respondenty, kteří pracují více než 23 let, tudíž na 35 respondentů. 32 (91,43 %) respondentů odpovědělo, že měsíčně ošetřují 0 až 5 dekubitů a 3 (8,57 %) dotazovaní za měsíc ošetří 6 až 10 proleženin.

Na otázku č. 22 odpovídali stejní respondenti, jako na otázku č. 21. Z celkového počtu 35 dotazovaných, odpovědělo 8 (22,86 %) z nich, že v minulosti ošetřovali přibližně 0–5 dekubitů za jeden měsíc. 21 (60 %) respondentů označilo 6–10 ošetřovaných dekubitů měsíčně a 6krát (17,14 %) byla uvedena možnost 10 a více dekubitů měsíčně.

Na základě zjištěných dat lze tedy na otázku odpovědět, že v současné době sestry ošetřují méně dekubitů než před rokem 1989.

Výzkumná otázka č. 2: Dá se předpokládat, že v současnosti jsou do pracovního provozu přijímáni nelékařští zdravotničtí pracovníci s vysokoškolským vzděláním spíše než nelékařští zdravotničtí pracovníci s maturitním vzděláním?

K ověření otázky se vztahuje položka č. 5, která zjišťuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Celkem na tuto otázku odpovědělo 145 dotazovaných, 75 v Praze a 70 v Děčíně. Nejčastěji dosaženým vzděláním byl titul všeobecná sestra s maturitou – 85krát (58,62 %). 18 (12,41 %) respondentů uvedlo, že jsou zdravotnickými asistenty. Diplomovaných specialistů odpovídalo 26 (17,93 %). Titul bakalář byl označen 10krát (6,90 %). 5 (3,45 %) respondentů dosáhlo magisterského vzdělání. Dotazníkového šetření se účastnila 1 (0,96 %) ošetřovatelka.

Po zpracování výsledků lze říci, že předpoklad nebyl potvrzen.

Výzkumná otázka č. 3: Lze předpokládat, že v Krajské nemocnici v Děčíně pracuje více nelékařských zdravotnických pracovníků s nižší kvalifikací než ve Fakultní nemocnici v Motole?

Otázka č. 5, která se vztahuje k této výzkumné otázce, zjišťovala míru kvalifikace v Praze a v Děčíně. Analýzou dat bylo zjištěno, že ve FNM je zaměstnáno 40 (53,33 %) všeobecných sester s maturitou, 5 (6,67 %) zdravotnických asistentů s maturitou, 19 (25,33 %) diplomovaných specialistů, 6 (8,00 %) bakalářů a 5 (6,67 %) magistrů. Z děčínského vzorku respondentů jsou, stejně jako v Praze, nejpočetnější skupinou všeobecné sestry s maturitou – 45 (64,29 %), dále odpovídalo 13 (18,57 %) zdravotnických asistentů s maturitou, 7 (10,00 %) diplomovaných specialistů, 4 (5,71 %) sestry s titulem bakalář a 1 (1,43 %) ošetřovatelka.

Ze zjištěných dat je tedy zřejmé, že na tuto výzkumnou otázku můžeme odpovědět kladně, v děčínské nemocnici pracuje více nelékařských zdravotnických pracovníků s nižší kvalifikací než ve Fakultní nemocnici v Motole.

Výzkumná otázka č. 4: Dá se předpokládat, že jsou v současnosti oddělení lépe vybavena než v minulosti?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídá položka č. 9 z dotazníku. Z 35 respondentů odpovědělo 29 (82,86 %) z nich, že v současné době je jejich pracoviště rozhodně lépe vybaveno a 6 (17,14 %) respondentů je přesvědčeno, že vybavení je spíše lepší nyní než před rokem 1989.

Z výše uvedených výsledků je tedy patrné, že lze konstatovat, že předpoklad byl potvrzen.

Výzkumná otázka č. 5: Můžeme předpokládat, že v Praze jsou spokojeni s vybavením oddělení a v Děčíně ne?

K ověření této výzkumné otázky se vztahuje položka č. 8, ve které zjišťují spokojenost respondentů s vybavením vlastního pracoviště. Ve FNM odpovídalo na tuto položku celkem 75 respondentů, z toho 21 (28,00 %) sester je rozhodně spokojeno a 44

(58,67 %) sester je spíše spokojeno. K možnosti spíše ne se přiklonilo 10 (13,33 %) dotazovaných. Celkový počet spokojených sester je tedy 86,67 %. Naproti tomu v Děčíně rozhodně není spokojeno 7 (10,00 %) respondentů, spíše nespokojeno je 16 (22,86%) sester. 39 (55,71 %) dotazovaných je s vybavením spíše spokojeno a pouhých 8 (11,43 %) respondentů je přesvědčeno, že vybavení na jejich oddělení je zcela uspokojující. V děčínské nemocnici je tedy s vybavením spokojených 67, 14 % sester.

Na tuto otázku lze podle získaných dat odpovědět, že předpoklad spokojenosti pražských respondentů a nespokojenosti děčínských respondentů byl potvrzen.

Výzkumná otázka č. 6: Lze předpokládat, že v minulosti byl personál více zatížen než v současnosti?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku zjišťuje položka č. 14, která zjišťuje zatížení personálu v minulosti a v současnosti. Z celkového počtu 35 odpovědí byla 26krát (74,29 %) zvolena možnost rozhodně většího zatížení v současnosti, 7krát (20,00 %) pocítují sestry spíše větší zatížení. 1 (2,86 %) respondent odpověděl, že se necítí tolik zatížen a stejně tak 1 (2,86 %) dotazovaný se rozhodně necítí tolik zatížen.

Vzhledem k výše uvedeným výsledkům na tuto výzkumnou otázku lze odpovědět záporně, v minulosti nebyl personál zatížen tak, jako v současnosti.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na historii ošetrovatelství, vývoj ošetrovatelství, vzdělání v ošetrovatelství, dále pak na práci a role sestry v ošetrovatelském procesu a v neposlední řadě jsem se zabývala vývojem pomůcek u vybraných aspektů ošetrovatelské péče.

V teoretické i empirické části jsem si stanovila cíle pro naplnění záměru bakalářské práce.

V první kapitole práce jsem uvedla stručnou charakteristiku ošetrovatelství, dále následoval samotný popis historie ošetrovatelství na území ČR, kdy jsem v příslušných obdobích vytkla významné osobnosti českého ošetrovatelství. Na konec kapitoly o historii ošetrovatelského povolání jsem zařadila i významné mezinárodní osobnosti, které se zasloužily o vývoj ošetrovatelství. Vzdělávání a jeho vývoj jsem popsala v následující kapitole, kde jsem poukázala na důležité mezníky ošetrovatelského vzdělávání. Třetím a zároveň posledním cílem bylo popsat vybrané aspekty ošetrovatelské péče. Z těchto aspektů jsem vybrala ty, o kterých se domnívám, že u nich vývoji došlo k největším pokrokům ve vývoji pomůcek – hygienická péče, měření fyziologických funkcí, podávání léků, odběr biologického materiálu, ošetrování chronických ran a ošetrování dekubitů.

V souvislosti se stanovenými cíli empirické části jsem k výzkumnému šetření využila kvantitativní metodu získávání dat – dotazník – a následně jsem otázky zpracovala analýzou získaných dat do tabelárních přehledů, výsečových diagramů a sloupcových grafů. Analýzu dat a statistické zhodnocení uvádím v kapitolách 10 - Analýza a interpretace vlastního šetření a 11 - Diskuse výsledků.

Všechny stanovené cíle byly splněny.

Na závěr mohu konstatovat, že při zpracování tohoto tématu jsem získala cenné znalosti a také poznatky o malých nemocnicích oproti nemocnicím velkoměstským. Ze zjištěných výsledků je zřejmé, že je potřeba navýšit zdravotnický personál, především o muže, oddělení vybavit pomůckami, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče, popřípadě usnadní ošetrovatelskou péči.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. CARCIO, Helen Nelson. *Manual of health assessment*. Boston: Little, Brown, c1985, xi, 386 p. ISBN 03-161-2850-3.
2. Dekubity: Ošetřování. In: *Osobní asistence* [online]. [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=5>
3. DINGWALL, Robert, Anne Marie RAFFERTY a Charles WEBSTER. *An Introduction to the Social History of Nursing*. 1. title. London: Routledge, 1988. ISBN 0-415-01785-8.
4. DOLEŽALOVÁ, Marie. *Ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1988, 121 s.
5. DOUGLASS, Laura Mae. *The effective nurse: leader and manager*. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1996. ISBN 978-081-5127-796.
6. DUFFY, Joanne R. *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education, and leadership*. New York: Springer Pub., c2009, xiii, 250 p. ISBN 08-261-2129-2.
7. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 978-807-0133-248.
8. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
9. INTERNATIONAL, Joint Commission. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vyd.* 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4724-362.
10. JANICE RIDER ELLIS, Elizabeth Ann Nowlis. *Modules for basic nursing skills*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, 1996. ISBN 03-975-5171-1.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.

12. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308. A
13. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 173 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-056. B
14. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 228 s. ISBN 978-802-4731-063. C
15. KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, c1995, xxxi, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
17. Léčba ran: Způsoby léčby. HARTMANN. *Ošetřování ran* [online]. [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/o-lecbe-ran/zpusoby-lecby>
18. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. 2. vyd. Vsetín: Nailos, 1998, 121 s.
19. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
20. MIKULA, Jan a MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s., vi s. barev. obr.příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
21. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. ISBN 978-802-4735-573.
22. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 76 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4726-823.

23. RIEBELOVÁ, Věra, Jan VÁLKA a Milada FRANCŮ. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 159 s. Trendy soudobé chirurgie, sv. 3. ISBN 80-726-2033-9.
24. SKÁLOVÁ, Jana, a kolektiv. *Standardní pracovní postupy ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Brno: Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně, 1997, 432 s.
25. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 188, [4] s. Sestra. ISBN 978-802-4717-753.
26. SMITH, Sandra Fucci a Donna DUELL. *Clinical nursing skills: nursing process model, basic to advanced skills*. 3rd ed. Norwalk, Conn.: Appleton, c1992, xviii, 986 p. ISBN 08-385-1335-2.
27. STAŇKOVÁ, Marta. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988, 376 s.
28. STAŇKOVÁ, Marta. *Teorie ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, n. p., 1978, 272 s.
29. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 66 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3283-3.
30. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
31. ŠPINDLEROVÁ, Anděla. *Ošetrovateľská technika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1953
32. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
33. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000, 293 s. ISBN 80-704-0454-X.

34. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. barev. obr.příl. Sestra. ISBN 978-802-4734-194.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Věková kategorie respondentů
- Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů
- Tabulka č. 3: Pracoviště respondentů
- Tabulka č. 4: Délka praxe respondentů
- Tabulka č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů
- Tabulka č. 6: Dosažení vyšší kvalifikace
- Tabulka č. 7: Specializace
- Tabulka č. 8: Spokojenost s vybavením pracoviště
- Tabulka č. 9: Domněnka lepšího vybavení pracoviště v současnosti
- Tabulka č. 10: Zvyšování možností kvality ošetrovatelské péče
- Tabulka č. 11: Úroveň zdravotní péče
- Tabulka č. 12: Fyzická zátěž na pracovišti
- Tabulka č. 13: Psychická zátěž na pracovišti
- Tabulka č. 14: Domněnka většího zatížení personálu v současnosti
- Tabulka č. 15: Názor respondentů na celoživotní vzdělávání
- Tabulka č. 16: Vyšší nároky na vzdělání všeobecných sester
- Tabulka č. 17: Názor respondentů na dostatečnost dřívějšího středoškolského vzdělání
- Tabulka č. 18: Předpoklad kvalitněji provedené práce vysokoškolsky vzdělaných sester
- Tabulka č. 19: Domněnka vyššího výskytu dekubitů v současnosti
- Tabulka č. 20: Úroveň pomůcek k prevenci dekubitů
- Tabulka č. 21: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc
- Tabulka č. 22: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc před rokem 1989
- Tabulka č. 23: Riziko vzniku dekubitů
- Tabulka č. 24: Používaná stupnice k hodnocení rizika vzniku dekubitů

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek č. 1: Věková kategorie respondentů
- Obrázek č. 2: Pohlaví respondentů
- Obrázek č. 3: Pracoviště respondentů
- Obrázek č. 4a: Délka praxe respondentů - celkem
- Obrázek č. 4b: Délka praxe respondentů
- Obrázek č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů
- Obrázek č. 6: Dosažení vyšší kvalifikace
- Obrázek č. 7: Specializace
- Obrázek č. 8: Spokojenost s vybavením pracoviště
- Obrázek č. 9a: Domněnka lepšího vybavení pracoviště v současnosti - celkem
- Obrázek č. 9b: Domněnka lepšího vybavení pracoviště v současnosti
- Obrázek č. 10: Zvyšování možností kvality ošetrovatelské péče
- Obrázek č. 11: Úroveň zdravotní péče
- Obrázek č. 12: Fyzická zátěž na pracovišti
- Obrázek č. 13: Psychická zátěž na pracovišti
- Obrázek č. 14a: Domněnka většího zatížení personálu v současnosti - celkem
- Obrázek č. 14b: Domněnka většího zatížení personálu v současnosti
- Obrázek č. 15: Názor respondentů na celoživotní vzdělávání
- Obrázek č. 16: Vyšší nároky na vzdělání všeobecných sester
- Obrázek č. 17: Názor respondentů na dostatečnost dřívějšího středoškolského vzdělání
- Obrázek č. 18: Předpoklad kvalitněji provedené práce vysokoškolsky vzdělaných sester
- Obrázek č. 19a: Domněnka vyššího výskytu dekubitů v současnosti - celkem
- Obrázek č. 19b: Domněnka vyššího výskytu dekubitů v současnosti
- Obrázek č. 20: Úroveň pomůcek k prevenci dekubitů
- Obrázek č. 21: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc
- Obrázek č. 22a: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc před rokem 1989 – celkem
- Obrázek č. 22b: Průměrný počet ošetřovaných dekubitů za měsíc před rokem 1989
- Obrázek č. 23: Riziko vzniku dekubitů
- Obrázek č. 24: Používaná stupnice k hodnocení rizika vzniku dekubitů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník (text)

PŘÍLOHY

Příloha č. 4: Dotazník (text)

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Lucie Čermáková a jsem studentkou třetího ročníku 2. lékařské fakulty UK v Praze, obor Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, jenž poslouží jako podklad k mé bakalářské práci, která nese název „Komparace podmínek poskytování ošetřovatelské péče na území ČR před rokem 1989 a v současnosti“.

Dotazník je anonymní, a proto věřím, že jej vyplníte pravdivě.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

1. Vaše věková kategorie: 18-30 31-50 51-63
2. Vaše pohlaví: Žena Muž
3. Uveďte prosím, na kterém pracovišti jste zaměstnán(a).
 - Interní klinika 2. LF UK a FN Motol
 - Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol
 - Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče 2. LF UK a FN Motol
 - Interní oddělení Děčín
 - Neurologické oddělení Děčín
 - Anesteziologicko-resuscitační oddělení Děčín
4. Jaká je délka Vaší praxe v oboru?
 - Více než 23 let
 - Méně než 23 let
 - Méně než 8 let
5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Všeobecná sestra s maturitou
 - Zdravotnický asistent s maturitou
 - Diplomovaný specialista
 - Bakalář
 - Magistr/a
 - Jiné.....
6. Chtěl/a byste dosáhnout vyšší kvalifikace? Ano Ne
7. Máte specializaci?
 - Ano Prosím, uveďte jakou....
 - Ne
 - Právě se specializuji Prosím, uveďte v čem...
8. Jste spokojen/a s vybavením Vašeho pracoviště?

1	2	3	4
rozhodně ano			rozhodně ne
9. Myslíte si, že v současnosti je vaše oddělení lépe vybaveno než v minulosti (před rokem 1989)? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.

1	2	3	4
rozhodně ano			rozhodně ne

10. Myslíte si, že se zvyšují možnosti v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče?
- | | | | |
|--------------|---|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| rozhodně ano | | | rozhodně ne |
11. Jaká je podle Vás úroveň zdravotní péče v současné době? Klasifikujte jako ve škole.
- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
12. Jaká je podle Vás fyzická zátěž na Vašem pracovišti?
- | | | | |
|-----------|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| minimální | | | maximální |
13. Jaká je podle Vás psychická zátěž na Vašem pracovišti?
- | | | | |
|-----------|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| minimální | | | maximální |
14. Myslíte si, že je nyní personál v nemocnicích více zatížen než v minulosti (před rokem 1989)? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.
- | | | | |
|--------------|---|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| rozhodně ano | | | rozhodně ne |
15. Co si myslíte o celoživotním vzdělávání?
- Myslím si, že je potřeba, aby se zdravotníci celoživotně vzdělávali.
 - Myslím si, že celoživotní vzdělávání je zbytečné.
 - Myslím si, že stačí praxe a zkušenosti.
16. Domníváte se, že jsou nyní vyšší nároky na vzdělání sester než v minulosti?
- | | | | |
|--------------|---|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| rozhodně ano | | | rozhodně ne |
17. Domníváte se, že je dřívější středoškolské vzdělání – všeobecná sestra s maturitou, dostačující?
- | | | | |
|--------------|---|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| rozhodně ano | | | rozhodně ne |
18. Předpokládáte, že vysokoškolsky vzdělané sestry (Bc.) provádějí kvalitnější ošetrovatelskou péči?
- | | | | |
|--------------|---|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| rozhodně ano | | | rozhodně ne |
19. Myslíte si, že je v dnešní době výskyt dekubitů vyšší než před rokem 1989? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.
- | | | | |
|--------------|---|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| rozhodně ano | | | rozhodně ne |
20. Na jaké úrovni jsou podle Vás pomůcky k prevenci dekubitů? Klasifikujte jako ve škole.
- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
21. Kolik dekubitů ošetřujete průměrně za měsíc na Vašem oddělení?
- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-5 | <input type="checkbox"/> 6-10 | <input type="checkbox"/> 10 a více |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
22. Kolik dekubitů za měsíc bylo průměrně ošetřováno před rokem 1989? Pokud jste již v této době pracoval/a ve zdravotnictví.
- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-5 | <input type="checkbox"/> 6-10 | <input type="checkbox"/> 10 a více |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|

23. Vyhodnocujete na Vašem oddělení „Riziko vzniku dekubitů?“ Ano
 Ne
24. Pokud ano, jakou stupnici používáte?
 Waterloo škála Stupnice dle Nortonové

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníku.