

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Petra Večeřová

Role a kompetence sester v komunitní péči

(ordinaci praktického lékaře)

Roles and Competences of Nurse in Community Care

(ambulance of General Practitioner)

(Bakalářská práce)

Vedoucí závěrečné práce/ školitel: Mgr. Alice Strnadová, MBA

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 3. 2011

VEČEŘOVÁ PETRA

Touto cestou bych ráda poděkovala:

- a) Mgr. Alici Strnadové, MBA za její vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky.
- b) Své rodině za psychickou podporu a trpělivost po dobu mého studia.

Identifikační záznam:

VEČEŘOVÁ, Petra. Role a kompetence sester v komunitní péči (ordinaci praktického lékaře). [Roles and Competences of Nurses in Community Care (Ambulance of General practitioner)]. Praha, 2011, 100s, 1 příloha. Bakalářská práce, Bc. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Alice Strnadová, MBA.

Klíčová slova: zdravotnictví, komunitní péče, domácí péče, primární péče, sestra, lékař, praktické lékařství, kompetence a role, pacient/ klient, ošetřovatelství, kvalita péče.

Key words: health, community care, home care, primary care, nurse, doktor, general practitioner, competences and roles, patient/ client, nursing, quality of care

Anotace:

Obsahem této práce je stručný přehled o systému zdravotnictví v ČR, o vývoji, hlavních rysech a cílech komunitní, domácí a primární péče a je zaměřena na problematiku rolí a kompetencí sester v komunitní péči v ordinacích praktického lékaře pro dospělé.

Cílem této práce je zjistit, jaké jsou skutečné kompetence sester v ordinacích praktických lékařů a výsledky práce mají být použity k zamyšlení se nad stávající situací v ordinacích praktických lékařů.

Součástí této práce je také kvantitativní výzkum provedený dotazníkovou formou a výsledky jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů.

This thesis brings a brief overview of the health system in the Czech Republic. It describes the development, main features and objectives of community, home and primary care and is focused on roles and competencies of nurses in community care in general practitioner's surgery.

The ambition of this work is to find what are the competences of nurses in reality in general practitioner's surgery and the findings of my thesis might lead to reflect on the current situation in general practitioner's surgery.

The present study also includes a quantitative research based on a questionnaire and the results are presented in the tables and charts.

## Obsah

ÚVOD.....	8
1. Systém zdravotní péče v České republice .....	10
1.1 Zdravotnictví a zdravotní péče.....	10
1.2 Historie systému zdravotní péče.....	10
1.3 Dobrý systém zdravotní péče je charakteristický následujícím :.....	11
1.4 Základní prvky zdravotnického systému .....	13
1.5 Financování zdravotní péče v České republice a jiných zemí .....	13
1.6 Zdravotnictví zahrnuje:.....	14
1.7 Formy zdravotní péče ze systémového hlediska .....	15
1.8 Veřejné zdravotní pojištění .....	16
2. Komunitní péče.....	17
2.1 Z historie komunitní péče.....	17
2.2 Komunita a komunitní péče.....	18
2.3 Principy komunitní péče (Vostřáková, 2000):.....	19
2.4 Plánování komunitní péče .....	20
2.5 Kompetence sester v komunitní péči .....	21
2.6 Hlavní trendy pro rozvoj komunitní a domácí péče .....	21
2.7 Domácí péče.....	22
3. Primární péče.....	30
3.1 Z historie primární péče .....	30
3.2 Primární péče.....	31
3.3 Role primární péče v systému zdravotnictví .....	32
3.4 Obecné trendy v primární péči.....	32
3.5 Poskytovatelé primární péče v České republice .....	32
4. Praktické lékařství .....	34

4.1 Obor praktické lékařství .....	34
4.2 Základními charakteristikami praktického lékařství jsou:.....	34
4.3 Rodinný versus praktický lékař. ....	36
4.4 Vztah zdravotnický tým - pacient.....	37
4.5 Vztah sestra - lékař .....	38
4.6 Jaké je dnešní postavení a kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře? .....	39
4.7 Celoživotní profesionální rozvoj všeobecné sestry.....	43
4.8 Kvalita poskytované péče .....	44
5. Cíl práce a hypotézy: .....	47
5.1 Cíl práce .....	47
5.2 Hypotézy.....	47
6. Metodika a výsledky výzkumu.....	48
6.1 Metodika výzkumu .....	48
6.2 Výsledky výzkumu: .....	48
7. Závěr .....	85
Použitá a citovaná literatura a prameny.....	91
Použité zkratky .....	93
Přílohy.....	94

## ÚVOD

Z historie jsou patrné různé snahy a také různé způsoby, jak bojovat proti bolesti, utrpení, nemocem a jak oddálit smrt. Největší hrozbou pro lidstvo byly různé druhy epidemií, které se nekontrolovaně šířily. Jako jedno z opatření proti vzniku a šíření epidemií, vznikly v 16. století územní spády, které řídili tzv. úřední lékaři. Za vlády Josefa II. Byl v roce 1888 vydán „zemský zdravotní zákon pro Čechy“ podle něhož obce nad 6000 obyvatel musely ustanovit a platit nejméně jednoho obecního lékaře. Menší obce se obvykle sdružovaly a ustanovovaly obvodního lékaře pro několik obcí dohromady. Mezi činnostmi, které lékař vykonával, byla nejen prevence a kurativa, ale také dohled nad tzv. „porodními bábami“.

Od počátku 20. století prošlo zdravotnictví řadou změn. Vznikaly nové nemocnice a ošetrovatelské školy, privatizace nemocnic, vynalezly se modernější přístroje, rozšířily se nové lékařské i nelékařské obory a sestry a porodní asistentky byly stále více a častěji uznávané a považované za důležitý článek multidisciplinárního týmu a nyní tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu. Po roce 1918, se u nás, a to v souladu s předními evropskými trendy, vyvinul systém tzv. rodinných lékařů, kteří zabezpečili široké spektrum lékařských služeb pro své pacienty různých věkových kategorií. Zásadní zlom nastal po roce 1948, kdy byl převzat sovětský model zdravotního systému a zdravotní péče, který upřednostňoval ambulantní specializovanou péči. V primární péči tak pracovali obvodní/ závodní lékaři, obvodní pediatři a gynekologové. Ambulantní specialisté a praktičtí lékaři byli soustředováni do poliklinik, kde měla být poskytována komplexní péče.

Ze souvisejícími změnami byly kladeny stále větší nároky i na zdravotní personál. V rámci celoživotního vzdělávání sester se sestry více zdokonalují, Primární péče se u nás po dlouhá léta proměňovala. Před obdobím socialismu převažovali spíše soukromé praxe a rodinní lékaři. Naopak v rámci socializace se rozmohlo budování společných pracovišť, zdravotních středisek a poliklinik, což postupně ukázalo značné nevýhody, např. přílišné oddělení činnosti specialistů od činnosti tzv. závodních lékařů aj. Proto v roce 1990 v rámci transformace došlo k široké privatizaci zdravotnictví (ambulantní sféry, ale i nemocnic a dalších zdravotnických zařízení). Nejvíce však proběhla privatizace právě v primární péči.

Komunitní ošetrovatelství není pro naši zemi žádným novým oborem. Tento obor se vyvíjí již řady let a po roce 1989 se u nás rozvíjí jeden z velmi významných prvků tohoto



ošetřovatelství a tím je domácí péče. Komunitní péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, ve kterém sestra zaujímá důležité a nenahraditelné místo.

Získávají nové poznatky a stávají se tak vyhraněnou profesní skupinou. Jsou na ně kladeny mnohem větší nároky a zvyšuje se úroveň kompetencí a rolí sester. Tuto práci jsem si vybrala, protože je to téma aktuální a zatím ještě nedostatečně propracované. A také si myslím, že touto problematikou se zatím zabývá velmi málo lidí, tudíž by bylo hezké, kdyby moje práce mohla být alespoň dalším malým přínosem ve studii této záležitosti.

Cílem je zjistit, jaké jsou skutečné kompetence a role sester v ordinacích praktických lékařů a výsledky mojí práce mají být použity k zamyšlení se nad stávající situací a pomocníkem při dalším rozšiřování činností sester, které pracují u praktických lékařů.

Výzkum byl proveden metodou dotazníků a výzkumnou skupinou byly sestry praktických lékařů pro dospělé v rámci celé České republiky.

# 1. Systém zdravotní péče v České republice

## 1.1 Zdravotnictví a zdravotní péče

Zdravotnictví se jako kompaktní společenský systém vytvářelo v historickém vývoji z potřeb denního života a na základě různých spontánně a živelně vzniklých institucí poskytujících zdravotní a/nebo charitativní péči a pomoc. Zdravotnický systém je odvětvím produkujícím zdravotnické služby, je představován soustavou zdravotnických institucí a je subsystémem systému péče o zdraví (Strnad in Gladkij, 2003, str. 26).

Zdravotní péče je soubor opatření ve směru zdravotnický personál - pacient. Jedná se jak o pouhá ošetření, tak o ambulantní léčbu ať už v místě bydliště pacienta, nebo v nemocničním zařízení. V České republice je obecně péče na velmi vysoké úrovni. V jiných zemích to může být ovšem jiné. Nezávisí to pouze na tom, jestli se jedná o ekonomicky silný stát, ale i na dalších okolnostech jako například na množství a počtu zdravotnického personálu.

(dostupné z: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_p%C3%A9%C4%8De](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De)>)

## 1.2 Historie systému zdravotní péče

Do konce devatenáctého století (a ještě dlouho ve století minulém) byla obvyklá přímá úhrada poskytované zdravotní péče pacientem. Pacient přicházel k lékaři a kupoval si od něj službu podobně jako jiné zboží na trhu. U nejhudších vrstev populace převládala v historii úhrada naturální, popřípadě byli léčeni zdarma. S rozvojem sociální solidarity (základem byly podpůrné spolky anglických námořníků v 15. a 16. století) se zdraví stalo jednou ze základních lidských potřeb. Začaly diskuze o možnosti přístupu ke zdravotní péči pro nejširší vrstvy. Současně s rozvojem zdravotnických zařízení narůstaly ceny zdravotnických služeb, přímá úhrada pacienta nestačila a stala se brzdou rozvoje. V případě závažnějších onemocnění se dostávali do finančních potíží a relativně solventní obyvatelé a početně velké a chudé skupiny obyvatelstva (dělníci a jejich rodiny) neměly dostatek prostředků na zdravotní péči. Proto vstoupila do systému zdravotní péče třetí strana – financující subjekt, který realizuje sociální ekvitu (solidaritu) a organizuje směnný vztah mezi lékařem a pacientem.

( Křížová, 1998, str. 9-10)

### 1.3 Dobrý systém zdravotní péče je charakteristický následujícím:

- a) **Prevence:** snaha co nejvíce předcházet výskytu onemocnění;
- b) **Dostupnost:** poskytnout pomoc snadno a rychle
- c) **Účelnost:** poskytovat ten druh péče, který je vzhledem k potřebám nemocného skutečně zapotřebí;
- d) **Kvalita:** poskytovat péči na úrovni aktuálního poznání a aktuálních technických a finančních možností;
- e) **Přehlednost:** umožnit pacientovi, aby celému procesu léčení porozuměl;
- f) **Citlivost:** zajistit, aby byl nemocný v souvislosti s onemocněním co nejméně vytrhován ze svého běžného života, prostředí;
- g) **Humánnost:** maximálně zachovávat lidskou důstojnost;
- h) **Ekonomičnost:** náklady na provozování zdravotní péče držet v aktuálně přijatelných mezích a dané prostředky účelně využívat;

(dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>>)

Řekla bych, že u nás z těchto charakteristik nejvíce vážne ekonomičnost, prevence a humánnost. Podle mě, by se na financování v našem státě ještě mělo více zapracovat. Myslím si, že naše zdravotnictví hodně strádá na občanech, kteří nejsou pojištěni, jde hlavně o občany cizí státní příslušnosti a vymáhání peněz s cizích zemí je velmi obtížné. Podle mě, je dalším důvodem prodlužující se délka života populace, z čehož by mohlo vyplynout, že penzisté za zdravotní péči utratí nejvíce. Také jsou nízké přímé platby klientů, např. za léky, hospitalizaci a návštěvy lékařů oproti jiným zemím. Lékařské přístroje, chod nemocnic zřizování speciálních ordinací jsou velmi nákladné. Pokud tedy budeme chtít zlepšit kvalitu a dostupnost péče, tak si v průběhu dalších let budeme muset více sáhnout do vlastních peněženek, protože tento způsob financování náš stát nemůže udržet dlouho.

Na jednu stranu je sice hezké, že občané mají svobodnou volbu výběru lékaře, ale na druhou stranu si myslím, že je tak hodně podceňována prevence. Dříve tohle měli lékaři více v evidenci, a pacienti chodili pravidelně na preventivní prohlídky. Dnes už tomu tak není a pacienti tuto složku péče velmi podceňují. Přitom pravidelná prevence je jeden z těch

nejdůležitějších faktorů pro včasné podchycení různých onemocnění. Což si pacienti mnohdy uvědomí až je pozdě.

Podle mého názoru je i zachování lidské důstojnosti na velmi špatné úrovni. Lékaři i sestry berou stud a intimitu pacienta na lehkou váhu a neuvědomují si jak to může být pro pacienta náročné na psychiku.

### **Základní problémy související s postavením primární péče v současném zdravotním systému:**

1. způsob financování nutí k získávání velkého počtu pacientů a organizován velkého počtu vyšetření a návštěv,
2. chybí zainteresovanost praktických lékařů na snížení úrovně výdajů,
3. menší rozsah poskytovaných diagnostických a terapeutických výkonů,
4. časté odesílání pacientů ke specialistům a do nemocnic, a to i v případech, které by pro pojištěnce měl řešit praktický lékař,
5. nízká přístrojová vybavenost,
6. neexistence komplexní informace o pacientovi (v praxi rozpor s potřebou přirozeného toku informací o zdravotním stavu k lékaři, který má být zodpovědný za zdravotní stav občana, který si jej vyvolil jako svého ošetřujícího lékaře).
7. zákonem není stanovena povinnost zdravotnických pracovníků informovat praktického lékaře o stavu, který si vyžádal buď mimořádný zásah v případě akutním, tak o postupech v případech chronických,
8. přímá dostupnost ke specialistům na základě vágně formulovaného zákona s množstvím výjimek<sup>1</sup>
9. formální požadavky na vzdělání a praxi před udělením povolení k otevření praxe

(dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>>).

---

<sup>1</sup> zákon 216/1992 Sb., kterým byl vydán zdravotní řád pro poskytování a úhrady zdravotních služeb v rámci všeobecného zdravotního pojištění, vymezuje podmínky poskytování hrazené zdravotní péče tak, že "Hrazená péče je pojištěnci poskytována zpravidla na základě doporučení nebo objednání praktickým nebo jiným ošetřujícím lékařem."

V České republice nebylo navázáno na historicky zažitou úlohu rodinného lékaře a nebyly a dosud nejsou vytvářeny podmínky pro posílení role praktického lékaře a ani pro vytvoření plně integrovaného systému zdravotně-sociální péče, který by se pozitivně odrážel ve zdravotním stavu naší populace a v kvalitě poskytované péče. Primární péče tak představuje slabý, opomíjený a legislativně nevymezený článek zdravotnického systému.

(dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>>)

#### 1.4 Základní prvky zdravotnického systému

Ve zdravotnickém systému existují tři propojené strany(elementární prvky):

1. pacient ( příjemce péče)
2. poskytovatel (lékaři a zdravotnická zařízení)
3. plátce (ten, kdo provedenou péči finančně hradí)

(Křížová, 1998, str. 8-9)

#### 1.5 Financování zdravotní péče v České republice a jiných zemí

Financování v České republice je založeno na povinném zdravotním pojištění<sup>2</sup>, které je doplněno výdaji z veřejných rozpočtů a přímými platbami pacientů. Systém povinného zdravotního pojištění se uplatňuje v šesti zemích Evropské unie. V Belgii, Francii a Lucembursku platí pacienti za léčbu přímo a zdravotní pojišťovna jim tuto péči zpětně uhradí. V Rakousku, Německu a Nizozemí je systém podobný jako v České republice a pojišťovny proplácejí poskytnutou péči přímo poskytovatelům zdravotní péče. Pokud bychom chtěli srovnat financování zdravotní péče s dalšími zeměmi, tak můžeme říci, že v každé zemi se používá jiný způsob hrazení zdravotní péče, ale lze vysledovat určité společné znaky. Vytvořily se tři základní modely (financování z daní v rámci systémů veřejných rozpočtů, povinné zdravotní pojištění a soukromé zdravotní pojištění), které se používají, ale nikdy ne jednotlivě, vždy se jedná o nějakou kombinaci. Ve Velké Británii je například péče financována především z daní v rámci

---

<sup>2</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

systemu veřejných rozpočtů a dalšími zdroji jsou také národní pojištění, přímé platby pacientů a soukromé pojištění. V Německu je velmi podobný systém financování jako u nás. Základním zdrojem financování je povinné zdravotní pojištění. Další finance jsou získávány v rámci soukromého pojištění a přímých plateb pacientů. I zde je však část úhrad získávána z daní.

Ve Spojených státech amerických je péče hrazena ze soukromých zdrojů (tzv. soukromé pojištění a přímé platby pacientů) a z veřejných financí (daně a veřejné zdravotní pojištění).

(Zdravotní politika a ekonomika, 2002, str.16)

## 1.6 Zdravotnictví zahrnuje

### 1) Instituce:

a) zdravotnická zařízení:

1. ZZ ambulantní péče
2. lůžková zařízení
3. lékárny
4. zdravotnická záchranná služba
5. hospice
6. zdravotní ústavy
7. zvláštní dětská ZZ
8. vědecké a výzkumné ústavy
9. event. ostatní ZZ

b) ostatní orgány a instituce ve zdravotnictví:

1. Ministerstvo zdravotnictví ČR
2. zdravotní pojišťovny
3. Krajská hygienická stanice
4. event. ostatní (ÚZIS)

### 2) Pracovníci

a) pracovníky ve zdravotnictví:

1. lékaři (stomatologové), farmaceuti

2. tzv. ostatní VŠ – zdravotníci
3. pracovníci s vyšším odborným vzděláním (DiS.)
4. SZŠ – zdravotní sestry, laboranti apod.
5. ostatní s nižším vzděláním – sanitáři, ošetřovatelé apod.

b) odborné (profesní) organizace a společnosti:

1. komory
  - lékařská komora
  - stomatologická komora
  - lékárenská komora
2. odborné (profesní) lékařské společnosti – ČLS JEP
3. ČAS

### **3) Odborné zdravotnické činnosti – zdravotní péče:**

- a) léčebně-preventivní péče (kurativa),
- b) ochrana a podpora zdraví, prevence nemocí
- c) výchova ke zdraví
- d) lékárenské činnosti
- e) vědecká a výzkumná činnost
- f) zdravotnické školství
- g) ostatní

(dostupné z: <[www.farmeko.cz/data/64/vz3zdravzar.doc](http://www.farmeko.cz/data/64/vz3zdravzar.doc)>)

## **1.7 Formy zdravotní péče ze systémového hlediska**

Zdravotnické instituce se rozdělují podle svého začlenění do primární, sekundární a terciární péče.

- 1) Primární zdravotní péče – jako základ péče o zdraví celé populace musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná. Obsahuje zejména tyto oblasti: podpora

zdraví a program kontroly nemocí, preventivní zdravotní činnosti, účelná a efektivní vyšetřovací a léčebná činnost a spolupráce s dalšími složkami zdravotní péče

- 2) Sekundární zdravotní péče – sekundární zdravotní péče se rozumí poskytování specializované zdravotní péče zejména prostřednictvím zdravotnických institucí (nemocnice a specializované ambulance) nebo v terénu prostřednictvím ambulantních specialistů (např. diabetologická ambulance, kardiologická ambulance).
- 3) Terciární zdravotní péče – na terciární úrovni je poskytována vysoce specializovaná a komplexní zdravotní péče (např. transplantační program, onkologická péče, kardiologie vrozených vad dětí). Tato péče patří k finančně nejnákladnější péči ve zdravotnickém systému

(Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 20).

## 1.8 Veřejné zdravotní pojištění

### Zdravotní pojištění

Současný model zdravotní péče v ČR je model národního zdravotního pojištění, založený na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění jako definovaný podíl ze svého příjmu. Zákonné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany bez výjimky a má spíše charakter povinné zdravotní daně. Zdravotní pojištění vzniká narozením, uzavřením pracovním smlouvy nebo získáním trvalého pobytu na území ČR. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za nezaopatřené děti, za poživatele důchodů, za ženy na mateřské a rodičovské dovolené, za uchazeče o zaměstnání evidované na úřadech práce aj.

Registr všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění v ČR je veden v Ústřední pojišťovně Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky.

Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny veškeré diagnostické a terapeutické výkony, preventivní a dispenzární péče, zdravotní péče v souvislosti s těhotenstvím, základní stomatologická péče, péče o dlouhodobě nemocné pacienty ve zdravotnických zařízeních následné ošetřovatelské péče. Hrazeny jsou též základní léky, zdravotnické prostředky, doprava pacientů a domácí zdravotní péče. Na některé léky a stomatologické výkony a výrobky jsou stanoveny doplatky. Nehradí se péče požadovaná z jiných než zdravotních důvodů (průkazy, posudky) a kosmetická



chirurgie, nadstandardní péče (vyšší komfort při pobytu v nemocnici)( Úvod do veřejného zdravotnictví, Janečková, Hnilicová, 2009, str. 125-138).

## 2. Komunitní péče

### 2.1 Z historie komunitní péče

Péče o seniory, osoby s tělesným a mentálním postižením nebo sociálně potřebné osoby prošla v průběhu času významnými změnami. V celém vývoji však zastává vždy významnou roli rodina a její pečující příslušníci. V dobách raného středověku vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí chudým (ptochotrofium) a starým lidem (gerontotrofium) (Geremek, 1999, str. 51). Později byly zakládány chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy jako azyl pro nemajetné, chudé a staré, které se v průběhu dějin přeměnily na domovy důchodců. Přibližně ve 12. století vznikaly na českém území středověké špitály a provozované církevními řády, které měly spíše sociální než léčebnou funkci – poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem (Lemon, 1996, str. 31). Pravděpodobně první přímou komunitě zaměřenou ošetrovatelskou péčí byla činnost sester Československého červeného kříže v meziválečném období minulého století. Středem zájmu byli tehdy zejména děti, chudí nemocní a staří lidé. V té době byla také poprvé systematicky prováděna ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách. Vzhledem k negativním důsledkům hospodářské krize poskytovaly sestry především preventivní péči (hygiena, stravování, oblečení), zprostředkovaly také léčení a odborná vyšetření, staraly se o invalidní, staré a zanedbané občany. Z ekonomických důvodů byla tehdy dokonce provedena systematická analýza práce sester poskytujících zdravotní péči v rodinách a komunitách. Jejím výstupem bylo doporučení pro zefektivnění práce tzv. sociálních sester – aktivizací a zapojením nekvalifikovaných pracovníků a rodinných příslušníků nemocných (Staňková, 2003).

Po druhé světové válce došlo u nás k masivnímu rozvoji ústavní péče zaměřené především na materiální a sociální zabezpečení. Také ošetrovatelská péče byla poskytována především v rámci sekundární zdravotní péče (Semaškův model zdravotnictví)<sup>3</sup>. K výraznějším

---

<sup>3</sup> Semaškův model státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v bývalém Sovětském svazu.

V našich zemích tento model fungoval jako tzv. „socialistické zdravotnictví“ až do 90. let 20. století a lze konstatovat, že se významně promítl do života několika generací československých občanů. V současné době existuje tento model ve své „čistě“ podobě pravděpodobně pouze na Kubě. Původně tento model vymysleli čeští odborníci, ale z tehdejších ideologických důvodů se to prezentovalo jako přenos sovětské zkušenosti k nám.

změnám ve prospěch komunitě orientované zdravotní a ošetrovatelské péče došlo až po roce 1989, a to především v souvislosti se vznikem a rozvojem domácí péče.

(Úvod do komunitního ošetrovatelství, Jarošová, 2007, str. 32)

## 2.2 Komunita a komunitní péče

### Komunita

Komunita je definována jako souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku. Je to typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce (Encyklopedický slovník, 1993).

Podle Světové zdravotnické organizace je komunita sociální skupina determinována geografickými hranicemi a/nebo společenskými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří (WHO, 1974, str. 7).<sup>4</sup>

Já si pod pojmem komunita představuji skupinu lidí podobných vlastností, cílů, problémů a aktivit, kteří se scházejí na určitém místě, kde se vzájemně poznávají, ovlivňují se, pomáhají si, naslouchají, psychicky se podporují, pečují o sebe navzájem a provádějí společné aktivity bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, vzdělání, sociální, zdravotní nebo finanční situaci. Komunitu může tvořit veškerá veřejnost, nejen skupiny lidí sociálně slabších, zdravotně postižených a nemohoucích, kteří mají společné cíle, aktivity a vášně, o které se chtějí podělit s druhými a naopak i oni sami získat zkušenosti jiných a tím se více rozvíjet a zdokonalovat.

### **Komunitní péče**

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity (geografické, etnické). Tyto služby doplňují primární péči, jsou určitou alternativou specializované a institucionální

---

<sup>4</sup> Světová zdravotnická organizace (WHO) - je agentura Organizace spojených národů, konajíc jak koordinační autorita v mezinárodním veřejném zdraví - centrála Ženeva, Švýcarsko. WHO byla založena Spojenými národy 7. dubna 1948. Úkolem je „dosažení všemi lidmi nejvyšší možné úrovně zdraví“. Její hlavní úloha je likvidovat nemoci, speciálně klíčové infekční nemoci. Jako např. v roce 1979 kdy byly eliminovány pravé neštovice a plánuje se vymýtiti i dětskou obrnu. WHO též provádí celosvětové kampaně, např. na zvýšení konzumace zeleniny, nebo na snížení konzumace tabáku, a vede také výzkum - např. zdali elektromagnetické pole kolem mobilních telefonů má negativní vliv na zdraví.

péče poskytované na regionální úrovni. Komunitní péče je orientována více na skupiny a celé komunity, činnosti vycházejí z potřeb komunity. Cílem je poskytovat péči v domácím prostředí, umožnit co nejdéle setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti, chronické nemoci (Holmerová, 1998). Je založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce, na participaci všech zúčastněných (klient, rodina, komunita, profesionálové, poskytovatelé, zřizovatelé, obec). Přináší holistický a integrovaný přístup do péče o nemocné i o zdravé.

(srovn. Anderson, McFarlane, 1996, str. 125)

### 2.3 Principy komunitní péče (Vostřáková, 2000):

1. čtyřicetihodinová dostupnost základní pomoci včetně krizové intervence pro všechny druhy náhlých příhod (přímo v místě vzniku potřeby – domov);
2. snadná dostupnost zdravotnických a sociálních služeb ve smyslu fyzickém transport) i psychologickém (informační síť);
3. rychlé předávání klienta odpovídajícím službám kvalitním referenčním systémem pro zajištění optimální péče (aby nedošlo k zanedbání péče a pomoci nebo k nadbytečné péči);
4. návaznost péče pro zajištění kontinuity a propojení zdravotní a sociální, ústavní a komunitní péče (čím jsou izolovanější prvky, tím je nákladnější celkový systém);
5. multidisciplinární spolupráce a koordinace činnosti poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb;
6. možnost výběru služeb pro zajištění spoluúčasti občana na rozhodnutí o formě odpovídající pomoci (aktivní zapojení, plná informovanost občana o plánovaných aktivitách a jejich zdravotních a sociálních důsledcích);
7. individuální přístup v respektování jedinečnosti každého člověka a jeho potřeb v různých fázích nemoci či života;
8. diskrétnost při předávání informací;
9. účelnost nákladů pro vytvoření a udržení komunitního systému, podpora přirozených zdrojů v komunitě, koordinace, eliminace duplicit;

## 2.4 Plánování komunitní péče

### **Komunitní plánování**

Komunitní plánování je otevřený cyklický proces zjišťování potřeb členů komunity. Cílem je hledat řešení, která nejlépe odpovídají místním podmínkám a potřebám, a podle nich utvářet fungující systém zdravotních a sociálních služeb v komunitě. Spočívá ve spolupráci a zapojení uživatelů služeb, jejich poskytovatelů a zadavatelů (např. obcí, kraje)

(Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str.28).

### **Činnosti v procesu komunitního plánování:**

#### 1. Vyhledávání skupin

Vyhledávanou skupinou jsou převážně senioři, ale jsou jimi i lidé v produktivním věku, kteří mohou být trvale nebo přechodně nesoběstační, např. po cévní mozkové příhodě, s tělesným nebo duševním postižením, demencí, s následky těžkých úrazů, umírající aj.

#### 2. Určení věkové struktury a stanovení potřeb

V této fázi se zjišťuje kolik klientů, v jaké věkové kategorii a do jaké míry potřebují pomoc k zajištění soběstačnosti.

#### 3. Zhodnocení stávajících služeb a možností

Další činnosti v procesu komunitního plánování je zjištění stávajících služeb v komunitě:

- a) zdravotní: formy služeb, počet, jejich struktura a návaznost na veřejné zdravotní pojištění, počet lékařů v ambulantní primární péči, jejich odbornost, počet specialistů, pohotovostní služby, agentury domácí péče aj.
- b) sociální: denní stacionáře, centra denních služeb, osobní asistence, pečovatelská služba, poradny aj.
- c) další nestátní subjekty: svépomocná občanská sdružení, církevní organizace, dobrovolnické aktivity, kluby důchodců aj.

#### 4. Posouzení situace a stanovení společné koncepce

Tým pro posouzení situace a stanovení společné koncepce je tvořen zástupci komunity, poskytovateli služeb a zástupci příjemců. Tento tým plánuje, které služby jsou potřebné a jakým způsobem bude celý systém propojen (Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 28-30).

## 2.5 Kompetence sester v komunitní péči

Sestry jsou důležitými členy multidisciplinárních týmů, participují na hodnocení možností konkrétní komunity a na rozvíjení komunitních zdrojů pomáhajících zajišťovat komplexní péči o obyvatele (Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 26).

Hlavní úlohou komunitních sester je:

- a) vystupovat jako zprostředkovatel zdravotní a ošetřovatelské péče pro členy komunity, především pak pro vulnerabilní skupiny, jakými jsou například členové minoritních skupin a jejich rodiny (zástupci různých etnik, senioři, osoby se zdravotním postižením apod.);
- b) edukace jedince a komunity;
- c) případový management;
- d) sběr dat a výzkum;
- e) koordinace péče mezi provozovateli;
- f) poskytování specifických intervencí ošetřovatelské péče;

(Nies, McEwen, 2001, str. 13)

## 2.6 Hlavní trendy pro rozvoj komunitní a domácí péče

Mezi hlavní trendy, ovlivňující v posledních letech rozvoj komunitní a domácí péče, patří:

- a) střední délka života – v posledních letech se lidé dožívají stále vyššího věku. Je to dáno rozvojem a zkvalitněním ošetřovatelských postupů a metod, sníženou úmrtností na infekční choroby, zdravý životní styl aj.
- b) rodinná situace – rozvody, osamocené žití, stěhování aj.
- c) moderní společnost – častá rozvodovost, individualismus, vyšší zaměstnanost žen
- d) technika v terénní péči – telemedicína<sup>5</sup>, telenursing<sup>6</sup>, telematika<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup>Telemedicína - je proces, pomocí komunikace přes audio a video nebo zprostředkovat výměnu poznámek o pacienta s lékařem nebo také z jednoho do druhého zdravotnickým personálem. Není omezen na jediné místo, a ve skutečnosti může probíhat mezi dvěma vzdálených míst se nacházejí kdekoli v zemi.

- e) informovanost klientů – klienti se stávají stále více aktivnějšími, mají více zájem o svůj zdravotní stav, chtějí znát veškeré informace a možnosti léčby, znají svá práva a jejich dodržování, aktivně se podílejí na léčbě aj.
- f) krize ošetřovatelství – nedostatek sester, pokles zájmu o studium a profesi, odchod za prací do zahraničí, stereotypní práce sester bez snahy začlenění nových postupů a metod

(Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 26).

## 2.7 Domácí péče

### Z historie domácí péče

Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka existuje od nejstarších dob. První zmínky jsou od počátku 12. století (řeholní řády). Masivně se ošetřovatelství v domácnostech rozvíjelo na konci 13. století. V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví známé diakonky, které byly pro tuto práci speciálně školeny. Denně docházely za nemocnými, opatrovaly je, myly a praly jim prádlo. Po církevním zákazu jejich činnosti vznikaly v městě v soukromých domech lazarety, kde nemocné obsluhovaly neškolené starší ženy vybrané pražskými konšely. Po několika století byli nemocní ošetřováni v institucích – lazaretech, špitálech a později v nemocnicích. Ve druhé polovině 19. století pak bylo rozhodnuto o potřebě odborně připravené ženy pro péči o raněné a nemocné. Vzhledem k ekonomické situaci byla v meziválečném období ošetřovatelská péče situována převážně v terénu. S podporou Československého červeného kříže byly realizovány první pokusy v oblasti domácí péče. Ošetřovatelská péče byla tehdy zaměřena především na vulnerabilní skupiny - na děti, staré lidi, chudé nemocnice – a nabývala více charakteru sociálního ošetřovatelství. V té době byly na sjezdu Spolku diplomovaných sester formulovány tři hlavní úkoly sociálně zdravotní péče: ošetřovatelský, sociální lidovýchovný a byla nastíněna náplň práce sestry včetně jejího postavení mezi rodinou a sociálně zdravotními institucemi, úřady a školami (Staňková, 2003). Po roce 1948 byly řeholní sestry ze zdravotnictví vytěsněny a hlavní těžiště práce civilních sester se přesunulo z obce do nemocnic a institucí. Od 19. 8. 1952 přebíral podle zákona 103/1951 Sb. Odpovědnost za provádění domácí péče stát (Zdravotní péče v obci, 1993). K zásadním změnám

---

<sup>6</sup>Telenursing - odkazuje se na použití telekomunikací a informačních technologií pro poskytování pečovatelské služby ve zdravotnictví. Existují mezi pacientem a zdravotní sestrou nebo mezi libovolný počet zdravotních sester.

<sup>7</sup>Telematika - telekomunikační přístup k centrálně uloženým informacím.

pak došlo až v posledním desetiletí minulého století, kdy vznikaly první agentury domácí péče v dnešní podobě. Domácí péče vstoupila na scénu českého systému zdravotní péče v roce 1991 v rámci experimentu ministerstva zdravotnictví.

### **Charakteristika domácí péče**

Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči také v jeho přirozeném domácím prostředí, které přispívá k psychické pohodě člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování. Na rozvoj domácí péče má vliv mnoho společenských faktorů (Topinková, 1994):

- a) stoupající náklady na zdravotní péči;
- b) populární stárnutí – největšími spotřebiteli zdravotní péče jsou klienti nad 65 let věku;
- c) rostoucí poptávka veřejnosti po službách v domácím prostředí – snaha o zachování vyklého životního stylu v přirozeném prostředí;
- d) rozvoj moderních technologií – nové technologie a přístroje vhodné pro užití v domácí péči;
- e) politické faktory – změny zdravotnických systémů, iniciativy samospráv, neziskový sektor;

Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 1993) jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.

Komplexní domácí péče je podle Stanhope a Lancastera (2004, str. 134, str. 964) formou integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a její filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti. Primární péči v tomto kontextu chápou jako první linii kontaktu klienta se systémem zdravotní a sociální péče v rámci komunity.

#### **Cíl domácí péče**

- 2) pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím;
- 3) zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí;

- 4) zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb;
- 5) udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech;
- 6) edukovat pacienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví;
- 7) zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny.

(ČAS, 2004)

#### Výhody domácí péče:

- a) ekonomičnost – tím, že se zkrátí doba hospitalizace klienta ve zdravotnickém zařízení, tím se mohou o třetinu až polovinu snížit náklady;
- b) víceborovost – zdravotnický tým poskytující domácí péči je multidisciplinární;
- c) individualizovaná péče – každá péče o klienta je dána podle jeho individuálních potřeb;
- d) komplexnost – domácí péče může poskytnout podle individuálních potřeb klienta činnosti léčebné, rehabilitační, ošetrovatelské, sociální aj.
- e) dlouhodobá péče – jak dlouho bude klientovi poskytována péče se odvíjí z jeho potřeb; péče je klientovi poskytována tak dlouho, dokud se pacient nestane dostatečně soběstačným;
- f) podpora zdraví – součástí domácí péče je také poskytování primární, sekundární a terciární prevence (Hanzlíková, 2002, str. 96-97);

#### Formy domácí péče

- 1.) *Akutní domácí péče* (domácí hospitalizace) – je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje jeho hospitalizaci, nebo jako alternativa hospitalizace. Nejčastější indikací u klientů s akutní exacerbací onemocnění jsou choroby kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální, urologické. Bývá poskytována převážně krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů.
- 2.) *Dlouhodobá domácí péče* – je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice a je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jsou to obvykle klienti po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou,



klienti s plným i částečným ochrnutím, se závažným duševním onemocněním aj. Jde o typicky integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let.

- 3.) *Preventivní domácí péče* – je určena klientům, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádějí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné změny signalizují ošetřujícímu lékaři. Tato forma péče je poskytována v takové frekvenci týdně nebo měsíčně, jakou na základě celkového stavu klienta určí ošetřující lékař;
- 4.) *Domácí hospicová péče* – zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stádiu života. Tato forma domácí péče je obvykle poskytována klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců.
- 5.) *Domácí péče ad hoc* (jednorázová domácí péče) – je mimořádně alternativní využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinace praktických lékařů nebo jiných ošetřujících lékařů. Jde zpravidla o provedení odborných výkonů, jako je např. jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu aj.

(Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 65-66).

V rámci domácí péče jsou zde nejčastěji prováděny jednoduché ošetřovatelské úkony, pedikúra, masáže, úprava vlasů, pomoc při oblékání, donáška léků, jídla a pití, příprava pokrmů, pomoc při domácnosti, nákupy, doprovody na vyšetření aj. Domácí péče je zajišťována prostřednictvím agentur domácí péče (ADP). Odborný zástupce u agentury domácí péče musí splňovat po ukončeném kvalifikačním vzdělání podle platných právních norem minimální rozsah 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho 2 roky odborné praxe u lůžka. V současné době probíhá pregraduální vzdělávání sester (získání odborné způsobilosti) na vysokých školách v bakalářských studijních programech ošetřovatelství a vyšších zdravotnických školách absolvováním oboru všeobecná sestra. Celoživotní studium bylo zajišťováno formou specializačního studia ve speciálním úseku práce domácí péče, od roku 2005 ve specializačním studiu oboru komunitní sestra (Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 67).

Trendy vývoje oboru domácí péče:

- a) zlepšování zdravotního stavu populace zejména se zaměřením na podporu a obnovu zdraví a kvalitu života;

- b) rozvoj účinných metod prevence patologického stárnutí a stáří, především jeho předčasného projevu a urychleného průběhu;
- c) zlepšení koordinace a kontinuity v péči o pacienty v domácím prostředí a spolupráci se všemi formálními a neformálními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb;
- d) rozvoj péče o pacienta v domácím prostředí v akutním stavu a po jednodenních zákrocích;
- e) rozvoj domácí hospicové péče;
- f) edukace populace v racionální výživě, pohybové terapii a zvládání postupů k psychopatologii ve stáří;
- g) snižování nákladů na zdravotní péči;

(Úvod do komunitní ošetřovatelství, Jarošová, 2007. str. 67-68)

### **Ošetřovatelská péče v domácí péči**

Ošetřovatelská péče je poskytována v rámci zdravotní péče, která je členěna podle zaměřen aktivit na primární, sekundární a terciární péči.

- a) *primární péče* – je poskytována v rámci prvního kontaktu členů společnosti se zdravotními službami v komunitě. Je zaměřena na ochranu a upevňování zdraví a na prevenci onemocnění (edukace, diagnostické a terapeutické výkony, uspokojování potřeb);
- b) *sekundární péče* – je realizována v institucích (nemocnice, odborné ústavy, léčebny, hospice aj.) a je zaměřena na prevenci komplikací onemocnění. Zajišťuje pacientům komplexní, specializovanou a základní péči (diagnostické a terapeutické výkony a asistence při nich);
- c) *terciární péče* – smyslem je dokončit terapeutický proces a zlepšit zdravotní stav nemocného. Ošetřovatelská péče je zde zaměřena na komplexní a základní péči, na léčebné výkony, rehabilitaci, edukaci, paliativní péči a je poskytována zejména v domácnostech klientů, zařízeních dlouhodobé péče, rehabilitačních zařízeních;

(Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 68)

Prakticky zaměřené ošetřovatelské aktivity jsou klientům v domácí péči prováděny sestrou přímo (sestra je při nich v přímém kontaktu s klientem) nebo nepřímo (sestra při nich není v přímém kontaktu s klientem).

Podle zaměření a obsahu činností bývá domácí péče dále členěna na epizodickou, kdy je klientovi poskytována péče léčebná a jsou prováděny aktivity v rámci sekundární a terciární prevence, a distribuční, kdy je poskytovaná péče zaměřena na podporu zdraví, prevenci onemocnění nebo na primární prevenci. (Stanhope, Lancaster, 2000, str. 969)

### **Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces je podle Věstníku č. 9/2004 Sb. jedinou pracovní metodou, prostřednictvím které nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP) vyhledávají a posléze uspokojují individuální potřeby jednotlivců – pacientů, rodin a komunit. Ve Spojených státech amerických je pojem ošetrovatelský proces znám od 50. let 20. století. Od roku 1973 je součástí mezinárodních standardů ANA (American Nurses Association). Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají:

1. ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity,
2. ke stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz),
3. k plánování ošetrovatelské péče,
4. k realizaci ošetrovatelské péče,
5. k vyhodnocování efektivity ošetrovatelské péče.<sup>8</sup>

### **Služby a instituce v komunitní péči**

V komunitní péči rozeznáváme dva typy služeb:

1. zdravotní služby a instituce:
  - a) *Praktičtí lékaři pro dospělé* – poskytují komplexní léčebně – preventivní péči zahrnující podporu zdraví, prevenci onemocnění, rehabilitaci a podpůrnou péči pacientům a respektující bio – psycho – sociální hlediska;
  - b) *Praktičtí lékaři pro děti a dorost* – poskytují komplexní léčebně – preventivní péči pro populaci od narození po devatenácti let věku. Stěžejní je péče preventivní během prvního roku věku dítěte je prováděna komplexní preventivní péče (růst a vývoj dítěte, uzlové body, očkování aj.);

---

<sup>8</sup> Věstník č.9/2004 Sb.

- c) *Agentury komplexní domácí péče* – v rámci domácí péče jsou klientům poskytovány odborné a specializované zdravotní služby (ošetřovatelské, rehabilitační, léčebné). Lékařem indikovaná domácí péče je zajišťována 24 hodin denně speciálními agenturami a je hrazena ze zdravotního pojištění. Klienti platí pouze nadstandardní výkony;
- d) *Ambulantní gynekologové* – obsahem preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví, které se provádějí dle indikace lékaře v patnácti letech věku dětským gynekologem a dále jedenkrát ročně, je rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na různé rizikové faktory, apexe kůže, vyšetření prsu (apexe, palpační vyšetření prsou a regionálních mízních uzlin), vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému a bakteriologickému vyšetření, nácvik samovyšetření prsou, preventivní protirakovinové prohlídky aj.;
- c) *Stomatologové* – v oboru praktického zubního lékařství je zahrnuto působení lékaře v zachovné stomatologii, stomatologické chirurgii, protetické stomatologii, dětské stomatologii, parodontologii a při onemocnění ústní sliznice. Ve všech subdisciplínách je kladen důraz na preventivní hledisko, zejména na primární prevenci (hygiena dutiny ústní, výživová doporučení, včasná zjištění nepravidelností v postavení chrupu a čelisti a diagnostika možných onkologických onemocnění) a sekundární péči (pravidelné preventivní prohlídky);
- e) *Komunitní ošetřovatelské ústavy* – ošetřovatelské ústavy nebo ošetřovatelské domy jsou nevelká zařízení situovaná často přímo v komunitě. V zahraničí bývají organizovány a vedeny vysokoškolskou sestrou. Poskytuje se zde koordinovaná, zpravidla základní ošetřovatelská péče klientům, pro které vzhledem ke změnám jejich zdravotního a funkčního stavu nejsou již dostačující služby domácí péče;
- f) *Lékařské služby první pomoci* – slouží k ošetření náhlých onemocnění, kde by odklad ošetření mohl vést k vážnému ohrožení zdraví a není zde nutný výjezd vozidla zdravotnické záchranné služby. Jsou zřizovány a financovány zpravidla městskými úřady, krajskými úřady nebo zdravotnickými zařízeními. Poskytují pohotovostní služby občanům dle rozpisu na území své působnosti;
- g) *Stacionáře a centra pro specializovanou péči* – poskytují specifickou zdravotní péči vybraným skupinám klientů v rámci ambulantní nebo lůžkové péče. V komunitě se jedná například o rehabilitační centra pro osoby se zdravotním postižením, domy mentálního

zdraví nebo denní centra pro osoby s psychiatrickým onemocněním, specializované denní kliniky pro nemocné s AIDS, denní centra pro seniory. Klientům je poskytována přímá péče – léčba, sledování, edukace, nácvik denních činností, management bolesti, krizové intervence, poradenství atd.;

## 2. sociální služby a instituce:<sup>9</sup>

- a) *pečovatelská služba* – je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Je realizována potřebným občanům v jejich domácím prostředí a v zařízeních sociálních služeb, pomoc při zajištění chodu domácnosti aj.;
- b) *Osobní asistence* – je určena občanům, kteří pro zajištění nezávislého života ve vlastní domácnosti potřebují pomoc ve většině či všech životních úkonech z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Účelem této služby je umožnit klientovi žít co V rámci této služby jsou poskytovány základní činnosti, jako je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nejdéle ve vlastním domácím prostředí a oddálit ústavní zaopatření či umožnit návrat občana z ústavní péče do běžného života včetně zprostředkování sociální komunikace a zapojení občana popracovního procesu;
- c) *Centra denních služeb* – poskytují ambulantní péči osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služby zahrnují pomoc při osobní hygieně, poskytování stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti aj.;
- d) *Denní stacionáře* – poskytují se zde služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- e) *Odlehčovací služby* – jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované
- f) osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek;

---

<sup>9</sup>Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v aktuálním znění, zákon ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění zákonů č. 29/2007 Sb., č. 213/2007 Sb. a č. 261/2007 Sb.

- g) *Domovy pro seniory* – poskytují se zde pobytové služby osobám se sníženou oběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.
- h) Další zařízení sociálních služeb v komunitách: domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, nízkoprahová centra, terapeutické komunity, sociální poradny, jiné nestátní subjekty – církevní organizace, komunitní centra, zařízení pro krizovou pomoc aj.

(Úvod do komunitního ošetřovatelství, Jarošová, 2007, str. 32)

Podle mého názoru je dobře, že se stále více rozvíjí a propaguje komunitní a domácí péče. Pacienti, tak mohou být ošetřováni v domácím prostředí a mít tak neustálý kontakt s rodinou, provozovat své návyky, mít stále při ruce věci, které má rád, čas a klid na odpočinek aj. To vše má velký odraz na psychiku a spolupráci klienta, které hrají velkou roli při uzdravování. Důležité také je, aby se aktivně zapojila rodina pacienta, projevila zájem a byla edukována o jeho zdravotním stavu a o tom co a jak mají u dotyčného provádět. Myslím si, že u nás tento druh péče ještě mnoho lidí nevyužívá a asi z důvodu toho, že nejsou dostatečně informováni a možných službách, které jim mohou být poskytovány. Často se mohou bát toho, že si za tyto služby budou muset platit sami, přičemž některé služby jsou hrazeny pojišťovnou, a ne každá rodina je na tom po finanční stránce natolik dobře, aby si to mohla dovolit. Dalším důležitým faktorem je i pohodlnost rodiny. Je mnohem jednodušší uložit pacienta na oddělení následné péče nebo jiné zařízení a přenechat péči pacienta na ostatních, i přesto, že by byli schopni péči zvládnout sami, popřípadě za asistence specialisty v domácím prostředí.

### **3. Primární péče**

#### **3.1 Z historie primární péče**

Historie lékařství stejně jako ostatních vědních oborů je historií postupné specializace. Kdysi se jedni začali orientovat na choroby vnitřní, jiní trhali zuby a rovnali zlomeniny další pomáhali dětem na světě.

Protože nebylo vždy účelné cestovat za specialistou, vznikla potřeba místních lékařů, kteří v dané oblasti poskytovali celou škálu služeb, včetně péče o domácí zvířata. První zmínka o praktickém/ rodinném lékaři je z konce 18. století, kdy termín použil F. A. Main, zakladatel „Společnosti praktických lékařů, ranhojičů a porodníků“ v Mannheimu.

V Rakousko – Uhersku byl v roce 1870 vydán zákon ustanovující obecní a městské lékaře. Kromě péče o nemocné byly lékařům uloženy další povinnosti, jako protiepidemická činnost, zdravotní dohled nad špitály, lékárnami a školami.

Před druhou světovou válkou byl u nás podobně jako jinde v Evropě zaveden systém rodinných lékařů. Ten byl v padesátých letech reorganizován do systému tzv. obvodních územních a závodních lékařů.. Důraz byl kladen na rozvoj specializovaných služeb, a to i v ambulantní složce. Ambulantní specialisté byli spolu s praktickými lékaři soustředováni do poliklinik.

I když tento systém vykazoval některé přednosti, později se projevil jeho nedostatek. Prestiž obvodních lékařů klesala. Odchod do terénu byl spíše negativní volbou méně úspěšných lékařů.

Obor praktické lékařství formální podporu měl. Významným momentem byl vznik Katedry všeobecného lékařství na Institutu pro vzdělávání lékařů a farmaceutů (ILF) a zavedení samostatné specializace v oboru praktické lékařství v roce 1978. Již koncem osmdesátých let minulého století začali v praxích převažovat lékaři, kteří absolvovali řádnou specializační přípravu. Česká republika tak jako jedna z prvních zemí v Evropě naplnila doporučení a strategii WHO.

Praktičtí lékaři ve více jak 95% dnes pracují jako nezávislí podnikatelé ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovkami. Emancipaci podporuje silná profesní i odborná organizace praktických lékařů. V terénu působí síť nezávislých agentur domácí péče.

Přestože již existuje několik lékařů v republice, kteří splňují kvalifikační nároky na péči o děti i dospělé, péče zůstává rozdělena. Nový zákon schválený v roce 2004 uvádí v České republice nový specializační obor rodinné lékařství.

(Primární péče – praktické lékařství, Seifert, 2004, str. 11-12)

### 3.2 Primární péče

Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně – sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřením, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou

poskytovány co nejlépe vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio – psycho – sociální potřeby. (Declaration of Alma – Ata)

### 3.3 Role primární péče v systému zdravotnictví

Dle mého názoru se role primární péče odvíjí hlavně od toho, co klienti od zdravotní péče požadují. Péče by měla být poskytována všem bez jakýchkoliv kulturních, geografických a ekonomických bariér. Důležité je, aby byly vyhledávány a pochopeny potřeby klientů a snažit se problémy vyřešit co nejrychleji, nejšetrněji a nejkvalitněji. Důležité je, aby se ke každému pacientovi přistupovalo individuálně dle jeho potřeb.

Také si myslím, že základem primární péče je prevence, a to především prevence primární, tedy předcházení onemocnění, např. očkování, pravidelné preventivní prohlídky, ale i prevence sekundární, snaha o včasné zachycení a zabránění prohlubování a šíření onemocnění a prevence terciární, snaha zabránit opakování onemocnění. Dalším důležitým úkolem je poskytovat poradenství zabývající se obnovením a zachováním zdraví klientů, např. zdravý životní styl nebo poskytování informací a rad o péči o tělo, např. péče o stomie a stomické pomůcky, správná péče o protézy aj.

### 3.4 Obecné trendy v primární péči

Obecné trendy v péči o zdraví souvisejí se stárnutím populace, rozvojem medicínských technologií a snahou co nejlépe využít finanční prostředky:

- 1.) přesun zdravotnických služeb z nemocnic do ambulancí
- 2.) snaha o přesun od kurativy k prevenci
- 3.) zvyšování významu péče chronické vedle akutní
- 4.) zvyšování významu péče paliativní vedle péče vítězné
- 5.) potřeba integrované zdravotní a sociální péče vedle péče specializované
- 6.) důraz na sebezpečí a odpovědnost občanů za zdraví

(Primární péče – praktické lékařství, Seifert, 2004, str. 14)

### 3.5 Poskytovatelé primární péče v České republice

Mezi poskytovatele primární zdravotní péče patří:

1. praktický lékař pro dospělé
2. praktický lékař pro děti a dorost



3. agentury domácí péče
4. ambulantní gynekologové
5. stomatologové
6. lékařská služba první pomoci
7. lékárny

(Primární péče – praktické lékařství, Seifert, 2004, str. 14-15)

V České republice působí praktičtí lékaři, stejně tak jako ambulantní gynekologové, agentury domácí péče, stomatologové, lékařská služba první pomoci a lékárny jako nezávislí poskytovatelé. Většina výkonů je u nás placena prostřednictvím zdravotních pojišťoven a jen některé výkony si musí pacient hradit sám. V jiných evropských zemích, např. ve Švédsku, Francii, Belgii, Německu a Švýcarsku, je financování řešeno tak, že si pacienti návštěvu lékaře musí zaplatit sami a posléze je pak částečně proplacena pojišťovnami, v Německu a ve Švédsku musí pacienti připlácet i za převoz sanitkou. Tyto uvedené země tak utratí za zdravotnictví nejvíce peněz v Evropě. Platební systém v Belgii je stanoven tak, že lékař posílá jednou za měsíc účty svým pacientům, které následně do určité míry také proplácí pojišťovna.

Pokud bychom chtěli srovnat kompetence praktických lékařů u nás a v zemích západní Evropy, tak v naší zemi jsou kompetence mnohem užší a důraz je více kladen na preventivní péči. V zemích západní Evropy, jako je Německo a Švýcarsko, je pro lékaře v praxi dostupná přístrojová vybavenost, což jim umožňuje provádět různá vyšetření, která u nás můžeme poskytovat jen u daných specialistů, tím že lékař vypíše žádanku/doporučení na dané vyšetření.

(Všeobecné praktické lékařství, Seifert, Beneš, 2005, str. 42-43)

V mnoha těchto zemích se hodně poskytují návštěvy v domácím prostředí, je velká nabídka služeb mimo nemocnice. Dokonce je dostupnost praktického lékaře i ve večerních hodinách a o víkendech, čemuž nejspíše nasvědčuje udržení si své klientely, což v naší zemi není obvyklé.

Velká část populace, hlavně lidé staršího věku a sociálně slabší, si stěžují na systém poplatků a zvláště teď, kdy se uvažuje o jejich možném zvyšování. Stěžují si, že si celý život platí povinné zdravotní pojištění a i přesto musí platit regulační poplatky za návštěvy lékařů, recepty, pohotovost, hospitalizaci aj. Neumí si totiž představit, jak nákladná jsou různá vyšetření a léčebné výkony. Možná, kdyby se jen na jeden den zavedl systém, jako v jiných zemích, kde si musí všechny vyšetření a ošetření klienti platit, tak by určitě hned názor změnili a ještě by byli rádi za systém, který se v naší zemi uplatňuje. Např. za operaci slepého střeva by pacient zaplatil

10 000– 30 000 korun, za endoprotézu kyčle 80 000-100 000 korun, za by-pass srdce až 300 000 nebo za léčbu rakoviny či transplantaci jater až miliony korun. Kdyby si měl každý za tyto výkony a léčbu platit sám, asi by více přemýšlel o tom, jaký systém zdravotnictví by upřednostňoval.

Já osobně si myslím, že je dobře, že se zavedly regulační poplatky a jsem i proto, aby se ještě zvýšily. Mnozí totiž zneužívají odborných zdravotnických služeb pro malichernosti, místo, aby nejdříve navštívili ordinaci praktického lékaře, který sám rozhodne zda je nutné specialistu navštívit nebo ne a také si často rozmyslí, jestli si budou stát za tím, aby byli hospitalizováni, i tehdy pokud to lékař nepovažuje za nutné.

## **4. Praktické lékařství**

### **4.1 Obor praktické lékařství**

Praktické lékařství je základním oborem, který zajišťuje léčebně preventivní péči o dospělou populaci, případně též o děti a dorost. Praktické lékařství je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje. Je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti. Praktické lékařství v sobě zahrnuje základní poznatky a praxi různých lékařských oborů, které uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových. (Primární péče – praktické lékařství, Seifert, 2004, str. 23)

### **4.2 Základními charakteristikami praktického lékařství jsou:**

Všeobecnost – potýká se s celou řadou zdravotních problémů všech kategorií populace, bez ohledu na věk, pohlaví aj.;

První kontakt – je místo prvního kontaktu, služby jsou dostupné po celou dobu a na blízkou vzdálenost( také poskytování pomoci v domácím prostředí dle potřeb pacientů) ;

Orientace – bere v úvahu sociální, osobní a životní situace pacienta;

Kontinuita – zásahy se neomezují pouze na jednu epizodu péče, ale na všechny potřeby a to dlouhodobě;

Komplexnost – služby zahrnují léčebnou, rehabilitační a podpůrnou péči, stejně jako podporu zdraví a prevenci nemocí;

Koordinovanost – pacienti jsou odkázáni na jiné zdravotnické pracovníky v případě potřeby, zdroje zdravotní péče jsou přiděleny a koordinovány. Tyto úkoly vyžadují týmovou práci a spolupráci .

(RCGP, 1972; Leeuwenhorst, 1974; Boerma a Fleming, 1998; Van Weel, 1999; WONCA 2002, Olesen, 2002)

Důležité je, aby praktické lékařství bylo vždy snadno a rychle dostupné pro klienty a nesmí být diskriminováno geografickými, rasovými, kulturními a finančními bariérami.

(Primární péče - praktické lékařství, Seifert, 2004, str. 24-25)

Tyto atributy obsahují nejen znaky služeb poskytovaných v obecné praxi (např. jak se zabývat všemi problémy vybrané populace, které nabízejí první kontakt, léčebné, rehabilitační a preventivní péče), ale i podmínky a požadavky umožňující poskytování těchto služeb (např. snadný přístup, vedení zdravotnické dokumentace, týmovou práci a spolupráce). Do jaké míry jsou tyto podmínky splněny lze vysvětlit rozdíly mezi praktickými lékaři, kteří poskytují tyto služby.

Tři skupiny podmínek nebo vlivů na poskytování služeb v obecné praxi lze identifikovat (viz. ty, které se vztahují k osobě praktického lékaře, které se týkají praxe, a na vnitrostátní úrovni, tyto vlastnosti určuje systém zdravotní péče):

#### 1. individuální

- pohlaví
- věk
- výchova a vzdělání
- přidělování času

#### 2. praxe

- týmová práce
- zařízení/ podpora personálu
- organizace umístění/ jiné zdravotní zásobování

### 3. úkoly praktického lékaře

- úkoly související s pacienty – první kontakt se zdravotní péčí
- léčebné úkoly u pacientů s akutním a chronickým stavem
- preventivní úkoly a propagace zdraví

(RCGP, 1972; Leeuwenhorst, 1974; Boerma a Fleming, 1998; Van Weel, 1999; WONCA 2002, Olesen, 2002)

### 4.3 Rodinný versus praktický lékař.

V Evropských zemích je možné zajistit primární péči o dětskou i dospělou populaci jednak rodinným lékařem, praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost a pediatrem. Např. ve Velké Británii, Irsku, Holandsku, na Islandu a ve skandinávských zemích je jediným lékařem primární péče lékař rodinný. V Belgii je na svobodné vůli rodičů, komu svěří své dítě, zda to bude pediatr nebo rodinný lékař. Pacienti se neregistrují a mohou se volně pohybovat mezi lékaři primární péče a specialisty. Ve Francii, Německu, Švýcarsku a Rakousku se o dětskou populaci ve městě starají dětské ambulantní specialisté, zatímco na venkově jsou to rodinní lékaři. Na Slovensku je situace stejná jako u nás, s jedním rozdílem, pediatři registrují pacienty až 25 let věku

(Všeobecné praktické lékařství, Seifert, Beneš, 2003, str.45-46)

V České republice v současné době obor rodinný lékař neexistuje. V roce 2004 až 2009 byl tento obor součástí specializačního vzdělávání a lékaři, kteří v tomto oboru odatestovali mohou v naší zemi jako rodinní lékaři působit. Vzhledem k tomu, že o tento obor nebyl dostatečný zájem, tak byl zrušen. Za jeho existence se do oboru přihlásilo pouze do 10 lékařů. Také si myslím, že klienti jsou zvyklí na oddělenou péči dětí a dospělých a tudíž by asi o rodinné lékaře nebyl takový zájem.

Vzhledem k tomu, že u nás se tento obor neprosadil, tak je těžké posoudit co je lepší. Já osobně si, ale spíš myslím, že je to praktické lékařství. Rodinný lékař se sice klientovi věnuje od jeho narození, celý život, zná jeho potřeby, chování, pacient si k němu vytvoří důvěru, nebojí se, nestydí se, ale přeci jen děti vyžadují jinou péči než dospělí. Rodinný lékař se tak musí zabývat záležitostmi novorozenců, dětí, mladistvých, dospělých a seniorů. Což je mnohem náročnější než se zabývat pouze jednou věkovou skupinou, má tak více času a možností ve zdokonalování a tím se stát dobrým a kvalitním lékařem. Také si myslím, že pokud se jeden lékař někomu věnuje celý život, tak si na něj klient zvykne, má k němu plnou důvěru a pokud je to člověk spíše uzavřenější

nebo by šlo o nějakého seniora, kteří se právě často hůře adaptují na změny, tak pro něj pak může být obtížné svěřit se najednou do péče jiného lékaře, nestárnou totiž jen klienti, ale lékaři také.

#### 4.4 Vztah zdravotnický tým - pacient

Vztah mezi lékařem a pacientem patří ve zdravotnictví ke vztahům základním. Navazuje ho každý, kdo se stane pacientem anebo žadatelem o lékařskou službu, popř. o pomoc při prevenci, při domácím ošetřování blízké osoby atd.

(Praktická komunikace v medicíně, Linhartová, 2007, str. 53)

Vztah lékaře a pacienta není jen akademický pojem – tento vztah má hmatatelné a velmi praktické konsekvence jak pro lékaře, tak pro pacienta. Sleduje – li lékař při řešení pacientova problému pouze svůj úzce medicínský zájem, aniž by se pokusil navázat s nemocným bližší interpersonální vztah, je celá jeho komunikace neefektivní, s negativním dopadem na stanovení diagnózy, následně na podanou léčbu i důvěru pacienta.

(Praktické lékařství, Válková, 2007, str. 13)

Sestra má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb (např. pití, jídlo, osobní hygiena, apod.). Jakmile pacient cokoliv potřebuje (např. vstát z lůžka, zmírnit bolest apod.), nejprve volá sestru. Komunikace sestry s pacientem je tedy řízena a rozvíjena především tak, aby vedla k identifikování potřeb pacienta a k poznání, jak lze potřeby uspokojit způsobem, který je pro něj přijatelný. Častý problém, který se promítá do oblasti vztahů sestra – pacient, je problém realizace vlastní role sestry ve vztahu k pacientovi. Problém, že by se sestry chovaly k pacientům příliš „mateřsky“ se vyskytuje poměrně vzácně. Objevují se však stížnosti pacientů, že postrádají zájem sestry o sebe, o svoje problémy, stížnosti na nepříliš humánní přístup k pacientům, který může někdy vést až k porušení právních norem.

(Sociologie medicíny a zdravotnictví, Bártlová, 2005, str. 142)

Komunikace byla uváděna jako nejčastější nedostatek. Pacienti komunikaci hodnotili jako špatnou, nedostatečnou, hrubou, zlehčující a nepřiměřenou.

(Praktická komunikace v medicíně, Linhartová, 2007, str. 53)

I já si myslím, že komunikace je největším nedostatek mezi ošetřovatelským týmem a pacientem. A tím i nejčastějším uvedeným prvkem při dotazování na spokojenost pacientů při poskytování péče. Velmi důležité je vždy navodit správnou atmosféru, aby pacient neměl pocit,

že je týmu na obtíž a vždy klientovi sdělit všechny informace a dát i jemu prostor na dotazy. Pacient bude odcházet spokojený hlavně tehdy, když bude mít dobrý pocit z lékaře, sestry a dostatečných sdělených informací.

Důležité, ale také je se na tento problém dívat z obou stran. Poukazuje se na to, že pacienti jsou nespokojeni, že lékaři a sestry se k nim chovají nevlídně a odměřeně. Ano, jsou tací a možná jich nebude málo, ale když se na to podíváme i z druhé strany, tak si myslím, že někdy si za nepříjemnou atmosféru nebo pocit odměřenosti mohou i sami pacienti svým chováním a jednáním, např. např. nepříjemné až agresivní chování.

Vztahy mezi lékařem, sestrou a pacientem se podle mě vyvíjí celý život. Člověk se neustále učí jak se v jednotlivých situacích chovat, jak komunikovat a jednat. A ze svých chyb se tak stává zkušenější a poučenější při dalších setkání s pacientem, sestrou nebo lékařem.

#### 4.5 Vztah sestra - lékař

Tradiční vztah lékař – sestra se postupně měnil v důsledku řady sociálních změn, ke kterým došlo ve vývoji společnosti a nelze přitom opomenout ani měnící se postavení role nemocného. (Praktická komunikace v medicíně, Linhartová, 2007, str. 53)

Velmi důležitým momentem pro chod a image ordinace je vztah lékaře a sestry. Tento vztah obvykle trvá dlouhou řadu let. Někdy je to svazek pevnější a delší než manželství.

V dobře fungující praxi obvykle lékař a sestra stráví daleko více času, než jen nezbytnou pracovní dobu. Spolu také prožívají a někdy ovlivňují lidské osudy. Ze všech lékařských oborů a zdravotnického personálu má historicky právě ordinace praktického lékaře nejbližší ke svým pacientům, s nimiž lékař a sestra často prožívají dobré i zlé, včetně konce života v domácím prostředí. Praktický lékař a jeho sestra mají být svým pacientům průvodci ve zdraví i nemoci, provádět prevenci a v případě nemoci poskytovat léčbu, případně zprostředkovat léčbu odbornou nebo následnou, zajišťovat a navrhovat příslušnou péči sociální. Velký důraz je kladen na schopnost komunikace, neboť právě personál všeobecné praxe je často jediným spolehlivým a ochotným zdrojem informací pro pacienta. (dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>> )

Vztah lékaře a sestry je velmi důležitou součástí při poskytování péče. Nejen pro vytvoření jejich společného pracovního prostředí a tím i „dokonalé“ spolupráce mezi nimi, ale i pro vytvoření příjemného prostředí pro pacienta. Určitě pro pacienta nebude milé, když bude v ordinaci, ještě k tomu ve stresu co ho čeká a uvidí negativismus na obou stranách

poskytovatelů péče. Proto je důležité, aby sestra i lékař nechali osobní i pracovní neshody a problémy za dveřmi svého soukromí.

Myslím si, že největším problémem ve vztahu sestra –lékař je to, že nebere svojí sestru jako partnera, ale dává najevo, že on je ten hlavní, ten nadřazený a tím má sestra pocit, že není v ordinaci stejně tak důležitá jako on. Tak jak nechce lékař, aby sestra mluvila do jeho práce, tak ani sestra nemá ráda, když lékař zasahuje do práce její. Od toho se odvíjí „kompetence“ sester.

#### 4.6 Jaké je dnešní postavení a kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře?

Ideální sestra v ordinaci praktického lékaře je vysoce vzdělanou profesionálkou, která zvládá s přehledem a spolehlivě každodenní problémy v praxi. Sama usiluje o vyšší kvalitu praxe, nemá komunikační problémy s pacienty a je loajální ke svému lékaři. Zkušená a dobrá sestra v ordinaci musí působit současně v několika rolích, které musí současně a plynule zvládat. Její kompetence závisí do značné míry na dohodě s lékařem. Odvíjí se samozřejmě od míry kvalifikace a praxe, ale zcela zásadní jsou její morálně volní vlastnosti, které lékař obvykle zná a pracuje s nimi (loajalita, flexibilita, spolehlivost). Konkrétní kompetence se v ordinacích praktických lékařů různí, nejsou pevně dány a vznikají postupně během let spolupráce.

#### **Náplň sestry**

Hlavní náplní práce všeobecné sestry je práce v rozsahu odborné způsobilosti, a to bez odborného dohledu a bez indikace, nebo v souladu se stanovenou diagnózou, péče ošetrovatelská a léčba pacientů podle diagnózy pacienta a indikace lékaře.

Jednou z nejvýznamnějších rolí všeobecné sestry v její práci je úloha lidského, emfatického a odborně erudovaného člověka, který je pacientům nablízku řadu let a zná všechny jejich problémy zdravotní, rodinné či jiné. Dobrá a zkušená sestra je ochotna komunikovat se svými pacienty, vyslechnout je a poradit jim. Někdy se stává prostředníkem mezi lékařem a pacientem. Všechny tyto okolnosti jsou důležitým momentem ve vztazích, které navazuje sestra i lékař s pacienty v ordinaci praktického lékaře. Lidský přístup posiluje důvěru pacientů. Personál ordinace ve většině případů zná celé rodiny, často i více generací, prožívá se svými pacienty chvíle dobré i špatné, což obvykle vytváří vazby na celá léta. Zcela jiného charakteru je práce administrativní, které je v ordinacích čím dál tím více. Klade se důraz na přesnou a čitelnou dokumentaci pacienta, různé jiné administrativní dokumenty, které musí být čitelné s kopií v dokumentaci. Běžné je použití tištěných receptů, žádanek a dalších tiskopisů

používaných v ordinaci. Práce s počítačem se tudíž v ordinaci praktického lékaře stala samozřejmostí a zcela nezbytná by měla být komunikace přes internet pro spolupráci se specialisty. V posledních letech jsme svědky nebyvalého rozvoje technických vymožeností, což je patrné také v mnoha našich ordinacích. Běžně se používají EKG přístroje většinou ve spojení s počítačem, mnoho z nás pracuje s terapeutickým ultrazvukem, tlakovým holtrem apod. Stává se běžnou telefonická komunikace s interaktivním systémem (více v cizině). Použitím mobilních telefonů je komunikace s pacienty podstatně intenzivnější (telefonické kontroly, porady).

(dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>>)

#### Profil práce sestry u praktického lékaře

a) V rozsahu své odborné způsobilosti, bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

1. poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy
2. dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu
3. vede zdravotnickou dokumentaci
4. poskytuje pacientovi informace v souladu se svou způsobilostí, případně mu tlumočí pokyny lékaře
5. v případě školicí praxe vzdělává další zdravotnický personál
6. podílí se na přípravě standardů praxe
7. zajišťuje ochranné pomůcky, dostatečné zásoby, jejich dezinfekci, případně sterilizaci
8. zajišťuje potřebný zdravotnický materiál na běžná ošetření v ordinaci
9. zajišťuje dostatečné množství v ordinaci používaných tiskopisů
10. sleduje chod přístrojů a zařízení nutných pro provoz ordinace, zajišťuje nutné opravy, pravidelné kalibrace
11. vytváří estetické a pozitivně působící prostředí v čekárně (obrázky, časopisy, bonbóny, osvěta...)
12. vede oddělení praxe studentů/ek

b) Bez odborného dohledu a bez indikace lékařem, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem samostatně provádí:

1. sběr anamnestických údajů a dat
2. vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, včetně jejich dalších rizikových faktorů
3. sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí pacientů



4. vyhodnocení průběžných záznamů o pacientech, změny stavu pacientů
5. vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou z kapilární krve, semikvantitativními metodami
6. hodnocení a ošetření celistvosti kůže, ošetřuje chronické rány
7. nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacientů
8. edukuje pacienty, případně jejich blízké, připravuje informační materiály
9. připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným procedurám
10. orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, spolupracuje se sociálními pracovníky, poskytuje rady v oblasti sociálně právní
11. psychickou podporu umírajících a jejich blízkých
12. přejímání, kontrolu, manipulaci a uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek, zajišťuje jejich dostatečnou zásobu

c) Sestra dále zajišťuje ošetrovatelskou péči, podílí se na léčbě pacientů podle diagnózy pacienta a indikace lékaře:

1. provádí návštěvní službu ve vlastním sociálním prostředí pacienta
2. podává léčivé přípravky, s výjimkou nitrožilních injekcí a infuzí u novorozenců a dětí do 3 let věku
3. zavádí a udržuje kyslíkovou terapii
4. provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a provádí jeho orientační vyšetření

d) K sestře patří přívětivost, pochopení, laskavost. Jako blízký člověk pacientů má být sestrahlavně lidská, odborně erudovaná a má mít empatii:

1. vytváří příjemné prostředí v ordinaci, v čekárně i v recepci
2. napomáhá rozvoji zázemí, sociální situaci a úrovni mezilidských vztahů
3. zjišťuje možnosti rodiny, eventuálně blízkého okolí, schopnost zajistit základní i vyšší potřeby pacienta

4. aktivně komunikuje s pacientem, pomáhá odkrývat skryté příčiny obtíží (včerejší hádka s dcerou je příčinou dnešního vysokého tlaku....) eventuálně i obtíže, které pacient podceňuje a pro které by k lékaři nepřišel, ale je třeba, aby jim byla věnována pozornost
5. podporuje pacienty a dodává jim odvalu se svěřit lékaři s obtížemi, o kterých se stydí mluvit (např. žena s lékařem, muž s lékařkou), nebo je přímo tlumočí lékaři
6. uklidňuje, edukuje, instruuje pacienty před vyšetřením a dodává pocit sebejistoty

e) Sestra jako administrativní pracovník s odpovědným přístupem:

1. připravuje, přebírá, kompletuje, archivuje zdravotnickou dokumentaci, u nového pacienta vypisuje novou obálku, registruje pacienta, zakládá došlé zprávy a výsledky, sleduje termíny pro vypisování důchodů, vypisuje žádanky na různá vyšetření<sup>10</sup>
2. připravuje praceneschopným pacientům formulář pracovní neschopnosti a vede jejich evidenci
3. inkasuje platby v hotovosti za výkony vyžádané pacientem a vystavuje faktury za vyšetření provedená lékařem, faktury za vyšetření provedená lékařem na žádost organizací (OSSZ, policie apod.)
4. vede statistické údaje
5. zajišťuje přebírání a odesílání pošty

f) Sestra jako asistentka praxe v ordinaci zajišťuje:

1. řádný a plynulý chod ordinace
2. zprostředkování prvního kontaktu s pacientem, sleduje pacienta od vstupu do čekárny
3. podávání informací pacientovi i lékaři
4. důležitá data, informace a kontakty pro identifikaci pacienta a jeho potřeb (jméno, RČ, bydliště, pojišťovnu, zda jde na vyšetření, pro recept, pro pracovní neschopnost, pro

---

<sup>10</sup> Paragraf 67 b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění se zdravotnickým zařízením ukládá povinnost vést zdravotní dokumentaci. Tento dokument stanovuje, že zdravotnická dokumentace obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy. Nestanovuje způsobení obsah potřebných údajů pro identifikaci. Obsah nesmí být v rozporu s některým z platných právních předpisů.

sepsání lánzí či důchodu, předoperační vyšetření, pro doporučení na vyšetření, pro vyšetření na vlastní žádost apod.)

5. vysvětlení místa vyšetření pacientovi (eventuálně vyšetření objednává), kdy a jak má být pacient na vyšetření připraven, co si k němu musí přinést s sebou
6. rozvrh schůzek pacienta a lékaře (týká se pracovní doby)
7. pomoc při různých studiích, kterých se lékař účastní

(dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>>)

Mnoho lidí si myslí, že práce sestry u praktického lékaře není tak náročná, že nemají tolik povinností a že by se snad mohli v práci i nudit. Já osobně si to nemyslím. Je sice pravda, že se nemusí starat přibližně o 10 až 12 pacientů najednou a nepracuje tolik hodin denně, ale i přesto si myslím, že sestra v ambulanci praktického lékaře má práce víc než dost. Taktéž musí vyřizovat mnoho administrativních záležitostí, telefonických hovorů, být neustále lékaři po ruce, věnovat se každému pacientovi a jeho potřebám, ale mnohé ambulance nabízejí i služby jako je návštěva pacienta/ klienta v jeho domácím prostředí a mnohdy existují i ambulance, kde ordinují třeba tři lékaři a všem dohromady je k dispozici pouze jedna sestra. A i přesto, že mnozí pacienti praktického lékaře obcházejí a rovnou navštíví specialistu, tak jsou čekárny stále plné celý den. Takže si myslím, že práce sestry u praktického lékaře je zrovna tak náročná a důležitá jako na všech jiných zařízeních a institucích ve zdravotnictví.

#### 4.7 Celoživotní profesionální rozvoj všeobecné sestry

Z výčtu výše uvedeného vyplývá, že všeobecná sestra musí prohlubovat a cyklicky obnovovat své odborné znalosti nejen v zájmu svém, ale i v zájmu pacientů. Každá dobrá všeobecná sestra pracující s lékařem dlouhodobě zcela logicky usiluje a postupně zvyšuje své kompetence v ordinaci. V rámci své kvalifikace a náplně činnosti se zajímá sestra o novinky ve svém oboru, v systémech zdravotní a sociální péče. Je na ní, aby se účastnila vzdělávacích programů, odborných certifikovaných kurzů, specializačního vzdělávání, konferencí a dalších školicích akcí. V pravidelných intervalech upravených platnými právními normami obnovuje osvědčení o způsobilosti k samostatnému výkonu povolání. Každý moudrý praktický lékař podporuje profesionální rozvoj své všeobecné sestry a umožňuje jej.

(dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>>)

Myslím si, že v tomto ohledu jsou lékaři poměrně loajální a sami mají zájem na tom, aby si sestry prohlubovaly své znalosti a dovednosti a získávaly tak nové poznatky moderního

ošetřovatelství, protože každý lékař chce mít po svém boku kvalifikovanou a profesionální sestru, na kterou se může kdykoliv a v čemkoli spolehnout. Je to vizitka nejen sestry, ale i lékaře a na podkladě toho, se pak odvíjí i veškerá spokojenost pacientů/ klientů.

#### 4.8 Kvalita poskytované péče

Sledování kvality péče ve zdravotnictví má celou řadu důvodů. Nároky pacientů na kvalitu všeobecně rostou. Pacienti jsou stále vzdělanější, informovanější a sebevědomější, na což zdravotnictví musí reagovat

Za kvalitní zdravotní péči je obecně považována taková péče, která je medicínsky adekvátní a bezpečná a je poskytována bez zbytečného plýtvání zdroji.

(Úvod do veřejného zdravotnictví, Hnilicová, Janečková, 2009, str. 172)

K metodám, které mohou zabránit nebo alespoň omezit nedostatky a nesprávné postupy ve zdravotní péči, patří celá řada systémových opatření. K nejdůležitějším patří tvorba standardů kvality v jednotlivých medicínských oborech i pro jednotlivé typy péče, udělování licencí a registrací zdravotnickým zařízením i jednotlivým zdravotníkům a konečně akreditace zdravotnických zařízení.

Standard či standardizace jsou mezinárodně užívané termíny pro zavádění a harmonizaci jednotlivých a všeobecně identifikovatelných způsobů, norem a směrnic, které se týkají správného používání technologií a uplatňování dobré praxe ve většině oborů lidské činnosti. Standardy ve zdravotnictví se mohou týkat provozních podmínek, ve kterých je péče poskytována, probíhajících procesů péče a dosažených výsledků.

Licence a registrace jsou postupy, které zajišťují garanci, že daný subjekt splňuje základní, nezbytné a zákonem požadované předpoklady pro poskytování zdravotní péče. Povinná registrace se v ČR provádí podle zákona č. 96/2004 Sb.<sup>11</sup>, registrace zdravotnických zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb.<sup>12</sup>, stejně tak registrace lékáren, soukromých a církevních lůžkových zařízení, stacionáře a podle zákona č. 108/2006 Sb.<sup>13</sup>, o sociálních službách, musí být

---

<sup>11</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, a týká se zdravotnických pracovníků v tzv. nelékařských profesích, tedy především zdravotních sester, porodních asistentek, fyzioterapeutů aj.

<sup>12</sup> Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

<sup>13</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

těž registrována pobytová zařízení sociálních služeb, ve kterých je mimo jiné poskytována zdravotní péče.

Smyslem akreditací je vytvoření takového prostředí, které stimuluje ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče. Nejčastěji bývá akreditační proces spojován s akreditací nemocnic. Vznik akreditačního systému v ČR spadá do devadesátých let minulého století, kdy vzniká Spojená akreditační komise ČR (SAK). Posláním SAK je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. K tomu využívá nejenom akreditaci zdravotnických zařízení, ale také poradenskou a publikační činnost. Kromě akreditace nemocnic funguje v ČR velmi dobře propracovaný systém akreditace klinických laboratoří. Akreditaci provádí Český institut pro akreditaci (ČIA), který postupuje podle mezinárodních ISO norem.

(Úvod do veřejného zdravotnictví, Janečková, Hnilicová, 2009, str. 173 – 188)

Kvalita primární péče zahrnuje celou řadu aspektů, které jsou různě vnímány samotnými poskytovateli péče, specialisty, plátcí i občany. Je zajišťována systematicky administrativními opatřeními, ale z velké míry závisí na PL a jejich motivaci ke zlepšování praxí, vzdělávání, způsobu poskytování péče a k respektování hodnot pacientů.

Tento proces lze podpořit metodami, mezi které patří audit a peer review a které lze aplikovat individuálně týmem praxe nebo v malých skupinách.

1. Audit – je to analýza, která prověřuje systém řízení kvality ve společnosti. Audit může mít jednak formu interní, provádí jej kolegové ze stejného pracoviště a také formu externí, kterou provádí nezávislý odborník a může být buď zcela anonymní, nebo kontrolující strana ví, koho hodnotí, avšak hodnotící strana hodnotitele nezná. Zabývá se např. úrovní zdravotní dokumentace, rušivé telefony během konzultace, indikací ATB u infekcí horních cest dýchacích aj. Audit může být interní nebo externí a je určen pro zhodnocení činnosti praxe, její organizace, užívání klinických postupů a výstupů péče.
2. Peer review – je proces hodnocení kvality celé praxe nebo jen některé činnosti, výzkumu nebo myšlenky jinými lidmi, kteří jsou experti dané oblasti. Cílem tohoto hodnocení je porovnat aspekty s již existujícími standardy, vyhodnotit je a naplánovat změny k lepšímu. (Primární péče praktické lékařství, Seifert, 2004, str. 140-141)

**Indikátor kvality** - je měřitelnou formou hodnocení některého z klinických aspektů, vztahuje se ke konkrétnímu klinickému kriteriu a dílčímu standardu, ke struktuře, nebo výsledkům péče. (dostupné z: <[https://kvalita.nrc.cz/Klicove\\_pojmy\\_v2.pdf](https://kvalita.nrc.cz/Klicove_pojmy_v2.pdf)> )

Kvalita zdravotnické péče obsahuje 3 vzájemně spjaté prvky:

- 1.) strukturu péče – souhrn zdrojů a podmínek péče (např. počet personálu, vybavení pomůckami a přístroji)
- 2.) vlastní proces – diagnostické a léčebné postupy, jednání zdravotnických pracovníků s pacientem (např. provozní režim, čekací doba na výkon nebo v ambulanci)
- 3.) výstupy (počet provedených ošetření) a výsledky péče (např. procento komplikací, procento reoperací, spokojenost pacientů).

(Kolektiv autorů: Management ve zdravotnictví. Computer Press Brno 2003)

### **„ Jak hodnotí pacienti kvalitu zdravotní péče?“**

Jde to o individuální záležitost každého jedince. Důležitým faktorem jsou hlavně poskytovatelé služeb a prostředí, ve kterém je péče poskytována. Od toho se odvíjí i spokojenost jedinců. Pokud bude mít klient pocit, že se mu sestra nebo lékař dostatečně nevěnovali a nebude se v daném prostředí cítit alespoň trochu příjemně, bude tvrdit, že dané oddělení nebo ambulance (popř. celá nemocnice) a ošetřovatelský tým je na špatné úrovni, a tím bude patřit mezi nespokojené klienty a bude tvrdit, že kvalita zdravotní péče v České republice je nedostatečná. Stejně tak je tomu i obráceně.

Určitě dalším důležitým faktorem jsou finance. Naše zdravotnictví má stále nedostatek finančních prostředků na zlepšení prostředí a zakoupení modernější přístrojové techniky a materiálů.

## 5. Cíl práce a hypotézy

### 5.1 Cíl práce

Zjistit, jaké jsou skutečné kompetence a role sester v ordinacích praktických lékařů.

Zjistit, zda jsou sestry spokojeny se svými kompetencemi a zda souhlasí nebo nesouhlasí s jejich rozšiřováním v ordinaci praktického lékaře.

### 5.2 Hypotézy

H1: *Myslím si, že 70% sester pracujících u praktického lékaře v rámci celoživotního vzdělávání bude registrovaných dle zákona č. 96/2004 Sb. - Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).*

H2: *Předpokládám, že 60% sester bude hodnotit své kompetence u praktického lékaře za dostačující a rozšiřování kompetencí nebude považovat za důležité. Myslím si, že sestry u praktického lékaře nemají potřebu své kompetence zvyšovat, protože jeden z hlavních důvodů, proč tuto práci vyhledávají je právě klidnější provoz. Podle mě, zvyšování kompetencí spíše vyhledávají sestry na specializovaných odděleních.*

H3: *Myslím si, že 100% sester bude edukovat své klienty v oblasti preventivní péče.*

H4: *Předpokládám, že jen asi 10% sester (bez lékaře) navštěvuje své klienty v jejich domácím prostředí. Podle mě tato činnost není u nás moc rozšířená a tudíž se neprojektuje tolik jako v jiných zemích. Možným důvodem by mohla být jednak prodloužená pracovní doba a také větší finanční ohodnocení. Dalším důvodem by mohlo být to, že sami klienti návštěvy sester nevyžadují z obav, že by si za tyto služby museli doplácet.*

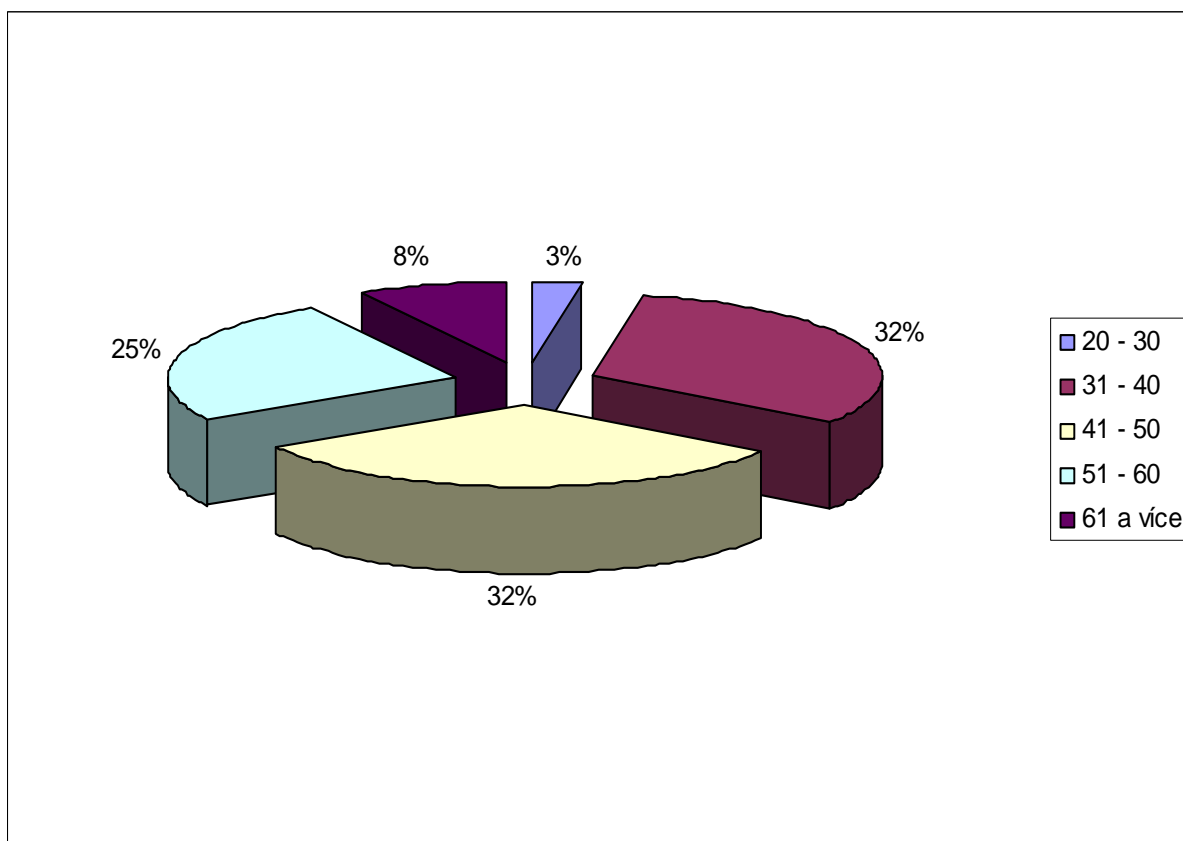
H5: *Myslím si, že 10% sester používá svojí ošetrovatelskou dokumentaci. Řekla bych, že v ordinacích praktického lékaře se používá spíše jednotná dokumentace (tzv. lékařská) a jen ve výjimečných případech si i sestra vede svojí ošetrovatelskou dokumentaci.*

## 6. Metodika a výsledky výzkumu

### 6.1 Metodika výzkumu

Pro tuto práci byl zvolen kvantitativní výzkum dotazníkovou formou. Dotazník byl anonymní a sběr dat byl proveden v rámci celé České republiky náhodným výběrem ordinací praktického lékaře pro dospělé. V dotazníku byly použity otevřené, uzavřené, polouzavřené a výčtové otázky a otázky podle škály. Celkem bylo použito 150 dotazníků, z toho vyplněno 72, tedy 48%. Výsledky jsou uvedeny v procentech a v některých případech, kde to nebylo procentuálně možné, jsou výsledky uvedeny v číslech nebo pouze slovně a výsledky jsou v podobě grafů a tabulek. Cílem této práce bylo zjistit jaké jsou pravé kompetence sester, jejich spokojenost a jaký je jejich názor na možné rozšiřování.

### 6.2 Výsledky výzkumu:



Graf č. 1 Věkové kategorie

Z výzkumného vzorku je možné vyčíst, že pouze dva respondenti jsou do věku 30 let. Předpokládám, že je toto číslo tak malé proto, že sestry po dosažení vzdělání chtějí získat



nejprve zkušenosti na oddělení v nemocnici. Vzhledem k tomu, že jde teprve o čerstvé absolventky plné ideálů a snad i ctižádosti, tak bychom mohli předpokládat, že budou nejprve vyhledávat aktivnější místo pro upřesnění oboru, který by je bavil.

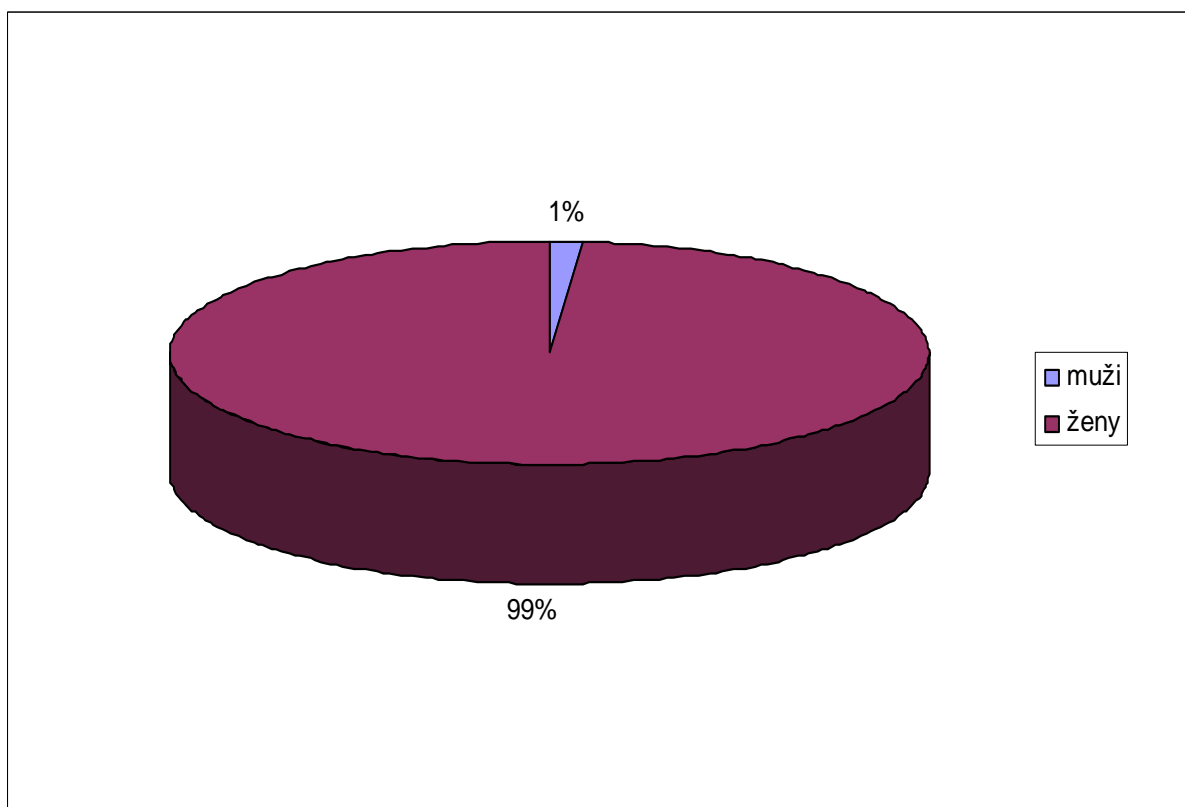
Nejvíce z dotazovaných je ve věkových kategoriích a to mezi 31 až 50 rokem, celkem 64%, což odpovídá počtu 46 respondentů.

Předpokládám, že mladší sestry pracující u praktického lékaře tuto práci vyhledávají hlavně z důvodu stálé pracovní doby a ženy středního věku spíše z důvodu klidnější práce.

Myslím si, že pro sestry po mateřské dovolené je tato práce nejvýhodnější. Mají stálou pracovní dobu, což je pro ně ideální, aby si mohly zorganizovat stálý chod rodiny (péče o malé děti, domácnost atd.). Ženy pozdního středního věku, podle mě tuto práci vyhledávají, protože už jsou přetíženy, trápí je různé zdravotní neduhy a tím méně zvládají rychlý chod v nemocnici.

Věkovou kategorii mezi 51 – 60 lety zastupuje 25% , což odpovídá celkovému počtu 18 respondentů.

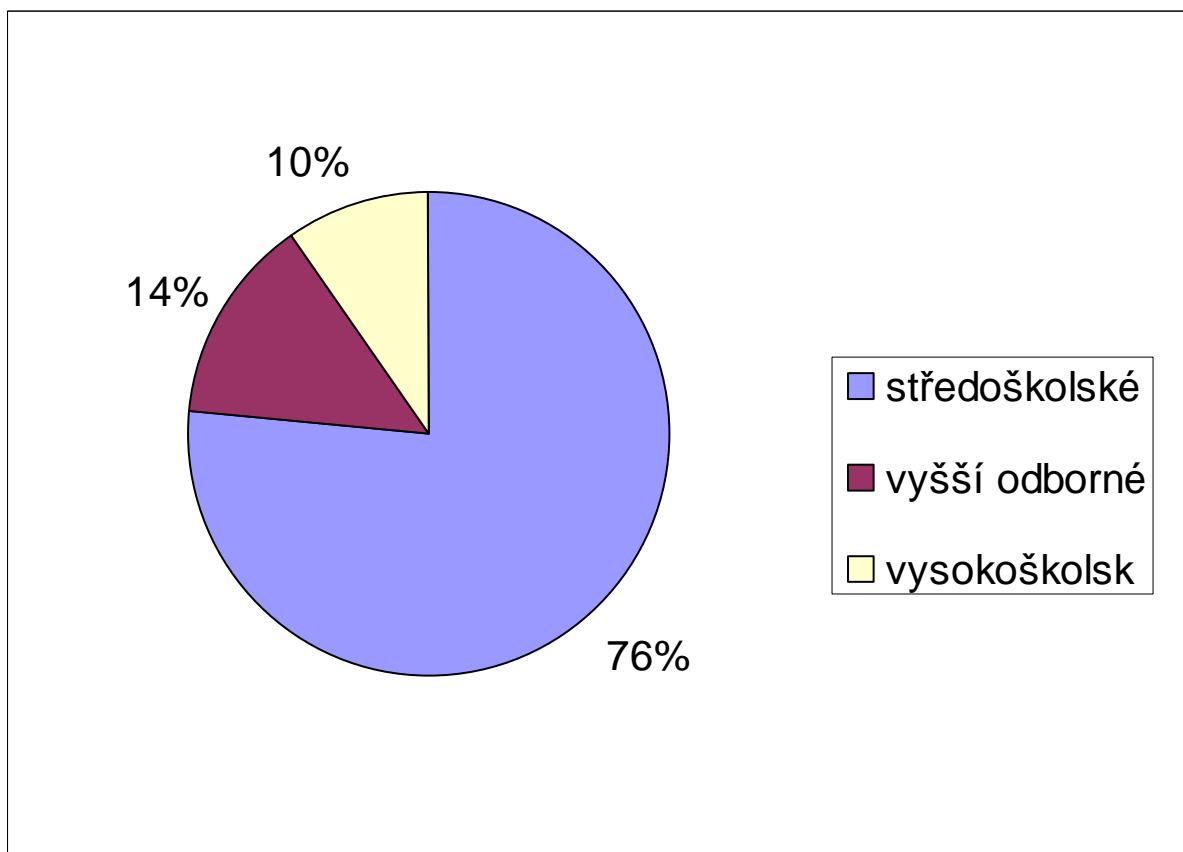
Věkovou skupinu 61 let a více jsem dala též do dotazníku a to z důvodu toho, že sem mohou patřit jak sestry těsně před důchodem, tak i sestry, které již v důchodu jsou. I přes to, že do této věkové skupiny v rámci mého dotazníku není zařazeno mnoho respondentů, celkem 8%, což odpovídá počtu 6 respondentů, tak si myslím, že právě tuto věkovou kategorii u praktického lékaře můžeme vidět poměrně často. Předpokládám, že by to mohlo být z důvodu zvyku a pracovního vztahu sestra – lékař. Jako další možný důvod by mohlo být finanční vylepšení důchodu nebo např. strach ze samoty, vzhledem k tomu, že celý život byla v neustálém kontaktu s lidmi. Nevýplnění dotazníků může být také způsobeno tím, že sestry vyšší věkové kategorie až tolik neovládají práci s počítačem.



**Graf č. 2 Pohlaví**

Výzkumný soubor tvoří 72 respondentů. Z grafu vyplývá, že 71 dotazovaných jsou ženy a pouze 1 muž, což mě velmi překvapilo a zároveň potěšilo.

Jen proto, že moje dotazovaná skupina tvoří v převaze ženské pohlaví, tak z toho nelze předpokládat, že v rámci nelékařských oborů by ve zdravotnictví pracovalo málo mužů. Podle mě jde spíše o to, že v primární sféře (tedy v ordinaci PLD, PLDD, stomatologie a gynekologie) pracuje méně mužů oproti lůžkovým oddělením v nemocnici, kde si myslím, že je mužů opravdu potřeba. Při srovnání s dřívější dobou bych řekla, že stále více a více mužů pracuje ve zdravotnictví, tzv. ve zdravotnictví týkajících se nelékařských oborů.



**Graf č. 3 Typy vzdělání**

Nejčastější dosažené vzdělání zkoumané skupiny je středoškolské (76%), což odpovídá počtu 55 respondentů. Od toho typu vzdělání se velmi liší další dva typy, které jsou si sobě téměř rovny.

Toto vysoké procento u dosaženého středoškolského vzdělání je podle mě, z důvodu změny školního studijního programu a stanovených podmínek dle zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povolání. Dříve sestřám stačilo k výkonu tohoto povolání pouze středoškolské vzdělání s maturitou v oboru Všeobecná sestra, které nemusí pracovat pod odborným dohledem, proto jim toto dosažené vzdělání postačuje a tudíž další vyšší vzdělání nepovažují za nutné. Tento obor vzdělání byl v posledních letech nahrazen oborem Zdravotnický asistent, který po dostudování musí pracovat 3 roky pod odborným dohledem všeobecné sestry jak stanovuje již zmíněný zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povolání.

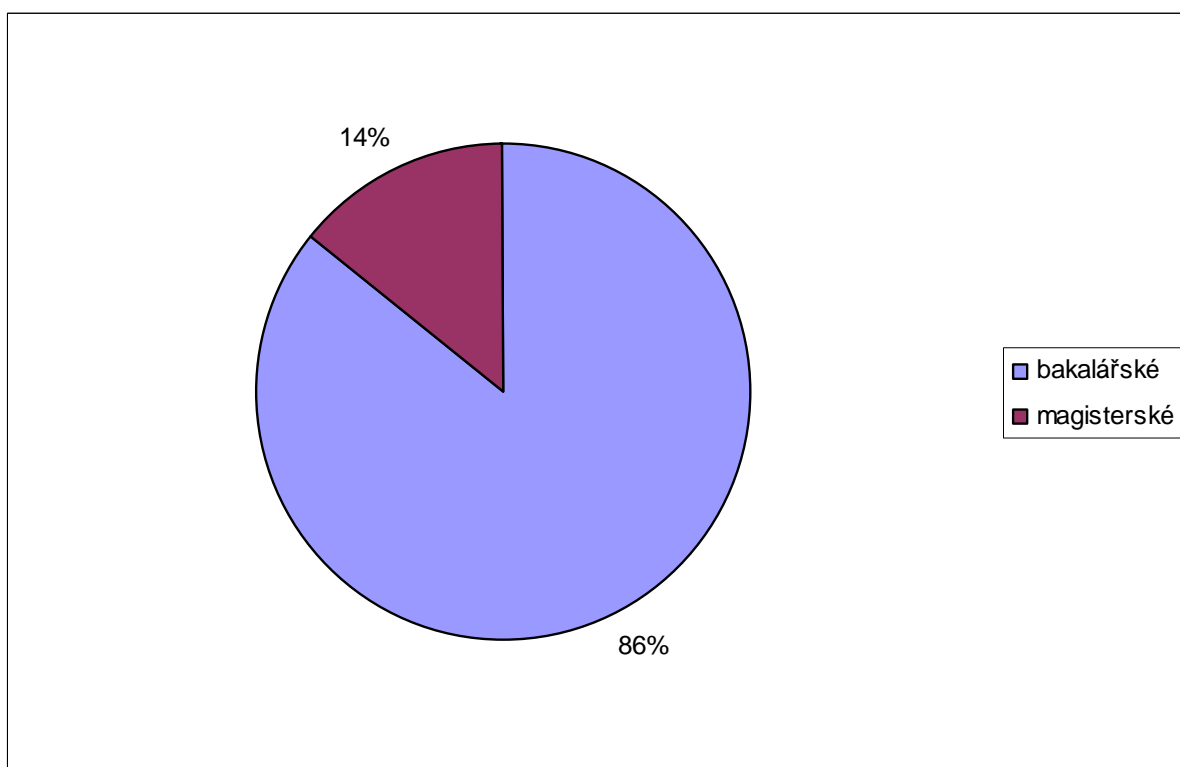
Vzhledem k první otázce, která se týká věkové skupiny dotazovaných, je vidět, že jednu z větších skupin tvoří respondenti nad 40 let věku. Z toho plyne, že tyto respondenti vystudovali ještě před těmito změnami, proto další vzdělání nepovažovali za důležité. Velmi často také slýchám, že další nové zkušeností a dovedností se získají praxí a ne dalším studiem, což je z části

pravda, a to může být další důvod, proč sestry vystudované jako Všeobecné sestry nemají potřebu dále studovat, i přes to, že jsou ve věku kdy by pro ně studium ještě význam mělo.

Ovšem je také důležité brát v potaz to, že stejně tak jako lékaři, tak i sestry mají možnost celoživotního vzdělávání v rámci různých kurzů, stáží, seminářů, publikací aj., kde se dozvídají o nových možnostech péče v určitých oblastech a tak vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání pro ně není prioritní.

Druhou skupinu tvoří respondenti s vyšším odborným vzděláním, kterých bylo 14%, což odpovídá počtu 10 respondentů.

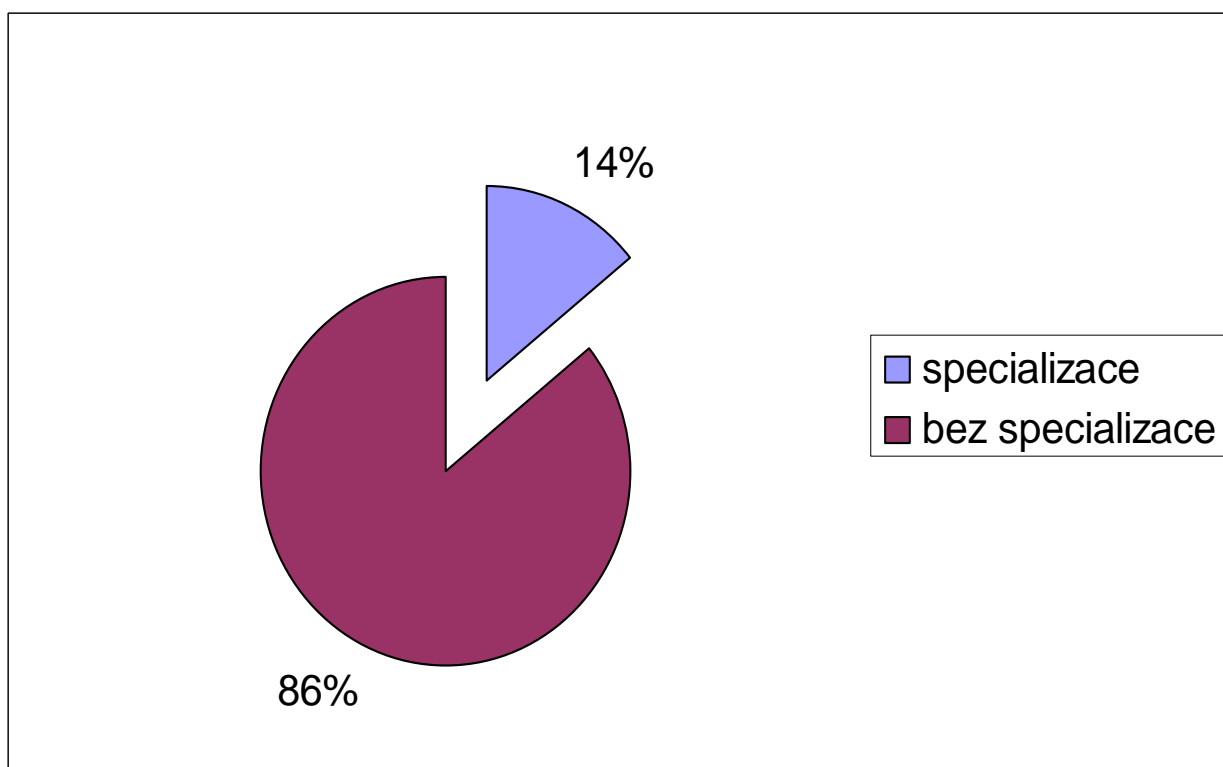
Nejméně zastoupenou skupinu tvoří vysokoškolsky vzdělané sestry, které tvoří 10%, což odpovídá počtu 7 respondentů. Podrobněji se touto skupinou respondentů budu zabývat v dalším grafu.



**Graf č. 4 Rozdělení vysokoškolského vzdělání**

V již předchozím grafu jsme se dozvěděli rozčlenění dosaženého vzdělání dotazovaných, z nichž 10%, (což odpovídá počtu 7 z celkového počtu respondentů) má vysokoškolské vzdělání. Toto vzdělání jsem rozčlenila na vzdělání bakalářské a magisterské. Z tohoto grafu je vidět, že 86% (6 respondentů) dosáhlo vzdělání bakalářského a pouze 14% (čemuž odpovídá pouze 1 respondent) dosáhlo magisterského vzdělání. Nemyslím si, že je to tím, že by na vysoké škole

studovalo málo studentů, ale spíše v tom hrají roli mé věkové kategorie. Z celkového počtu všech dotazovaných, 72 respondentů, tedy 100%, je nejvíce zastoupeno ve věkových kategoriích mezi 31 – 40 let, 41 – 50 let, 51 – 60 let a 61 let a více. Vzhledem k tomu, že sestry těchto věkových kategorií se ve sféře zdravotnictví pohybují už několik let, tak nemají potřebu se více vzdělávat, protože jim středoškolské vzdělání prozatím postačuje. Další vzdělání si sestra může doplnit kdykoliv v průběhu celého života. Domnívám se, že pokud by bylo vyšší zastoupení ve věkové kategorii 20 - 30 let, mohl by být tento typ vzdělání ve vyšším počtu.



**Graf č. 5 Specializace**

Dále jsem se zabývala další oblastí ve zdravotnictví a to je získání specializace. Z celkového počtu respondentů (72) si jen 9 (14%) v průběhu praxe vystudovalo specializační studium.

Z těchto 9ti specializací, které respondentky uvedly (týkaly se pouze žen), jsou 3 specializace v oboru Intenzivní péče a tuto specializaci získaly dvě respondentky s dosaženým vyšším odborným vzděláním a jedna po dokončeném středoškolském vzdělání. Další uvedená specializace byla v oboru Dětská sestra, kterou uvedly další tři dotazované s dosaženým středoškolským vzděláním. Jedna respondentka uvedla obor Přírodní vědy a šlo o sestru s dosaženým vysokoškolským magisterským vzděláním a jedna s oborem ARO/ JIP

s dosaženým středoškolským vzděláním. Posledním uvedeným oborem byla Specialistka pro stomatologickou péči, kterou uvedly dvě respondentky z nichž jedna měla dosažené středoškolské a druhá vysokoškolské bakalářské vzdělání.

Počet let	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45
<b>Celkem</b>	3	5	9	13	15	5	11	8	3

**Tab. č 1 Odpracované roky ve zdravotnictví**

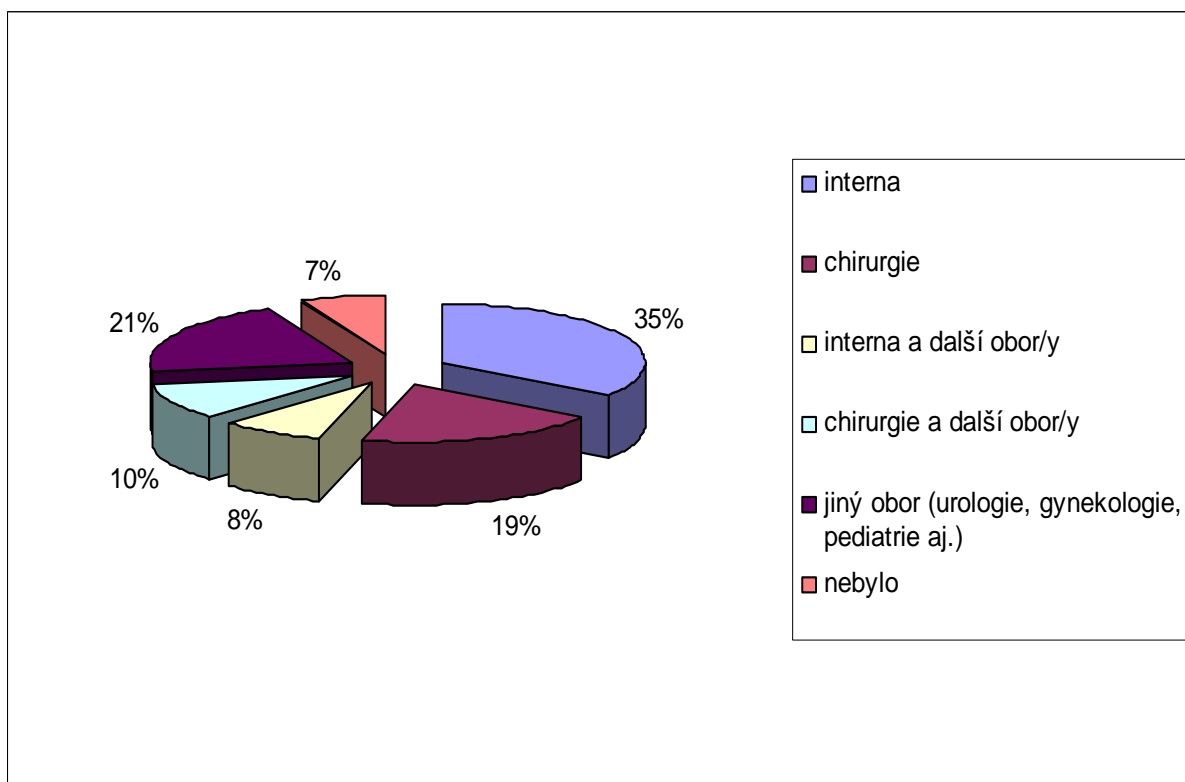
Tato tabulka nám vyhodnocuje počet odpracovaných let respondentů ve zdravotnictví bez ohledu na typu instituce, druhu oboru a druhu poskytované péče.

Nejvíce odpracovaných let ve zdravotnictví bylo uváděno ve skupině mezi 21-25 lety s počtem 15ti dotazovaných. V těsné blízkosti je to pak skupina mezi 16 – 20 lety s celkovým počtem 13 respondentů. Nejméně pak podle tabulky vidíme, že jde o skupiny mezi 0 – 5 lety, 6 - 10 lety a 41 – 45 lety, což odpovídá grafu první otázky, kde se ptáme na věk respondentů. Ve věku mezi 20- 30 lety se nacházejí pouze 2 respondenti a ve věku 61 a více 5 respondentů. Z čehož plyne, že v uvedených skupinách odpracovaných let ve zdravotnictví nemohou být vyšší počty.

Počet let	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
<b>Celkem</b>	24	18	12	4	8	3	3

**Tab. č . 2 Odpracované roky ve zdravotnictví – v ordinaci praktického lékaře**

Dále jsem se dotazovala na odpracované roky ve zdravotnictví v rámci ordinace praktického lékaře, kde nejčastěji respondentky uváděly období mezi 0 – 5 lety (24 respondentů) a pak mezi obdobím 6 – 10 let, což odpovídá počtu 18 respondentů.



**Graf č. 6 Předchozí zaměstnání**

Mezi další otázku z dotazníku, na kterou jsem se výzkumného vzorku ptala, bylo předchozí zaměstnání ve zdravotnictví, tedy pokud bylo.

Žádný z dotazovaných neuvedl jiné zaměstnání, tedy celých 100% (72) respondentů se po dosaženém vzdělání věnuje práci v oblasti zdravotnictví, ať už jde o jakýkoliv obor.

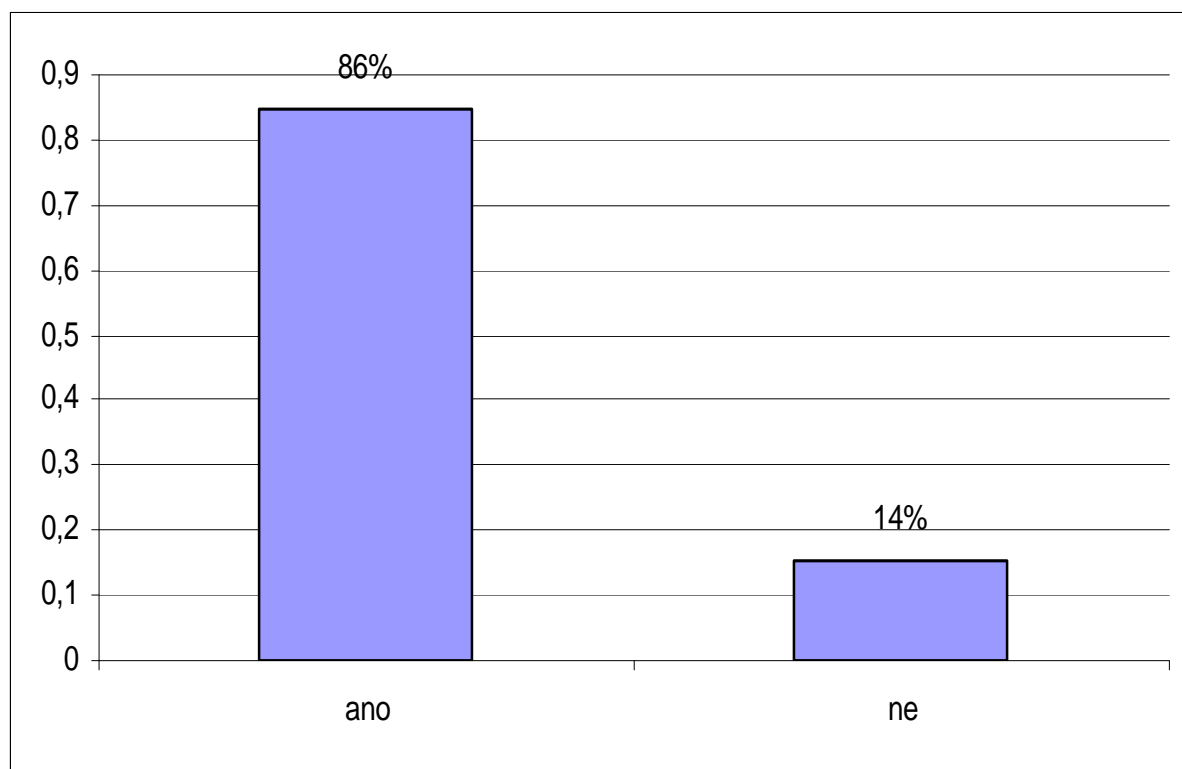
Nejčastějším oborem byl uveden obor interní (35%), což odpovídá počtu 25 respondentů. Myslím si, že tento výsledek není pro nás nic překvapujícího. Podle mého názoru, po absolvování studia většina sester volí jako první práci na interním oddělení, protože zde sestra získá nejvíce zkušeností a poznatků pro další praxi ve zdravotnictví, zvláště pak pro obor všeobecné praktické lékařství, tedy obor, který byl zájmem mého zkoumání.

Významnou skupinou byl dále uváděn obor všeobecný chirurgický, na kterém pracovalo z mých dotazovaných respondentů 19%, což odpovídá počtu 14 respondentů. Z dalších oborů pouze o 2% (celkem 21%), což odpovídá 15 respondentům, kteří převažují nad všeobecnou chirurgií jiné, specializované obory, mezi něž nejčastěji byla uváděna urologie, gynekologie a pediatrie.

Vzhledem k tomu, že někteří respondenti uváděli kromě interny nebo chirurgie ještě další obor, kterému se během praxe ve zdravotnictví věnovali, provedla jsem širší rozdělení. Z grafu

lze posoudit, že interně a chirurgii s dalším jiným oborem se věnovalo téměř stejné procento respondentů.

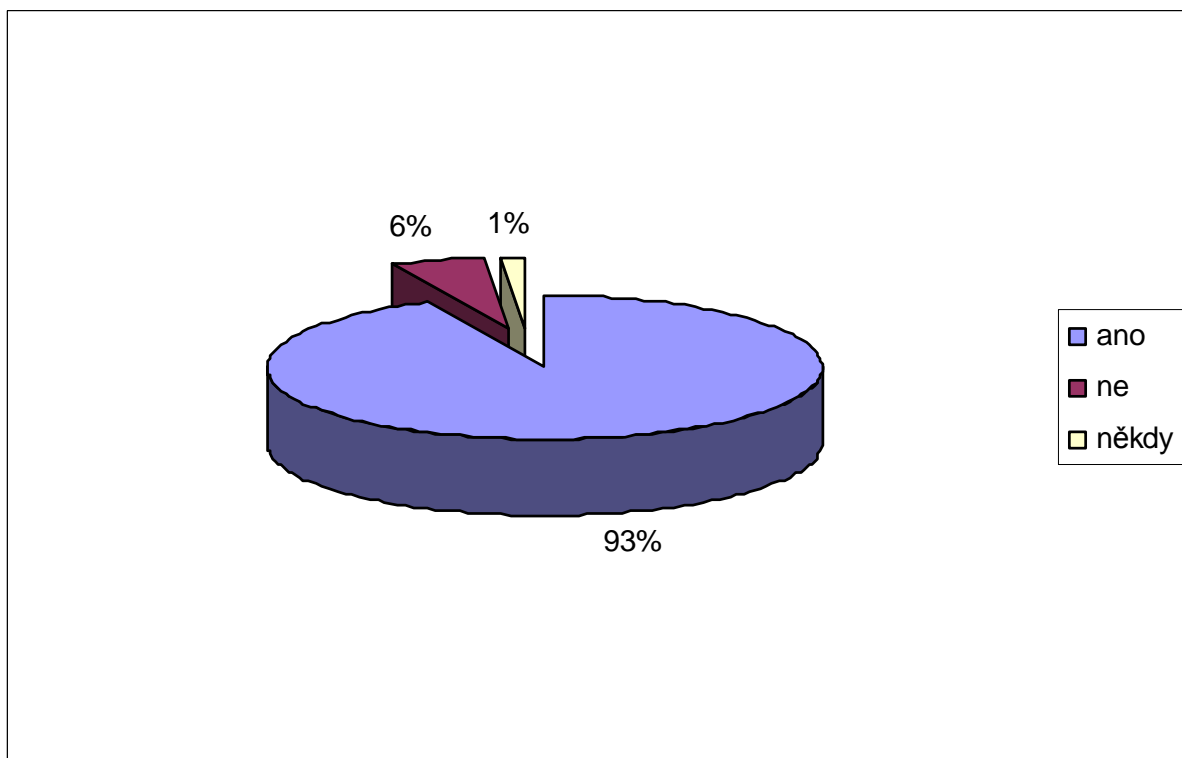
Poslední skupinou tohoto grafu jsou respondenti, kteří od ukončení studia nastoupili do ordinace praktického lékaře a i nadále v ní setrvávají. Počet těchto respondentů činí 7% (což odpovídá počtu 5 respondentů).



**Graf č. 7 Registrace sester**

Tento graf nám vyjadřuje kolik je registrovaných dotazovaných respondentů dle zákona č. 96/2004 Sb. - Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Z grafu je vidět, že 86% (61) respondentů je dle tohoto zákona registrovaných a 14% ( 11) respondentů registraci nemá.



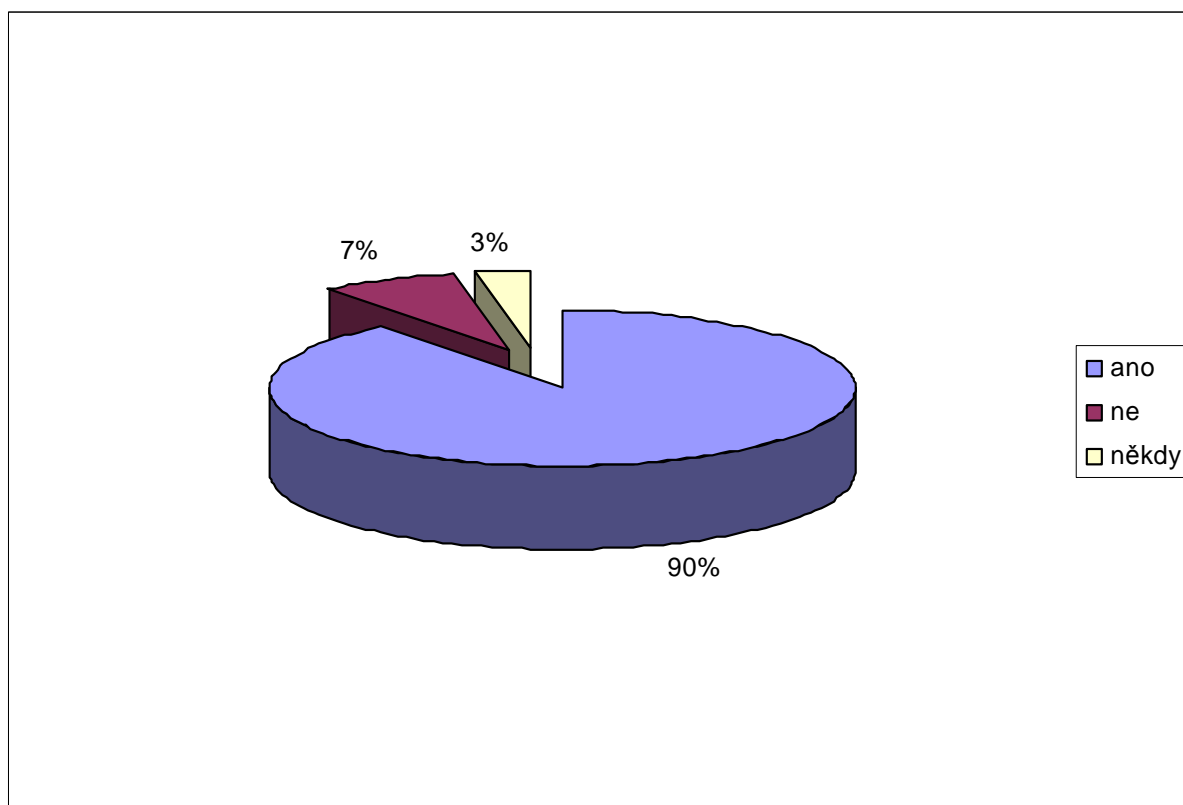


Graf č. 8 Možnost dalšího vzdělávání

Další otázkou mého dotazníku bylo, zda mají možnost dalšího, kontinuálního vzdělávání. Z dotazovaných celkem 93% (což odpovídá počtu 67 respondentů) má možnost dalšího kontinuálního vzdělávání, 6% (4 respondenti) možnost dalšího vzdělávání nemají a 1% (1 respondent) uvedl, že má možnost jen někdy.

Respondenti, kteří možnost dalšího vzdělání nemají nebo tuto možnost mají jen někdy patřící věkové skupiny 31 – 40 let (celkem 2 respondenti) a ve věku 41 – 50 let (celkem 3 respondenti). Všichni tito respondenti dosáhli středoškolského vzdělání s maturitou a žádný v rámci praxe nezískal specializační vzdělání. Z toho 1 respondent pracuje ve zdravotnictví v období mezi 6 – 10 lety, 2 respondenti v období mezi 11 – 20 lety a 2 respondenti v období mezi 21 – 25 lety. Možnými faktory, které zamezují možnost dalšího vzdělávání může být např. dlouhá pracovní doba, netolerance lékaře nebo péče o malé děti.

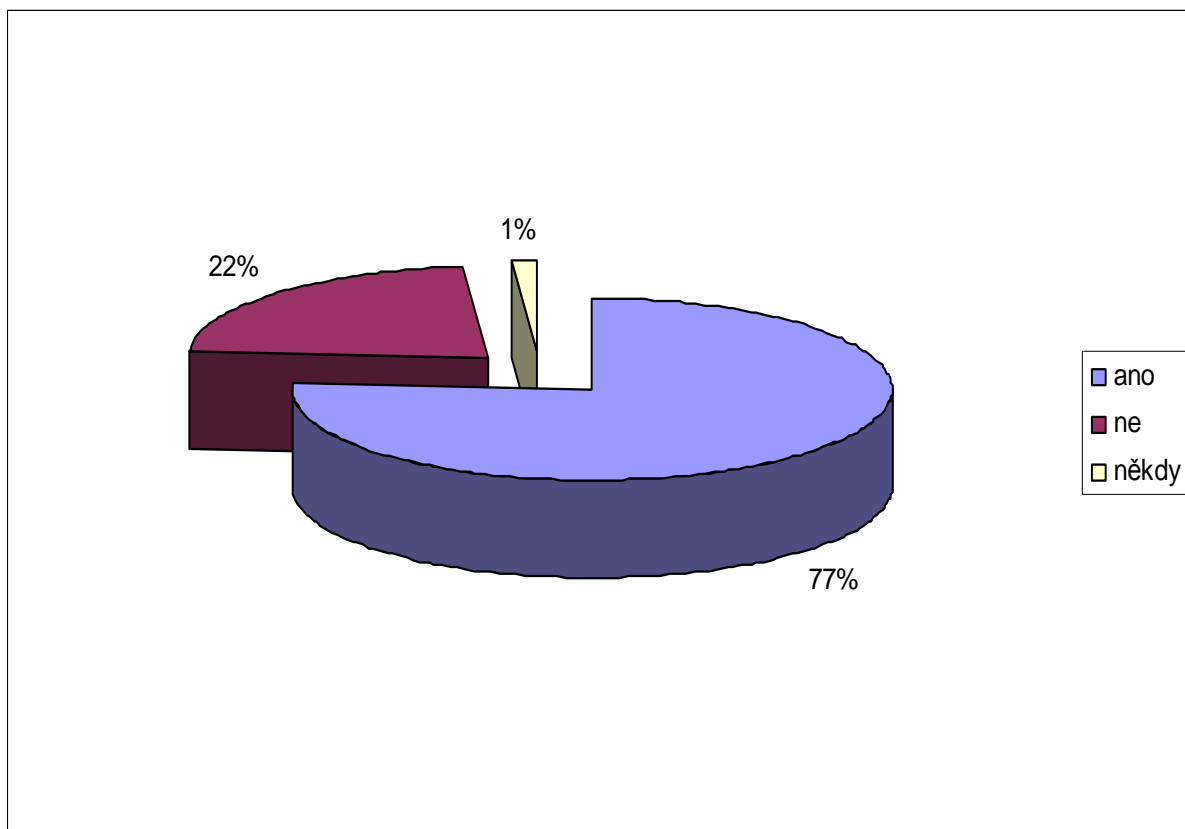
Další dvě otázky se týkají respondentů, kteří tuto možnost mají. Výsledky jsou zobrazeny v následujících dvou grafech.



**Graf č. 9 Uvolňování na školení, kurzy, semináře**

Z respondentů, kteří mají možnost dalšího vzdělávání, 90% (60 respondentů) uvedlo, že je jejich zaměstnavatel uvolňuje na školení, kurzy, semináře aj., 7% (5 respondentů) tuto možnost nemá a 3% (2 respondenti) konstatovali, že tuto možnost mají jen někdy.

Myslím si, že možným důvodem proč, někteří respondenti uvedli, že je jejich zaměstnavatel neuvolňuje na kurzy, školení, semináře, by mohla být dlouhá pracovní doba a vysoký počet registrovaným pacientů a také návštěvy pacientů v jejich domácím prostředí. Z toho důvodu není lékař ochoten sestru uvolnit v pracovním týdnu na vzdělávací akce. Možností je, aby se sestra zúčastňovala vzdělávacích akcí o víkendech, což pro mnoho sester není jednoduché, zvláště tehdy, pokud je samoživitelkou rodiny a má doma malé děti. Ideální by bylo, kdyby v ordinaci byly např. dvě sestry, které navzájem znají chod ordinace, což si myslím, že se děje pouze tehdy, když je ve zdravotnickém zařízení více ordinací.



**Graf č. 10 Příspěvek na další vzdělávání**

Další otázka, která se týkala pouze respondentů, kteří mají možnost dalšího kontinuálního vzdělávání, se vyjádřilo následovně: 77%, což je 51 respondentů získává nějakou finanční částku na další vzdělávání, 22% (15) respondentů uvedlo, že jim jejich zaměstnavatel žádnou částkou nepřispívá a 1%, což je 1 respondent nějaký finanční příspěvek dostává jen někdy.

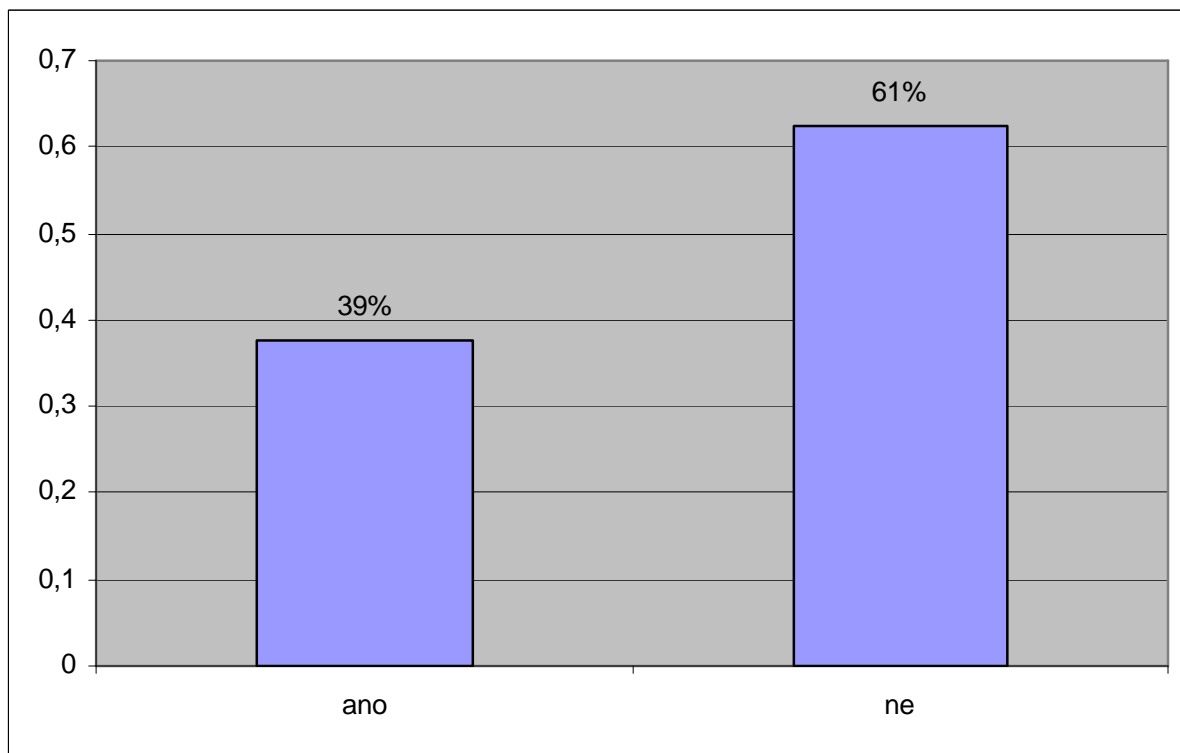
### **Motivace k práci sestry v ordinaci praktického lékaře**

Při zkoumání této oblasti v dotazníku jsem zjistila, že nejčastější odpovědí na otázku motivace, byl uveden jednosměnný provoz (26 respondentek, tedy 36%). V rámci jednosměnného provozu respondentky uváděly tuto odpověď v souvislosti s mateřskou a rodičovskou dovolenou, péče o rodinu, ale také v rámci klidnější práce bez velkého stresu a stálé pracovní doby s volnými víkendy. Pokud jde o sestru po mateřské dovolené, která se musí starat o malé děti nebo naopak o sestru, která mnoho let pracovala na nějakém lůžkovém oddělení, tak si myslím, že jednosměrný provoz jako motivace pro práci v ordinaci praktického lékaře je jednoznačný.

Jako další možnou motivaci respondenti uváděli například rozmanitost a různorodost práce (14 respondentů, tedy 19%), líbí se jim práce s lidmi (8 respondentů, 11%), pracovní dostupnost (10 respondentů, tedy 14%).

I když se tato motivace objevila méně často, tak ji chci do své práce uvést, protože je nutné i tyto odpovědi považovat za důležité. Respondenti uváděli například dobrá příležitost (4 respondenti, tedy 6%), nové zkušenosti (3 respondenti, tedy 4%), práce s pacienty různých věkových kategorií (5 respondentů, tedy 7%), práce podobná domácí péči – práce v terénu (6 respondentů, tedy 8%). Pouze dva respondenti, což odpovídá 3%, jako motivaci uvedli lepší pracovní prostředí a stejný počet, tedy 2 respondenti, což odpovídá 3%, také zaměstnavatel (manžel – lékař). Poslední motivací, která se v mých dotaznících objevila, byly finance, tu uvedl pouze jeden respondent, tedy 1%.

Také si myslím, že někteří respondenti již mají nárok na starobní důchod, ale i přesto v zaměstnání přetrvávají. Když jim to jejich zdravotní stav dovoluje a jejich zaměstnavatel je s nimi spokojený, tak jako možný důvod by mohl být např. kontakt s lidmi nebo pocit, že jsou pro společnost stále prospěšní. Také dlouhodobý vztah mezi sestrou a lékařem, který často bývá připodobňován „druhému manželství“.

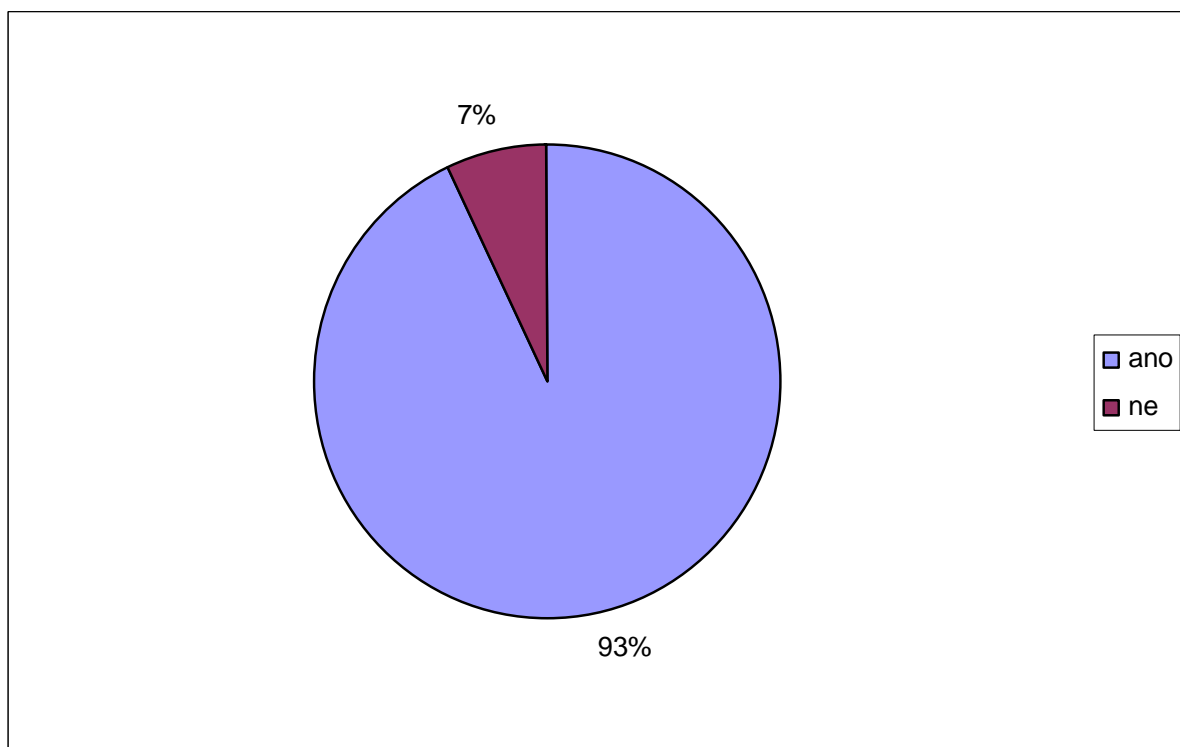


Graf č. 11 Sestra v ambulanci versus sestra u lůžka

Další otázkou mého dotazníku bylo zjistit, zda se sestry setkávají s názorem, že povolání sestry v ambulantní praxi není tak důležité jako např. sestra u lůžka.

Na tuto otázku odpovědělo 27 (39%) respondentů ano a zbylých 45 (61%) ne. V dotazníku jsem žádala respondenty, pokud na otázku odpoví ano, aby uvedli od koho tento názor slychají. Z uvedených 27 odpovědí ano, uváděli respondenti nejčastěji, že od sester u lůžka, v celkovém počtu 18. Dále se někteří zmiňovali o pacientech (celkem 3 respondenti) a dokonce se s tímto názorem setkali i od lékaře, též 3 respondenti. Jeden respondent napsal, že tento názor slyšel od spolužačky během studia. Dva respondenti se nevyjádřili, i přesto, že odpověděli ano.

Nemyslím si, že by práce v ambulanci byla podřadná a méně důležitá oproti praxi na lůžkovém oddělení. Sice sestry během dne pracují více hodin a musí se starat najednou o více pacientů, ale dle mého názoru má hodně práce i sestra v ambulanci. Zrovna tak musí vést administrativu, telefonovat, být stále po ruce lékaři, vyhodnocovat potřeby pacienta a edukovat jej, a často také sestry poskytují návštěvy u pacientů v jejich domácím prostředí. Sestra svůj čas nevěnuje pouze práci v sesterně, ale také plní ordinace lékaře a dohlíží nad nově příchozími pacienty a vyhodnocuje, zda pacienti budou vstupovat do ordinace tak, jak přišli nebo zdravotní stav pacienta vyžaduje přednostní ošetření. Mnozí pacienti vyhledávají pomoc často u specialistů, i přesto, že by nejprve měli navštívit svého praktického lékaře, který je odešle k odborníkovi pokud to uzná za vhodné. I tak jsou ale čekárny stále plné pacientů, takže si nemyslím, že by se sestra v ambulantní praxi nudila a nevěděla co s časem. Možným příkladem přeplněných čekáren mohou být epidemie vyskytující se hlavně v období jara a podzimu, nezavedený objednávkový systém nebo nedodržení objednaného času pacientem.



**Graf č. 12 Informovanost o pracovních činnostech vykonávaných sestrou v ordinaci praktického lékaře**

Z grafu je vidět, že 93% (67) respondentů bylo před nástupem do zaměstnání plně informováno o činnostech, které budou v ordinaci provádět a 7% (5) respondentů nikoli, což je pro mě trochu překvapující, až šokující. U respondentů, kteří nebyli informováni před nástupem do zaměstnání o činnostech, které budou v ordinaci provádět, jsem zjišťovala jejich věk, vzdělání a délku praxe, registraci dle zákona 96/2004 Sb. a možnost celoživotního vzdělávání. Všichni tito uvedení respondenti dosáhli středoškolského vzdělání s maturitou a žádný z nich nezískal specializaci. Z toho 2 respondenti jsou ve věku mezi 31 – 40 let, 2 respondenti ve věku 51 – 60 let a 1 respondent ve věku 41 – 50 let. Z dotazovaných pracuje ve zdravotnictví v období mezi 31 – 35 let 2 respondenti, v období mezi 22 – 30 lety také 2 respondenti a 1 respondent pracuje ve zdravotnictví mezi 6 – 10 lety a tento respondent není registrovaný dle výše uvedeného zákona a možnost dalšího vzdělávání má pouze někdy. Ostatní z této skupiny uvedli, že jsou registrovaní a možnost dalšího vzdělávání mají.

Předpokládala bych, že se každý člověk zajímá o to, co bude ve svém zaměstnání vykonávat. Pokud se toho neujme sám lékař, mělo by být v zájmu sestry, aby se zajímala o to, co všechno bude její náplní, aby si mohla promyslet, zda bude tato práce splňovat její očekávání či nikoli a také zda bude schopna tuto práci vykonávat samostatně.

Následující dvě tabulky se týkají činností sester, které provádějí v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a to a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, b) dle indikace lékaře.

<b>Činnosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře</b>	<b>Celkem</b>
Vedení ošetrovatelské dokumentace	26
Vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů	21
Měření a hodnocení fyziologických funkcí pacientů	65
Vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou (např. vyšetření moče a sedimentu, stolice, tělesné sekrety)	65
Hodnocení a ošetření celistvosti kůže	42
Nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacientů	34
Edukace pacientů, případně jejich blízkých nebo příbuzných	52
Zhodnocení nutričního stavu pacienta	36
Sestavení nutričního plánu pacienta	28
Příprava pacientů k diagnostickým a léčebným procedurám	56
Orientační hodnocení sociální situace pacienta, spolupráce se sociálními pracovníky	51
Manipulace a uložení léčivých přípravků, zajištění jejich dostatečné zásoby	62
Jiné	8

**Tab. č. 3 Činnosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře**

Mezi nejčastější výkony, které sestry vykonávají bez odborného dohledu a bez indikace lékaře uvedli všichni respondenti (72 respondentů), což je 100% měření a hodnocení fyziologických funkcí pacientů (65 respondentů, odpovídá 90 %), vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou (např. vyšetření moče a sedimentu, stolice, tělesné sekrety) (65 respondentů, odpovídá 90%), manipulace a uložení léčivých přípravků, zajištění jejich dostatečné zásoby (62 respondentů, odpovídá 86%).

Velmi málo respondentů (21 respondentů, tedy 29%) oproti jiným výkonům provádí ve své ordinaci vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů. Pokud tento výkon provádějí, tak pomocí testu ADL/ IADL. Z výše uvedeného grafu bylo vyzkoumáno, že 68% respondentů navštěvuje své klienty v domácím prostředí, což odpovídá 49 respondentům. Předpokládám, že

jde o klienty vyššího věku a klienty imobilní. Potom si myslím, že číslo 21, tedy 29%, je pro tento výkon velmi nízké a předpokládala bych, že většina respondentů navštěvující své klienty v domácím prostředí by tento výkon provádět měla. S tím poměrně úzce souvisí i výkon zvaný nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta. Ovšem chápu také, že je nutné brát v úvahu to, že nácvik sebeobsluhy by mohl být činností také jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví, např. rehabilitačního terapeuta, sester domácí péče, pracovníků home care, rodiny, aj.

Vedení ošetrovatelské dokumentace uvedlo 26 respondentů, tedy 36%, což neodpovídá s grafem č. 17, který je uveden na straně 68, kde na otázku, zda používají sesterskou (ošetrovatelskou) dokumentaci uvedlo pouze 17% (12) respondentů, že v ordinaci tento druh zdravotnické dokumentace používají. Je možné, že to někteří respondenti pojali jako součást lékařské dokumentace.

Záleží převážně na společné domluvě mezi sestrou a lékařem, jakým způsobem bude dokumentace vedena. Také si myslím, že jde i o vlastní iniciativu sestry. Pokud tento systém není v ordinaci zaveden již z předchozích let a sestra by ráda ošetrovatelskou dokumentaci vedla, tak si myslím, že je částečně také na ní, aby toto změnila. Ovšem důležité je, aby pro tuto změnu, i s ohledem na možnou kontrolu pojišťoven a ebeny, i pro forenzní důvody, lékaře získala. Proto je důležité, aby sestra, pokud bude mít ošetrovatelskou dokumentaci založenou, lékaři předávala důležité informace. Z tohoto pohledu je velmi významný dobře nastavený způsob vzájemné komunikace.

Další uvedenou oblastí, kde hodnoty nesouhlasí, je nutriční screening. Zhodnocení nutričního stavu pacienta uvedlo celkem 36 respondentů (50%) a sestavení nutričního plánu pacienta uvedlo celkem 28 respondentů (39%). Ovšem v tabulce č. 8, na straně 76, týkající se edukace klientů, uvádí edukaci v oblasti nutričního screeningu pouze 11 respondentů (15%). Je možné, že číselné hodnoty nesouhlasí z toho důvodu, že v tabulce č. 8, na straně 76, respondenti tuto oblast více rozčlenili, na redukci hmotnosti, metabolismus (lipidy, sacharidy), nutriční screening a DM a v tabulce č. 3, na straně 63, byli omezeni pouze na dvojí členění.

Z výzkumného vzorku, 8 respondentů (11%) uvedlo i jiné výkony, které provádějí bez odborného dohledu a bez indikace lékaře ve své ordinaci. Patří sem např. odběry biologického materiálu, ošetření chronických ran, EKG záznamy, kontrola a zajištění zdravotnického materiálu, aplikace a kontrola očkování.



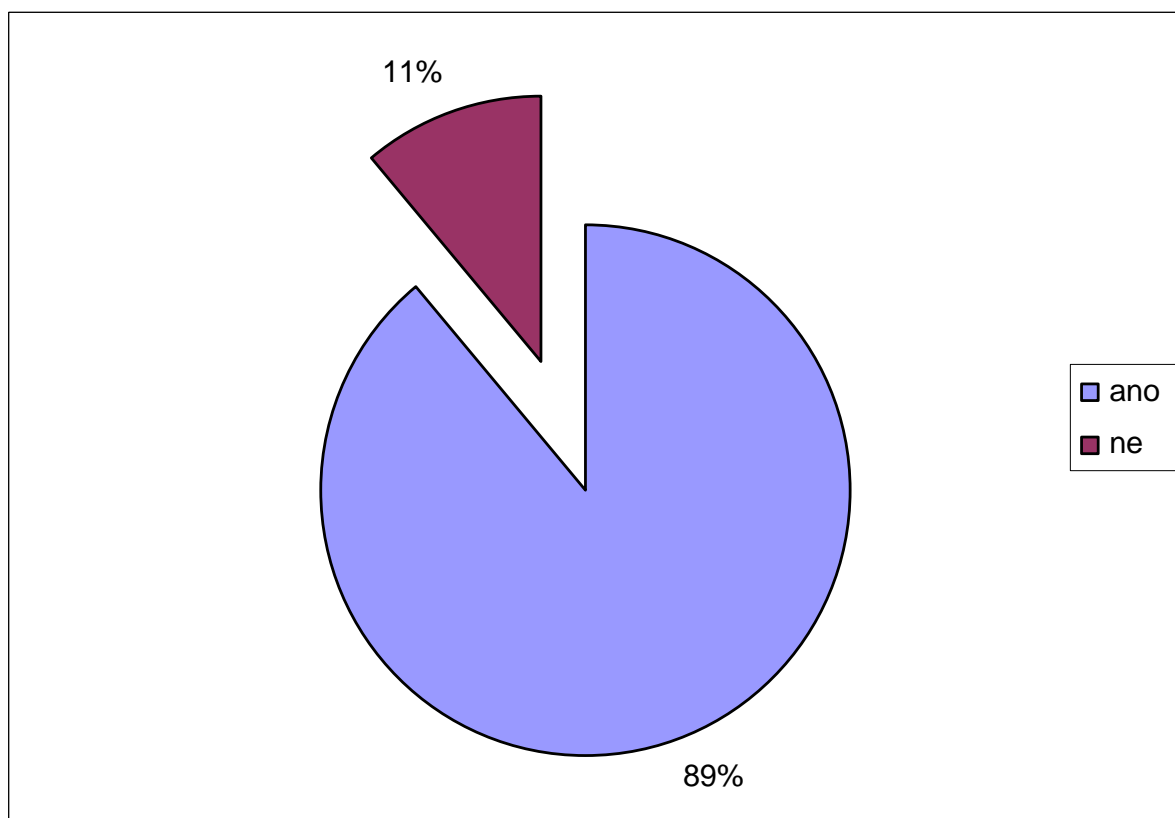
<b>Činnosti dle indikace lékaře</b>	<b>Celkem</b>
Návštěvní službu ve vlastním sociálním prostředí pacienta	49
Podávání léčivých přípravků	67
Screeningová a depistážní vyšetření (vyšetření na OK, DM...)	61
Ošetření akutních operačních ran	48
Poradenství k ošetřování stomií, zajištění jejich dostatečné zásoby	29

**Tab. č. 4 Činnosti podle indikace lékaře**

Z této tabulky je vidět, že nejvíce respondentů uvedlo jako nejčastější činnost dle indikace lékaře podávání léčivých přípravků a screeningová a depistážní vyšetření (vyšetření na OK, DM).

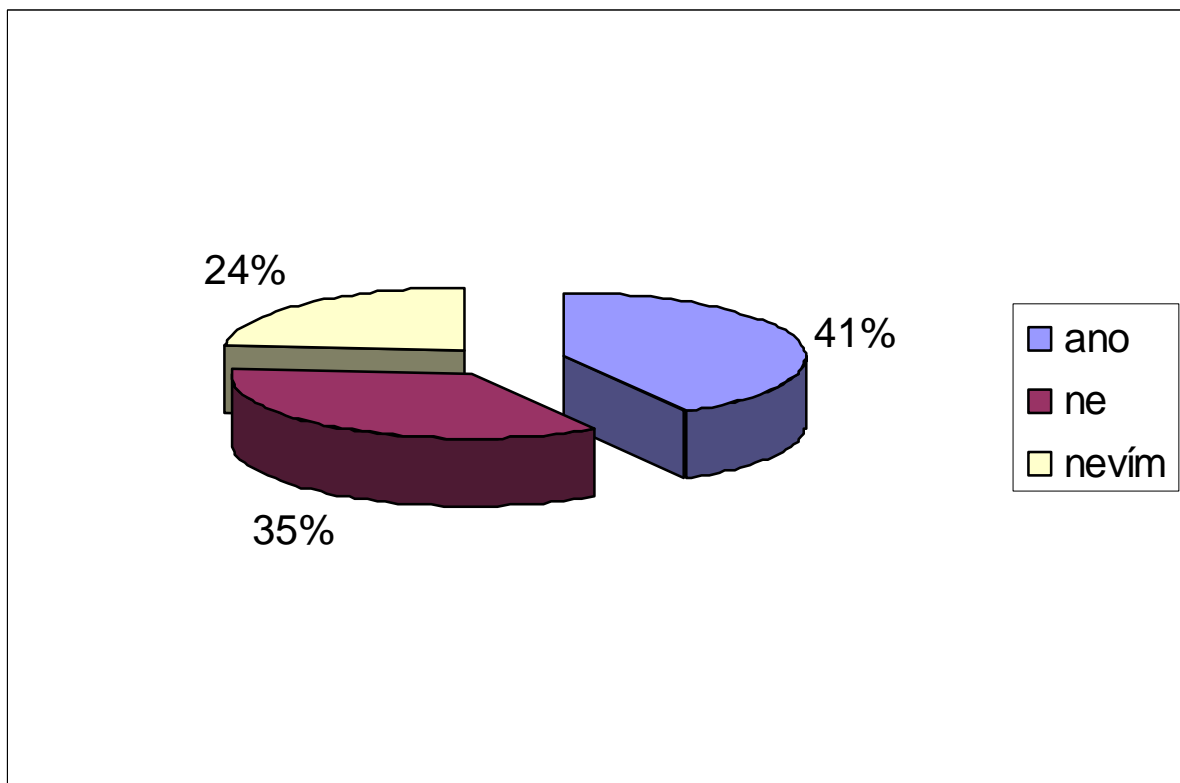
Nejméně pak poradenství k ošetření stomií. Předpokládám, že je to z toho důvodu, že si respondenti zřejmě myslí, že toto poradenství je pacientům poskytováno již v nemocnici během hospitalizace. Také je možné, že tuto činnost nevedlo moc sester, protože s tímto výkonem nemají zkušenosti a hlouběji se touto problematikou nezabývají. V takovém případě by sestra měla mít kontakty na centra a kluby pro stomiky. Z dotazníků jsem zjistila, že téměř všichni respondenti, kteří provádějí poradenství k ošetření stomií, jsou sestry, které navštěvují klienty v jejich domácím prostředí a tak se s touto problematikou evidentně setkávají a zajímají se o ni.

Činnosti, jako je služba ve vlastním sociálním prostředí pacienta (49 respondentů), což je 68% a ošetření akutních operačních ran jsou co se týče respondentů téměř na stejné úrovni. Ani tato dvě čísla nejsou zanedbatelná a myslím si, že i tyto činnosti jsou poměrně často prováděné, i přesto že topem v této tabulce jsou podávání léčivých přípravků a screeningová a depistážní vyšetření.



**Graf č. 13 Dostačující kompetence**

Zde jsem se ptala respondentů jestli považují své kompetence za dostačující. Výsledky tohoto průzkumu jsou následující: 89% (64) respondentů považuje stávající kompetence za dostačující a 11% (8) respondentů za nedostačující. Ti, kteří své kompetence uvedli za nedostačující, měli uvést důvod. Z těchto 8 respondentů celkem 6 uvedlo jako důvod, že chtějí více samostatnosti a rozhodování při některých výkonech a 2 respondenti konstatovali, že provádějí spíše více výkonů, které pojišťovně vykazuje lékař. Také jsem se u nich zaměřila na věk, kde 1 respondent patří do věkové skupiny mezi 31 – 40 lety, 3 respondenti do věkové skupiny mezi 41 – 50 lety a 4 do věkové skupiny mezi 51 – 60 lety. Další sledovanou oblastí bylo dosažené vzdělání, kde 3 respondenti dosáhli středoškolského vzdělání a jeden z nich získal specializaci, 2 respondenti získali vyšší odborné vzdělání a 3 respondenti dosáhli vysokoškolského vzdělání a také v průběhu praxe vystudovali specializační studium. Předpokládám, že zvyšování kompetencí u těchto respondentů má velký význam s dosaženým vzděláním. V rámci dalšího studia očekávají, že budou moci vykonávat více činností a získají tak vyšší platovou třídu.



**Graf č. 14 Rozšiřování kompetencí**

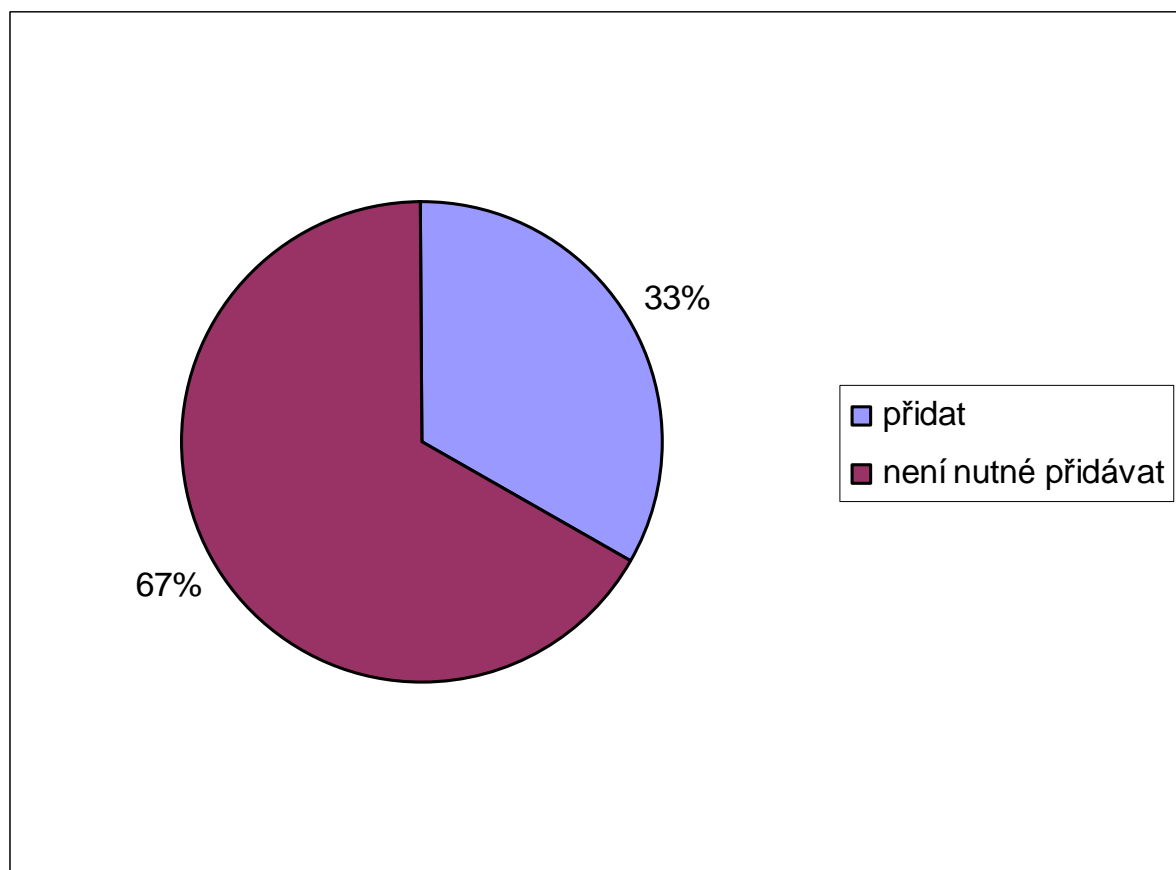
Tento graf slouží k vyjádření názoru na možné rozšiřování kompetencí v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Celkem 41% (30) respondentů souhlasí s rozšiřováním kompetencí v ordinacích praktického lékaře, 35% (25) respondentů naopak s jejich rozšiřováním nesouhlasí a zbylých 24% (17) respondentů odpovědělo že neví, tedy nemá na to žádný názor nebo zatím nedokáže posoudit zda jim kompetence dostačují nebo by bylo potřeba je rozšířit z důvodu krátkodobého setrvávání v ordinaci praktického lékaře.

Tato otázka může být svým způsobem zavádějící, protože v některých ordinacích sestry mohou provádět i činnosti, které opravdu spadají do kompetencí někoho jiného a pak mají pocit, že kompetencí mají víc než dost a tudíž s dalším rozšiřováním nesouhlasí a naopak, některé sestry mají pocit, že by některé činnosti, které jsou v kompetenci někoho jiného mohly provádět i ony, tak budou s rozšiřováním naopak souhlasit. Důležité je, podle mého názoru, si také uvědomit, že se zvyšováním kompetencí, se tak bude zvyšovat i další odpovědnost k již stávajícím kompetencím, také to bude časově a fyzicky náročnější a musí souhlasit s dalším vzděláváním a proškolením v daných kompetencích.

Také je důležité se pozastavit nad tím, zda vůbec sestry vědí, jaké jsou jejich skutečné kompetence a co provádějí nad rámec svých kompetencí. Myslím si, že sestry se o tuto záležitost

moc nezajímají a neznají své pravé kompetence dle vyhlášky 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Jako nejčastější příklad pro rozšiřování kompetencí uvádějí ošetřování akutních a chronických ran, přitom dle již výše uvedené vyhlášky to do jejich kompetencí patří, i když tyto výkony musí provádět na základě indikace lékaře. Sestry si musí uvědomit, že jsou určité výkony, které provádět nemohou nebo je provádí pod odborným dohledem nebo dle indikace lékaře, protože v nich nejsou dostatečně proškoleny a také si musí uvědomit, že nejde o prospěch jejich, ale převážně o prospěch pacienta. Určitě je to také o společné domluvě mezi sestrou a lékařem jak moc lékař sestře věří. Pokud sestra vystuduje specializaci na hojení ran a lékař bude sestře plně důvěřovat, tak bude mít v této oblasti více volnosti. Stejně je tomu tak i v dalších činnostech, u kterých sestra získá specializaci nebo znalosti a dovednosti v některých z certifikovaných kurzů.



**Graf č. 15 Rozšiřování kompetencí**

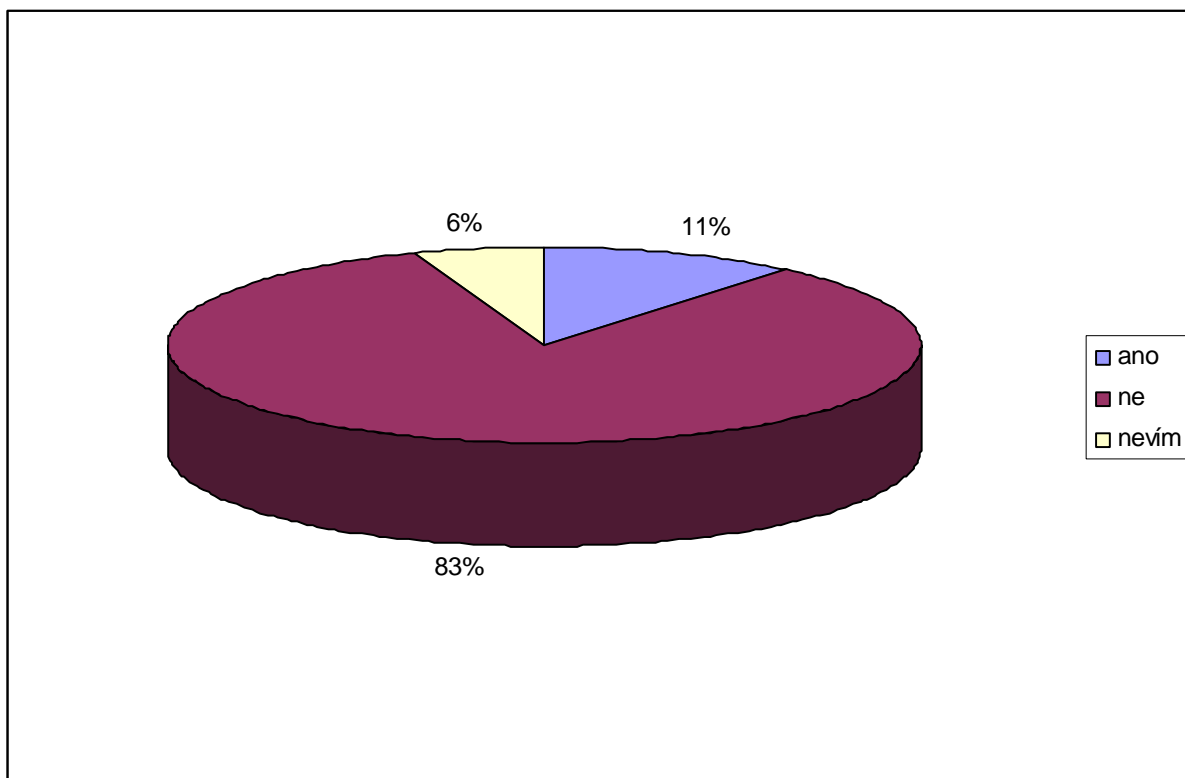
Z celkového počtu dotazovaných 67% (48) respondentů nevedlo žádné kompetence, které by bylo vhodné přidat a konstatovali, že kompetence jsou dostačující až nadměrné. Zbýlých 33% (24) respondentů uvedlo, že by bylo vhodné kompetence přidat např. ošetřování

akutních ran, více samostatnosti při některých výkonech, ošetřování chronických ran, návštěvy u pacientů bez indikace a bez odborného dohledu lékaře nebo provádění fyzikálních vyšetření.

V rámci dalšího zkoumání jsem se zajímala o věk, vzdělání a délku praxe v ordinaci PLD u respondentů, kteří konstatovali, že by bylo vhodné kompetence přidat. Z uvedených 33 % (24) respondentů jich 15 (63%) patří do věkové kategorie mezi 41- 45 lety, 5 (21%) mezi 31 - 40 lety a 2 (8%) mezi 51 – 60 lety a mezi 61 a více lety. Z toho 14 respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a patří mezi ně i jeden respondent se získanou specializací v oboru dětská sestra, 4 respondenti dosáhli vyššího odborného vzdělání a 6 vysokoškolské vzdělání a taktéž mezi ně patří i dva respondenti se získanou specializací v oboru specialista pro stomatologickou péči a obor přírodní vědy. V rámci výzkumu jsem zjistila, že z uvedených 24 respondentů pracuje v ordinaci PLD v období 0 – 10 let 11 respondentů, v období 11 – 20 let 8 respondentů, 21 – 30 let 4 respondenti a v období 31 let a více 1 respondent. Spíše jsem předpokládala, že v oblasti věku budou vyšší čísla spíše u mladší věkové kategorie a to z toho důvodu, že po dosažení vzdělání mají absolventi vysoké ambice a potřebu dokázat a ukázat své schopnosti. Ovšem je možné, že sestry ve věku mezi 41 – 45 lety mají pocit, že zkušeností získaly už mnoho a jsou schopny určité výkony zvládat stejně tak dobře jako lékaři.

Také v tomto případě je nutné brát v potaz, že každá ordinace má své zažitě zvyky a hodně záleží na lékaři, jak moc své sestře věří, jaké kompetence je ochoten přenechat sestře a co naopak ponechává sobě. To, že někteří dotazovaní uvedou, že by chtěli více samostatnosti při ošetřování akutních nebo chronických ran, neznamená, že v jiných ordinacích tento výkon sestra neprovádí.

Sestra si získává důvěru lékaře v průběhu praxe a s odpracovanými lety v jeho ordinaci, s čímž souvisí věk a délka praxe v ordinaci PLD, proto jsou určitě důležitými faktory. Myslím si, že vzdělání v tomto ohledu tak velkou roli nehraje. Sestra, která má středoškolské vzdělání s maturitou může být často šikovnější a schopnější než sestra, která dosáhla vysokoškolského vzdělání nebo specializaci v nějakém oboru.



**Graf č. 16 Činnosti, které nejsou kompetentní pro výkon sestry v ordinaci praktického lékaře**

Celých 83% (60) respondentů si myslí, že činnosti, které v ordinaci provádí jsou kompetentní pro výkon sestry v ordinaci praktického lékaře. Podle mě, je tato skutečnost pozitivní, že jsou sestry spokojené a nemají žádné výhrady k činnostem, které provádějí, tzv. že by prováděly činnosti, které by podle nich měl vykonávat někdo jiný. Podle mého názoru, to opět souvisí se skutečností, zda sestry své skutečné kompetence opravdu znají či nikoli. Je možné, že někteří respondenti mohou provádět činnosti, které do jejich kompetencí nespádají, ale protože podle vyhlášky 424/2004 Sb. neznají své skutečné kompetence, tak patří mezi respondenty, kteří uvedli, že činnosti, které provádějí, jsou kompetentní pro výkon sestry v ordinaci PLD.

Další částí grafu jsou respondenti (11%, tedy 8 respondentů), kteří si myslí, že provádí činnosti, které do jejich kompetencí nespádají. Tyto činnosti jsou pak uvedeny v následující tabulce.

Zbývají respondenti uvedli jako odpověď nevím (6%, 4 respondenti). Je možné, že tito respondenti neznají své skutečné kompetence a tudíž nevědí, zda ve své ordinaci provádějí i výkony, které do jejich kompetencí nespádají.

<b>Činnosti, které nespádají do kompetencí sester</b>	<b>Celkem</b>
Návštěvy u pacientů sestrou v domácím prostředí pacienta	2
Vydávání receptů (předpis)	4
Sdělování výsledků z laboratoří	1
Očkování	1
Výpisy úrazových pojistek	1
Aplikace i.v. injekcí	2
Vystavování neschopenek	3
Dávkování warfarinu dle INR	1
Převazy a léčba poranění (např. popáleniny)	1
Role uklízečky	2

**Tab. č. 5 Činnosti, které nespádají do kompetencí sester**

V tabulce jsou uvedené činnosti, o kterých si respondenti myslí, že nespádají do jejich kompetencí. Vzhledem k tomu, že respondenti uvedené činnosti blíže nespecifikovali, tak je těžké posoudit, zda tyto činnosti spadají nebo nespádají do jejich kompetencí.

Sdělování výsledků z laboratoří sestra může sdělovat tehdy, pokud jsou výsledky fyziologické. Pokud nejsou, tak je povinna přepojit hovor lékaři, který pacientovi výsledky sdělí.

Aplikace i.v. injekcí sestrou je možné tehdy, pokud má písemné pověření lékařem a je k tomuto výkonu způsobilá (pracuje bez odborného dohledu).

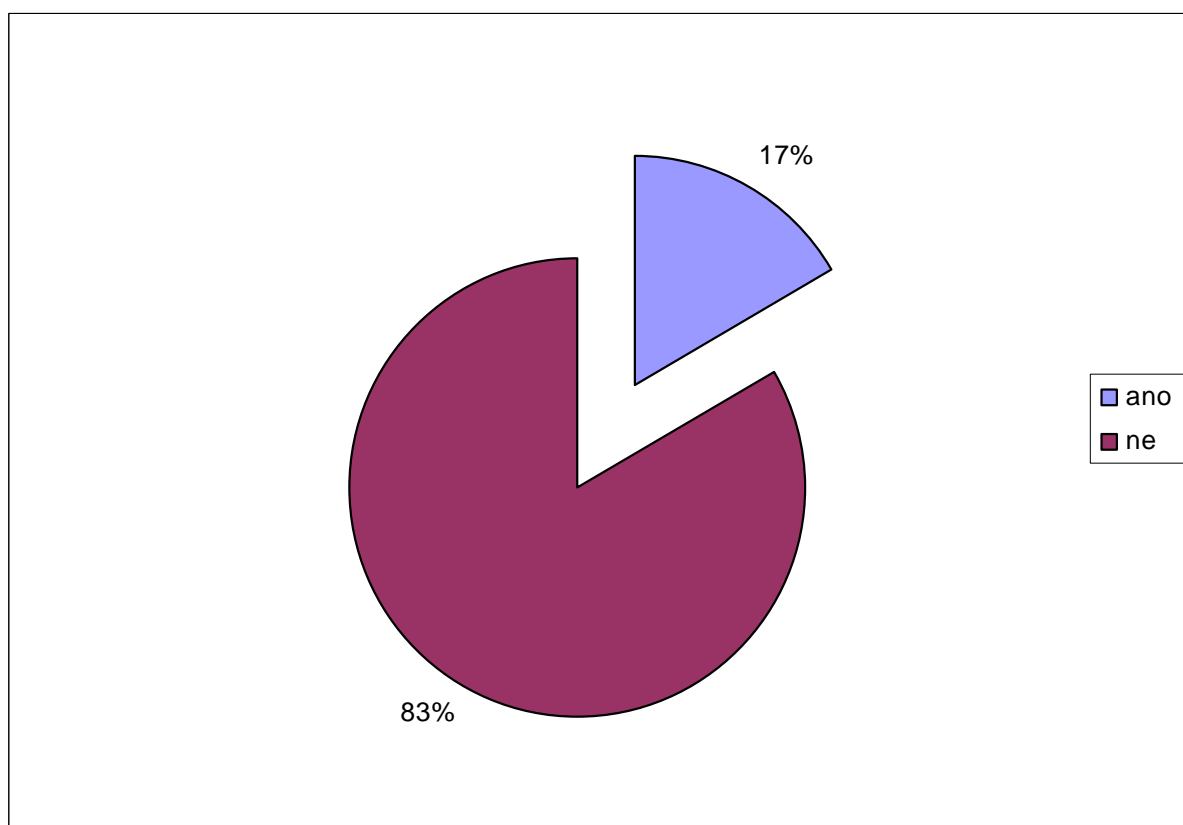
Převazy a léčba poranění. Zde byl specifikován přímo příklad, jednalo se o popáleniny. Ošetřování akutních ran spadá do kompetencí sester dle indikace lékaře. Jistou roli v tom může hrát rozsah a stupeň popálení, ale jinak si myslím, že tuto činnost sestra vykonávat může.

Dále zde byla uvedena role uklízečky. Opět záleží o jaké činnosti se jedná a co mají jako roli uklízečky na mysli. Předpokládám, že respondenti měli na mysli umývání podlah nebo toalet, což do jejich kompetencí opravdu nespádá. Naopak pokud se jedná o úklid skříní a pracovních ploch, tak v tomto případě se jedná o činnosti sestry.

Z dalších činností, které respondenti uváděli patří vydávání receptů. Ani zde blíže nespecifikovali. Tudíž není možné určit zda tím měli na mysli výdej již vyhotoveného receptu

nebo zda – li se jednalo přímo o předpis receptu na léky sestrou. Předepisovat léky může pouze lékař, nikoli sestra, jinak by se jednalo o trestný čin. To stejné se týká také výpisů úrazových jednotek (a je vázáno na souhlas pacienta) a vystavování neschopenek. Ty to činnosti opět vyřizuje lékař a je za ne právně odpovědný, nikoli sestra.

Stejně tak do kompetencí sestry nepatří dávkování warfarinu dle INR. Sestra by měla sice znát jaké jsou optimální hodnoty, ale určitě v její kompetenci není dávkovat léky. Posouzení a dávkování warfarinu je plně v kompetenci lékaře.



**Graf č. 17 Sesterská dokumentace**

Z výzkumného vzorku 17% (12 respondentů) dotazovaných ve své ordinaci používá sesterskou (ošetřovatelskou) dokumentaci a zbylých 83% (60 respondentů) uvedlo, že sesterskou (ošetřovatelskou) dokumentaci nepoužívají. Z toho vyplývá, že v ordinaci se používá pouze jeden typ dokumentace, do které zapisují provedené výkony jak lékař tak sestra.

U respondentů, kteří používají sesterskou (ošetřovatelskou) dokumentaci jsem se zaměřila na věk, vzdělání a odpracované roky ve zdravotnictví. Z uvedených respondentů jich je 7 ve věku 31 – 40 let, 4 ve věku mezi 41 – 50 let a 1 ve věku mezi 51 – 60 lety. Z nichž 9 dosáhlo středoškolské vzdělání a patří mezi ně 1 respondent se získanou specializací v oboru dětská sestra, 2 respondenti s dosaženým vyšším odborným vzděláním a rovněž mají i specializace



v oboru intenzivní péče a 1 respondent získal vysokoškolské vzdělání a specializaci v oboru přírodní vědy. Délka praxe u 3 respondentů je v období mezi 0 – 10 lety, u 7 respondentů v období mezi 11 – 20 lety a u 2 respondentů v období mezi 21 – 30 lety. Z daného vyplývá, že sesterskou dokumentaci používají spíše sestry mladšího věku. Již z předchozího zkoumání bylo zjištěno, že nejvíce respondentů dosáhlo středoškolské vzdělání s maturitou, proto se tento typ vzdělání u těchto zkoumaných respondentů vyskytuje nejvíce.

Součástí této otázky také bylo, aby se respondenti, kteří sesterskou dokumentaci používají, vyjádřili, které náležitosti jejich dokumentace obsahuje. Ty uvádím v následující tabulce.

<b>Záznamy sesterské dokumentace</b>	<b>Celkem</b>
Záznamy o lécích (podávání léků)	1
Záznamy o převazech (edukace, použitý materiál a pomůcky...)	2
Záznamy o očkování (druh očkovací látky, datum aplikace, alergie....)	1
Záznamy o prevenci	2
Záznamy o odběrech	1
Záznamy o fyziologických funkcích	5
Dekurzy	5
Screening (OK, DM...)	1
Záznamy o edukaci	3
Testy úrovně soběstačnosti (ADL, IADL)	2

**Tab. č. 6 Záznamy sesterské dokumentace**

Stejně tak jako lékař, i sestra je povinna zaznamenávat všechny činnosti, které u pacienta vykonala do zdravotnické dokumentace jak stanovuje vyhláška č. 385/2006 Sb., v plném znění o zdravotnické dokumentaci. V některé ordinaci používají jednu společnou dokumentaci a někde může být dokumentace členěna na lékařskou a sesterskou (ošetřovatelskou). V tabulce jsou uvedeny záznamy od respondentů, kteří používají sesterskou dokumentaci. Nejčastěji respondenti uváděli dekurzy a záznamy o fyziologických funkcích. Záznamy o edukaci uvedli pouze 3 respondenti. Z výzkumu se ale ukázalo (graf č. 18, str. 89), že 72% (52) respondentů své klienty edukuje a 17% (12) respondentů používá sesterskou dokumentaci (graf č. 17, str. 72).

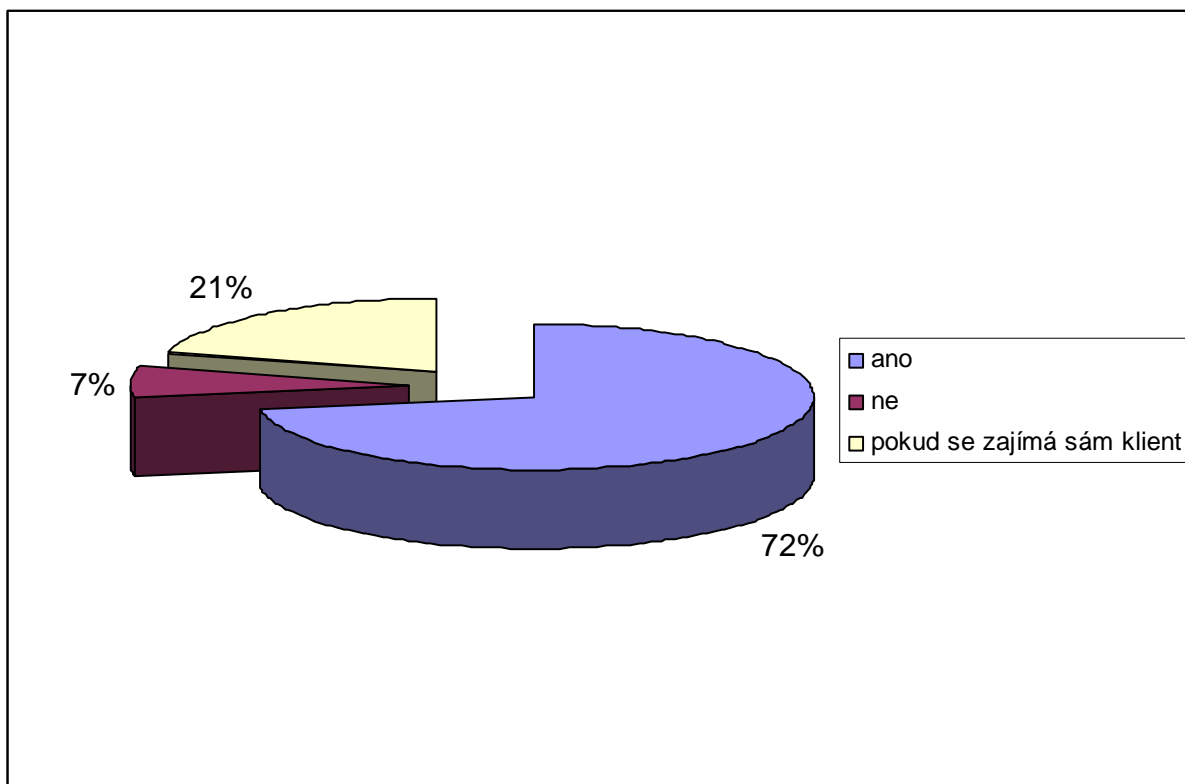
Pokud sestra své klienty edukuje, musí vést o edukaci záznamy. V rámci mého přezkoumání jsem zjistila, 10 respondentů, kteří používají sesterskou dokumentaci také v dotazníku uvedlo, že své klienty edukuje a 2 respondenti, kteří též sesterskou dokumentaci používají, své klienty needukují. Z toho vyplývá, že uvedený počet v tabulce neodpovídá dané skutečnosti v dotazníku.

<b>Nejčastější činnosti sester v ordinaci PLD</b>	<b>Celkem</b>
Ošetření akutních onemocnění	59
Očkování	70
Preventivní prohlídky	63
Poradenství, žádosti o radu	58
Závodní preventivní prohlídky (vstupní, výstupní, mimořádné)	51
Sociálně – zdravotní problematikou klientů/ pacientů	59
Administrativními činnostmi	68
Jiné	11

**Tab. č. 7 Nejčastější problematika v ordinaci PLD**

Z uvedené tabulky je možné vidět, že se sestry v ordinaci praktického lékaře věnují nejčastěji očkování (70 respondentů ze 72) a administrativní činnosti (68 respondentů ze 72). Nejméně se pak z dané problematiky věnují závodním preventivním prohlídkám (51 respondentů ze 72). Ovšem i další uvedené výkony jsou na vysoké úrovni.

Respondenti, v počtu 11, uvedli také jinou problematiku, které se ve své ordinaci často věnují. Mezi tuto problematiku zařadili převážně odběry biologického materiálu, ošetřování chronických ran, návštěvy pacientů/ klientů v domácím prostředí, aplikace injekcí.



**Graf č. 18 Edukace pacientů/ klientů**

Z výzkumu se ukázalo, že 72% respondentů (52) uvedlo, že své klienty edukuje, 7% respondentů (5) neprovádí edukaci u klientů a 21% respondentů (15) klienty edukuje pouze tehdy, pokud si to přeje sám pacient.

U respondentů, kteří své klienty needukují jsem se zaměřila na věk, vzdělání a odpracované roky ve zdravotnictví. Ze zkoumaných respondentů se nachází ve věkové skupině mezi 31 – 40 lety celkem 4 respondenti a mezi 41 – 50 lety 1 respondent a všech 5 respondentů dosáhlo středoškolské vzdělání s maturitou z toho 1 respondent získal specializaci v oboru dětská sestra. Ze zkoumaného vzorku 1 respondent pracuje ve zdravotnictví v období mezi 0 – 5 let, 2 respondenti v období mezi 20 – 25 let a 2 respondenti v období mezi 26 – 31 let. Je možné, že uvedení respondenti si ani neuvědomují, že své klienty edukují. Vysvětlování určitých záležitostí je pro ně rutinní každodenní součástí práce, že to možná ani za edukaci nepovažují. Také je možné, že pod pojmem edukace si představují každý něco jiného. Podle mě se za edukaci považuje i to, že před odběrem biologického materiálu sestra svému klientovi řekne, aby ráno nesnídal, pil pouze vodu nebo neslazený čaj, nekouřil nebo naopak ho ujistí, že vyšetření, které se bude provádět žádná omezení nemá. Někdo může zastávat názor, že tato činnost se za edukaci nepovažuje. Já se domnívám, že správné poučení pacienta před vyšetřením je velmi důležité a významně ovlivňuje např. preanalytickou fázi u odběru biologického materiálu.

Za poměrně vysoké číslo považují i oblast, kde respondenti uvádí, že edukují pacienty pouze tehdy pokud si to on sám vyžádá. Já osobně pokládám edukaci za velmi důležitou součást praxe a předpokládala jsem že, edukace klientů bude 100% pro oblast ano. Edukace by měla probíhat automaticky pro každou sestru, aby tak předcházela možným komplikacím a nedopatřením (např. v rámci odběru biologického materiálu, kdy edukuji pacienta, aby přišel nalačno a nestalo se, že pacient přijde nasnídaný, jen proto, že ho sestra neupozornila).

Tato tabulka souvisí s předchozí otázkou, kde jsme se respondentů ptala, zda edukují své klienty. Respondenti, kteří odpověděli ano, se měli vyjádřit, ve kterých oblastech své klienty edukují.

V tabulce jsou uvedeny nejčastější odpovědi respondentů na oblasti edukace.

<b>Edukace</b>	<b>Celkem</b>
Diabetes Mellitus	31
Redukce hmotnosti	21
Metabolismus (lipidy, sacharidy)	8
Nutriční screening	11
Hypertenze	18
Preventivní prohlídky	5
Odběry a vyšetření biologického materiálu	7
Převazy a péče o chronické rány	6
Edukace rodinných příslušníků o nesoběstačné pacienty	5
Léčba pohybového aparátu	5
Pacienti užívající warfarin	5
Edukace před plánovaným výkonem nebo vyšetřením	10
Prevence onkologických onemocnění (prevence rakoviny prsu a tlustého střeva)	8
V oblasti sociálních služeb	8

**Tab. č. 8 Edukace klientů**

Nejčastěji respondenti uváděli, že své klienty edukují v oblasti Diabetes Mellitus (31 respondentů, 43%). Druhou oblastí je pak redukce hmotnosti (21 respondentů, 29%) a následně edukace v oblasti hypertenze (18 respondentů, 25%). Podle mého názoru jsou tyto edukace velmi důležité a myslím si, že by měly být výsledky uvedeny ještě ve vyšších počtech, protože jde o civilizační nemoci, které jsou celosvětově velmi rozšířené a pro populaci život ohrožující.

Z dalších oblastí pak respondenti udávali nutriční screening (11 respondentů, 15%) a edukaci před plánovaným vyšetřením a výkonem (10 respondentů, 14%).

Z dalších jsou zde pak uvedeny např. edukace před odběrem biologického materiálu a oblast sociálních služeb. Na stejné úrovni je to ještě prevence onkologických onemocnění (uváděli prevenci rakoviny prsu a tlustého střeva). I přes to, že tento počet je nízký (8 respondentů, 11%), tak jsem mile překvapena, že se najdou ordinace, kde se tato problematika edukuje, protože nádorových onemocnění v populaci stále přibývá a existuje řada faktorů, které toto onemocnění způsobují a člověk, byť jen v malém měřítku, může některým faktorům zamezit sám. Ovšem je důležité, aby o těchto faktorech věděl.

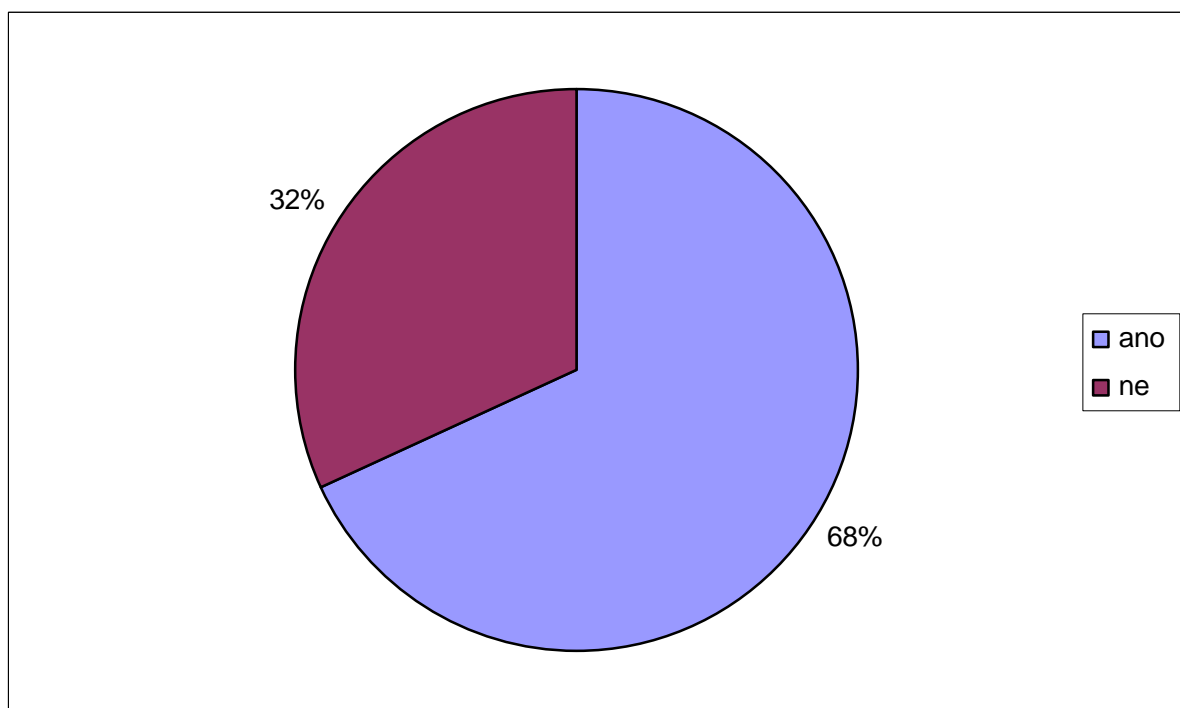
Dále jsou tu pak edukace v oblasti např. preventivních prohlídek, edukace rodinných příslušníků o nesoběstačné pacienty, léčba pohybového aparátu, pacienti užívající warfarin (5 respondentů, 7%) nebo převazy chronických ran (6 respondentů, 8%).

Někteří respondenti ještě uvedli další oblasti, ve kterých edukují své klienty, ale vzhledem k tomu, že v těchto oblastech edukuje pacienty pouze jeden až dva respondenti, tak jsem je již do tabulky neuváděla. Týkalo se to oblastí jako je např. spánek, pitný režim, inkontinence, cviky pánevního dna, péče o stomie, péče o kůži, aplikace inzulínu nebo protidrogové a protikuřácké poradenství. Mrzí mě a zároveň je zarážející, že tato problematika, která je uváděna v takto nízkých číslech, není mnohem vyšší. Podle mého názoru, např. problematika drog, alkoholu a kouření hlavně u mladších a středních věkových kategorií by měla probíhat v rámci praxe sestry automaticky. Měla by znát tuto problematiku, poskytnout validní informace, ale i vědět kde se tyto specializované poradny nachází a poskytovat klientům kontakty na tato pracoviště. Také problematika v oblasti spánku a pitného režimu je velmi důležitá a to nejen u strašících lidí, ale také lidé stále mladší věkové kategorie často trpí poruchami spánku. Pitný režim je potřeba kontrolovat hlavně u starších lidí, u kterých se s věkem postupně vytrácí pocit žízně. Další důležitou oblastí je péče o kůži. Sestra by si měla u pacientů všimnout jaký je stav kůže a kompetentně jim doporučit jim, jak šetrně a každodenně o kůži pečovat.

Rovněž edukace cviků pánevního dna je důležitá a úzce souvisí s možnou následnou inkontinencí. Pravidelné posilování svalů dna pánevního může zabránit vzniku a rozvoji inkontinence.

Respondenti své odpovědi blíže nespécifikovali, proto není možné určit v jednotlivých oblastech o čem své klienty edukují. Například jaká jsou opatření před a po odběrech nebo vyšetřeních biologického materiálu. Náplň edukace u pacientů užívajících warfarin, např. dietní omezení, sledování a vyhodnocování rozmezí hodnot, INR testy. U DM zda jde o edukaci jako je dietní omezení, používání antidiabetik, aplikace inzulínu aj.

Pokud bych měla celkově hodnotit oblast edukace respondentů, tak musím konstatovat, že výsledky jsou velmi neuspokojivé, znepokojující, až alarmující. Komunikace zdravotníků s pacienty je jeden z nejdůležitějších a nejzásadnějších faktorů vůbec, zvláště pak v primární péči, kde jsou sestry a lékaři v prvním kontaktu s pacienty.

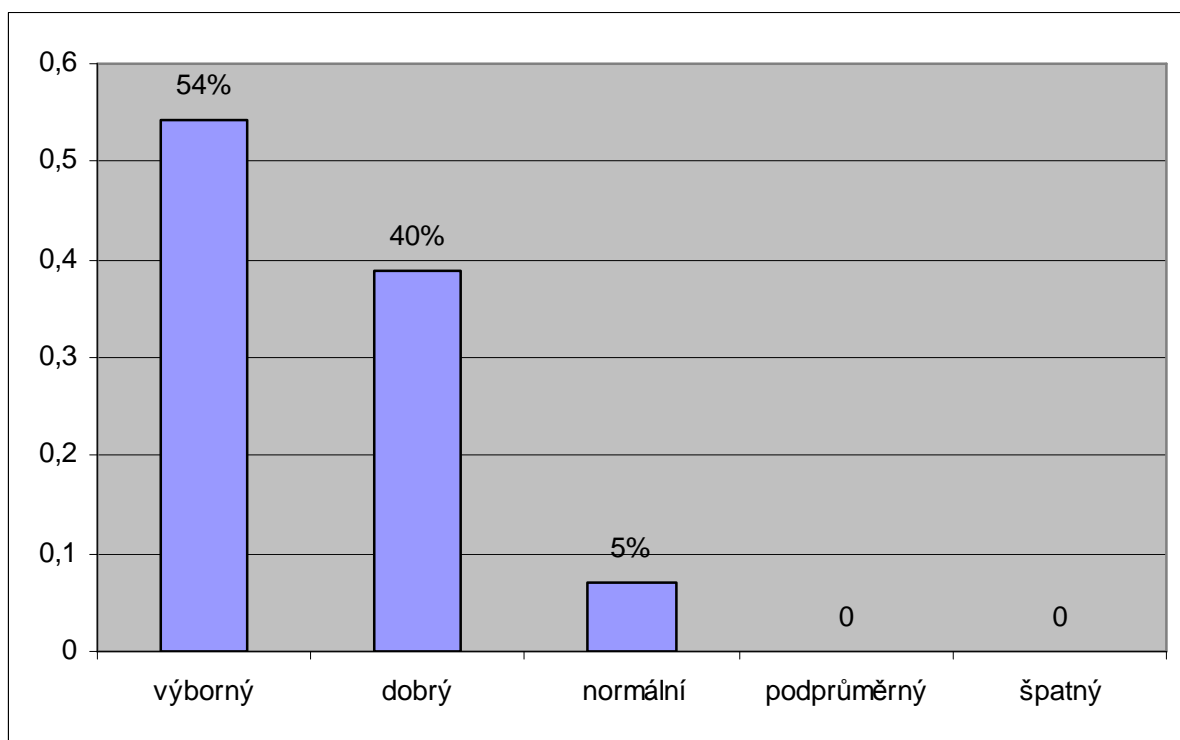


**Graf č. 19** Návštěvy klientů v domácím prostředí

Dotazovaných jsem se ptala, zda v rámci jejich činností také navštěvují pacienty v jejich domácím prostředí a to samostatně bez přítomnosti lékaře. Z grafu je vidět, že 68% (49) respondentů své klienty navštěvuje a zbylých 32% (23) respondentů nikoliv.

Tato skutečnost je pro mě velice překvapivá. Domnívala jsem se, že výsledky budou přesně v obráceném pořadí a ještě v rozdílnějších procentech. Proto je tato skutečnost příjemná

a těší mě, že velké procento dotazovaných své klienty navštěvuje a pečuje o ně v jejich domácím prostředí. Pro klienty je milejší, když přijde zdravotník k nim domů, než aby tyto služby musel vyhledávat on sám, protože pro mnoho pacientů je to vzhledem k jejich zdravotnímu stavu často náročné a vyčerpávající.

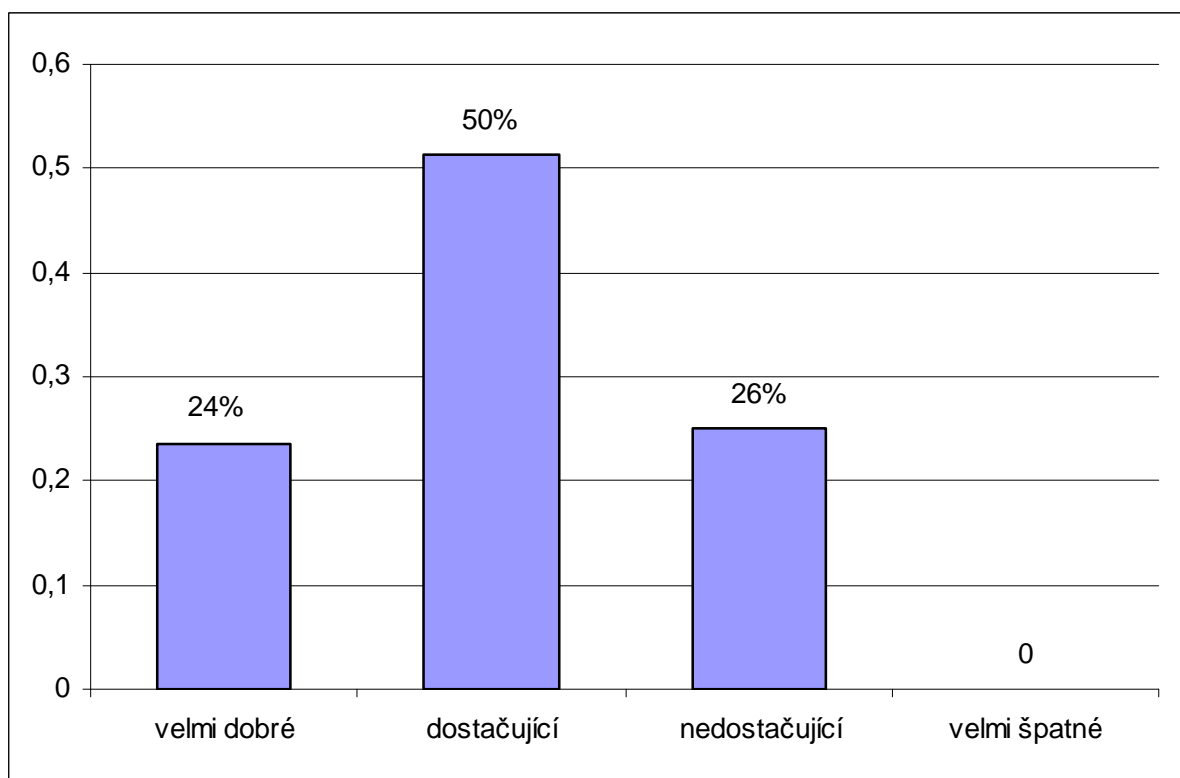


**Graf č. 20 Znárodněn pracovní vztah mezi sestrou a lékařem**

Nejčastěji respondenti hodnotili svůj pracovní vztah s lékařem za výborný (54%, což odpovídá počtu 39 respondentů). Jako druhou odpověď volili vztah dobrý (40%, což odpovídá počtu 28 respondentů) a nejméně pak vztah normální (5%, což odpovídá počtu 5 respondentů). Vztah podprůměrný a špatný nevedl žádný z respondentů. To vypovídá o tom, že je důležité, aby si sestra s lékařem rozuměli, komunikovali spolu a vytvořili si vhodný pracovní vztah na obou stranách. Pokud by sestra s lékařem měli pracovní vztah podprůměrný či špatný, byl by to jistě hlavní důvod, proč by sestra ukončila pracovní poměr a hledala si jinou práci nebo lékař ze stejného důvodu se sestrou rozvázal pracovní poměr a hledal si nového zaměstnance.

Vztah mezi sestrou a lékařem je jeden z důležitých faktorů pro vytvoření vhodného a příjemného pracovního prostředí jak pro ně samotné, tak i pro klienta. Důležité je se vzájemně tolerovat a neshody mezi sebou si včas říci a vyřešit je, aby se tyto problémy následně nepřenášely na klienty a také, aby sestra i lékař mohli pracovat tzv. "s čistou hlavou" a tím práce obou byla co nejefektivnější. Důležitá je též loajalita, organizace práce, včasné a pravdivé

předávání informací. Jak jsem již jednou zmiňovala, vztah trvá dlouhou řadu let mnohdy je to svazek pevnější a delší než manželství. Také si myslím, že je důležité, aby si vzájemně nezasahovali do práce a to především před pacienty, tzv. aby se každý držel svých kompetencí a možné návrhy a dotazy si nechali na vhodnější příležitosti.



**Graf č. 21 Finanční ohodnocení**

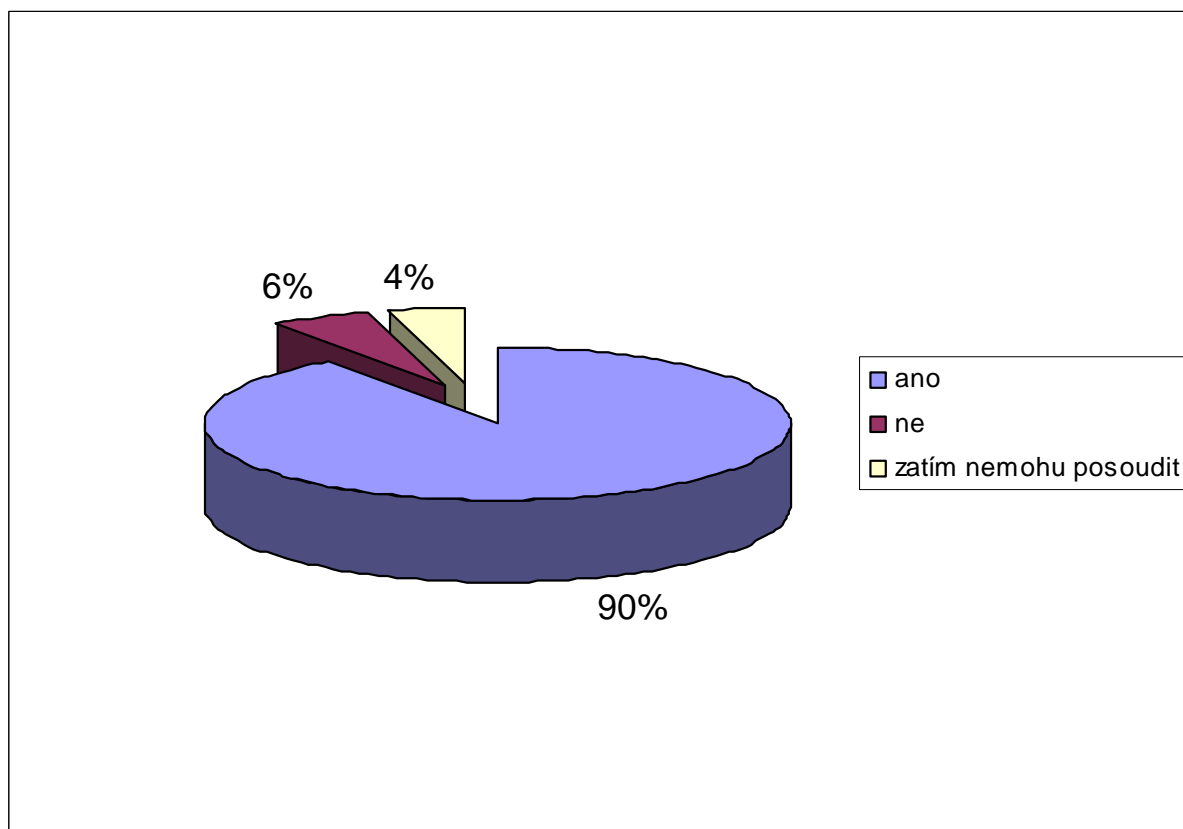
Tento graf nám ukazuje jak respondenti hodnotí své finanční ohodnocení v ordinaci praktického lékaře. Po zhodnocení všech odpovědí, podle grafu vidíme, že nejvíce odpovědí spadá do skupiny dostačující a to v 50% (37 respondentů). Na téměř stejné příčce s rozdílem dvou procent se pak řadí finanční ohodnocení jako nedostačující v počtu 26% (18 respondentů) a velmi dobré ve 24% (17 respondentů).

Z výzkumné skupiny, která konstatovala své finanční ohodnocení za dostačující, jsou 2 respondenti ve věku mezi 20 – 30 let, 8 respondentů ve věku 31 – 40 let, 11 respondentů ve věku mezi 41 -50 let, 14 respondentů ve věku 51 – 60 let a 2 respondenti ve věku 61 let a více. Z toho 29 jich získalo středoškolské vzdělání, 3 vyšší odborné a 5 vysokoškolské vzdělání. První skupinou týkající se délky praxe v ordinaci PLD, je skupina mezi 0 – 10 lety a to v počtu 15 respondentů, mezi 11 – 20 lety je to pak 6 respondentů, mezi 21 – 30 lety v počtu 9 respondentů a poslední skupina mezi 31 – 35 lety jde o 1 respondenta. Věk, vzdělání a délka praxe hrají v oblasti financování významnou roli. Mladší respondenti by mohli oponovat



například tím, že vystudovali vyšší vzdělání, ovšem ne vždy a všude hraje titul zásadní roli. Naopak sestry starší očekávají, že v rámci průběžně odpracovaných let a získaných zkušeností, by se jim mohly platy zvyšovat.

Dalšími možnými faktory mohou být určité rozdíly demografické, jiné finanční ohodnocení bude ve velkých městech a jiné v obcích. Také příležitost sehnat jinou práci. Myslím, že záleží i na tom, jak moc je sestra v ordinaci vytížena.



**Graf č. 22 Naplnění/ očekávání**

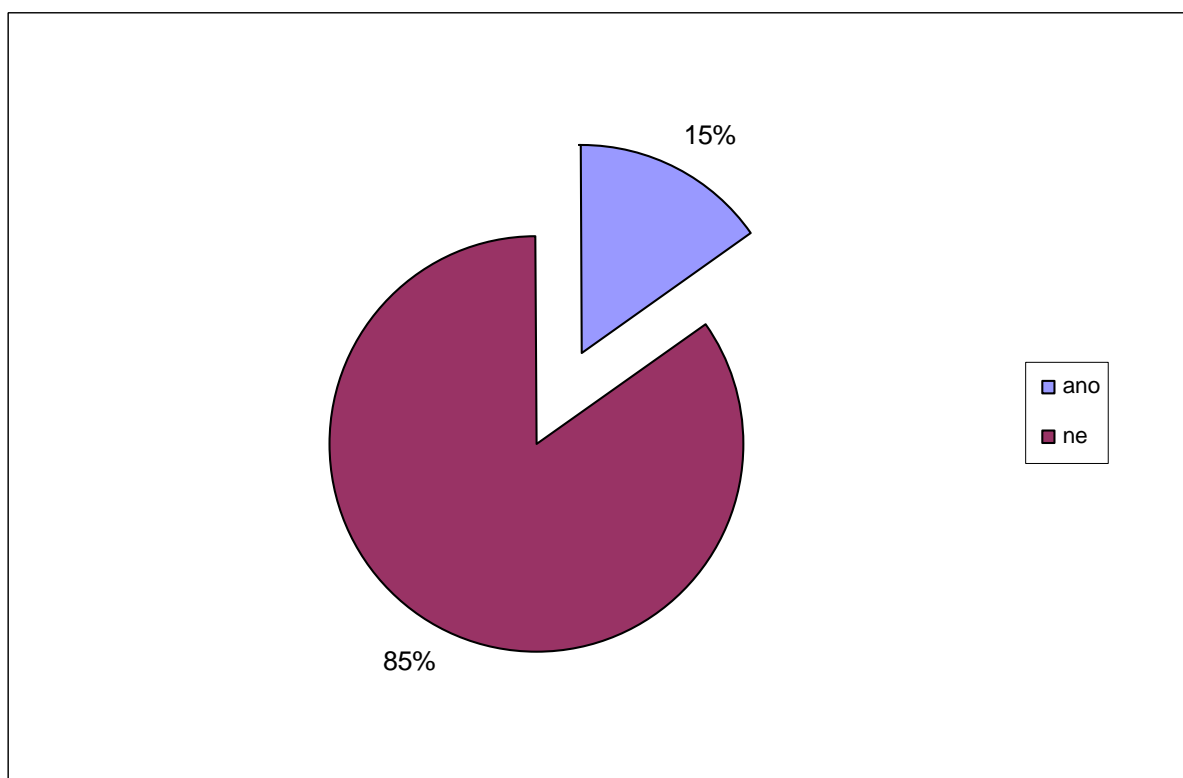
Z celkového počtu dotazovaných se 90% (65 respondentů) k této otázce vyjádřilo tak, že práce v ordinaci praktického lékaře je to, co je naplňuje, tzv.to, co od této práce očekávali.

Naopak 6% (4) respondentů odpovědělo, že je tato práce nenaplnuje a 4% (3 respondenti) označili možnost, že zatím nemohou posoudit zda je tato práce naplňuje. V rámci dotazníku jsem usoudila, že důvodem je krátká nástupní doba v ordinaci praktického lékaře (jedna respondentka pracuje v ordinaci 5 měsíců a druhá respondentka 1 rok).

U respondentů, které práce v ordinaci PLD nenaplnuje jsem zjišťovala jejich věk, vzdělání, délku praxe v ordinaci praktického lékaře a předchozí zaměstnání, pokud nějaké bylo. Z výzkumu jsem zjistila, že všichni uvedení respondenti patří do věkové kategorie mezi 31 – 40

lety získali středoškolské vzdělání s maturitou. Žádný z uvedených nezískal specializaci. Jako předchozí zaměstnání, kterému se respondenti věnovali před nástupem do ordinace PLD, uvedli 3 z dotazovaných internu a 1 respondent oddělení ARO. V ordinaci PLD 2 respondenti pracují v období mezi 0 – 5 lety a 2 respondenti v období mezi 6 – 10 lety.

Vzhledem k tomu, že jde o mladší respondenty a oddělení, na kterých respondenti dříve pracovali, jsou fyzicky i psychicky náročnější tak se domnívám, že možný důvod, proč je tato práce nenaplňuje, je klidnější chod ordinace a méně praktických výkonů než byli zvyklí.



**Graf č. 23 Úvaha o možné změně zaměstnání**

Z celkového počtu uvedlo 11 respondentů (16%), že o možné změně zaměstnání uvažuje. Při srovnání s grafem č. 21 na straně 80., kde jsme se zaměřili na finanční situaci respondentů, vyčteme, že 26% (18) respondentů je s finančním ohodnocením nespokojeno a přitom o možné změně zaměstnání uvažuje pouze 16% (11) respondentů. Z toho usuzuji, že i když uvedli finanční nespokojenost, tak to pro ně není natolik důležitý a zásadní faktor, kvůli kterému by měli důvod hledat jiné zaměstnání.

Zbýlých 59 respondentů (84%) o této změně nepřemýšlí. Nejspíše proto, že jsou asi po všech stránkách dostatečně spokojeni a práce v ordinaci PLD je to, co od toho očekávali.

U respondentů, kteří o změně uvažují je možné se z následující tabulky dočíst, jaké uváděli nejčastější důvody.

<b>Důvod</b>	<b>Celkem</b>
Neshody s lékařem	0
Finanční situace	10
Nedostatečné pracovní kompetence	1
Nevhodné pracovní prostředí	2
Špatná dostupnost	3
Jiné	1

**Tab. č. 9 Důvody změny zaměstnání**

Již z předchozího grafu jsme se dozvěděli, že 16% ( 11 respondentů) uvedlo, že přemýšlí o možné změně zaměstnání. Z dané tabulky je vidět, že jako nejčastější důvod označili finanční situaci, což se dalo předpokládat již z grafu č. 21, na straně 80, kde se ptáme na finanční ohodnocení a 26% (18) dotazových uvedlo finanční ohodnocení za nedostačující. Ovšem z této tabulky uvedlo jako důvod změny zaměstnání pouhých 10 respondentů (56%), což znamená, že 8 respondentů (44%) sice není s finančním ohodnocením spokojeno, ale o možné změně zaměstnání neuvažuje. Možným důvodem, proč těchto 8 respondentů i přes finanční nespokojenost neuvažuje o změně zaměstnání, může být např. ztížená dostupnost do okolních měst, plná obsazenost okolních zdravotnických míst, spokojenost s dosavadními kompetencemi, výborný vztah se svým zaměstnavatelem, dohodnutá pracovní doba s ohledem na malé děti aj., i kombinace více faktorů najednou.

Neshody s lékařem jako důvod neuvedl žádný z respondentů. Z dalších uvedených důvodů bylo označené nevhodné pracovní prostředí (2 respondenti), špatná dostupnost (3 respondenti, nedostatečné pracovní kompetence (1 respondent) a jako důvody jiné, byla uvedena pouze mateřská dovolená (1 respondent). Očekávala jsem i jiné důvody, proč by respondenti měli potřebu změnit zaměstnání, např. vyšší kompetence, touha po změně, rozvoj osobnosti, získání nových zkušeností aj.

Myslím si, že složka finance hraje jednu z významných rolí ve výběru oboru v oblasti zdravotnictví a proto ji nelze opomenout. Určitě se někdy může stát základním faktorem pro

možné myšlenky na změnu zaměstnání. Což je v celku logické, pokud se naskytne lepší příležitost, tak proč jí nevyužít. Ovšem podle mého názoru, je pak také důležité se zajímat i o to, zda by dotyčného ta práce v jiném oboru nebo popřípadě i ve stejném oboru bavila (nezapomínat také na to, že i když by změna zaměstnání byla ve stejném oboru, tak všude již mají své zažité zvyky, které nám nemusí vyhovovat), zda by jej naplňovala a o jak moc by byla náročnější nebo naopak méně náročná. Proto je důležité si uvědomit, co je vlastně pro dotyčného prioritní. Je sice hezké mít hodně peněz, ale za cenu jaké oběti (např. volný čas, dostupnost – dojíždění, kolektiv aj.).

## 7. Závěr

Vzdělávacích možností pro sestry neustále přibývá. Týká se to různých jednodenních seminářů a školení nebo několikátýdenních kurzů, ale také vysokoškolských programů. V posledních letech do praxe vstupují sestry s vyšším odborným a vysokoškolským bakalářským nebo magisterským vzděláním a jejich počty stále narůstají. Je možné, že mnoho z nich, po vystudování střední zdravotnické školy, studuje jen proto, že si ještě chtějí prodloužit studentský život a do práce se jim zatím moc nechce, tak je další vzdělání tou nejlepší volbou. Některé možná ani neví v jaké sféře zdravotnictví by chtěly pracovat a další studium jim umožní prodloužit dobu pro přemýšlení a získání možné motivace nebo již mají stanovené cíle a další vzdělání je proto nezbytné. Je důležitější mít vyšší nebo vysokoškolské vzdělání na úkor získaných zkušeností v průběhu praxe? Myslím si, že důležité jsou obě skutečnosti. Jisté je, že nejvíce zkušeností sestra získá v průběhu praxe, zkušenosti a jistý „grif“ při plnění výkonů jí další studium nezaručí. Na druhou stranu si ale také myslím, že v dnešní době je další studium sester potřebné, zvláště pro ty, které mají touhu se rozvíjet a mohou tak mít více možností do budoucna nebo pokud má již jistou představu, tak se specializovat v daném oboru. Je důležité si uvědomit, že zdravotnictví jako celek prošlo již řadou změn a je potřeba se zdokonalovat a držet krok se stále novými technologiemi a změnami moderní doby. Jaké kompetence připadají sestrám střední zdravotnické školy nebo sestrám po absolvování vyššího odborného či vysokoškolského bakalářského a magisterského studia? Vykonávají sestry s různým typem vzdělání stejné výkony? Vzhledem k tomu, že rozšiřování kompetencí je zatím ještě hodně na začátku, tak si myslím, že pro tuto chvíli moc velké rozdíly v provádění výkonů nejsou a jediným velkým rozdílem je, že sestry po absolvování středoškolského studia musí tři roky pracovat pod odborným dohledem. Podle mého názoru byla myšlenka směřována správným směrem, ale nebyla zatím dotažena do cíle a využít tento potenciál v praxi se zatím moc nedaří. Emancipaci ošetřovatelství brání to, že velká část sester má stále za to, že jejich hlavním úkolem je být „pravou rukou lékaře“ a zajímat se hlavně o potřeby pacienta a ne si zvyšovat své ego získáním titulu a prosazováním se, že jsem tak něco víc. Cílem, proč mělo dojít k rozlišování na několik typů vzdělání, mělo vést ke zvyšování a rozčlenění kompetencí sester v praxi. Čím vyšší vzdělání, tím vyšší kompetence bude mít. V našem státě tato úvaha zatím bohužel neplatí a proto se vedou stále diskuse o tom, proč sestra s vysokoškolským vzděláním po absolvování

studia provádí u lůžka stejné výkony jako sestra se středoškolským zdravotnickým vzdělání, ovšem pod odborným dohledem.

Rozšiřování kompetencí je, hned vedle financí, pro sestry vděčné a v poslední době nejžhavější téma k diskusi. V rámci rozšiřování kompetencí bychom mohli sestry rozdělit na dvě skupiny. Na sestry, které o rozšiřování kompetencí stojí a přikládají to za dobrý a důležitý vstup v rozvoji ošetřovatelství a pak je to druhá skupina, která se rozšiřování kompetencí brání a nových příležitostí se bojí. V rámci mého výzkumu se prokázalo, že sestry hodnotí své kompetence v ordinaci PLD za dostačující a rozšiřování kompetencí nepovažují za důležité. Myslím si, že sestry v ordinaci PLD rozšiřování kompetencí nevyhledávají, právě z důvodu klidnějšího provozu a zvyšování kompetencí vyhledávají spíše sestry na specializovaných odděleních. Myslím si, že rozšiřování kompetencí by mělo být spojeno s dalším vzděláváním sester, protože ne všechny sestry se zvyšováním kompetencí souhlasí, mají své zažité každodenní výkony a nemají potřebu se více rozvíjet. V rámci dalšího vzdělávání by se tak sestry prokázaly např. certifikátem, že v dané problematice jsou proškolené a způsobilé výkonu.

S možným rozšiřováním kompetencí úzce souvisí zjištění, zda sestry v ordinaci PLD považují své kompetence za dostačující. Od toho se odvíjí i názor na jejich možné rozšiřování. Pokud sestra uvede, že ve své ordinaci má práce dost, tak nebude mít potřebu své kompetence zvyšovat a naopak sestra, která má pocit, že by práce mohla mít více a zvládala by další činnosti, bude se zvyšováním kompetencí souhlasit. Ovšem je potřeba se také zamyslet nad tím, že rozšiřování kompetencí není jen vykonávání více činností a tím i větší odpovědnost, ale sestra se tak více rozvíjí, má možnost získat nové poznatky a zkušenosti, které může ve své praxi uplatňovat, stát se tak samostatnější a mít možnost více rozhodovat o některých výkonech a také rozšiřování kompetencí by mohlo zaručit zvyšování platů sester. Druhá stránka věci je také ta, že s rozšiřováním kompetencí stoupne nejen odpovědnost, ale bude to také fyzicky a psychicky náročnější a jistý čas by možná museli věnovat dalšímu vzdělávání a proškolení v daných kompetencích ve formě kurzů, přednášek a seminářů, pokud tímto způsobem bude rozšiřování kompetencí prováděno.

V rámci rozšiřování kompetencí byla stanovena hypotéza takto: Předpokládala jsem, že 60% dotazovaných respondentů bude hodnotit své kompetence u praktického lékaře za dostačující a rozšiřování kompetencí nebudou považovat za důležité. Z výzkumu bylo prokázáno, že toho procento je ještě vyšší (89%), proto došlo k vyvrácení této hypotézy.

Další skutečností je, se zamyslet nad tím, zda sestry vůbec znají své pravé kompetence. Myslím si, že jen málokterá sestra ví o svých pravomocech. Své kompetence často neznají a pak mají pocit, že provádějí činnosti, které do jejich kompetencí vůbec nespádají a mnohdy to ani není pravda. Z výzkumu jsem ovšem zjistila jisté skutečnosti, že sestry v ordinaci PLD by mohly provádět výkony, které nespádají do jejich kompetencí a dokonce by mohly být v rozporu se zákonem (trestné). Naopak se zde vyskytovaly i činnosti, o kterých si myslím, že do kompetencí sester spadají, ale vzhledem k tomu, že sestry své pravé kompetence neznají, považují určité výkony nad rámec svých kompetencí. Uvedené odpovědi respondentů nebyly blíže specifikovány, proto je okomentování těchto činností a uvedení možných názorů zavádějící, vzhledem k tomu, že nevíme jak definování daných činností mysleli.

Jednou z částí mého výzkumu bylo zaměření se na registraci sester dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). Registrace sester není povinná, jde tedy o dobrovolnou záležitost. Ovšem registrované sestry mohou pracovat samostatně, tzv. bez odborného dohledu, mají větší výběr zaměstnání, protože některé výkony neregistrované sestry provádět nemohou, také mohou být zařazeny do vyšší platové třídy, i když to nemusí být vždy pravidlem. O registraci si sestra může zažádat tehdy, pokud splní jisté podmínky. Jednak musí mít dostatečné množství kreditů, celkem 40, tzv. musí absolvovat odborné přednášky, kurzy a semináře, za které získává body. Další podmínkou je mít praxi ve zdravotnictví, po absolvování studia alespoň tři roky nebo při přerušení praxe ve zdravotnictví, z jakéhokoliv důvodu, musí mít v posledních 6 letech alespoň rok praxe na poloviční úvazek. Pokud tyto podmínky nespĺňuje, je možné obnovit registraci vykonáním odborné zkoušky. Z dotazovaných respondentů 86%, což odpovídá počtu 61, je dle výše uvedeného zákona registrovaných. Myslím si, že mít registraci je rozhodně ku prospěchu. Jednak proto, že registrovaná sestra má více výhod a v rámci vzdělávání si tak prohlubuje své znalosti, které může uplatnit v praxi.

Registrace sester byla jednou z mých stanovených hypotéz. Tato hypotéza byla vyvrácena. Předpokládala jsem, že dle zákona č. 96/2004 Sb., bude počet registrovaných sester v menším procentuálním zastoupením.

Sestry pracující v ordinaci praktických lékařů uvedli, jako nejčastější činnost, očkování. Domnívala bych se, že nejčastějšími činnostmi jsou závodní a preventivní prohlídky a administravita. Překvapuje mě, jak vysoké procento sester se věnuje očkování. Z toho vyplývá,

že obyvatelé ČR buď dbají na prevenci předcházení různých nemocí nebo jsou ovlivněni propagací reklam, které na tom také mohou mít svůj podíl. V dotazníku byly přímo stanoveny činnosti, které by sestry měly provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře a činnosti dle indikace lékaře. Výsledky byly různorodé. Některé činnosti se objevovaly častěji, jiné pak méně často. I přesto si myslím, že většinu výkonů každá sestra ve své ordinaci provádí.

Edukace klientů by měla být důležitou součástí každé péče. Je důležitá pro informovanost klienta o jeho zdravotním stavu a jak se má v průběhu léčby chovat, jak má udržovat své zdraví, jak předcházet nemocem a zacházet s léky a dalšími zdravotnickými pomůckami. Myslím si, že edukace je všeobecně dost podceňovaná sestrou i lékařem a nepodávají svým klientům dostatečné informace. I přesto, že jsem předpokládala, že všichni dotazovaní své klienty edukují, z výzkumu se ukázalo, že se vyskytli i respondenti, kteří své klienty needukují nebo je edukují pouze tehdy, pokud si požádá sám klient. I když šlo o malé procento respondentů, tak je to pro mě překvapivá skutečnost. Stejně tak jako respondenti, kteří své klienty edukují pouze na jejich vyžádání. Edukace by měla být samozřejmostí každé sestry. To, že sestra nebo lékař považují určité věci za samozřejmé ještě neznamená, že jsou samozřejmé také pro klienta. Vždy je důležité si u pacienta ověřit, zda všemu rozumí a ví co má v dané situaci dělat. Navíc by o edukaci měla vést záznamy do zdravotnické dokumentace. Otázkou je, co si každá sestra pod pojmem edukace představuje. Je možné, že sice respondenti uvedli, že své klienty nepoučují, ale přitom je edukace jejich každodenní rutinní záležitostí, jen oni tyto rutinní záležitosti nepovažují za edukaci.

Hypotéza, týkající se edukace sester, byla vyvrácena. Předpokládala jsem, že 100%, což odpovídá počtu 72 respondentů, v ordinacích praktických lékařů své klienty edukuje. Z průzkumu se prokázalo, že pouze 72%, což odpovídá 52 respondentům, edukují své klienty.

Skutečnost, jak vysoké procento sester navštěvuje své klienty v jejich domácím prostředí, pro mě byla překvapivá. Předpokládala jsem, že této činnosti se bude věnovat pouhých 10% z dotazovaných, protože poskytování této služby by pro zdravotníky mohlo znamenat jisté prodloužení pracovní doby a pro zaměstnavatele větší finanční ohodnocení

a také, že se touto činností budou spíše zabývat agentury domácí péče. Domnívala jsme se, že tato činnost je spíše praktikována v jiných zemích a v ČR se vyskytuje jen zřídka a je spíše poskytována agenturami domácí péče, která je zaměřena na potřeby pacienta a ošetřování

a léčbu, která nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici. Myslím si, že nemohoucí pacienti jsou vděční za možnost poskytování péče v jejich domácím prostředí, protože mnoho pacientů dává



spíše přednost vlastnímu prostředí před nemocničním. Dostávají se tak alespoň trochu do kontaktu s lidmi a nemusí vážit pro ně složitou cestu do ordinace ať už ve velkých městech nebo v obcích, a leckdy musí do ordinací i dojíždět do okolí. Určitě by bylo vhodné, aby se tato činnost rozmohla i do dalších ordinací a měli možnost této služby i další klienti.

Při stanovení této hypotézy, jsem si myslela, že návštěvy klientů v jejich domácím prostředí bude provádět pouze 10% dotazovaných respondentů. Skutečnost je ovšem taková, že návštěvy klientů v domácím prostředí provádí 68% (49 respondentů) z celkového počtu dotazovaných. Proto došlo k vyvrácení této hypotézy.

Předpokládala jsem, že 10% respondentů používá svojí sesterskou (ošetřovatelskou) dokumentaci. Myslím si, že ošetřovatelská dokumentace není běžná v každé ordinaci PLD, ale naopak je viděna jen výjimečně. Mnohem častěji se v ordinacích používá jedna společná zdravotnická dokumentace, do které zaznamenávají své výkony jak sestra tak lékař. Při používání dvojího typu dokumentace, je nutné, aby si sestra s lékařem předávali důležité informace.

Předpokládala jsem, že 10% sester používá v ordinaci praktického lékaře sesterskou (ošetřovatelskou) dokumentaci. Vzhledem k malému množství dotazníků je hodnocení této hypotézy sporné, neboť rozdíl 7%, což odpovídá 5 respondentům, došlo k vyvrácení mé hypotézy.

Cílem této práce bylo zjistit jaké jsou skutečné kompetence a činnosti sester v ordinacích praktických lékařů. Z výzkumu bylo zjištěno, že 2/3 sester pracujících v ordinacích praktických lékařů s možným návrhem rozšiřování kompetencí nesouhlasí a jejich stávající kompetence považují za dostačující až nadměrné. Mají dokonce pocit, že provádějí činnosti, které do jejich kompetencí nespádají.

Proto si myslím, že by bylo vhodné, v rámci další podrobnější studie zaměřit na otázku, zda vůbec sestry znají náplň výkonů, které smí a/nebo nesmí provádět po získání odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry dle zákona č. 424/2004 Sb.

Možností pro zvyšování kompetencí by bylo stanovení výkonů, které by se rozšiřování kompetencí týkaly, pomocí vzdělávacích akcí ve formě kurzů, seminářů a přednášek, po jejichž absolvování nebo složení zkoušky, by získali osvědčení k provádění výkonu. Myslím si ale, že by mělo jít o dobrovolné vzdělávání, protože každá sestra se zvyšováním kompetencí nesouhlasí a nemá potřebu se více rozvíjet a stávající výkony jsou pro ni dostačující.

Pro rozšiřování kompetencí sester, které pracují v ordinaci praktického lékaře, by se mohl vytvořit nový studijní program zaměřený na výuku v oblasti komunitní a/nebo primární péče. Podobně jako je například obor dětská sestra. Došlo by tak ke sjednocení činností v ordinacích praktického lékaře. Provádění výkonů sestrou v ordinaci je převážně věcí lékaře. Může se stát, že výkony, které v některé ordinaci provádí sestra, si může v jiné ordinaci provádět sám lékař. Z výzkumu pak vyplynulo, že sestry uváděly činnosti, které by chtěly přidat a přitom tyto výkony již pro ně kompetentní jsou. Sestry by tak mohly provádět více výkonů bez indikace lékaře a některé výkony za lékaře převzít a na základě toho, by tak měl více času na pacienta ve své ordinaci.

Vzhledem k tomu, že se uvažuje o možném rozšiřování kompetencí, což znamená přidání více činností, je nutné vyřešit také stránku personální. Pokud je cílem, aby sestry mohly vykonávat odbornější výkony a více se věnovat pacientům, je potřeba zajistit více pomocného personálu.

## Použitá a citovaná literatura a prameny

1. BOERMA, G.W. *Wienke Profile of General Practice in Europe*, NIVEL, 2003, s. 228, ISBN 90-6905-626-7.
2. KAPRIO, A. LEO *Primary Health Care in Europe*, WHO 1979, ISBN 92 9020153 3.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005, s. 188, ISBN 80-147-1197-4.
4. IZPE – ÚSTAV ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec nad Černými lesy, 2002, s. 150, ISSN 1213-8096.
5. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál Praha, 2009, s. 296, ISBN 978-80-7367-592-9.
6. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 100, ISBN 978-80-247-2150-7.
7. KOLEKTIV AUTORŮ (Kolektiv autorů, vedoucí a odpovědný redaktor: Ivan Gladkij) *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 380, ISBN 80-7226-996-8.
8. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007, s. 152, ISBN 978-80-147-1784-5.
9. SEIFERT, B., BENEŠ, V. *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Karolinum, 2005, s. 292, ISBN 80-246-1131-7.
10. SEIFERT, B. A KOLEKTIV *Primární péče praktické lékařství*. Praha: Karolinum, 2004, s. 158, ISBN 80-246-0883-9.
11. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta*, Praha, Grada Publishing, 2005, s. 168, ISBN 80-247-0911-2.
12. VÁLKOVÁ, L. a kolektiv *Praktické lékařství*, Praha: Karolinum, 2007, s. 166, ISBN 978-80-246-1348-2.
13. Věstník č. 9. Metodická opatření. Koncepce ošetrovatelství. MZ ČR, 2004.
14. Vyhláška č. 385/ 2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
15. Zákon č. 20/ 1966 SB., o péči o zdraví lidu.
16. Zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

17. Zákon č. 96/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, zákon o nelékařských zdravotnických povolání.
18. Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění, zákon ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění zákonů č. 29/ 2007 Sb., č. 213/ 2007 Sb. a č. 261/ 2007 Sb.
19. Zákon č. 160/ 1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
20. Zákon č. 216/ 1992 Sb., kterým byl vydán zdravotní řád pro poskytování a úhrady zdravotních služeb v rámci všeobecného zdravotního pojištění.
21. *Centrum národní péče České republiky, Primární péče* [online], 2006 [cit.14.12.2010], dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>>
22. *Kompetence sestry v ordinaci praktického lékaře* [online], 12.2.2006 [cit.18.1.2011], dostupné z <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>>
23. *Systém zdravotní péče* [online], [cit. 10.1.2011], dostupné z:<[www.farmeko.cz/data/64/vz3zdravzar.doc](http://www.farmeko.cz/data/64/vz3zdravzar.doc)>
24. *Národní referenční centrum* [online], [cit. 20.2.2011], dostupné z: < [https://kvalita.nrc.cy/Klicove\\_pojmy\\_v2.pdf](https://kvalita.nrc.cy/Klicove_pojmy_v2.pdf)>
25. Zdravotní péče, definice [online], 19.6.2010 [cit. 25.11.2010], dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_p%C3%A9%C4%8De](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De)

## Použité zkratky

### Seznam zkratek

aj.	a jiné
ADP	agentura domácí péče
apod.	a podobně
ANA	americká asociace sester
ČAS	česká asociace sester
ČIA	český institut pro akreditaci
ČR	Česká republika
ČSL JEP	česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
Dis.	Diplomovaná sestra
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiogram
event.	eventuelně
ILF	institut pro vzdělávání lékařů a farmaceutů
i.v.	intravenózní (nitrožilní)
např.	například
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
OK	okultní krvácení
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení
PLD	praktické lékařství pro dospělé
PLDD	praktické lékařství pro děti a dorost
popř.	popřípadě
RČ	rodné číslo
SAK	spojená akreditační komise
SZŠ	střední zdravotnická škola
tzv.	tak zvaně
ÚZIS	ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠ	vysoká škola
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZ	zdravotnické zařízení

# Přílohy

*Příloha č. 1*

## **DOTAZNÍK**

Dobrý den, jmenuji se Petra Večeřová a jsem studentkou 3. ročníku 1.LF UK, obor všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí méjí bakalářské práce, která se nazývá „Role a kompetence sester v komunitní péči (v ordinaci praktického lékaře)“. Cílem je zjistit, jaké jsou skutečné kompetence a role sester v ordinacích praktických lékařů a výsledky práce mají být použity k zamyšlení se nad stávající situací

a pomocníkem při dalším rozšiřování činností sester, které pracují u praktických lékařů. Na vyplnění dotazníku nebudete potřebovat více jak 10 minut.

Děkuji Vám za vaši účast.

### **1) Kolik Vám je let**

- 20 -30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 let a více

### **2) Pohlaví**

- Žena
- Muž

### **3) Jaké je Vaše nynější dosažené vzdělání?**

- středoškolské zdravotnické s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
  - bakalářské
  - magisterské
- specializace .....
- jiné, *uveďte jaké:*.....

**4) Kolik let pracujete ve zdravotnictví?**

..... z toho u praktického lékaře pro dospělé .....

**5) Pokud bylo Vaše předchozí zaměstnání ve zdravotnictví, uveďte prosím, v jakém oboru:**

- interna
- chirurgie
- jiný obor, uveďte, prosím, jaký:.....
- nebylo

**6) Jste registrovaný/á dle zákona č. 96/2004 Sb. - Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)?**

- ano
- ne

**7) Máte možnost dalšího, kontinuálního vzdělávání?**

- ano
- ne

*(pokud ANO, odpovězte prosím na další dvě otázky a pokud ne, přejdete na otázku č. 10)*

**8) Uvolňuje Vás váš zaměstnavatel na školení, semináře, kurzy?**

- ano
- ne

*pokud ne, uveďte prosím důvod, proč Vám to není umožněno:*

.....

**9) Přispívá Vám lékař na další vzdělávání nějakou finanční částkou?**

- ano
- ne

**10) Co vás motivovalo k práci sestry v ordinaci praktického lékaře?**

.....  
.....  
.....

**11) Setkal/a jste se někdy s názorem, že povolání sestry v ambulantní praxi není tak**

**důležité jako např.sestra u lůžka?**

- ano
- ne

*pokud ano, od koho nejčastěji:*

.....

**12) Byl/a jste před nástupem do zaměstnání informována o činnostech, které budete v ordinaci praktického lékaře provádět?**

- ano
- ne

**13) Považujete Vaše stávající kompetence za dostačující?**

- ano
- ne

*pokud ne, uveďte prosím důvod:*

.....

**14) Jaký je Váš názor na možné rozšiřování kompetencí v ordinacích praktického lékaře pro dospělé?**

.....

.....

.....

**15) Vyjádřete se prosím, které kompetence by bylo vhodné přidat, aby došlo k vylepšení stávající situace v ordinaci praktického lékaře pro dospělé?**

.....

.....



**16)Myslíte si, že některé činnosti, které provádíte, nejsou kompetentní pro výkon sestry v ordinaci praktického lékaře?**

- ano
- ne

*pokud ano, uveďte jaké*

.....

**17) Používáte v ordinaci sesterskou ošetrovatelskou dokumentaci?**

- ano
- ne

*pokud ano, z čeho je sesterská ošetrovatelská dokumentace složena?*

.....

.....

**18) Jakou problematikou se v ordinaci PLD zabýváte nejčastěji? (Můžete zaškrtnout i více možných odpovědí):**

- ošetření akutních onemocnění
- očkování
- preventivní prohlídky
- poradenství, žádosti o radu
- závodní preventivní prohlídky (vstupní, výstupní, preventivní a mimořádné)
- sociálně – zdravotní problematikou klientů/pacientů
- administrativními činnostmi
- jiné, prosím, uveďte.....

**19) Edukujete své klienty/pacienty v oblasti preventivní péče?**

- ano
- ne
- jen pokud se zajímá sám klient

**20 ) Pokud provádíte edukaci, uveďte prosím v jaké oblasti:**

.....

.....

**21) Provádíte samostatné návštěvy klientů/pacientů (bez lékaře) v domácím prostředí?**

- ano
- ne

**22) Zaškrtněte, prosím, které činnosti v ordinaci praktického lékaře provádíte:**

**a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře**

- vedení ošetrovatelské dokumentace
- vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů  
*(pokud ano, jaké používáte hodnotící testy)*  
.....
- měření a hodnocení fyziologických funkcí pacientů
- vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou *(např. vyšetření moče a sedimentu, stolice, tělesné sekrety – pot, sliny, sputum )*
- hodnocení a ošetření celistvosti kůže
- nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacientů
- zavedení močových katétrů u mužů
- zavedení močových katétrů u žen
- edukace pacientů, případně jejich blízkých nebo příbuzných
- zhodnocení nutričního stavu klienta/pacienta
- sestavení nutričního plánu klienta/pacienta
- příprava pacientů k diagnostickým a léčebným procedurám
- orientační hodnocení sociální situace pacienta, spolupráce se sociálními pracovníky
- manipulace a uložení léčivých přípravků, zajištění jejich dostatečné zásoby
- jiné, *uveďte, prosím jaké*.....

**b) dle indikace lékaře**

- návštěvní službu ve vlastním sociálním prostředí klienta/pacienta
- podávání léčivých přípravků
- screeningová a depistážní vyšetření (např. vyšetření stolice na okultní krvácení, vyšetření na diabetes mellitus, hypertenzi)
- ošetření akutních pooperačních ran
- poradenství k ošetřování stomií, permanentních katétrů

**23) Jak hodnotíte Váš pracovní vztah se svým lékařem (zaměstnavatelem)?**

- výborný
- dobrý
- normální (průměrný)
- podprůměrný
- špatný

*pokud jste uvedla poslední možnost, uveďte prosím, dle Vašeho názoru, důvod:*

.....

**24) Jak hodnotíte Vaše stávající finanční ohodnocení v ordinaci praktického lékaře?**

- velmi dobré
- dostačující
- nedostačující
- velmi špatné

**25) Je práce v ordinaci praktického lékaře to, co Vás naplňuje? (tzv. to, co jste od toho očekával/a)**

- ano
- ne
- zatím nemohu posoudit

**26) Přemýšlíte o možné změně zaměstnání?**

- ano
- ne

*pokud ano, uveďte prosím důvod (můžete zaškrtnout i více možností):*

- neshody s lékařem
- finanční situace
- nedostatečné pracovní kompetence
- nevhodné pracovní prostředí
- špatná dostupnost (dojíždění z jiného města)
- jiné, prosím, uveďte.....

**Děkuji za pravdivé odpovědi, Vaši spolupráci a za Váš čas.**

