

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče

2005/2006

Bc. Ilona Lálová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková MBA


Děkuji za cenné připomínky
a za celé vedení mé diplomové práce
Mgr. Daně Juráskové MBA
a za pomoc při statistickém zpracování
empirické části MUDr. Gabriele Dostálové.

Obhajoba diplomové práce dne: 12.6.2006

Jméno oponenta: Mgr. L. HEJZLAROVÁ

Hodnocení: Práce byla obhájena.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne: 26. 4. 2006 Podpis: 

Obsah

1. Abstrakt

1.1	Abstrakt v českém jazyce	7
1.2	Abstrakt v anglickém jazyce	8

2.	Úvod	9
----	------------	---

3. Teoretická Část

3.1	Kompetence a jejich význam	11
3.1.1	Struktura kompetencí ICN	12
3.1.2	Výhody dodržování struktury kompetencí	13
3.2	Zákon č. 96/2006 Sb. a platná legislativa	14
3.2.1	Kompetence sester dle zákona č. 96/2004 Sb	15
3.3	Vzdělání a profesionalizace sester	17
3.3.1	Kvalifikační vzdělání	18
3.3.2.	Specializační vzdělání	19
3.3.2.1	Historie PSS ARIP	20
3.3.2.2	Současnost a budoucnost PSS ARIP	23
3.3.3	Pilotní projekt magisterského studia pro intenzivní péči	25
3.3.3.1	Magisterské studium oboru intenzivní péče	26
3.3.4	Celoživotní vzdělávání	26
3.3.4.1	Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu	27
3.4	Platové ohodnocení sester	29
3.5	Kompetence „sester akutní péče“ v USA	30

4. Empirická část	
4.1 Cíle a hypotézy výzkumu	34
4.1.1 Metodika výzkumu	35
4.1.2 Statistické metody použité při zpracování získaných dat	37
5. Výsledky průzkumu	
5.1 Průzkum – sestry	40
5.1.1 Průzkum – lékaři	63
6. Diskuze	65
7. Závěr a doporučení pro praxi	71
8. Seznam zkratk	73
9. Seznam literatury	74
10. Přílohy	76

1. Abstrakt

1.1 Abstrakt v českém jazyce

Příjmení a jméno: Lálová Ilona

Fakulta: 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha

Název práce: Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče

Vedoucí práce: Mgr. Jurásková Dana MBA

Počet stran: 76

Počet tabulek: 7

Počet grafů: 19

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: kompetence, vykonávané činnosti, vzdělání, zákonné normy

Diplomová práce je věnována problematice kompetencí sester na jednotkách intenzivní péče. Práce zjišťuje skutečně vykonávané činnosti sester, jejich vzdělání a ochotu přebírat odpovědnost v oblasti nově nabytých kompetencí.

Vstup České republiky do Evropské unie v roce 2004 byl klíčovým impulsem k velmi dlouho diskutovaným změnám, které se týkaly nelékařských zdravotnických pracovníků. Dnem 1.4.2004 vstoupil v platnost zákon č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon a s ním související předpisy vytvářejí poprvé v historii českého ošetřovatelství komplexní právní rámec pro poskytování ošetřovatelské péče, která je aktivní a obor jako takový staví na místo, které odpovídá vývoji a postavení oboru ošetřovatelství ve vyspělých zemích.

1.2 Abstrakt in English language

Surname and name: Lálová Ilona

Fakulty: The First Faculty of Medicine of Charles University, Prague

Title of dissertation: Nursing competencies in the setting of intensive care

Head of dissertation: Mgr. Jurásková Dana MBA

Number of pages: 76

Number of tables: 7

Number of graphs: 19

Numer of enclosures: 4

Numer of reference titles: 22

Key words: competencies, executive activities, education, legal measures

This graduation thesis addresses nursing competencies at intensive care units. It surveyes real-world nursing activities, education of nurses and their will to accept responsibility for newly obtained competencies.

The key impuls for long time discussed changes of non-physician healthcare workers status was acceptance of Czech Republic to European Union.

Since April 1, 2004 came into operation the Law no. 96/2004. This law creates a historical opportunity for complex nursing care providing and facilitates improvement of nursing care to achieve high level comparable to developed countries.

2. Úvod

Téma mé diplomové práce „Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče“ jsem si vybrala zcela záměrně. Pracuji jako sestra na koronární jednotce již několik let a tak mě tato problematika velmi zajímá. Přijetím nových právních předpisů, které upravují obsah studia všeobecných sester, systém specializačního i celoživotního vzdělávání s povinností registrace pro výkon povolání bez odborného dohledu, ale i změny v oblasti kompetencí sester, to vše je v současné době velmi diskutovaným tématem. Kromě toho, že Zákon č. 98/2004 Sb. a s ním související vyhlášky přinesl mnohé pozitivní a konečně nasměroval další vývoj oboru ošetrovatelství tak, aby zohledňoval celosvětový trend a byl v souladu se strategií Evropské unie, vyvstaly s jeho přijetím i mnohé otázky a problémy. Ve své práci jsem se zaměřila zejména na problematiku zvyšování kompetencí sester na JIP, zmapování skutečně vykonávaných činností a zjištění jejich názorů a postojů k těmto kompetencím. Současně se sestrami jsem uskutečnila i malou sondu mezi lékaři na jednotkách intenzivní péče ve snaze zjistit i jejich názor na kompetence sester.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V úvodu teoretické části jsem se zabývala pojmem „kompetence“ v obecné rovině tak, jak je vysvětlován v literatuře. To znamená v celé jeho šíři zahrnující nejen schopnost komunikace, tvořivosti, samostatnosti, odpovědnosti, ale i reflexe a schopnosti z oblasti sociální, jakými jsou například umění čelit konfliktním situacím a týmové práce. Dále jsem se zabývala kompetencemi sester, které vymezuje současná platná legislativa. V další části jsem zmapovala možnosti kvalifikačního i specializačního vzdělání a otázky týkající se celoživotního vzdělávání jako povinnosti, vyplývající z podstaty regulované profese, kam povolání všeobecné sestry patří. Závěr teoretické části je věnován finančnímu ohodnocení sester v České republice a nahlédnutí do kompetencí sester v USA tak, jak jsou popsány v dostupných zdrojích na internetu.

Hlavní použitou metodou při zpracování praktické části byl dotazník. Jednotlivé položky byly posuzovány z hlediska celého statistického souboru, dále z hlediska vzdělání, typu intenzivní péče a délky praxe. V dotazníku odpovídaly sestry z interně zaměřených jednotek intenzivní péče na 35 otázek. V případě zjišťování názorů lékařů jsem použila krátký dotazník, obsahující pouze 4 otázky. Počet lékařů, kteří dotazník vyplnili a odevzdali, je sice s počtem sester účastnících se tohoto průzkumu nesrovnatelný, nicméně domnívám se, že pohled ze strany lékařů by mohl být

zajímavý. Výzkumu se zúčastnilo celkem 13 pracovišť ze čtyř fakultních nemocnic v Praze a jedno pracoviště mimopražské. Odpovědělo celkem 181 respondentů. Zjištěné údaje jsem zpracovávala pomocí předem připravené metodiky a výsledky jsem porovnávala s vyslovenými hypotézami a provedla jejich interpretaci. Některé hypotézy se mi potvrdily, některé byly zamítnuty. V závěrečné diskuzi jsem pak konfrontovala zjištěné výsledky s informacemi z teoretické části a vyslovila jsem své názory na danou problematiku a pokusila se formulovat doporučení do praxe z této práce vyplývající.

3. Teoretická část

3.1 Kompetence a jejich význam

Slovo kompetence slycháme čím dál častěji a většina lidí jeho význam spíše tuší, než by jej dokázala přesně vymezit. V odborné literatuře, ale i v učebních plánech jednotlivých škol je to poměrně nový pojem, jenž má ale velmi podstatný význam. Rychlé proměny v naší době na nás kladou stále vyšší nároky. Jednou získané odborné znalosti zastarávají po stále kratším čase. A právě proto se v současné době klade takový důraz na kompetence. Pojem kompetence v praxi zahrnuje především schopnost komunikace a kooperace, řešení problémů a tvořivost, samostatnost a výkonnost, odpovědnost, přemýšlení a učení, argumentaci a hodnocení. Jedná se vlastně o znalosti, schopnosti a dovednosti, které jsou vhodné ke zvládnání problémů celé řady většinou nepředvídatelně se měnících požadavků v průběhu života. V této souvislosti se užívá termínu klíčové kompetence, které byly poprvé popsány v roce 1974. Klíčové kompetence jsou samy o sobě obsahově neutrální, protože je možné je použít na libovolný obsah. Ovšem jejich zprostředkování je vždy nutně vázáno na konkrétní obsah. Zvládnout klíčové kompetence znamená, že člověk je schopen specificky a flexibilně uplatňovat nejen to, co se naučil, ale i spojovat dosavadní schopnosti s těmi nově nabytými. Nabytí klíčových kompetencí je tedy krokem k rozvíjení vlastní osobnosti. Získávat klíčové kompetence znamená mít schopnost a být připraven učit se po celý život tak, abychom byli schopni uplatnit své přednosti. Současně abychom pracovali na posilování svých silných stránek a také si byli vědomi vlastních možností a hranic. Pro osvojení klíčových kompetencí jsou důležité zkušenosti, reflexe a schopnost dodržovat hodnoty a normy. Právě reflexe se jeví jako velmi důležitý moment při získávání klíčových kompetencí. Je známkou toho, že člověk je schopen kriticky uvažovat, porovnávat a spojovat jednotlivé schopnosti s ohledem na vlastní hodnoty a individuální cíle. Protože reflexe je možná pouze při komunikaci ve skupině lidí, je vlastně skupinové učení předpokladem k získání klíčových kompetencí. Jako nesmírně důležité se v současné době jeví kompetence z oblasti sociální, kam spadá schopnost týmové práce i schopnost čelit konfliktním situacím. Dále kompetence ve vztahu k vlastní osobě, čímž je myšleno hlavně vědomé rozvíjení vlastních hodnot a posuzování sebe samého. V neposlední řadě jsou to kompetence z oblasti metod, kam patří umění

dávat věci do kontextu a rozpoznávat souvislosti či dokázat zvažovat rizika a šance. Definitivně ovládnout klíčové kompetence přitom není možné. Získávání klíčových kompetencí je celoživotní, individuální proces, který slouží k rozvoji osobnosti.¹

3.1.1 Struktura kompetencí ICN (International council of nurses)

Sestry tvoří největší skupinu pracovníků ve zdravotnictví na celém světě. Jsou tedy velmi důležitými osobami v poskytování zdravotnických služeb, jejichž zájmy více než 100 let hájí Mezinárodní rada sester, International council of nurses (ICN), založená v roce 1899. Tato organizace od svého založení usiluje o poskytování co nejkvalitnějších ošetrovatelských služeb. Za dobu působení ICN se ovšem svět velice zásadně změnil. Vznikl celosvětový trh, jehož součástí je i volný pohyb odborníků po celém světě. Skupiny těchto migrujících odborníků, k nimž sestry samozřejmě patří, mají značný zájem o mezinárodní uznávání odborných kvalifikací. V této souvislosti vznikl záměr vytvořit takové kompetence všeobecné sestry, jež by pomohly vyjasnit roli sester a staly se vodítkem pro vznik budoucích mezinárodních smluv týkajících se právě uznávání odborných kvalifikací. Tyto kompetence byly specifikovány po podrobném průzkumu literatury mnoha zemí a představují strukturu kompetencí sestry při vstupu do praxe. Tedy po ukončení základního vzdělávacího programu pro sestry v konkrétní zemi. Tyto kompetence mají sloužit jako základní vodítko a je v možnostech konkrétní země přidávat další kompetence podle specifických požadavků na ošetrovatelskou profesi. Současně je zcela jasné, že tyto kompetence nebudou platit navždy, ale budou aktualizovány podle potřeb s ohledem na rychle se měnící prostředí. Základ použitý pro vytvoření struktury kompetencí podle ICN tvoří čtyři důležité definice. Jedná se o Definici sestry podle ICN, Definici ošetrovatelství podle ICN, Definici role všeobecné sestry podle ICN a Definici kompetencí ICN.

¹ Belz, H., Siegrist, M. Klíčové kompetence a jejich rozvíjení. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-479-6

3.1.2 Výhody dodržování struktury kompetencí

To, že budeme dodržovat určitou strukturu kompetencí, přináší i své výhody. Za prvé kompetence poskytují základ pro stanovení norem, čímž definují jasný a ucelený obraz povinností a role sestry. Dále objasňují přínos sestry v souvislosti s přínosem zdravotnických a jiných pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu a posilují odpovědnost jednotlivců a kolektivu. Lze tedy konstatovat, že by mohly být dobrým základem pro přípravu osnov vzdělávání sester. Tyto osnovy budou zárukou toho, že sestry budou mít vzdělání, které bude vyhovovat současným požadavkům na zdravotní péči nejen v jejich zemi, ale usnadní tím i volný pohyb sester globálně, myšleno i přes hranice států. A v neposlední řadě pomáhají při stanovení profesních očekávání spojených s rolí sestry a poskytují základ pro stanovení kritérií výkonů specifických pro dané povolání. Struktura kompetencí pro všeobecnou sestru, kterou vypracovala Mezinárodní rada sester, vychází ze zkušeností a názorů sester z celého světa. Kompetence ICN byly seskupeny do tří hlavních skupin:

1. Profesionální, etická a zákonná praxe Profesionální praxe se týká hlavně schopnosti přijmout odpovědnost za vlastní aktivity a úsudek. Neméně důležité je pro sestru také umění rozpoznat hranice vlastní role a vlastních kompetencí. V etické oblasti je to zejména respektování práv pacientů, práva nemocného na přístup k informacím a respektování soukromí či důstojnosti. Respektuje také hodnoty, zvyky a náboženské praktiky jednotlivců i skupin. Zákonná praxe pak znamená, že sestra pracuje v souladu s platnou legislativou a dokáže rozpoznat porušení zákona v souvislosti s ošetrovatelskou praxí.

2. Poskytování a management péče Do této oblasti spadá schopnost aplikovat potřebné znalosti a dovednosti do ošetrovatelské praxe, současně i umění stanovovat priority v ošetrovatelské péči, efektivní hospodaření s časem a schopnost odůvodnit ošetrovatelskou péči. V neposlední řadě je také zdrojem informací pro pacienty, jejich rodiny i celé komunity.

3. Profesionální rozvoj Ten se týká hlavně kontinuálního vzdělávání a zvyšování kvality poskytované péče.²

² Belz, H., Siegrist, M. Klíčové kompetence a jejich rozvíjení. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-479-6

3.2 Zákon č. 96/2004 Sb. a platná legislativa

V časopisu Sestra vyšel v roce 2001 článek od Doc. PhDr. Marty Staňkové Csc, v němž mimo jiné psala: „, Teprve až se u nás podaří transformace zákonných a podzákonných norem týkajících se vzdělání sester a porodních asistentek akceptujících EU a jednoznačně v nich vymezíme jejich kompetence, pracovní náplně a míru odpovědnosti, teprve až spustíme centrální registraci sester a porodních asistentek, můžeme tuto profesi označovat jako regulovanou i u nás“.³

V té době stála Česká republika před nelehkým úkolem, platné zákonné a podzákonné normy nesplňovaly požadavky EU a bylo nutné vytvořit takový legislativní rámec pro nelékařská zdravotnická povolání, který by těmto normám vyhovoval a nic nebránilo českým sestřám ve volném pohybu na pracovním trhu tak, jak je ve vyspělých zemích běžné.

Mezi právní předpisy, které zásadním způsobem změnilly a upravily vzdělání sester, získávání osvědčení ke způsobilosti výkonu zdravotnického povolání a určily náplně činností, patří:

- **Zákon MZ ČR č. 96/2004** O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- **Vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb.** Vyhláška, kterou se stanoví kreditní systém pro vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků
- **Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb.** Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- **Nařízení vlády č. 463/2004 Sb.** Nařízení vlády, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
- **Vyhláška č. 470/2004 Sb.** Vyhláška, kterou se stanoví seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhy, četnost a obsah lékařských

³ Alexander, M. F., Runciman, P. J. Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN. Brno: NCONZO, 2003. ISBN 80-7013-392-9

prohlídek a náležitosti lékařského posudku (o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka)

- **Vyhláška MZ ČR č. 39/ 2005 Sb.** Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání
- **Vyhláška č. 393/2004 Sb.** Vyhláška, kterou se ruší vyhláška č. 77/1981 Sb. O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví⁴

3.2.1 Kompetence sester dle zákona č. 96/2004 Sb.

Právní předpisy přesně vymezují kompetence všeobecných sester a rozlišují výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka:

a) výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu (dále jen výkon povolání bez odborného dohledu) se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta.

b) výkon povolání pod odborným dohledem se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý, nebo ke kterým způsobilost získává, při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí.

c) výkon povolání pod přímým vedením se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý, nebo ke kterým způsobilost získává, při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí.⁵

⁴ Staňková, M. Čím je regulováno povolání sester a porodních asistentek. *Sestra*, 2001, roč. 11, s. 8-10. ISSN 1212-0404

⁵ Aktuálně v části pro nelékařská zdravotnická povolání. [cit. 25.zář 2005] Dostupné na World Wide Web: <http://www.eukvalifikace.cz /level.php?id=334>

Ve vyhlášce jsou přímo také specifikovány činnosti pro sestru intenzivní péče podle §48 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. V praxi je velmi důležité pečlivě a individuálně posuzovat právě náplň práce pracovníků se specializovanou způsobilostí. Vyhlášku v tomto případě je vhodné považovat za povolené maximum. Nadále platí, že zaměstnanec je zařazen podle nejnáročnější činnosti, kterou po něm zaměstnavatel požaduje.⁶ Sestrou pro intenzivní péči je sestra, která absolvovala vyšší odborné vzdělání v oboru diplomovaný specialista pro intenzivní péči, nebo pomaturitní specializační studium v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče.

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotit závažnost stavu a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení,
2. pečovat o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
3. sledovat funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťovat její stálou připravenost,
4. provádět defibrilaci srdce elektrickým výbojem

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
2. provádět katetrizaci močového měchýře mužů,
3. zavádět nazogastrické a nazojejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let,
4. provádět výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let,

c) pod odborným dohledem lékaře

1. provádět zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,

⁶ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

2. provádět endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheotomií, předcházet případným komplikacím, rozpoznávat je a řešit,
3. aplikovat transfuzní přípravky a krevní deriváty.

d) pod přímým vedením lékaře

1. provádět punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,
2. provádět extubaci tracheální rourky⁷

Podstatné je také si uvědomit, že zákonné podmínky a poměrně široké kompetence sester vyžadují vysokou profesionalitu a etickou úroveň nelékařů a že s rozšířením kompetencí se na sestry vztahuje i trestně právní odpovědnost za případné poškození nemocného.⁸

3.3 Vzdělání a profesionalizace sester

Jen málo povolání prodělalo v tak relativně krátkém čase takové změny jako profese sestry. Mění se profesionální, právní i regulační postavení sestry, ale i vzdělání a pracovní podmínky. Na jedné straně je v profesi sestry snaha o zvyšování specializací, na straně druhé je zdůrazňován holistický přístup k nemocnému. Mnoho států EU realizovalo v 90. letech obsáhlé vzdělávací reformy, jejichž výsledkem bylo i zlepšení vzdělávání sester.

O reformě zdravotnického školství se po roce 1989 hovořilo s různou intenzitou vlastně nepřetržitě i v České republice. Střední zdravotnické školy produkovaly absolventy, jejichž nízký věk a nedostatek praktické i všeobecně vzdělávací přípravy byl neustále diskutován. Vzdělání našich sester v zahraničí nebylo uznáváno. Ovšem opravdový impuls k zásadním změnám přišel až v roce 2004, kdy Česká republika vstoupila do Evropské unie (EU). Tímto krokem se samozřejmě zavázala přijmout celou řadu opatření a právních předpisů.

⁷ Vyhláška MZ ČR č.424/2004 Sb.

⁸ Vondráček, L. Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. Praha: GRADA Publishing, 2005. ISBN 80-247-1198-2

Obory všeobecná sestra a porodní asistentka se staly regulovanými profesemi. V praxi to znamená vnesení určitého řádu a systému do stěžejních oblastí, kterými jsou vzdělávání a uznávání kvalifikací našich sester v zahraničí i zahraničních sester u nás. Dále také určitou organizaci do ošetrovatelské praxe, zahrnující rozsah činností, pravomoce, odpovědnost i etické zásady.

Organizace, které se zabývají regulací ošetrovatelské profese jsou Evropská unie (EU), ICN, Světová zdravotnická organizace (WHO), Ministerstvo zdravotnictví (MZ), Česká asociace sester (ČAS) a další profesní organizace.⁹

3.3.1 Kvalifikační vzdělání

Je upraveno Zákonem MZ ČR č. 96/2004 Sb., který vstoupil v platnost dne 1. dubna 2004. Tento zákon a s ním související předpisy vytvářejí poprvé v historii českého ošetrovatelství komplexní právní rámec pro poskytování aktivní ošetrovatelské péče a přijaté změny vlastně odpovídají vývoji a postavení oboru ošetrovatelství ve vyspělých zemích. Podle tohoto zákona je upraveno kvalifikační vzdělávání sester, které se přesouvá ze středních škol na vyšší zdravotnické školy, vysoké školy a univerzity. Převedení studia na terciální úroveň by mělo zaručit, že studentky jsou duševně i emočně zralejší.

Na vyšších zdravotnických školách po 3,5-letém studiu absolventi získají titul diplomovaný specialista (DiS), uváděný za jménem. Pro akreditaci tohoto studia musí být splněny požadavky vycházející z platných zákonů a vyhlášek. Studium musí obsahovat 4600 hodin celkem. Z toho nejméně 2300 hodin praktické výuky.¹⁰ Tento poměrně velký rozsah praktické výuky by měl sestry velmi dobře vybavit pro praxi. V prvním ročníku navštěvují studentky zařízení primární péče, v dalším období, s přibývajícím znalostmi v klinických oborech, pak zařízení pro seniory, ústavy pro mentálně a tělesně postižené, ambulance praktických lékařů a samozřejmě nemocniční zařízení. Postupně by měly praxi vykonat na interních, chirurgických, gynekologických, psychiatrických a pediatrických odděleních. Praktická výuka ve třetím ročníku je doplněna ještě o hospicovou a onkologickou péči.

⁹ Mádlová, I. Regulace ošetrovatelské profese. MP č. 1. [cit. 10. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=4>

¹⁰ Vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb.

Důležitý je při tomto typu studia výběr pracovišť, na kterých budoucí diplomované sestry tuto praxi provádějí. Důraz je kladen nejen na vybavení, ale i na personální a provozní zajištění.

Na středních zdravotnických školách dobíhá v současné době 3. a 4. ročník oboru Všeobecná sestra. Současně od školního roku 2004/2005 je nově zaveden 1. a 2. ročník nového oboru Zdravotnický asistent. Zdravotničtí asistenti budou provádět pod odborným dohledem všeobecné sestry základní ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu a pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí specializované činnosti vymezené právním předpisem.¹¹

Naproti tomu studium univerzitního typu probíhá nejčastěji na lékařských fakultách a fakultách zdravotně - sociálních. První vysoká škola pro zdravotnické obory vznikla v roce 2002 v Plzni a v dalším roce byla otevřena i v Praze. Studium na těchto školách trvá 3 roky a absolventi získávají titul bakalář (Bc). Dle údajů z internetu pro školní rok 2005/2006 je bakalářský program ošetrovatelství otevřen na 11 vysokých školách v celé České republice.

3.3.2 Specializační vzdělání

Až do poloviny 20. století se vzdělávání sester zaměřovalo jen na získání kvalifikace, další vzdělávání záleželo na přístupu jednotlivých zdravotníků, požadavcích pracovišť, a zpravidla nebylo vyžadováno ani nikým kontrolováno.

Jednotu této první formy specializačního vzdělávání zajišťovalo Ministerstvo zdravotnictví stanovením povinných a doplňujících témat. Doplňující témata byla v kompetenci národních výborů. K rozvoji dalšího vzdělávání přispělo především přijetí zákona č. 170/1950 O zdravotnických povoláních, který stanovoval pracovníkům povinnou účast na seminárních školeních. Tyto se postupně staly nejmasovější formou dalšího vzdělávání. Jejich účelem bylo soustavně seznamovat odborné pracovníky s novými způsoby práce v oboru a vychovávat je k novému postoji k člověku svěřenému jejich péči.

¹¹ Mádlová, I. Vzdělávání všeobecných sester v České republice do Evropské unie. MP č. 1. [cit. 10. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpece.com./modules.php?name=News&file=article&sid=9>

3.3.2.1 Historie Pomaturitního specializačního studia ARIP

Velmi důležité místo a dlouhou tradici ve vzdělávání sester pro intenzivní péči má Pomaturitní specializační studium anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (PSS ARIP). Získat ucelenější informace o historii tohoto studia nebylo vůbec snadné. V následujícím textu jsou použity informace Mgr. Radomíry Pokojové z dosud nepublikovaných archivních materiálů Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO). Doposud historie PSS ARIP nebyla takto uceleně nahlížena ani publikována. Vzhledem k významnosti tohoto studijního programu a s dovolením Mgr. Radomíry Pokojové jsem tento materiál zařadila do své diplomové práce.

PSS ARIP bylo mimo období, kdy na vyšších zdravotnických školách existoval ještě program sestra pro intenzivní péči (SIP), o kterém se zmiňuji v dalším textu, po dlouhá léta jediným specializačním vzděláním pro sestry v intenzivní péči. V současné době, kdy studium SIP bylo zrušeno, se jím opět stává.

Výše zmíněné Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně bylo zřízeno výnosem Ministerstva zdravotnictví 26. dubna 1960 jako samostatná plánovací rozpočtová účetní jednotka podřízená přímo MZ. Název organizace byl v průběhu let několikrát změněn. Původně tato organizace nesla název Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků.

Jedním z nejvýznamnějších normativních předpisů pro práci tohoto doškolovacího centra byla vyhláška č. 44/1966 Sb. O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, která v zásadách řešila problematiku dalšího vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (SZP). Pomaturitní specializační vzdělání sester bylo legislativně upraveno až vyhláškou č. 72/1971 Sb. O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Těžiště vzdělávání ponechávala vyhláška v samostatném studiu při zaměstnání, které bylo doplňováno školícími akcemi na vlastním pracovišti, nebo mimo něj v rámci kraje.

Problematika vzdělávání SZP v úseku PSS ARIP byla nejdříve řešena formou tematických krátkodobých kurzů. První závěrečné zkoušky proběhly v roce 1973. Délka studia byla stanovena na jeden a půl roku. Program obsahoval celkem 280

kontaktních hodin, z toho 36 hodin odborné praxe. Teoretické předměty se členily na obecnou a speciální část, kdy obecná část obsahovala vybrané otázky marxismu – leninismu, psychologii, řízení a ekonomiku zdravotnictví. Speciální část se pak skládala z anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče a z organizace práce a provozu ARO a JIP.

Průběžně s nabývajícími zkušenostmi docházelo k úpravám a inovaci učebních osnov. V roce 1988 byla délka praxe posílena na dva týdny a došlo ke zkrácení kontaktních hodin výuky odborných předmětů. Celková délka výuky pak činila 208 hodin, tj. 5 týdnů studia. Studium bylo ukončováno závěrečnou specializační zkouškou, která se skládala z praktické a teoretické části. V prvních letech bylo vzdělání v úseku práce PSS ARIP realizováno nejen touto dálkovou formou, ale také formou externí.

Externí forma představovala řízené samostudium s konzultacemi, bez přednášek a seminářů. Specializovaná problematika se však ukázala jako velmi náročná i proto, že na samostudium nebyl dostatek vhodné literatury.

Pro externí formu studia byl prováděn od roku 1991 výběr posluchačů na základě vstupního testu z ošetřovatelství a somatologie. Výběrové řízení však snížilo o tuto formu studia zájem natolik, že PSS ARIP bylo dále vyučováno pouze jako studium dálkové.

Uvedená vyhláška č. 72/1971 Sb. umožňovala, aby některá studia byla realizována na detašovaných pracovištích v jednotlivých krajích České republiky. Tato možnost byla postupně od roku 1976 naplňována podle zájmu o dané studium v jednotlivých regionech. Na jejich realizaci se na základě Smlouvy o spolupráci a vzdělávání mezi Centrem a fakultními nemocnicemi podílela Oddělení výchovy a vzdělávání (OVDV). Pro PSS ARIP se jimi stala Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) a Fakultní Thomayerova nemocnice (FTN) v Praze a dále nemocnice v Českých Budějovicích, Plzni, Ostravě, Ústí nad Labem a Hradci Králové. Pracovníci Centra zajišťovali v tomto ohledu metodickou pomoc a účastnili se závěrečných specializačních zkoušek. Studium bylo určeno pro sestry pracující v oboru nejméně 3 roky. Během 2 let studia byla povinná účast na 3 soustředěních (5 týdnů), během kterých byly přednášeny a zkoušeny tématické okruhy ze 4 předmětů: anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, psychologie, organizace práce a hygieny provozu. Studium bylo zakončeno závěrečnou zkouškou, která se skládala ze dvou částí. V praktické části si posluchači losovali jeden ze dvou hlavních předmětů (anesteziologii či resuscitaci) a v teoretické části prokazovali znalosti z obou výše zmíněných předmětů.

Dalším logickým krokem bylo založení samostatné Katedry anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, která byla zřízena v roce 1998. Nově vytvořená katedra zajišťovala vzdělávání v následujících úsecích práce:

- Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
- Intenzivní péče v nefrologii
- Intenzivní péče – studium určené pro sestry pracující na střediscích zdravotnické záchranné služby
- Intenzivní péče – studium určené pro sestry na koronárních jednotkách

Pro nově koncipované studium byl zpracován nový systém vzdělávání v rámci projektu Phare, v letech 1993 – 1995 ve spolupráci s experty z Holandska, z Hogeschoolvan Amsterdam. Výše zmíněné programy Intenzivní péče-studium určené pro sestry pracující na střediscích záchranné zdravotní služby a Intenzivní péče-studium určené pro sestry na koronárních jednotkách byly již tenkrát zpracovány modulovým způsobem, jehož cílem je kontinuální vzdělávání v intenzivní péči v celém jeho multidisciplinárním rozsahu, zaměřující se na klinickou resuscitační a intenzivní péči a dále podle specializačního oboru. Tvoří ho celkem 10 základních a 7 speciálních modulů. Základní moduly jsou zaměřeny na všeobecné znalosti a dovednosti pro práci sestry na všech úsecích intenzivní medicíny. Speciální pak připravují na odbornou problematiku podle zaměření. Délka studia je 12 měsíců, zahrnuje 4 týdny teoretické výuky a 2 týdny klinické praxe. Studium je ukončeno závěrečnou specializační zkouškou se získáním vysvědčení.

Další významná změna působnosti Katedry ARIP nastala v letech 2003 – 2004. K dosud realizovaným studijním programům byly přiřazeny úseky PSS: Ošetřovatelská péče v ortoptice a pleoptice, Instrumentování na operačním sále, jeden z prvních oborů specializačního vzdělávání vůbec, byl nahrazen specializací Sestra pro perioperační péči a také ARIP v pediatrii, který byl od roku 1987 pod Katedrou dětských sester. Od 1.1.2004 byla jmenována nová vedoucí této katedry PhDr. Radka Pokojová.

Specializační vzdělávání v úseku práce ARIP probíhalo v období 1996 až 2005 na středních a vyšších zdravotnických školách nejdříve jako jednoleté a postupně jako tříleté Studium specializace intenzivní péče (SIP), které v denní formě umožňovalo získat specializaci ihned po ukončení kvalifikačního studia, tedy bez předchozí praxe v úseku práce. Cílem tohoto studijního programu bylo umožnit získání specializovaného vzdělání co největšímu počtu zájemců, a tak pokrýt požadavky z praxe. Denní forma

studia SIP měla zabezpečit chybějící praktické dovednosti.¹² Toto studium bylo zrušeno a zatím není nahrazeno žádným adekvátním studiem bakalářským ani magisterským.

3.3.2.2 Současnost a budoucnost Pomaturitního specializačního studia ARIP.

Studium ARIP ve své současné podobě dobíhá a poslední absolventky složí závěrečné zkoušky na podzim 2006. O budoucí podobě specializačního vzdělání sester je v současné době známo jen málo informací. Po ukončení přechodného období, tj. po 1. dubnu 2006, bude studium realizováno v souladu se zákonem 96/2004 Sb. a dalšími prováděcími předpisy: vyhláškou MZ ČR č. 423, kterou se stanoví kreditní systém, vyhláškou MZ ČR č.394, kterou se upravují podrobnosti atestačních zkoušek, vyhláškou MZ ČR č.424, kterou se stanovují činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, nařízením vlády č. 463, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a směrnicemi EU.

Specializační studium má být koncipováno podle výše uvedených směrnic modulovým systémem. Tento systém umožňuje vhodně kombinovat a řadit moduly tak, aby se dosáhlo požadované úrovně znalostí a dovedností. Cílem tohoto vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči je připravit všeobecné sestry tak, aby byly schopny poskytovat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči o nemocné starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí, nebo toto selhání hrozí. Rozsah těchto vědomostí a dovedností má odpovídat požadavkům specializované způsobilosti podle platných zákonů.¹³

Vstupní podmínky tohoto specializačního studia zahrnují: úspěšné ukončení kvalifikačního studia, které opravňuje k získání odborné způsobilosti všeobecná sestra, úspěšné ukončení odborné praxe dle §144 zákona č. 65/1965 Sb., nejméně 12 měsíců výkonu povolání všeobecné sestry. Další podmínkou zařazení do specializačního studia je výkon práce v oboru.¹⁴

¹² Archiv NCO NZO a PhDr. Radomíry Pokojové, použito s jejím svolením

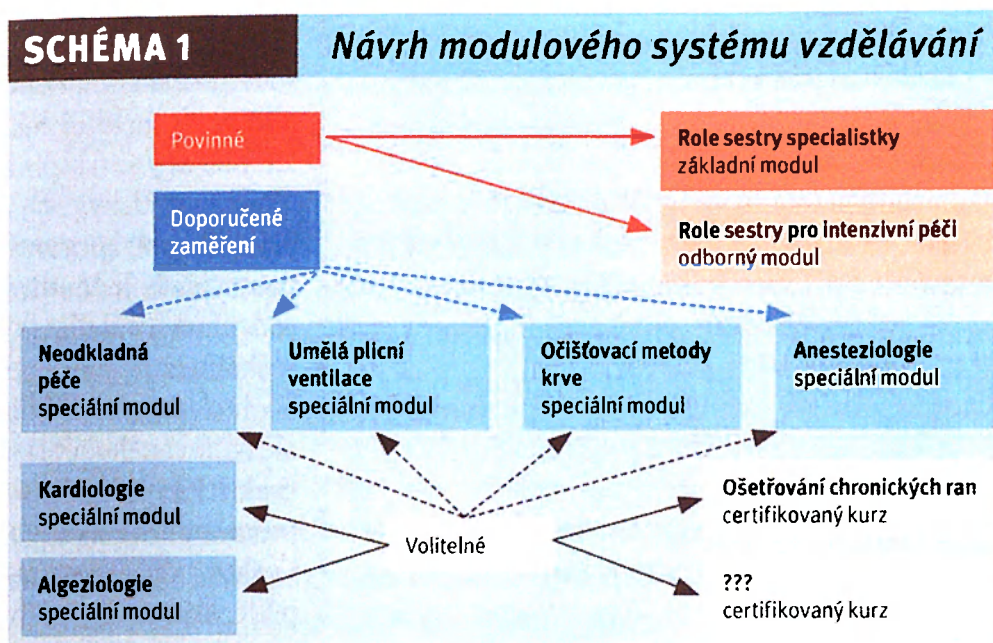
¹³ Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb.

¹⁴ Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, sestra pro intenzivní péči dle nařízení vlády č. 463/2004 Sb.

Modulový systém obsahuje tři úrovně modulů. Prvními jsou moduly základní, které budou společné pro všeobecné sestry všech specializačních oborů. Tyto moduly budou zaměřeny na všeobecné znalosti a dovednosti z psychologie, sociologie, pedagogiky, managementu apod. Systém obsahuje dále odborné moduly, které budou povinné s ohledem na zvolenou specializaci. A konečně speciální moduly, které si sestry zvolí podle vlastního zaměření s ohledem na potřeby svého pracoviště, bude se jednat vždy o tři moduly z nabídky akreditovaných vzdělávacích programů na pracovištích po celé ČR. Obsahem speciálních modulů je příprava sestry pro intenzivní péči, se zaměřením na neodkladnou péči sestry pro intenzivní péči se zaměřením na anesteziologii, sestry pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci, sestry v intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve, sestry pro intenzivní péči se zaměřením na kardiologii, sestry pro intenzivní péči se zaměřením na algeziologii, sestry pro intenzivní péči se zaměřením na zdravotnické operační středisko. Absolventi modulového systému budou za každý ukončený modul získávat příslušné body podle jeho náročnosti. Celková délka tohoto vzdělávacího programu je stanovena minimálně na 24 měsíců. Musí obsahovat nejméně 640 hodin teoretické a praktické výuky, z toho praxe činí minimálně 50 %. Přesnou délku a zastoupení teorie a praxe má každý modul stanoven individuálně. Praktická výuka se bude zaměřovat na automatizaci dovedností již nabytých a na fixaci dovedností nových vysoce specializovaných ošetrovatelských postupů.

Modulové programy představují nový trend ve vzdělávání. Tento systém podporuje úzké sepětí teorie s praxí, umožňuje vzdělávat se v problematice těsně související s výkonem povolání a také umožňují rychlejší a pružnější inovaci osnov.¹⁵

¹⁵ Pokojová, R. Modulový systém specializačního vzdělávání sester. *Sestra*, 2006, roč. 16, č.1, s. 13-14. ISSN 1210-0404



Obrázek převzat z časopisu Sestra ¹⁶

3.3.3 Pilotní projekt magisterského studia pro intenzivní péči

Pro úplnost ve výčtu vzdělávání sester specializovaných pro JIP je v této souvislosti nutné zmínit i pilotní projekt magisterského studia, který je zaměřen na intenzivní péči, otevřený v roce 2002 na 3. lékařské fakultě UK. Jeho organizátory byly Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Fakultní nemocnice v Plzni a Česká asociace sester. Studium bylo určeno sestřím pracujícím na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO) nebo jednotkách intenzivní péče (JIP). Podmínkou zařazení do tohoto programu bylo ukončené bakalářské vzdělání v oboru ošetřovatelství a nebo ošetřovatelského managementu, dále specializace ARIP a nejméně dvouletá praxe v oboru se znalostí angličtiny.

Pilotního programu se zúčastnilo 16 sester pracujících ve velkých fakultních nemocnicích, které byly vybrány přímo hlavními sestrami. Důvodem výběru sester z fakultních nemocnic byl předpoklad, že právě v těchto zdravotnických zařízeních se vysokoškolsky vzdělané sestry nejvíce uplatní, ať už ve vedoucích

¹⁶ Pokojová, R. Modulový systém specializačního vzdělávání sester. Sestra, 2006, roč.16, č.1, s. 14. ISSN 1210-0404

funkcích, při zaškolování začínajících sester, popřípadě při výuce sester pro intenzivní péči.

První část kurzu byla zajištěna americkými lektory z Decker School of Nursing, Binghamton University, NY. Cílem bylo získat specializované vzdělání v intenzivní péči tak, aby sestry získaly hlubší a širší odborné vědomosti pro svoji klinickou praxi. Dále umožnit samostatnou činnost v úseku ošetrovatelské péče dané specializace a také zaplnit mezeru v nedostatku kvalifikovaných učitelů z řad sester pro výuku na vyšších nebo vysokých školách. Studium mělo být ukončeno závěrečnou zkouškou skládající se z obhajoby diplomové práce a z ústní zkoušky ze specializace v ošetrovatelství. Absolventky měly získat titul magistr, nicméně do současné doby nezískal tento projekt akreditaci, proto výše uvedených 16 sester získalo pouze osvědčení o absolvování tohoto studia, zatím bez složení závěrečných zkoušek¹⁷. Dle informací od PhDr. Marie Zvoníčkové ze 3. LF UK z dubna 2006, která byla koordinátorkou studia, je jeho akreditace zatím ve fázi vyjednávání.

3.3.3.1 Magisterské studium oboru intenzivní péče

Velkým pokrokem a úspěchem ve vzdělání sester pro intenzivní péči je nově akreditovaný obor magisterského studia oboru intenzivní péče na 1. lékařské fakultě UK. Jedná se o denní dvouleté navazující studium, které mohou absolvovat posluchači jakéhokoliv bakalářského programu. Absolventi tohoto magisterského studia budou skládat státní závěrečnou zkoušku z anesteziologie a resuscitace, intenzivní péče, zdravotnické techniky, řízení a ekonomiky zdravotnických provozů, praktické zkoušky a obhajoby diplomové práce.

3.3.4 Celoživotní vzdělávání

Předcházejícím výčtem, ať už kvalifikačního či specializačního studia, vzdělání sester nekončí, ale vlastně teprve začíná. Právě sestry patří k profesím, kde je celoživotní vzdělávání naprosto nezbytné. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, prohlubování, zvyšování a doplňování vědomostí, dovedností

¹⁷ Zvoníčková, M. Certifikační kurz v intenzivní péči. *Sestra*, 2002, roč.12, č.10, s.10-11. ISSN1210-0404

a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky. Prioritou je především ochrana veřejnosti před personálem s nízkými znalostmi a dovednostmi v moderních zásadách poskytování péče. Dalším cílem je i usnadnění pohybu pracovních sil v rámci Evropské unie. Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání se prokazuje pomocí kreditního systému podle vyhlášky MZ ČR č. 423/2004 Sb., která stanovuje počty kreditů pro jednotlivé druhy celoživotního vzdělávání a požadavky na získání počtu kreditů.

3.3.4.1 Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu

Prokázání účasti v celoživotním vzdělávání je podmínkou pro vydání Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, kterým je povinné se prokázat po skončení přechodného období, tedy od 1.4.2006. Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu (dále jen osvědčení, či registrace) vydává Ministerstvo zdravotnictví, oddělení Registru nelékařských zdravotnických povolání v Brně na základě písemné žádosti obsahující doklady o získané způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru, o zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti.

Požadavek na dobrý zdravotní stav sester je zdůvodňován velkou psychickou i fyzickou náročností tohoto povolání. Dobrý zdravotní stav je zohledňován již při nástupu do zdravotnických škol a je chápán jako preventivní opatření chránící zdraví budoucích zaměstnanců, nikoliv jako diskriminace nemocných uchazečů. Zdravotní způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických povolání stanovuje závodní nebo praktický lékař, u kterého je pracovník zaregistrován.¹⁸

Další nezbytnou podmínkou k získání osvědčení je bezúhonnost. Původně zákon 96/2004 Sb. považoval za bezúhonnou každou fyzickou osobu, která nebyla pravomocně odsouzena pro úmyslný trestní čin spáchaný v souvislosti s výkonem povolání. Ve svém původním znění byla definice bezúhonnosti pro zdravotnické pracovníky příliš tvrdá a diskriminující, proto se odborná veřejnost, především zdravotnická, ale i právnická snažila o její změnu. Nápravu přinesla až novela tohoto zákona, kdy dne 22. února 2005 vstoupil v platnost zákon MZ ČR č. 125/2005 Sb., který definuje bezúhonného ve smyslu zákona jako toho, kdo nebyl pravomocně

¹⁸ Vondráček. L. Zdravotní způsobilost jako podmínka výkonu povolání zdravotní sestry. Florence, 2006, roč. II, č.1, s. 59. ISSN1801-464X

odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo v případě, kdy bylo pravomocně odsouzení zhlazeno. V praxi to znamená, že pokud sestra způsobí z nedbalosti újmu na zdraví, může být odsouzena k podmíněčnému trestu odnětí svobody, a neztrácí způsobilost k výkonu svého povolání. Stejně tak způsobilost neztrácí v případě, pokud spáchá úmyslný trestný čin, který není v souvislosti s výkonem povolání. Bezúhonnost se dokládá výpisem z Rejstříku trestů, který nesmí být starší 3 měsíců.¹⁹

Kromě všeobecné sestry se povinnost získat osvědčení týká také např. porodních asistentek, ergoterapeutů, radiologických asistentů, zdravotních laborantů, zdravotně sociálních pracovníků, optometristů a ortoptistů. Osvědčení se vydává na období 6 let.²⁰ Šestileté období pro obnovení osvědčení je z pohledu rozvoje ošetřovatelství a medicíny obdobím, během kterého dochází k podstatným změnám ve způsobech poskytování péče.²¹

Zdravotnický pracovník, který získal osvědčení, může ke svému označení odbornosti připojit označení „Registrovaný/á“ (RS). Platnost osvědčení bude zdravotnickému pracovníkovi prodloužena na období dalších 6 let, pokud splní výše uvedené podmínky a vykonával-li zdravotnické povolání v příslušném oboru minimálně 1 rok z období posledních 6 let v rozsahu minimálně poloviny stanovené pracovní doby nebo minimálně 2 roky z posledních 6 let v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby a získá-li 40 kreditů. Požadované kredity jsou získávány na vzdělávacích akcích. K základním druhům vzdělávacích akcí patří semináře, konference, kongresy, sympozia a odborné kurzy. Podle významnosti akce, a je-li účast aktivní či pasivní, získává účastník příslušný počet kreditních bodů. Další možností získání osvědčení je složení zkoušky ověřující způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu v souladu s nejnovějšími poznatky v oboru.²² V ČR pracovalo podle zveřejněných údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky v roce 2004 kolem 80 tisíc všeobecných sester. Podle statistiky

¹⁹ Vondráček, L. Bezúhonnost podmínka výkonu povolání zdravotníka- nelékaře. Florence, 2005, roč. 1, č. 1, s. 46. ISSN 1801-464X

²⁰ Příkrylová, L. Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, registrace zdravotnických pracovníků. MP č.1. [cit. 10. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=6>

²¹ Vidovič. S. Registrace sester - potřeba, nebo nutné zlo?. Sestra, 2006, roč. 16, č. 3, s.10. ISSN 1210-0404

²² Příkrylová, L. Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků po 1. dubnu 2006, Sestra, 2006, roč. 16, č. 2, s.18. ISSN1210-0404

registru NCO NZO v Brně obdrželo osvědčení ke konci roku 2005 přes 46 592 všeobecných sester.²³

3.4 Platové ohodnocení sester

Odměňování zdravotnických pracovníků se řídí zákonem MZ ČR č. 143/1992 Sb. O platu a odměňování za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích. Od 1.1.2004 bylo zavedeno podle nařízení vlády č. 330/2003 Sb. O platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, týkající se i zdravotnických pracovníků, 16 platových tříd. Nezávisle na tomto nařízení vyšlo nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových podmínkách zaměstnanců ve veřejných službách a správě. Zaměstnavatel zařadí zaměstnance podle zákona č. 330/2003 Sb., § 4 odst. 1 zákona do platové třídy, ve které je v katalogu prací zařazena nejnáročnější práce, jejíž výkon zaměstnavatel po zaměstnanci požaduje. Pokud není tato práce v katalogu prací uvedena, zařadí zaměstnavatel zaměstnance do platové třídy, ve které jsou v katalogu prací zahrnuty příklady prací porovnatelné s ní z hlediska složitosti, odpovědnosti a psychické a fyzické náročnosti; při porovnání vychází z obecné charakteristiky třídy uvedené v zákoně. Mimo kvalifikační předpoklady stanovené právním předpisem může zaměstnavatel stanovit vnitřním platovým předpisem požadavek zaměření nebo oboru vzdělání, popřípadě požadavky pro výkon některých prací. Nařízení vlády č. 330/2002 a č. 469/2002 bylo novelizováno k 1. červenci 2005. Změny se týkaly kvalifikačních předpokladů pro výkon prací jednotlivých platových tříd a dále toho, že lze zařadit zaměstnance na dobu delší než 4 roky do platové třídy, pro kterou nesplňuje potřebné vzdělání, jestliže:

- Je starší 45 let a má dlouholetou činnost v příslušném oboru,
- Jestliže zahájil studium, jehož absolvováním si doplní příslušné vzdělání.
- Je zařazen do 9. platové třídy a má střední vzdělání s maturitou.
- Je zařazen do 10. platové třídy a má vyšší odborné vzdělání
- Je zařazen do 11. platové třídy a má bakalářské studium

²³ Vidovič. S. Registrace sester-potřeba, nebo nutné zlo?. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 3, s.10. ISSN 1210-0404

Katalog prací byl novelizován k 1. 1. 2006 nařízením vlády č. 533/2005 Sb. a tím došlo k posunu u některých nelékařských zdravotnických profesí o platovou třídu výš a zároveň ke zvýšení nejnižší platové třídy u všeobecných sester a porodních asistentek z platové třídy 7. na 8. Všeobecné sestry a porodní asistentky jsou tedy zařazovány do platové třídy osmé až dvanácté. Odpočet let při nedodržení vzdělání u sester a porodních asistentek i ostatních nelékařských povolání se řídí zákonem č. 330/2003 Sb. K zařazení do tříd musí odpovídat náplně práce podle vyhlášky MZ ČR č. 424/2004 Sb., která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

3.5 Kompetence „sester akutní péče“ v USA

Při shromažďování pramenů a informací o kompetencích sester jsem na internetu našla několik dokumentů, které se týkaly kompetencí „sester akutní péče“, jak je v přesném překladu nazývají ve Spojených státech amerických. Uvádím je pro srovnání rozsahu kompetencí českých a amerických sester, které je v mnoha ohledech velmi zajímavé. Na tomto místě z uvedených zdrojů vybírám pouze část, která se bezprostředně týká kompetencí sester, a to hlavně ve snaze poukázat na mnohem širší rozsah kompetencí sester pracujících v USA na jednotkách intenzivní péče.

Projekt kompetencí pro sestry akutní péče /Acute Care Nurse Practitioner (ACNP) Competencies/ je v USA výsledkem práce Národního odborného panelu, čítajícího řadu organizací:

- Americkou akademii sester
- Americkou asociaci fakult ošetrovatelství a sesterské péče
- Americkou asociaci sester intenzivní péče
- Americkou organizaci sesterských vedoucích pracovníků
- Národní asociaci dětských sester
- Národní výbor pro akreditační komise sester
- Radu pediatrických sesterských certifikací
- Asociaci sester kardiiovaskulární prevence
- Americkou společnost intenzivní péče

Sestra akutní péče je vzdělána tak, aby byla schopna poskytnout kvalitní sesterskou péči nemocným s komplexními akutními, kritickými i chronickými stavy, včetně poskytnutí všech služeb zahrnutých v akutní péči, jak bude uvedeno níže. Některé edukační programy jsou upraveny pro poskytování péče specifickým populacím pacientů (pediatrickým, dospělým).

Kompetence uvedené v tomto dokumentu platí pro všechny sestry akutní péče pracující na území USA.

„Sestra akutní péče“ se podílí na zhodnocení zdravotního stavu pacienta s ohledem na urgentnost nebo neodkladnost situace, přičemž k tomu používá klinické i laboratorně získané údaje, zhodnotí klinickou nestabilitu a potenciálně život ohrožující stavy. Na základě získaných údajů zhodnotí potřebu dalšího vyšetření, naordinuje a provede vhodný skrínink. Zhodnotí přítomnost a intenzitu bolesti. Zhodnotí potenciální interakce a synergistické účinky požitých farmak, a to včetně volně prodejných léků.

Zhodnotí vliv akutního, kritického nebo chronického onemocnění na pacientův:

1. zdravotní stav (fyzický i mentální)
2. funkční stav, včetně spontánní aktivity a mobility
3. růst a vývoj
4. nutriční stav
5. spánek a odpočinek
6. na pacientovu kvalitu života
7. na jeho rodinné a sociální vztahy a na schopnost dalšího vzdělávání

V další fázi sestra akutní péče formuluje plán celé péče pro postihnutí komplexní problematiky akutního, kritického, nebo chronického stavu

1. integruje znalost rychle se měnícího patofyziologického stavu akutního a kritického onemocnění do plánu a péče a implementace léčby,
2. navrhuje a částečně předepisuje farmakologické i nefarmakologické postupy léčby,

3. využívá a zahrnuje poznatky založené na důkazech (Evidence Based Practice) do plánu a provádění péče.
4. Používá příslušné a přiměřené intervence pro podporu pacientů v rychle se zhoršující klinické situaci, včetně použití základní a rozšířené neodkladné resuscitace a dalších invazivních intervencí nebo výkonů k obnovení klinické stability.
5. Pomocí ordinací, provádění interpretací a supervizí organizuje:
 - a. intervence, které používají technologické postupy, přístroje a monitory k zachování a udržení fyziologických orgánových funkcí
 - b. diagnostické postupy a léčbu, které monitorují a udržují pacientovy fyziologické funkce a zajišťují jeho bezpečnost, včetně monitorace EKG, interpretace skiagramu hrudníku, ventilační podpory, hemodynamického monitorování a podpory a nutriční podpory.
6. Provádí léčebné intervence, které stabilizují akutní a kritické stavy, jako např. sešití rány, vyčištění rány, zavedení kanyl a drénů, lumbální punkce.
7. Analyzuje indikace, kontraindikace, rizika komplikací a poměr „cena-výkon“ /cost-benefit/ jednotlivých terapeutických intervencí.
8. Organizuje další plán péče s ohledem na pravidelné přehodnocení stavu a změny způsobené prováděnou léčbou a intervencemi, aby byl optimalizován výsledek léčby a pacientova prognóza. Vše adekvátně dokumentuje.
9. Reaguje na pacientovu reakci na všechny použité orgánové a jiné podpory.
10. Řídí léčbu a zvládání bolesti a sedaci pacientů
 - a. předpisem farmakologických i nefarmakologických postupů
 - b. monitorací pacientovy odpovědi na sedaci a léčbu bolesti
 - c. zhodnocením pacientovy odpovědi na zavedenou léčbu a upravením dalšího postupu
11. Zavádí a řídí paliativní péči a otevírá otázky o konci života ve spolupráci s rodinou pacienta, s pacientem (je-li to možné) a dalšími členy multidisciplinárního ošetřovatelského týmu.
12. Iniciuje příslušná konziliární vyšetření a konzultuje problematiku pacienta s dalšími členy týmu.
13. Zajišťuje, že plán péče je pro každého pacienta individualizován, že zohledňuje dynamickou povahu onemocnění, odráží potřeby pacienta i jeho

rodiny a zvažuje přínos pro pacienta z hlediska kvality života i z hlediska finančního.

14. Koordinuje inter- i intradisciplinárním způsobem spolupráci jednotlivých členů týmů k pravidelným revizím, přehodnocením a naplánováním dalšího diagnosticko-léčebného postupu.
15. Do léčebného plánu zahrnuje podporu zdraví, ochranu zdraví a prevenci úrazů v kontextu akutního/kritického onemocnění.²⁴

²⁴ Standard of Practice and Professional performance for the Acute and Critical Care Clinical Nurse Specialist. [cit. 3. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http://www.nonpf.org>

4. Empirická část

4.1 Cíle a hypotézy výzkumu

Cíl práce:

1. Zmapovat skutečně vykonávané činnosti sester na JIP
2. Zjistit postoj sester k novým kompetencím
3. Zjistit ochotu učit se novým výkonům
4. Zjistit, zda sestry cítí potřebu kontinuálně se vzdělávat

Hypotézy

- A. Předpokládám, že kompetence sester na jednotkách intenzivní péče neodpovídají současné praxi – vykonávaným činnostem a sestry vnímají překračování kompetencí na JIP
- B. Předpokládám, že sestry jsou ochotné učit se novým výkonům.
- C. Předpokládám, že sestry rozšíření kompetencí nevnímají kladně.
- D. Předpokládám, že sestry cítí potřebu kontinuálně se vzdělávat
- E. Předpokládám, že by sestry uvítaly užší specializaci sester na JIP
- F. Předpokládám, že lékaři souhlasí s rozšiřováním kompetencí sester na JIP.

Analýza závislosti

I. Hypotéza

H1: Provádění činností nad rámec kompetencí je závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

H0: Provádění činností nad rámec kompetencí není závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

II. Hypotéza

H1: Provádění činností nad rámec kompetencí je závislé na vzdělání sester

H0: Provádění činností nad rámec kompetencí není závislé na vzdělání sester

III. Hypotéza

H1: Kladné vnímání zvyšování kompetencí je závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester

H0: Kladné vnímání zvyšování kompetencí není závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester

IV. Hypotéza

H1: Potřeba dalšího vzdělání je závislá na celkové délce praxe.

H0: Potřeba dalšího vzdělání není závislá na celkové délce praxe.

V. Hypotéza

H1: Potřeba dalšího vzdělání je závislá na délce praxe na JIP

H0: Potřeba dalšího vzdělání není závislá na délce praxe na JIP.

4.1.1 Metodika výzkumu

Pro zjištění výsledků šetření jsem použila techniku dotazníku. Dotazník pro sestry sestával z 35 otázek, pro lékaře ze 4. Obsahoval otázky otevřené, uzavřené dichotomické a uzavřené polytomické otázky. Dotazníky byly distribuovány do čtyř pražských fakultních nemocnic a jedné mimopražské nemocnice. Průzkum se zaměřil na sestry na interních jednotkách intenzivní péče. Nejprve jsem si vyžádala souhlas hlavních sester nemocnic (první kontakt e-mailem) a poté jsem po telefonické domluvě s vrchními sestrami navštívila staniční sestry jednotlivých oddělení. Distribuce proběhla na koronárních jednotkách, neurologických jednotkách JIP, metabolických JIP a interně zaměřených JIP. Dotazník pro lékaře obsahoval pouze 4 otázky. Průzkum názorů lékařů byl pojat spíše jako malá sonda, zjišťující názory lékařů na problematiku kompetencí sester. Dotazníky byly rozeslány v období od prosince 2005 do února 2006.

Všeobecná fakultní nemocnice

- III. Interní klinika Koronární jednotka
- IV. Interní klinika Koronární jednotka
- II. Interní klinika Koronární jednotka
- I. Interní klinika Oddělení akutní medicíny

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

- I. Interní klinika Metabolická jednotka intenzivní péče
- II. Interní klinika Metabolická jednotka intenzivní péče
- III. Interní klinika Koronární jednotka S
- III. Interní klinika Koronární jednotka G
- Neurologická klinika Jednotka intenzivní péče

Fakultní Thomayerova nemocnice

- I. Interní klinika Jednotka intenzivní péče
- Neurologická klinika Jednotka intenzivní péče

Fakultní nemocnice Motol

- Kardiologická klinika Koronární jednotka
- Interní klinika Jednotka intenzivní metabolické péče

Nemocnice v Ústí nad Orlicí

- Interní jednotka intenzivní péče

Rozbor dotazníku

Podle typu otázek:

Otevřené otázky 11 (otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 19, 24, 25, 28, 30, 35)

Uzavřené dichotomické otázky: 16 (otázka č. 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 26, 31, 32,

Uzavřené polytomické otázky: 8 (otázka č. 7, 20, 21, 23, 26, 29, 33, 34

Podle zjišťovaných skutečností:

Zjištění základních identifikačních údajů: otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Zjištění skutečně prováděných výkonů jednotlivými sestrami. otázka č. 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21

Zjištění postoje sester k jednotlivým výkonům a zvyšování kompetencí: otázka č. 10, 13, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30,

Potřeba vzdělání: otázka č. 31, 27, 28

Postoj lékařů a spolupráce s nimi: otázka č. 19, 33, 34

Finanční ohodnocení: otázka č. 32

4.1.2 Statistické metody použité při zpracování získaných dat

Po obdržení vyplněných dotazníků byly tyto ručně očíslovány a jednotlivé údaje, v nich uvedené, byly převedeny do elektronické verze (s použitím excelové tabulky). Základní výsledky pak jsou vyjádřeny jednak v absolutních četnostech, jednak, kde je to vhodné vzhledem k lepší názornosti, jsou výsledky vyjádřeny i relativně. Pro názornost a snazší orientaci a porovnání jednotlivých údajů použijí tabulky a grafy.

Před statistickým testováním mých jednotlivých hypotéz bylo nutné zformulovat dvě hypotézy: nulovou hypotézu a hypotézu alternativní. Alternativní hypotéza přesně vymezuje, do jaké situace se dostáváme, když nulová hypotéza neplatí.

Poté, co byla zformulována nulová hypotéza a nasbírána data, spočteme pravděpodobnost, s jakou bychom mohli obdržet pozorovaná data, nebo data stejně, či ještě více odporující nulové hypotéze, za předpokladu, že nulová hypotéza je pravdivá. Tato pravděpodobnost se nazývá dosažená hladina významnosti (značí se p-level).

Test nulové hypotézy spočívá v tom, zda p překročí, nebo nepřekročí zvolenou mez, což je mezní hodnota α (hladina významnosti alfa), a pokud je p menší než tato mez, zamítneme nulovou hypotézu. Za tuto mezní hodnotu budeme brát α 0,05 (neboli 5 %). Což jinak vyjádřeno znamená, že výsledek, který bychom za platnosti nulové hypotézy dostali méně než jednou z dvaceti případů, vede k zamítnutí nulové hypotézy.

Je-li p menší než zvolená hladina významnosti, tedy v našem případě 0,05; pak je výsledek statisticky významný.

Vzhledem k tomu, že u několika kvantitativních znaků bylo možné a vhodné použít analýzu, zda mezi znaky existuje prokazatelný výrazný vztah, byly jednotlivé znaky roztrženy dvojstupňově do asociační a kontingenční tabulky. Použita byla metoda chí kvadrát test, neparametrická metoda, používaná ke zjištění, zde mezi dvěma znaky existuje prokazatelný vztah. Znaky mohou být kvalitativní, diskrétní kvantitativní, spojité kvantitativní, ale s hodnotami sloučenými do skupin.

Dalším krokem je uspořádat dva takové znaky do kontingenční tabulky. Kategorie jednoho znaku určují řádky a kategorie druhého znaku sloupce. Jednotlivá pozorování jsou zařazena do příslušné buňky kontingenční tabulky podle hodnot daných dvou znaků. Kontingenční tabulka pak umožní v tomto uspořádání testování různých hypotéz.

Jeden z možných testů je test hypotézy o shodnosti struktury, test homogenity. Testujeme tímto způsobem nulovou hypotézu o shodnosti struktury jednoho ze sledovaných znaků za různých podmínek, které vyjadřují kategorie druhého znaku. V tomto případě je nezbytné určit očekávané četnosti, což jsou četnosti, které bychom měli očekávat, kdyby nulová hypotéza platila.

Očekávaná četnost se dle obecného vztahu vypočítá:

$$\text{Očekávaná četnost} = \frac{\text{součet v řádku} \times \text{součet ve sloupci}}{\text{celkový počet pozorování}}$$

Nejlepší způsob, jak zjistit rozdíly mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi výskytu, je spočítat χ^2 statistiku dle obecného vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

Pro interpretaci této χ^2 statistiky potřebujeme znát ještě n , což je počet stupňů volnosti (df). Pro kontingenční tabulky platí $df = (\text{počet řádků} - 1)(\text{počet sloupců} - 1)$. Kritickou hodnotu χ_α pro n stupňů volnosti určíme dle statistických tabulek.

5. Výsledky průzkumu

5.1 Průzkum - sestry

Distribuce dotazníku proběhla úspěšně. Rozeslala jsem celkem 220 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 87,72 %. Vyřadit jsem musela celkem 12 dotazníků pro jejich neúplné vyplnění, což představuje 5,45 % (vyplněno bylo méně než 50 % otázek). Pro statistické zpracování bylo použito celkem 181 dotazníků, které byly vyplněny relativně úplně a správně, což činilo 82,72 %. Respondenti pouze v omezené míře využili nabídky se slovně vyjádřit k otázkám, u kterých se možnost samostatného vyjádření nabízela, nebo při odpovídání na samostatné otázky. Pro statistické zpracování považuji za úplný soubor (100 %) 181 dotazníků. V případě chybějících odpovědí v těchto dotaznících ponížím základ souboru o tyto chybějící údaje.

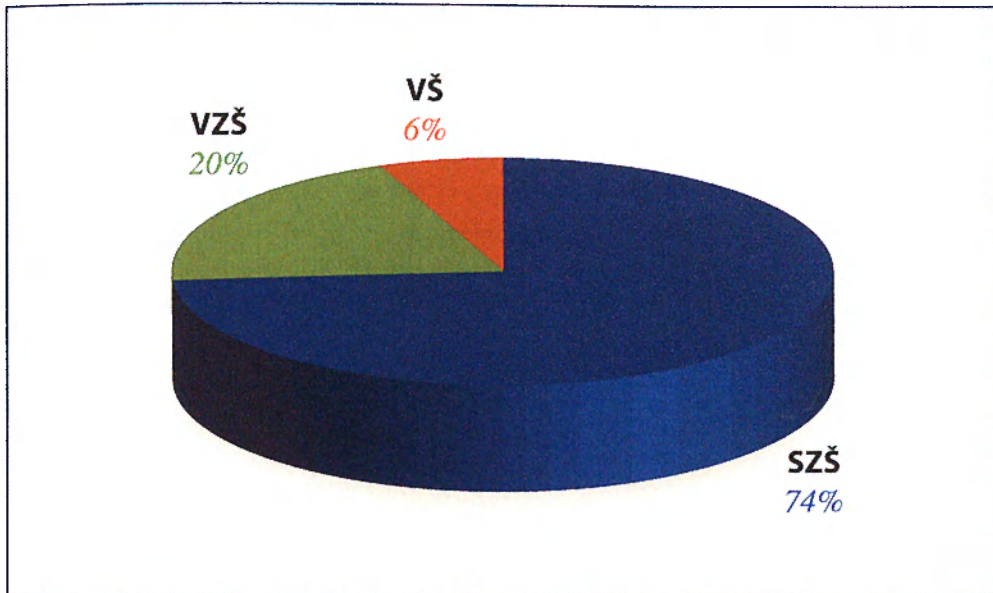
Otázka č. 1 Zjištění věku a pohlaví respondentů.

Průměrný věk respondentů byl 28,93 let ($\pm 7,255$, rozptyl 20-52 let). V souboru bylo 176 žen a 5 mužů, tj. žen bylo 97,24 % a mužů 2,76 %.

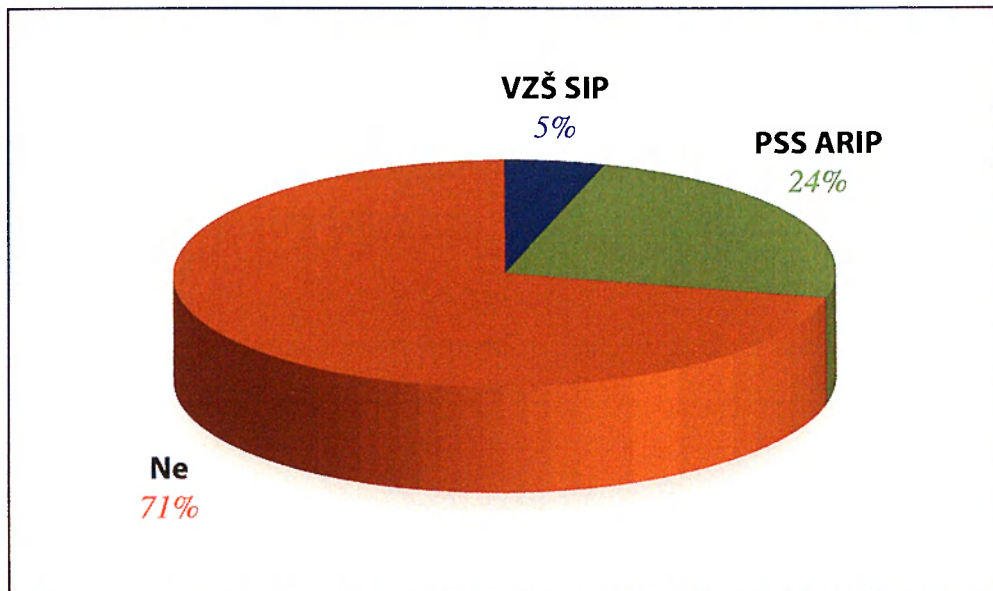
Otázka č. 2 Dosažené vzdělání.

Jedná se o uzavřenou polytomickou otázku, na kterou odpověděli všichni respondenti. Z možných odpovědí byly uváděny tyto: ukončené kvalifikační vzdělání na střední zdravotnické škole (SZŠ) uvedlo (133) 74,20 % dotázaných, vyšší zdravotnickou školu absolvovalo (37) 20,36 % a vysokou školu v oboru ošetrovatelství uvedlo (11) 6 % respondentů. Pomaturitní specializační studium anestezie, resuscitace, intenzivní péče (PSS ARIP) uvedlo (43) 24 % a vyšší zdravotnickou školu specializace intenzivní péče (VZŠ SIP) absolvovalo 9 respondentů, což představuje 5 %.

Graf č. 1 Kvalifikační vzdělání



Graf č. 2 Specializační vzdělání



Hypotéza I.

H1: Provádění činností nad rámec kompetencí je závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

H0: Provádění činností nad rámec kompetencí není závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

Tabulka č. 1

Nejvyšší vzdělání	Ano	Ne	Celkem
SZŠ	36	42	78
VZŠ	19	17	36
VŠ	6	5	11
PSS ARIP+SIP	30	22	52
Celkem	91	86	177

- Závislost je v tomto případě lineární. V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 1,754484178, na hladině významnosti 5 % (alfa).
- Chí kvadrát pro 5 % hladinu významnosti při 3 stupních volnosti je dle statistických tabulek 7,81
- Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, to znamená, že nelze zamítnout H0 hypotézu.

Závěr: S 95 % pravděpodobností provádění činnosti nad rámec kompetencí není závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

Otázka č. 3 Kolik roků pracujete celkem?

Průzkumu se tedy zúčastnilo 181 sester, které v průměru pracují ve zdravotnictví 9,08 roků. Celkem 10 respondentů odpovědělo, že mají praxi pouze 1 rok. Z oslovených respondentů nejdéle pracuje ve zdravotnictví jedna sestra, a to celých 37 let.

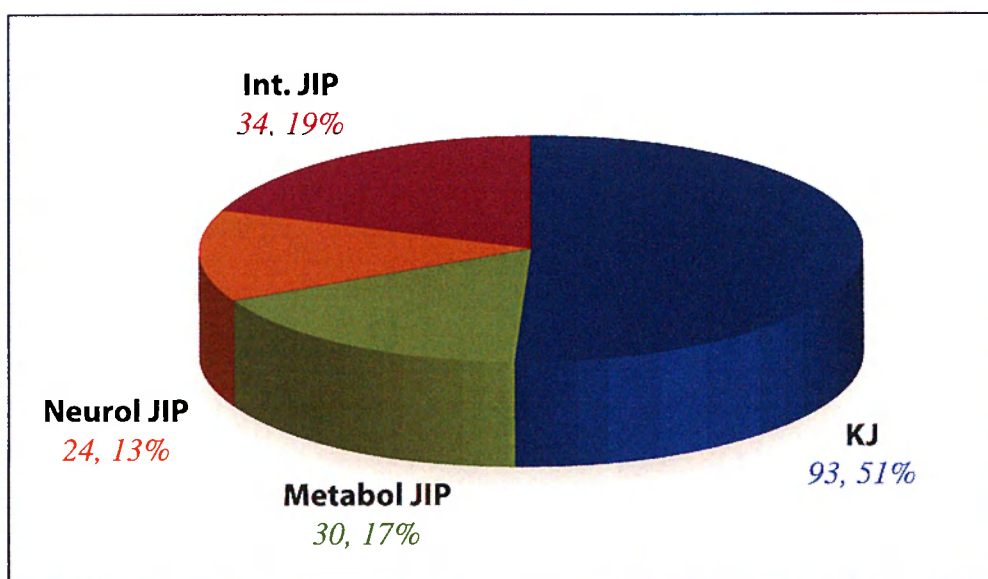
Otázka č. 4 Kolik roků pracujete na JIP?

Ze získaných odpovědí na tuto otázku vyplývá, že průměrná doba, po kterou oslovené sestry pracují na JIP je 6,39 let. Nejkratší doba práce na JIP byla 1 rok, takto odpovědělo (19) 10,49 % respondentů. Maximální uváděná délka praxe byla 25 let, uvedena byla celkem dvakrát. Nejčastěji byla uváděna doba v rozpětí 1-5 let.

Otázka č. 5 Na jaké JIP pracujete? (např. koronární jednotka, metabolická jednotka, atd.)

Opět se jedná o otevřenou otázku, na kterou byly uvedeny čtyři druhy odpovědí. Z uvedených odpovědí vyplývá zastoupení sester pracujících na jednotlivých JIP, v odpovědích se objevily tyto: koronární jednotky, metabolické JIP, neurologické JIP a interní JIP. Chirurgické JIP zastoupeny nebyly zcela záměrně, protože náplň práce sester na interních a chirurgických JIP je v mnoha ohledech odlišná, a tudíž obtížně porovnatelná. Nejvíce oslovených respondentů pracuje, nebo pracovalo na koronárních jednotkách (93) 51,36 %, na metabolických JIP (30) 16,64 %, na neurologických JIP (24) 13,24 % a konečně na interních JIP pracuje (34) 18,76 %.

Graf č. 3 Oborové zastoupení intenzivní péče



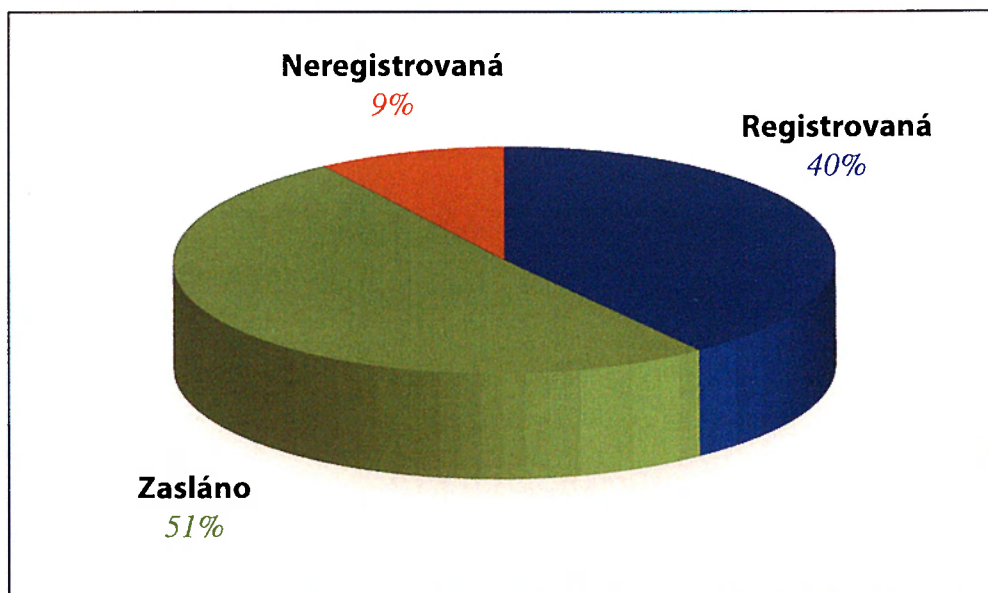
Otázka č. 6 Pracujete v Praze nebo mimo Prahu?

Jedná se o uzavřenou dichotomickou otázku, na kterou odpovědělo (154) 85,09 % respondentů, že pracují v hlavním městě – Praze, pouze (27) 14,91 % účastníků ankety má pracoviště mimo Prahu. Tito mimopražští respondenti pocházejí z pracoviště interně zaměřené JIP nemocnice Ústí nad Orlicí, jako jediného osloveného pracoviště umístěného mimo Prahu.

Otázka č. 7 Jste registrovaná sestra? (registrací je myšleno Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb.)

Z celkového souboru 181 respondentů je celkem (73) 40,33 % registrovaných sester a dalších (91) 50,28 % sester mělo v době šetření žádost o registraci podanou. Pouze (17) 9,39 % odpovědělo, že registrované nejsou, ani žádost nepodaly.

Graf č. 4 Stadium registrace

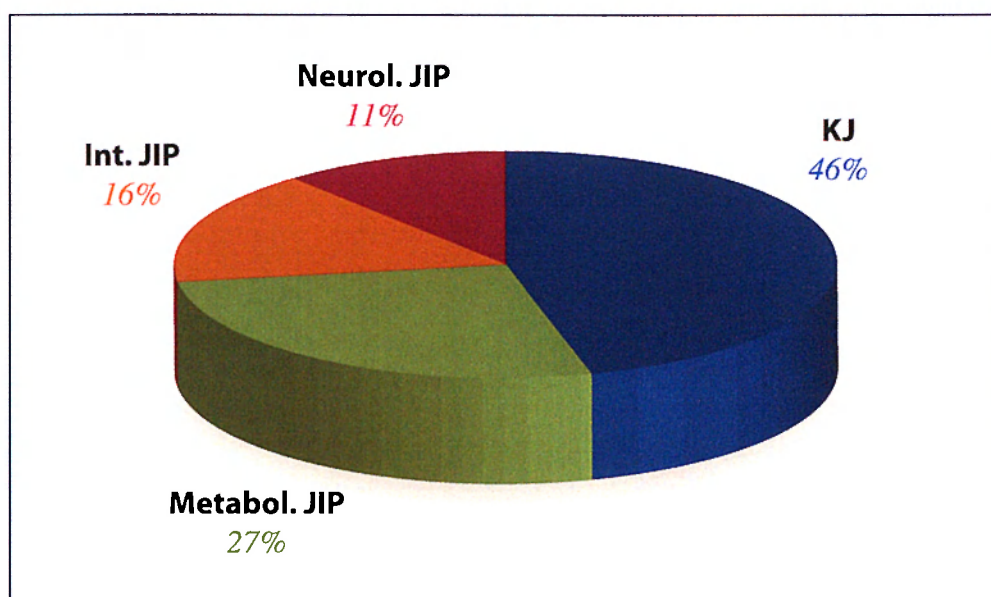


Otázka č. 8 Provádíte punkci artérie pod přímým dohledem lékaře?

Na tuto otázku odpovědělo pouze 180 sester, jedna sestra odpověď neuvedla. Punkci pod přímým dohledem lékaře provádí (37) 20,44 % respondentů, naopak (143) 79,0 % respondentů tento výkon neprovádí.

Nejčastěji uváděly, že punkci artérie pod přímým dohledem lékaře provádějí sestry pracující na KJ (17) 45,90 %, dále to byly sestry z metabolické JIP (10) 27,03 %, na třetím místě následovaly sestry interních JIP (6) 16,22 %. Sestry z neurologické JIP provádějí tento typ výkonu nejméně často, uveden byl celkem 4x, tj. 10,85 %.

Graf č. 5 Provádění punkce arterie dle jednotlivých JIP



Otázka č. 9 Provádíte extubaci tracheální kanyly pod přímým dohledem lékaře?

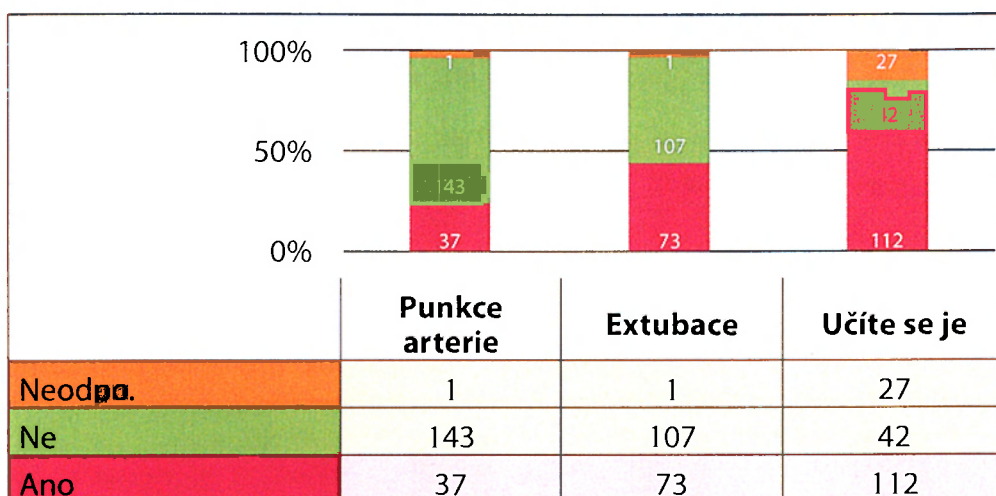
Stejně jako předchozí otázka je i tato uzavřená dichotomická. Opět jeden respondent neuvedl odpověď a ze zbývajících 180 odpovědí bylo (73) 40,33 % kladných. Extubaci tracheální kanyly pod přímým dohledem lékaře neprovádí (107) 59,11 %.

Otázka č. 10 Pokud tyto výkony zatím neprovádíte, máte v plánu se je učit?

27 respondentů na tuto otázku neodpovědělo (14,92 %). Při vytváření dotazníku jsem předpokládala, že na tuto otázku neodpoví pouze ti, kteří provádějí výše zmíněné výkony (punkci artérie pod přímým dohledem lékaře, extubaci tracheální kanyly pod přímým dohledem lékaře), ale v této skupině se vyskytli i respondenti, kteří na předchozí otázce uvedli, že výkony neprovádějí, a přesto na tuto otázku, zda mají v plánu se je učit, neodpověděli.

Jasně se vyjádřilo (112) 61,88 % respondentů, kteří by se výkony chtěli učit, naopak, že výkony se nechtějí učit, uvedlo (42) 23,20 % respondentů.

Graf č. 6 Provádění invazivních výkonů I.



Otázka č. 11 Cévkujete muže na základě indikace lékaře?

Na tuto otázku odpovědělo všech 181 respondentů ze základního souboru, pouze (22) 12,15 % z nich uvedlo, že na základě indikace lékaře provádějí výkon cévkování muže. Stejně často uvedly, že provádějí tento typ výkonu sestry pracující na KJ, neurologických a interních JIP (odpověď ano zaznamenána vždy 7x). Na metabolickém JIP byl tento typ výkonu zaznamenán pouze 1x

Otázka č. 12 Zavádíte nazojejunální a nazogastrickou sondu na základě indikace lékaře?

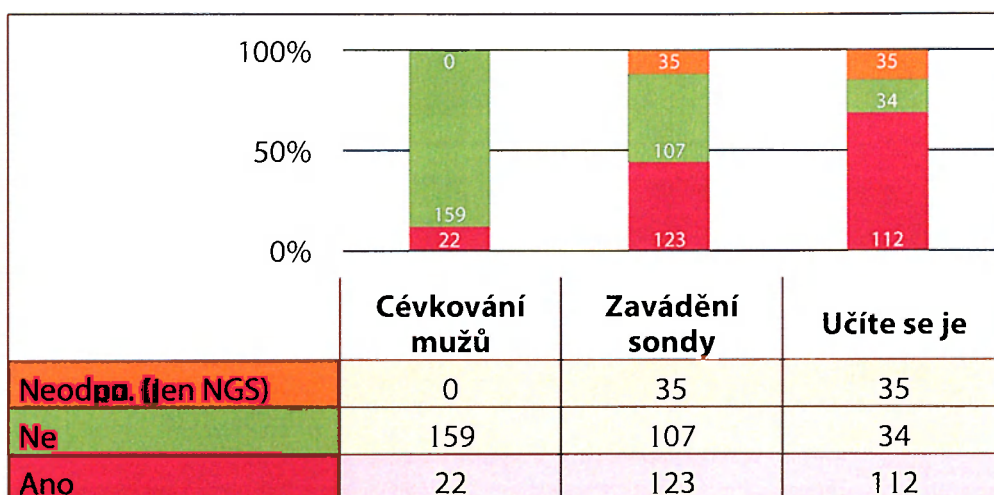
Celkem 123 respondentů uvedlo, že alespoň jednu z uvedených sond zavádí na základě indikace lékaře, což činí 67,96 %. Dále (35) 19,34 % do dotazníku upřesnilo, že zavádějí pouze sondu nazogastrickou. Tento typ výkonu neprovádí (58) 32,04 % respondentů.

Otázka č. 13 Pokud tyto výkony zatím neprovádíte, máte v plánu se je učit?

Stejně jako v otázce č.10 se i v tomto případě vyskytli respondenti, kteří na tuto otázku neodpověděli. Neodpovědělo celkem (35) 19,34 % dotázaných. Nicméně všichni, kteří na tuto otázku neodpověděli, shodně uvedli v předchozích otázkách č. 11 a 12, že alespoň jeden z výkonů (cévkování muže na základě indikace lékaře, zavádění NJS a NGS sondy na základě indikace lékaře) provádějí.

Celkem 112 respondentů tj. 61,88 % uvedlo, že mají v plánu se učit cévkování muže i zavádění NJS a NGS sondy. Naopak (34) 18,78 % uvedlo, že nemají v plánu se tyto výkony učit.

Graf č. 7 Provádění invazivních výkonů II.



Otázka č. 14 Zvyšujete či snižujete dávky katecholaminů dle aktuálního krevního tlaku u nemocného?

Z celkového počtu 181 dotazovaných odpovědělo pozitivně (164) 90,60 %, že dávky katecholaminů upravují dle aktuálního krevního tlaku. Pouze (17) 9,39 % respondentů dávky katecholaminů nemění. Nevyskytla se žádná nezodpovězená otázka. Nejčastěji dávky katecholaminů neupravují sestry z metabolické JIP (celkem 10x z 22 zaznamenaných odpovědí ne).

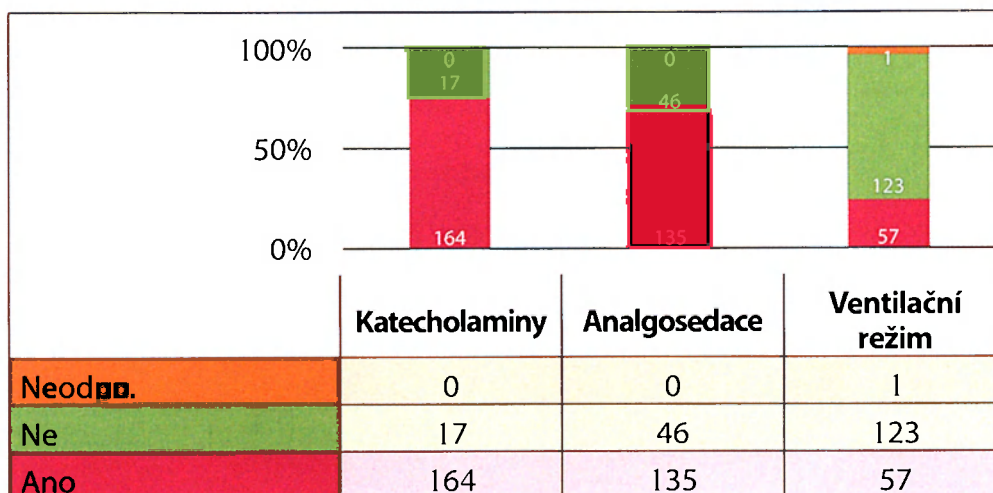
Otázka č. 15 Zvyšujete dávky tlumení u nemocných v umělém spánku? (např při interferenci s ventilátorem apod.)

Na tuto otázku odpovědělo všech 181 (100 %) dotazovaných, z nichž (135) 74,59 % uvedlo, že zvyšují dávky tlumení u nemocných v umělém spánku. 25,41 % (46) respondentů naopak uvedlo, že dávky tlumení nezvyšují.

Otázka č. 16 Měníte parametry či ventilační režim u nemocného na UPV (umělá plicní ventilace)?

V tomto případě se vyskytl opět jeden respondent který neodpověděl. Z ostatních dotázaných (57) 31,49 % uvedlo, že parametry či ventilační režim u nemocných mění, naopak (123) 67,96 % parametry ani režim nemění.

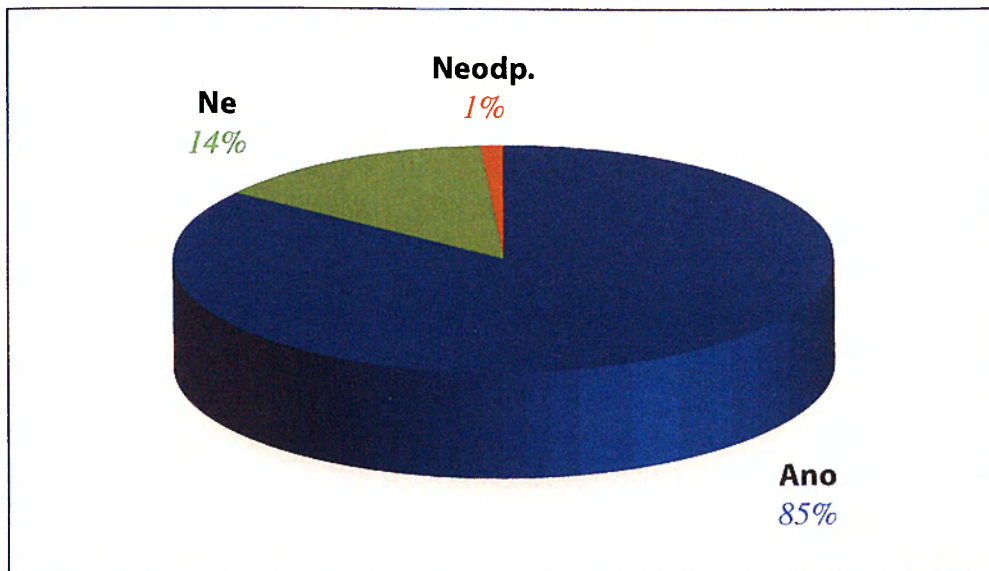
Graf č. 8 Terapeutické intervence



Otázka č. 17 Defibrilujete v případě život ohrožujících arytmií?

Odpovědělo celkem 180 respondentů. V případě život ohrožující arytmie defibriluje celkem (155) 85,64 % dotázaných. Naopak (25) 13,81 % uvedlo, že nedefibriluje.

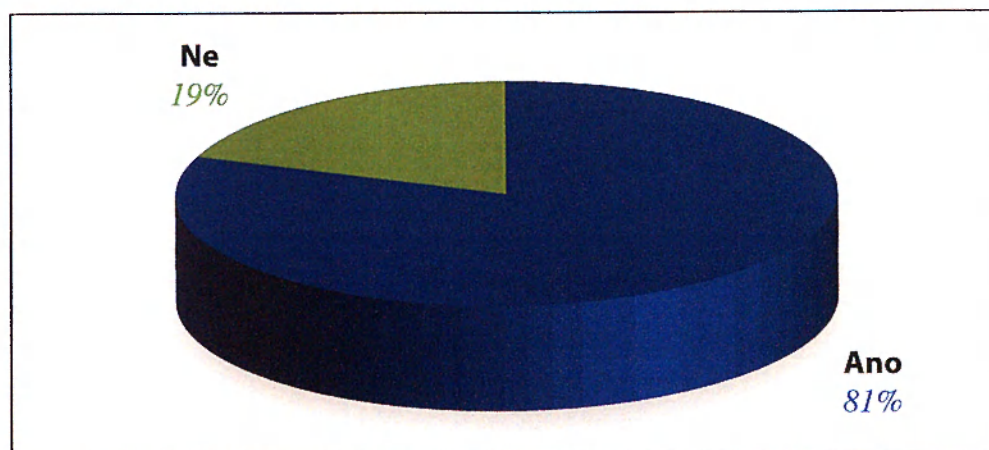
Graf č. 9 Defibrilace



Otázka č. 18 Plníte ordinace lékaře po telefonu?

Na otázku reagovali všichni respondenti. Celkem (146) 80,66 % uvedlo, že ordinace lékaře po telefonu plní. Negativně odpovědělo (35) 19,34 %.

Graf č. 10 Plnění ordinací po telefonu



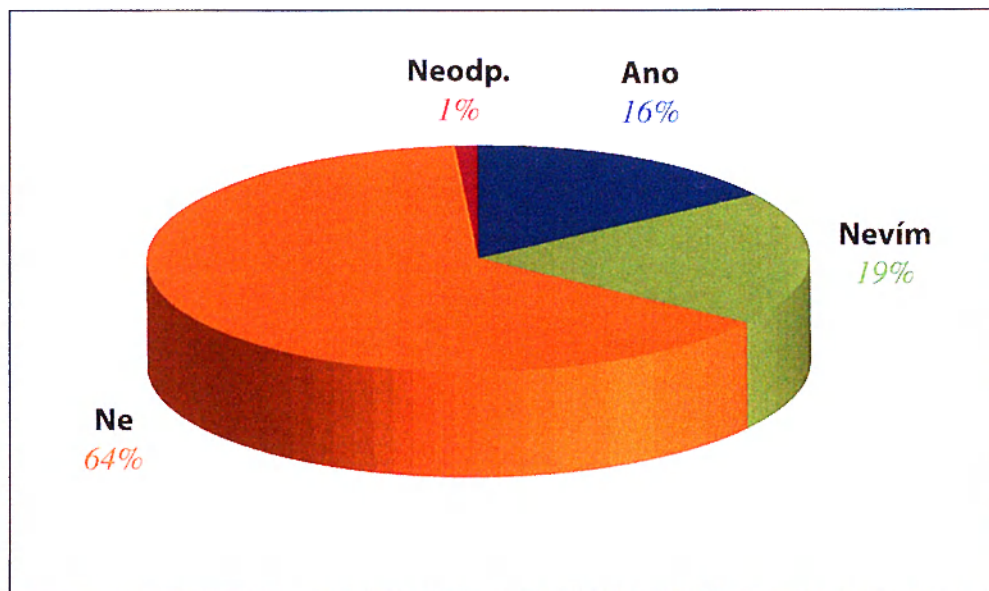
Otázka č. 19 V případě, že tyto ordinace plníte po telefonické domluvě s lékařem, jak zapíšete tuto ordinaci do dokumentace?

V tomto případě se jedná o otevřenou otázku, kdy respondenti měli možnost doplnit svou odpověď slovně. Nejčastější odpovědí bylo, že zapisují ordinaci do dokumentace termínem „po telefonické domluvě“. Tento typ odpovědi byl zaznamenán u (134) 74,03 % respondentů. Jiný typ odpovědi byl zaznamenán pouze jednou, a to termínem „konzultováno s lékařem“. Možnosti slovní odpovědi nevyužilo celkem (46) 25,41 %.

Otázka č. 20 Máte na vašem oddělení standard, podle kterého se řídíte při plnění ordinace po telefonu?

Na tuto otázku bylo možno dle dotazníku odpovědět trojím způsobem. Kladně, tedy že mají standard, uvedlo (30) 16,57 % dotázaných. Odpověď „nevím“ zvolilo celkem (34) 18,78 %. To, že nemají standard, odpovědělo (117) 64,64 % respondentů. Dva respondenti neodpověděli vůbec.

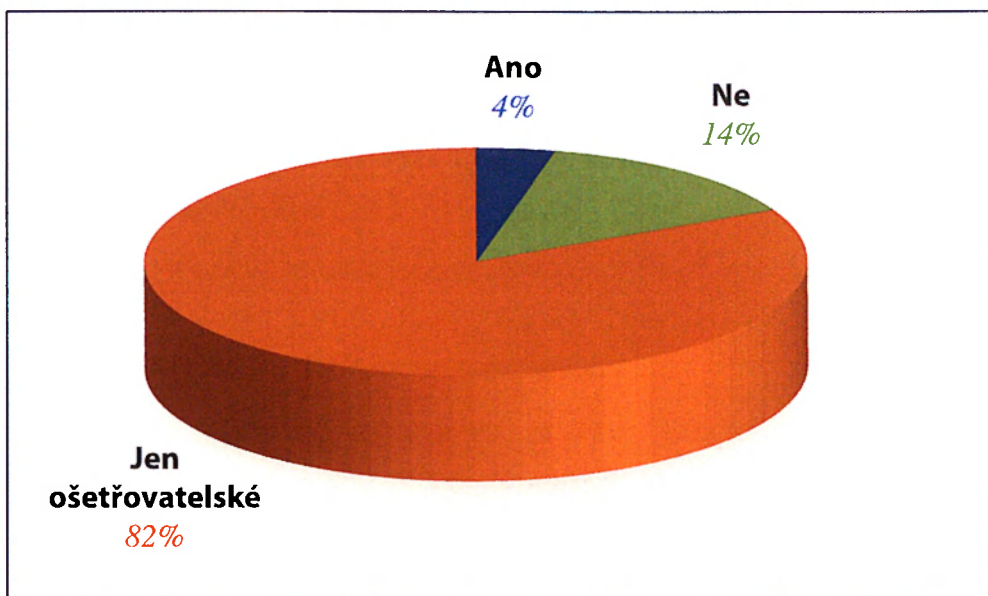
Graf č. 11 Standard telefonických ordinací



Otázka č. 21 Podáváte informace nemocným či příbuzným?

Otázku týkající se podávání informací nemocným či příbuzným zodpověděli všichni. Ze tří nabízených možností odpovědí byla nejčastěji zaškrtnuta varianta „ano, jen ošetřovatelské“. Celkem takto odpovědělo (147) 81,22 % dotázaných. Naopak žádné informace nepodává (26) 14,36 % oslovených. Zaškrtnutí odpovědi „ano“ využilo (8) 4,42 % respondentů.

Graf č. 12 Poskytování informací příbuzným



Otázka č. 22 Provádíte výkony nad rámec vašich kompetencí?

Na tuto otázku neodpověděli celkem 4 respondenti. Provádění výkonů nad rámec svých kompetencí přiznává (91) 50,28 %, naopak (86) 47,51 % dotázaných výkony nad rámec svých kompetencí neguje.

Hypotéza II.

H1: Provádění činností (výkonů) nad rámec kompetencí je závislé na vzdělání sester.

H0: Provádění činností (výkonů) nad rámec kompetencí není závislé na vzdělání sester.

Tabulka č. 2

Provádím výkony nad rámec svých kompetencí	Ano	Ne	Neodpověděli	Celkem
Vzdělání sester				
SZŠ	36	42	3	81
VZŠ	25	20	1	46
VŠ	6	5	0	11
PSS ARIP +VZŠ SIP	24	19	0	43
Celkem	91	86	4	181

Závislost je v tomto případě lineární. Vypočten byl testovací chí kvadrát (1,57), použita byla alfa, hladina významnosti 5 %.

Chí kvadrát pro 5 % hladinu významnosti při 3 stupních volnosti je dle statistických tabulek 7,81.

Závěr: testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, to znamená, že nelze zamítnout H0 hypotézu. S 95 % pravděpodobností není provádění činností (výkonů) nad rámec kompetencí závislé na vzdělání sester.

V tabulce č. 3 jsou shrnuty odpovědi na otázky týkající se provádění výkonů nad rámec kompetencí. Uvedeny jsou v souhrnu kladné i záporné odpovědi na provádění jednotlivých výkonů, které již ale spadají mimo kompetence sestry (úprava dávkování katecholaminů, zvýšení dávek tlumení u nemocných v umělém spánku, možnost měnit parametry či ventilační režim u nemocných na UPV, podávání informací o zdravotním stavu nemocných).

Tabulka č. 3

Odpověď	Ano	Ne	Neodpověděli/ jiná odpověď	Celkem
Provádím výkony nad rámec kompetencí	91	86	4	181
Katechol.upravuji	164	17	0	181
Tlumení upravuji	135	46	0	181
Ventil. režim měním	57	123	1	181
Podávám.informace o zdrav. stavu	8	26	147	181

Následující tabulka č. 4 představuje kombinace, které se vyskytly v odpovědích respondentů na otázky týkající se provádění výkonu nad rámec kompetencí.

Zaznamenány jsou jednak odpovědi na otázku č. 22, zda dotázaní provádí výkony nad rámec svých kompetencí, a dále odpovědi na otázky č. 14, 15, 16 a 21 (otázky týkající se úpravy dávkování katecholaminů, zvýšení dávek tlumení u nemocných v umělém spánku, možnosti měnit parametry či ventilační režim u nemocných na UPV, podávání informací o zdravotním stavu nemocných), které se tedy dotazují na výkony již přesahující rámec kompetencí sester pro intenzivní péči.

Tabulka č. 4

Nad rámec kompetencí	Ano	Ne	Neodpověděli	Celkem
Porušení kompetencí				
Ano	88	72	4	164
Ne	3	13	0	16
Neodpověděli	1	0	0	1
Celkem	92	85	4	181

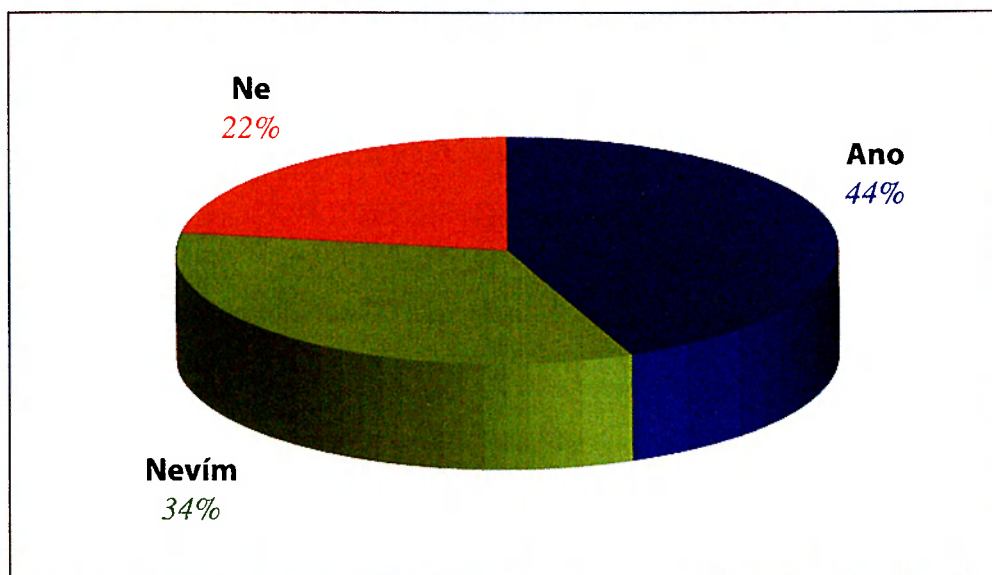
Z této jednoduché tabulky vyplývají následující závěry, které jsou shrnuty níže:

- 3x bylo uvedeno, že se respondenti domnívají, že pracují nad rámec svých kompetencí, nicméně ani jednou nebyla dotazníkem zachycena činnost nad rámec kompetencí - což ovšem nevylučuje, že činí jiné výkony, nezachycené dotazníkem, které jsou nad rámec kompetencí.
- 88x bylo uvedeno, že se respondenti domnívají, že pracují nad rámec svých kompetencí a současně uvedli alespoň jednu činnost, která je nad rámec jejich kompetencí.
- Celkem 13x bylo zodpovězeno, že nekonají nad rámec svých kompetencí, a současně zcela v souladu bylo uvedeno, že nekonají výkony uváděné dotazníky, které jsou nad rámec jejich kompetencí.
- Dále celkem 72 respondentů uvedlo, že se nedomnívá, že koná výkony nad rámec svých kompetencí, současně však v otázkách týkajících se výkonů nad rámec kompetencí sester pracujících na JIP uvedli, že alespoň jeden z těchto výkonů nad rámec kompetencí provádějí.
- Celkem 4x byla zaznamenána kombinace, kdy nebyla zodpovězena otázka, zda respondenti provádějí výkony nad rámec kompetencí, současně však zodpověděli, že provádějí činnosti, které jsou již nad rámec jejich kompetencí.
- 1x nebyla zodpovězena otázka prováděných výkonů, nicméně respondent uvedl, že činí výkony nad rámec svých kompetencí.

Otázka č. 23 Vnímáte rozšíření kompetencí kladně?

Na otázku, zda sestry vnímají rozšíření kladně, odpověděli sice všichni respondenti, ale (61) 33,70 % zvolilo odpověď „nevím“. Kladně odpovědělo (80) 44,20 % respondentů. Naopak rozšíření kompetencí kladně nevnímá (40) 22,10%.

Graf č. 13 Kladné vnímání rozšiřování kompetencí



Byla provedena analýza možné závislosti kladného vnímání zvyšování kompetencí s nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání. Kdy základní hypotézou bylo, že kladné vnímání zvyšování kompetencí je závislé na vzdělání sester.

Hypotéza III.

H1: Kladné vnímání zvyšování kompetencí je závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

H0: Kladné vnímání zvyšování kompetencí není závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester

Tabulka č. 5

Vnímám zvyšování kompetencí kladně	Ano	Ne	Celkem
Nejvyšší dosažené vzdělání			
SZŠ	37	18	55
VZŠ	17	8	25
VŠ	3	1	4
PSS ARIP+VZŠ SIP	23	13	36
Celkem	80	40	120

Statistická analýza této lineární závislosti následuje.

Vypočten byl chí kvadrát testovací 0,28 na 5 % hladině významnosti.

Chí kvadrát pro 5 % hladinu významnosti při 3 stupních volnosti je dle statistických tabulek 7,81. Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, to znamená, že nelze zamítnout H₀ hypotézu.

Otázka č. 24 Pokud ano, co vám rozšíření kompetencí přinese? (např. větší prestiž, uznání nemocných, uznání a respekt u lékařů, osobní uspokojení, apod).

U této otevřené otázky využilo slovní odpovědi (92) 50,83 % respondentů, z nichž někteří uvedli i více odpovědí. 89 dotázaných na tuto otázku neodpovědělo (49,17 %). Nejčastěji vyskytující se odpovědi byly:

- osobní uspokojení (uvedeno 65x)
- prestiž (25x)
- uznání lékařů (19x)
- uznání nemocných (17x)

29 respondentů uvedlo jinou odpověď, než výše uvedené odpovědi. A to:

- osvojení nových dovedností, zvýšení odbornosti (uvedeno 7x)
- zlepšení stavu nemocného a jeho spokojenost (3x)
- větší zodpovědnost (3x)
- motivace k dalšímu sebevzdělávání, možnost naučit se něco nového
- zvýšení stresu (4x)
- klid, jistotu a vyšší sebevědomí (6x)
- menší závislost na lékaři (2x)

Otázka č. 25 Je možné, že rozšíření kompetencí nevnímáte kladně, prosím, napište důvod (např. bojím se přetížení, bojím se přijmout další odpovědnost, nemám dostatek času, nemám dostatek pomocného personálu, apod.)

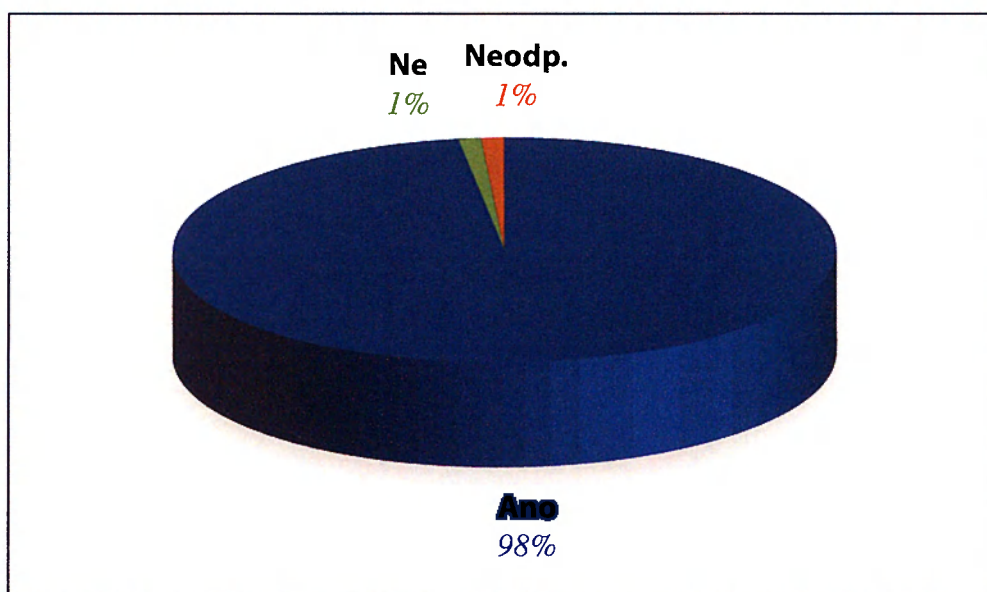
Odpovědi na tuto otevřenou otázku nevyužilo (109) 60,22 % respondentů. Přetížení uvedlo (24) 13,26 % dotázaných, nedostatek času (34) 18,78 %, (31) 17,13 % respondentů se bojí přijmout další odpovědnost, nedostatek pomocného personálu byl uveden ve 20,99 %, celkem 38 odpovědí. Jako další byly uváděny tyto odpovědi:

- nedostatečné vzdělání (uvedeno 3x)
- nedostatek zkušeností (2x)
- strach (1x)
- zvýšení stresu ze zodpovědnosti (2x)

Otázka č. 26 Cítíte, že více kompetencí přináší i více odpovědnosti?

Z celkového počtu 181 respondentů na tuto otázku neodpověděli pouze 2. Pouze 1x byla zaznamenána odpověď „ne“. Zbývajících (178) 98,34 % dotázaných dle odpovědi cítí, že více kompetencí přináší i více odpovědnosti.

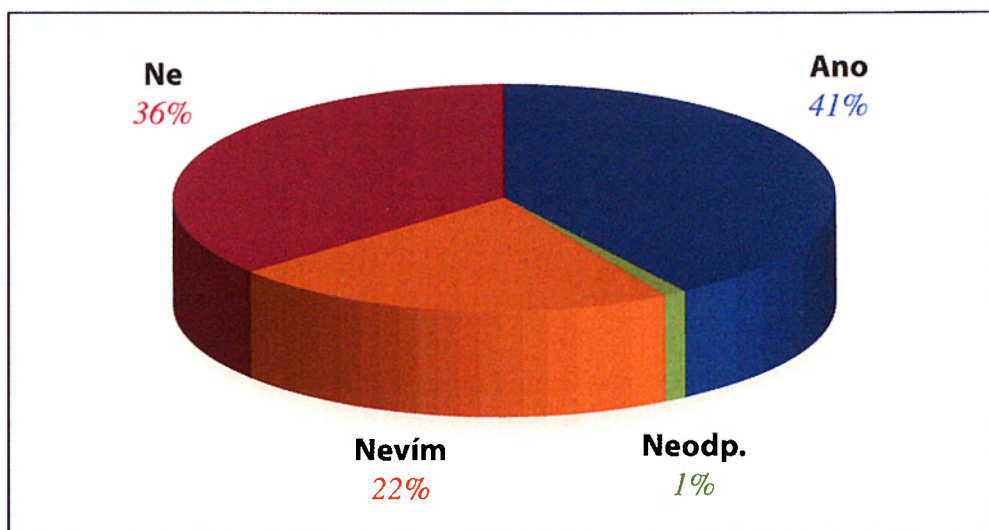
Graf č. 14 Kompetence přináší více zodpovědnosti?



Otázka č. 27 Myslíte si, že zvyšování kompetencí by mělo jít společně s užší specializací sester na JIP? (např. sestra specialista pro odběr biologického materiálu, sestra pro hojení ran)

Na otázku, zda zvyšování kompetencí by mělo jít společně s užší specializací sester, odpovědělo (74) 40,88 % kladně. Neodpověděl pouze jeden respondent. (40) 22,10 % dotázaných zvolilo odpověď nevím. Pro zápornou odpověď se rozhodlo (66) 36,40 %, tedy ti, kteří se nedomnívají, že zvyšování kompetencí by mělo jít společně s užší specializací sester na JIP.

Graf č. 15 Užší specializace sester na JIP



Otázka č. 28 Je nějaká činnost ve vaší každodenní praxi, jež by si podle vašeho názoru zaslouhovala užší specializaci sester? (např. činnost natolik odborně či časově náročná)

Tato otázka je opět položena jako otázka otevřená s možností vlastní slovní odpovědi. Nicméně (109) 60,22 % respondentů na ni neodpovědělo. Možnosti odpovědět využilo (72) 39,78 % dotázaných. Uváděny byly tyto činnosti, které by si dle názoru respondentů zaslouhovaly užší specializaci sester:

- hojení ran, péče o dekubity (uvedeno 36x)
- bazální stimulace (1x)
- komunikace (1x)
- hemodialýza a peritoneální dialýza (8x)

- péče o stomie (1x)
- administrativní činnost (17x)
- psychologie (5x)
- rehabilitace (7x)
- obsluha ventilátoru (4x)
- kanylační sestra (2x)

Otázka č. 29 Pro přijetí větších kompetencí je důležité spíše vzdělání, praxe, nebo obojí?

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Pro přijetí větších kompetencí považuje za důležité pouze vzdělání (3) 1,66 % dotázaných, praxi uvedlo (18) 9,94 %. Současně vzdělání i praxi považuje za důležité (160) 88,40 % oslovených.

Otázka č. 30 Co pokládáte za největší překážku pro přijetí větších kompetencí?

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo slovně (109) 60,22 % dotázaných. Nezodpovězena zůstala v (72) 39,78 % případů. Za největší překážku pro přijetí větších kompetencí bylo zmíněno následující:

- čas (uvedeno 26x)
- stres, přetížení (3x)
- větší odpovědnost (12x)
- finanční ohodnocení (4x)
- nezkušenost (9x)
- administrativa (3x)
- systém ošetrovatelské péče (14x)
- strach(1x)
- právní otázky (5x)
- osobní znechucení (1x)
- neochota lékařů (2x)

Otázka č. 31 Cítíte potřebu dalšího vzdělání?

Na tuto otázku odpověděli opět všichni dotázaní. Kladně odpovědělo (157) 86,74 % respondentů. Zbývajících (24) 13,26% dotázaných potřebu dalšího vzdělání neuguje.

Hypotéza IV.

H1: Potřeba dalšího vzdělání je závislá na **celkové délce praxe**.

H0: Potřeba dalšího vzdělání není závislá na **celkové délce praxe**.

Tabulka č. 6

Potřeba dalšího vzdělání	Ano	Ne	Celkem
Délka praxe celkem			
1-5 let	67	4	71
6-10 let	44	7	51
11-15 let	23	9	32
16-20 let	14	1	15
21 a více let	9	3	12
Celkem	157	24	181

Provedena byla statistická analýza, kdy byl zjištěn chí kvadrát testovací 11,75, testována byla tato hypotéza opět na 5 % hladině významnosti.

Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 4 stupních volnosti, zjištěný dle statistických tabulek, je 9,49.

Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, to znamená, že lze zamítnout v tomto případě H0 hypotézu na 5 % hladině významnosti, což znamená, že s 95 % pravděpodobností je potřeba dalšího vzdělání sester závislá na celkové délce praxe.

Hypotéza V.

H1: Potřeba dalšího vzdělání je závislá na **délce praxe na JIP**.

H0: Potřeba dalšího vzdělání **není závislá na délce praxe na JIP**.

Tabulka č. 7

Potřeba dalšího vzdělání	Ano	Ne	Celkem
Délka praxe JIP			
1-5 let	87	10	97
6-10 let	46	3	49
11-15 let	22	8	30
16-20 let	1	1	2
21 a více let	1	2	3
Celkem	157	24	181

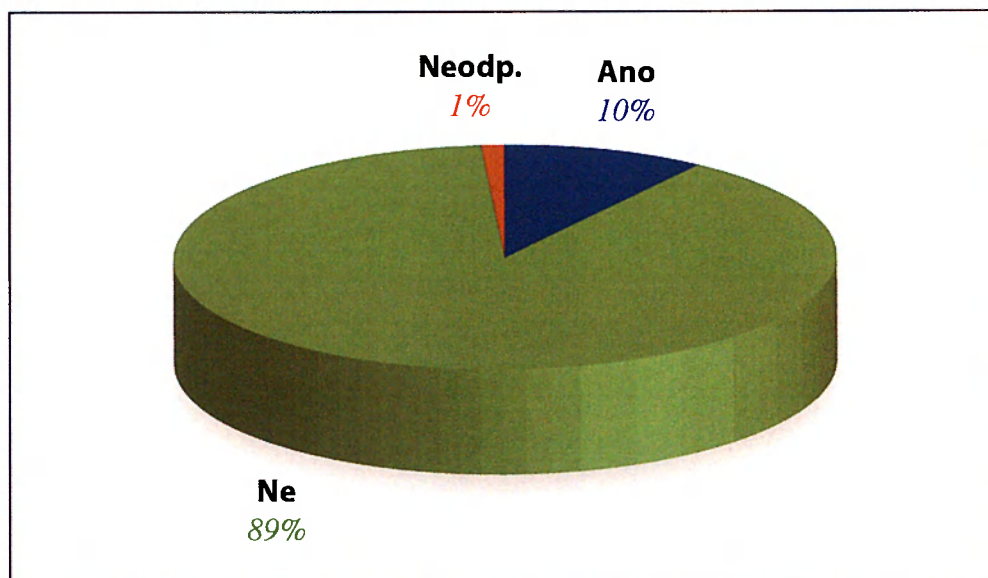
Opět byla provedena statistická analýza, kdy byl vypočten chí kvadrát testovací 17,38, zvolená hladina významnosti alfa byla 5 %.

Chí kvadrát pro 5 % hladinu významnosti při 4 stupních volnosti je dle statistických tabulek 9,49. Testovací chí kvadrát je tedy větší než kritická hodnota, to znamená, že lze zamítnout H₀ hypotézu na 5 % hladině významnosti. S 95% pravděpodobností platí naše hypotéza, že potřeba dalšího vzdělání je závislá na délce praxe na JIP.

Otázka č. 32 Cítíte se dostatečně finančně ohodnocena?

Na tuto otázku neodpověděl pouze jeden respondent. Dostatečně finančně ohodnoceno se cítí (19) 10,50 % dotázaných. Naopak (161) 88,95 % sester uvedlo nedostatečné finanční ohodnocení.

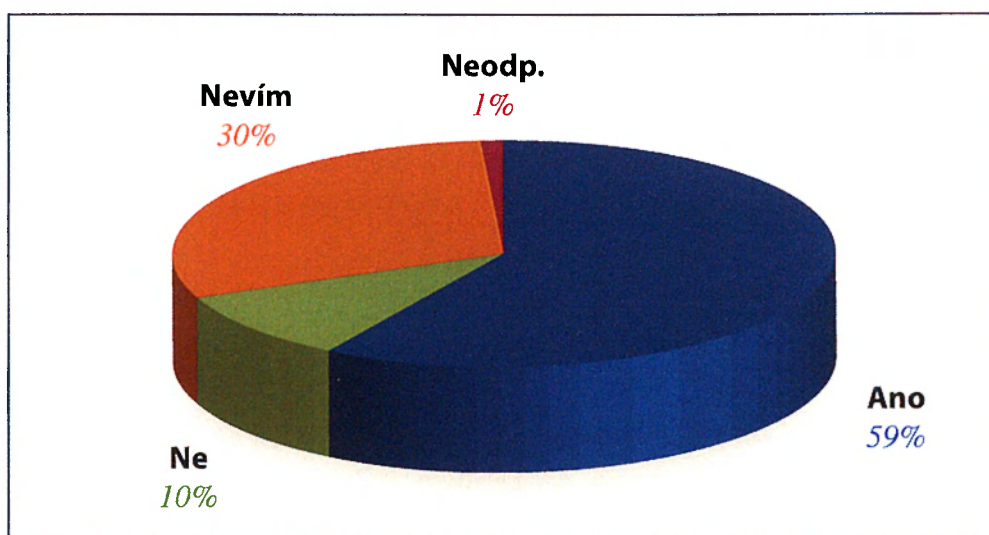
Graf č. 16 Dostatečné finanční ohodnocení



Otázka č. 33 Myslíte si, že lékaři vítají zvyšování kompetencí sester?

Na tuto otázku opět neodpověděli dva dotázaní. Z nabízených možností (ano, ne, nevím,) odpovědělo celkem (107) 59,12 % respondentů ano, domnívají se tedy, že lékaři vítají zvyšování kompetencí sester. Naopak (18) 9,94 % ze souboru se domnívá, že lékaři zvyšování kompetencí nevítají. Odpověď nevím zvolilo (54) 29,83 % dotázaných.

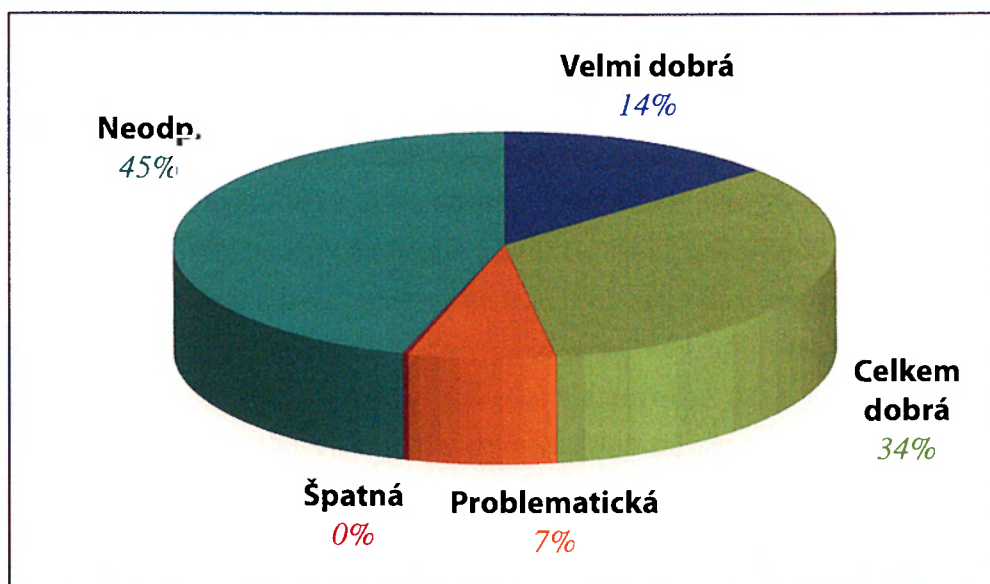
Graf č. 17 Vítají lékaři zvyšování kompetencí sester?



Otázka č. 34 Jak hodnotíte spolupráci s lékaři?

Jedná se o uzavřenou polytomickou otázku se čtyřmi možnými odpověďmi. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Jako velmi dobrou hodnotilo spolupráci s lékaři (46) 25,41 % dotázaných. Celkem dobrou spolupráci zvolilo (112) 61,88 %. Spolupráci s lékaři jako problematickou hodnotilo (22) 12,15 % a jeden respondent zhodnotil spolupráci s lékaři jako špatnou, což činí 0,56 %.

Graf č. 18 Vnímání spolupráce s lékaři



Otázka č. 35 Máte-li k tomuto tématu nějakou další připomínku či námět, nad kterým by bylo vhodné se pozastavit, prosím napište jej.

V tomto případě možnosti odpovědět využilo pouze (16) 8,84 % dotázaných. Ostatní respondenti, to je (165) 91,16 %, na tuto otázku neodpověděli. Z připomínek a námětů se objevily tyto:

- koordinace personálu (uvedeno 1x)
- rozšíření kompetencí (3x)
- finance (4x)
- odpovědnost (2x)
- chybějící specializace, vzdělání (3x)
- nespolupráce lékařů (1x)
- nedostatečná právní ochrana (1x)
- motivace vedení (1x)

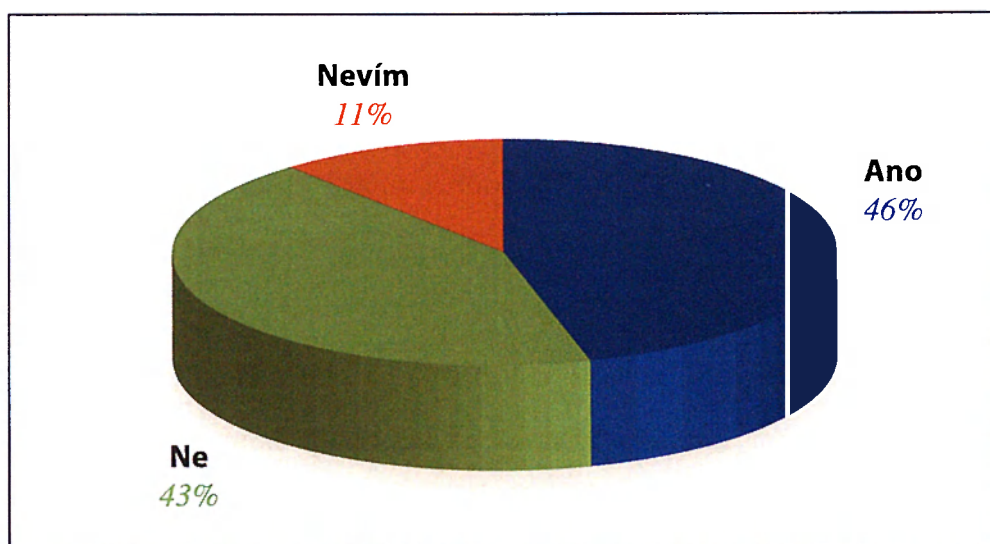
5.1.1 Průzkum - lékaři

Taktéž distribuce dotazníku pro lékaře proběhla úspěšně. Osloveni byli lékaři z JIP ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a v nemocnici Ústí nad Orlicí. Lékařům jsem doručila celkem 35 dotazníků, z nichž se vrátilo 80 % (28) vyplněných dotazníků, které byly použity pro statistické zpracování. Lékaři odpovídali pouze na 4 otázky. Tento dotazník jsem pojala spíše jako nahlédnutí do názorů lékařů, a tudíž si nečiní nárok mít větší výpovědní hodnotu, což je patrné i z počtu dotazovaných. Pro účely tohoto šetření nebylo důležité zjišťovat identifikační údaje respondentů z řad lékařů, a proto v dotazníku tyto otázky chybějí. (Dotazník viz. příloha č. 4)

Otázka č. 1 Souhlasíte s rozšiřováním kompetencí sester na JIP?

Na tuto otázku odpovědělo celkem 28 respondentů (100 %). S rozšířením kompetencí souhlasilo 46,43 % (13) dotázaných, odpověď ne zvolilo celkem 42,86 % (12) a odpověď nevím uvedlo 10,71 % (3) respondentů.

Graf č. 19 Souhlas s rozlišováním kompetencí



Otázka č. 2 Myslíte si, že některou z výše uvedených činností (katetrizace močového měchýře u muže, zavádění nazogastrické a nazojejunální sondy, punkce artérie, extubace tracheální kanyly) by bylo vhodné nadále ponechat výhradně v kompetenci lékaře? Pokud ano, jakou?

Opět odpověděli všichni. Odpověď ne zvolilo celkem 46,43 % (13) respondentů. Pro odpověď ano se rozhodlo 53,57 % (15) dotázaných.

Z námětů se objevily tyto:

- arteriální punkce (uvedeno 5x)
- katetrizace močového měchýře (1x)
- tracheální extubace (2x)
- vše (3x)

Otázka č. 3 Jsou některé výkony v současné době prováděné lékařem v budoucnu možné přenechat do kompetencí sester? Pokud ano, jaké?

Ne zvolilo celkem 53,57 % (15) respondentů. Pro odpověď ano se rozhodlo 46,43 % dotázaných.

Z námětů se objevily tyto:

- práce s ventilátory (uvedeno 2x)
- zavádění močového katétru u mužů (1x)
- zavádění sondy (1x)

Otázka č. 4 Jak vnímáte spolupráci se sestrami na vašem oddělení?

Jako velmi dobrou spolupráci se sestrami označilo celkem 46,43 % (13) dotázaných, že je spolupráce se sestrami celkem dobrá si myslí 35,71 % (10) a za problematickou pokládá spolupráci se sestrami 17,86 % (5) respondentů. Odpovědi, že spolupráce se sestrami je špatná, nevyužil žádný z dotazovaných.

6. Diskuze

Průzkumu se zúčastnilo 181 respondentů, z toho 97,24 % žen a 2,76 % mužů, jejichž průměrný věk byl 28,93 let. Byli osloveni respondenti z interně zaměřených jednotek intenzivní péče (koronárních jednotek, neurologických JIP, metabolických JIP a interních JIP), jejichž rozložení ukazuje graf č.3. Z průzkumu vyplývá, že dotazovaní pracovali na těchto odděleních v průměru 6,39 let. Většina respondentů získala kvalifikaci na střední zdravotnické škole (74,20%), na vyšší zdravotnické škole to bylo 20 % a vysokou školu absolvovalo celkem 6 % respondentů. Specializační studium v oboru intenzivní péče mělo z celkového počtu dotázaných celkem 29 % (graf č.1 a 2). Lze tedy konstatovat, že se jednalo o vcelku reprezentativní vzorek odborného sesterského personálu intenzivní péče interního typu.

Skutečně vykonávané činnosti sester na JIP

Cílem mého šetření bylo zjistit skutečně vykonávané činnosti sester na JIP. Z šetření (otázky 8,9,11,12) vyplynulo, že punkci artérie provádí 20 % respondentů, nejčastěji z koronárních jednotek (graf č.5). Extubaci tracheální kanyly provádí 40 % dotázaných, cévkování mužů pouze 12 % a zavádění alespoň jedné z NJS či NGS 68 % dotázaných. Z otázek mapujících výkony, které již jsou nad rámec kompetencí (otázka č.14,15,16), vyplynuly velmi zajímavé skutečnosti, které, myslím, přesně vystihují praxi. Dle aktuálního krevního tlaku zvyšuje či snižuje dávky katecholaminů celkem 90,60 % respondentů a pouze 9,39 % dotázaných tyto dávky vůbec nemění. Dávky tlumení (analgozadaci) zvyšuje u pacientů v umělém spánku při interferenci s ventilátorem celkem 74,59 % dotázaných, pouze 25,41 % tak nečiní. Ventilační režim mění 31,49 % respondentů, naopak 67,96 % ventilační režim nemění. Provádění výkonů nad rámec kompetencí (otázka č. 22) přiznává 50,28 %, naopak 47,51 % dotázaných výkony nad rámec kompetencí neguje. Z tabulek č.3 a č. 4 vyplývají tyto skutečnosti: 72 ze 181 (**40 % !!!**) respondentů provádí výkony nad rámec svých kompetencí a nejsou si tohoto faktu vědomi.

Lze odvodit:

- zjevně nejsou na jejich pracovišti kompetence definovány
- pokud jsou definovány, jsou porušovány

- respondenti si neuvědomují rozpor ve své činnosti a považují tuto činnost za běžnou a normální
- není zjevně definováno, kdo nese za prováděné výkony forezní zodpovědnost
- není jednoznačné, zda je řada komplikovaných výkonů (např. katecholaminy, úprava ventilačního režimu, tlumení, podávání informací o zdravotním stavu) prováděna pod dohledem kvalifikované osoby
- za alarmující považují odpovědi, kdy respondent uvedl, že se nedomnívá, že koná nad rámec svých kompetencí, současně však alespoň jednou celkem 72 respondentů uvedlo, že provádějí výkon, který ovšem spadá již nad rámec jejich kompetencí.

Tato analýza potvrzuje hypotézu A, že kompetence (kompetence ve smyslu toho, co povoluje vyhláška) sester na jednotkách intenzivní péče neodpovídají současné praxi – vykonávaným činnostem.

V této souvislosti by bylo vhodné se zamyslet nad tím, že přestože je zákon 96/2004 Sb. velmi moderní, nepostihuje skutečnost, že sestry běžně upravují dávky katecholaminů a tlumení dle aktuálního stavu nemocného, a tak se toto vlastně děje nezákonně. Nemyslím si ovšem, že by sestry měly dostat plnou možnost rozhodování ohledně farmakoterapie kritického stavu, to zajisté vyžaduje lékařské vzdělání, ale v rámci přesně definované kompetence by mohly mít omezenou možnost reagovat úpravou dávek ať už katecholaminů či analgosedace na aktuální stav nemocného. Ostatně, jak ukázal můj průzkum, na JIP se tak běžně děje s tichým souhlasem lékařů. Tato zásadní diskrepance naší každodenní praxe je přitom velmi dobře v jiných zemích vyřešena (viz. kapitola 3.5 Kompetence „sester akutní péče“ v USA), což potvrzuje vhodnost úpravy současné zákonné normy. Bývají tak definovány protokoly léčby (např. protokol na korekci dávek antikoagulancia při plné heparinizaci, nebo úprava dávky kontinuální i.v. infuze insulinu při intenzivním insulinovém režimu, případně i postup při odvykání pacienta od umělé plicní ventilace), které umožní standardizovanou a vysoce efektivní péči a v konečném důsledku mohou vést k významnějšímu zlepšení klinických i laboratorních parametrů nemocného. Například je v literatuře prokázáno, že odvykání od UPV řízené sestrou podle předem definovaného protokolu je dokonce efektivnější než odvykání řízené lékařem. Zásadním předpokladem úspěchu každé intervence na intenzivní péči je totiž dokonalý „monitoring“ aktuálního stavu pacienta. A pokud takovýmto monitoringem chápeme komplexní sledování pacientova klinického, psychického, fyziologického, laboratorního, ale i sociálního a rodinného stavu,

pak je nasnadě, že nejlepším „monitorem“ nadále zůstává dobře vyškolená sestra. S pacientem totiž tráví většinu času stráveného na intenzivní péči, a může tak dobře postihnout jakoukoli změnu jeho stavu.

Ochota učit se novým výkonům

Graf č. 6 a 7 ukazuje ochotu sester učit se novým výkonům. Na otázku, zda jsou respondenti ochotni se učit provádět punkci artérie a extubovat pod přímým vedením lékaře, odpovědělo kladně, tedy že jsou ochotni se učit, celkem 61,88 % respondentů, tyto výkony se učit nechce jen 23,20 % dotázaných. Celkem 112 (61,88 %) respondentů uvedlo, že mají v plánu se učit cévkování muže i zavádění NJS a NGS. Záporně odpovědělo pouhých 18,78 % dotázaných. Zejména punkce artérie a extubace mohou být v praxi někdy velmi komplikovanými výkony a od sester to bude vyžadovat zvládnout nejen techniku samotného výkonu. To, jestli lékaři budou ochotni tyto výkony sestry naučit, ukáže čas. Sestry samotné jsou ochotny se novým výkonům učit.

Hypotéza B tedy byla potvrzena, sestry projevily ochotu učit se novým výkonům.

Sestry mohou dle platné vyhlášky provádět tyto výkony pouze pod přímým vedením lékaře, což se může v praxi jevit jako komplikované. Bližší vysvětlení pojmu „pod přímým vedením lékaře“ totiž znamená podle jediného zdroje, který jsem našla a jež v této souvislosti cituji: „přímé vedení vyžaduje fyzickou přítomnost způsobilého pracovníka v době provádění výkonu“.²⁵ To znamená, že lékař bude muset být nejen přítomen po celou dobu provádění výkonu (kanylace artérie či extubace tracheální kanyly), ale bude muset být i připraven v případě komplikací tento výkon v jakékoliv fázi převzít a případně dokončit.

Negativní vnímání rozšíření kompetencí

Otázka č. 23 zjišťovala, zda sestry vnímají, či naopak nevnímají rozšíření kompetencí kladně. Průzkum odhalil, že kladně vnímá širší kompetence 44,20 % respondentů, opačně se vyjádřilo celkem 22,10 % dotázaných. Z dalšího průzkumu (otázka č. 24,25) vychází, že nejčastěji zmiňovaným kladem rozšíření kompetencí je osobní uspokojení, uvedeno celkem 65x. Naopak jako negativum se respondentům

25 Turek, P. Co znamená „práce pod odborným dohledem“. *Transfúze a hematologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 4, s.179. ISSN 1213-5763

za předpokladu přijmutí širších kompetencí jeví nedostatek pomocného personálu (20,99%), nedostatek času (18,78 %), strach z přijmutí další odpovědnosti uvedlo 17,13 % a přetížení se bojí celkem 13,26 % z dotázaných.

Hypotéza C nebyla potvrzena, dotazovaní vnímají rozšíření kompetencí kladně.

Kontinuální vzdělávání sester

Potřebu dalšího vzdělání (otázka č. 31) cítí celkem 86,74 % respondentů, pouhých 13,26 dotázaných potřebu dalšího vzdělání neguje. Současně z otázky č. 29 vyplývá, že téměř všichni dotazovaní si myslí, že pro přijmutí větších kompetencí je nutné vzdělání i praxe dohromady (88,40 %). V praxi je zájem o vzdělání celkem dobře patrný na každoročním obrovském zájmu sester, které se hlásí na některý z bakalářských či magisterských oborů, otevíraných na vysokých školách. Dá se říci, že poptávka značně převyšuje nabídku. Zájem o kontinuální vzdělávání také dokládá výsledek otázky č. 7, která zkoumala, zda jsou sestry registrované, či žádost o registraci zaslaly. Pouze 9,39 % dotázaných odpovědělo, že registrované nejsou, ani žádost neposlali. Musím také podotknout, že v té době měli respondenti ještě dostatek času tuto žádost zaslat. V současné době probíhají v Poslanecké sněmovně diskuze právě na téma celoživotního vzdělávání a registrace sester, a dokonce se objevily názory, že by tento systém měl být zrušen. To by byl jistě velký krok zpátky.

To, že jsou sestry zodpovědné ve smyslu vlastního vzdělávání, dokládá i výsledek otázek o potřebě dalšího sebevzdělání, kdy jak celková délka praxe, tak délka praxe na JIP předurčovaly vyšší pocit potřeby se dále vzdělávat. Nezdá se tedy, že by s časem stráveným na JIP sestry rezignovaly a měly pocit, že „všechno zvládnou“, naopak chtějí si nadále znalosti zdokonalovat.

Hypotéza D byla potvrzena, sestry mají zájem se kontinuálně vzdělávat

Užší specializace sester na JIP

Na otázku týkající se užší specializace sester na JIP (otázka č. 27) odpovědělo 40,88 % kladně, 22,10 % zvolilo odpověď nevíím a 36,40 % respondentů se nedomnívá, že zvyšování kompetencí sester na JIP by mělo jít společně s užší specializací. Zajímavé je ale, že na další otázku (otázka č. 28), kde měli respondenti konkretizovat, o jakou specializaci by se mělo jednat, možnosti odpovědět využilo

pouhých 39,78 % dotázaných. Z odpovědí se nejčastěji objevily (ve 36 případech) hojení ran a péče o dekubity, celkem 17x administrativní činnost a 8x hemodialýza a peritoneální dialýza. Z těchto odpovědí vyplývá, že sestry by uvítaly užší specializaci na JIP, ale přesně neví, jak by případná specializace měla vypadat.

Hypotéza E byla potvrzena, sestry by uvítaly užší specializaci sester na JIP

Domnívám se ale, že velkou výhodou sester v České republice je právě to, že nejsou příliš úzce specializované, a právě proto dokáží přistupovat k nemocnému komplexním způsobem. Dovedeno ad absurdum, není nereálné, že na jednotce intenzivní péče, doslova přeplněné sofistikovanými přístroji, bude ležet nemocný, o něhož se bude starat vysoce specializovaný tým včetně sester specialistek na krevní odběry, na zavádění intravenózních kanyl, na natočení EKG, na kanylací močového měchýře, na zavádění arteriální linky, na odběry astrupa, na intubace/extubace atd. Protože většinu těchto výkonů se lze adekvátním tréninkem (a v tomto případě je „trénink“ tím nevhodnějším pojmenováním vlastního „učení“) naučit a pokud se získaná dovednost bude pravidelně udržovat, jistě bude výkon prováděn technicky téměř bezchybně. Tento přístup je jednou z praktických cest, jak „zkvalitnit“ intenzivní péči: na všechny, nebo většinu výkonů „vycvičit“ specialisty. Navíc ve svém důsledku, je tento systém i levnější. Vycvičit všeobecnou sestru k doživotnímu odebírání žilní krve nestojí tolik úsilí ani finančních prostředků. Ale ošetrovatelská péče o kriticky nemocného není souhrn instrumentálních a monitorovacích výkonů a úkonů, který kdosi koordinuje a ordinuje. Domnívám se, že sestra se specializací intenzivní péče by měla mít široké vzdělání umožňující jí globální náhled na pacientovu problematiku. Současně by měla mít možnost kontaktovat specialistu ve chvíli, kdy řeší úzce specifický problém. Ostatně tak to v českých nemocnicích velmi dobře funguje např. v péči o dekubity či rány.

Lékaři souhlasí s rozšiřováním kompetencí sester na JIP

S rozšířením kompetencí dle provedeného šetření mezi 28 lékaři intenzivní péče, kteří odpověděli na 4 otázky (dotazník příloha č.4), vyplývá, že 46,43 % lékařů souhlasí s rozšířením kompetencí sester, odpověď ne zvolilo celkem 42,86 % dotazovaných a pro odpověď nevím se rozhodlo celkem 10,71 % respondentů. Můj předpoklad, že lékaři budou souhlasit s rozšířením kompetencí sester, se naplnil ovšem jen částečně, protože hned v následující otázce č.2 se lékaři vyjádřili, že by bylo vhodné některou z uváděných činností (katetrizace močového měchýře u muže, zavádění nazogastrické a nazojejunální sondy, punkce artérie, extubace tracheální kanyly) ponechat nadále výhradně v kompetenci lékaře. Takto se vyjádřilo celkem

53,57 % dotázaných. Nejčastěji a to 5x byla uvedena punkce artérie. Z tohoto malého šetření nelze vyvozovat žádné jednoznačné závěry, ale toto „nahlédnutí“ do názorů lékařů je nepochybně zajímavé a v budoucnu opodstatňuje další průzkum tímto směrem. Převádění kompetencí na vyškolené sestry, které jsou mnohdy také absolventy vysokých škol, totiž zefektivňuje provoz JIP, a v některých případech dokonce zlepšuje výsledky péče, jak bylo uvedeno již výše.

Hypotéza F je platná jen částečně. Lékaři souhlasí s rozšiřováním kompetencí sester, ale současně by některé z uvedených kompetencí sester nadále ponechali výhradně v kompetencích lékařů.

Z tohoto šetření vyplynuly i další zajímavé skutečnosti, nad kterými je vhodné se zamyslet.

Z odpovědí na otázku č.18, zda respondenti plní ordinace po telefonu, je zřejmé, že celých 80,66 % ordinace po telefonu plní a současně 64,64 % dotázaných nemá standard, kterým by se při plnění těchto ordinací řídili (otázka č. 20). Jsem přesvědčena, že plnění ordinací po telefonu je na JIP každodenní rutinou, avšak nejsou-li ordinace řádně zapsány jak od lékařů samotných, tak od sester, může dojít k nepříjemným forezním důsledkům. Standard jasně vymezující postup při plnění ordinací po telefonu by proto měl být běžný na každé JIP, a nejen tam.

V otázce č. 21 jsem se ptala, zda respondenti podávají informace nemocným či příbuzným. Ačkoli jsem uvedla i možnost „jen ošetrovatelské“, kterou využilo celých 82 % dotázaných, objevily se i odpovědi, že dotazovaní žádné informace nepodávají (graf č.12). Jsem přesvědčena, že sestry na JIP jsou natolik vzdělané a s nemocným bývají v tak úzkém kontaktu, že nepodávat ošetrovatelské informace ať už pacientům samým či jejich příbuzným je chyba. Edukovat nemocného o zásadách stravování, o vhodné pohybové aktivitě, redukci váhy apod. by mělo být naprostou samozřejmostí.

7. Závěr a doporučení pro praxi

Nezbytným předpokladem kvalitní a vyspělé intenzivní péče v celém svém slova smyslu je prakticky nepřetržitá přítomnost **kompetentní** osoby u lůžka kriticky nemocného. Kompetentní znamená, že daná osoba je schopna zhodnotit aktuální zdravotní stav nemocného, identifikovat urgentní, nebo hrozící urgentní situaci (toto vše díky přiměřenému zhodnocení klinického i laboratorního stavu), přijmout adekvátní neodkladná opatření a hlavně: v případě, že stav se vyvíjí mimo hranice kompetence zmíněné osoby, umět toto rozpoznat a přivolat jinou kompetentní osobu, či tým, která převezme další péči v rámci svých kompetencí a bude další postup řídit do té chvíle, než se opět dostane mimo rámec jejích kompetencí, nebo se naopak vrátí do rámce kompetencí původní ošetřující osoby.

Takovéto vnímání kompetencí předpokládá jasně definované a kvalitní odborné vzdělání, dostatek sebereflexe, schopnost přijmout zodpovědnost, schopnost umět se rozhodovat a ochotu k týmové spolupráci. Klíčovou roli hraje schopnost sestry adekvátně komunikovat nejen s pacientem a jeho rodinou, ale i s ostatními členy ošetrovatelského týmu, schopnost být empatickou a porozumět pacientovým projevům, rozpoznat jeho strach a případně se nebát otevřít nepříjemné otázky o konci života, o kvalitě života, o důsledcích a následcích kritického onemocnění, nebát se svým způsobem s pacientem navázat intimní vztah a kontakt, neboť mezní životní situace prostě vyžadují intimní kontakt. Nebát se ho dotknout, vzít za ruku a obrazně řečeno ho „provést“ kritickým onemocněním, „vykličkovat“ až do uzdravení a nebo naopak, v případě nezvratitelného konce zajistit důstojným způsobem jeho poslední chvíle, aby se necítil sám, opuštěný, tlumit a sdílet s ním jeho úzkost a pochyby, aby měl pocit, že někomu na něm záleží a snaží se mu usnadnit nelehké chvíle. Smyslem péče kompetentní sestry je ujistit pacienta, jeho rodinu i ostatní ošetřující personál, že se kriticky nemocnému dostává adekvátní, důvěryhodné a odborně i lidsky vyspělé komplexní péče.

V tomto smyslu si troufám konstatovat, že cíle mé práce byly splněny. Podařilo se získat relativně rozsáhlý vzorek respondentů a zvolenou dotazníkovou metodou byly zjištěny zajímavé skutečnosti, jež dle mého názoru vystihují současnou praxi na jednotkách intenzivní péče.

Je zřejmé, že poskytovat komplexní a kompetentní péči vyžaduje kvalitní odborné vzdělání, životní zkušenost a samozřejmě ochotu a potřebu neustálého sebezdokonalování. Jsem ráda, že můj dotazník potvrdil, že naše sestry si uvědomují rozsah problematiky kompetentní péče, jsou ochotny přijmout příslušnou zodpovědnost a nepodceňují nutnost kontinuálního sebevzdělání. Zbývá jen umožnit, aby mohly všeho výše uvedeného institucionalizovaným způsobem dosáhnout. Ale to je již úloha pro profesní organizace, aby takovéto možnosti poskytly a garantovaly.

8. Seznam zkratek

ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
ČAS	Česká asociace sester
EU	Evropská unie
ICN	Mezinárodní rada sester (International council of nurses)
JIP	Jednotka intenzivní péče
KJ	Koronární jednotka
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně
PSS ARIP	Pomaturitní specializační studium anestezie, resuscitace a intenzivní péče
UPV	Umělá plicní ventilace
WHO	Světová zdravotnická organizace

9. Seznam literatury

ALEXANDER, M. F.- RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno: NCONZO, 2003. ISBN 80-7013-392-9

Aktuálně v části pro nelékařská zdravotnická povolání. [cit. 25.září 2005] Dostupné na World Wide Web: <http://www.eukvalifikace.cz /level.php?id=334>

Archiv NCO NZO a PhDr. Radomíry Pokojové, použito s jejím svolením

BELZ, H. - SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-479-6

JURÁSKOVÁ, D. *Zákon č.96/2004 Sb. a jeho vliv na ošetrovatelskou praxi*. MP. č.1.[cit. 10. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http:// www.mpece.com./modules.php?name= News&file=article&sid=5>

MÁDLOVÁ, I. *Regulace ošetrovatelské profese*. MP č. 1. [cit. 10. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http:// www.mpece.com./modules.php?name= News&file=article&sid=4>

MÁDLOVÁ, I. *Vzdělávání všeobecných sester v České republice do Evropské unie*. MP č. 1. [cit. 10. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http:// www.mpece.com./modules.php?name= News&file=article&sid=9>

POKOJOVÁ, R. *Modulový systém specializačního vzdělávání sester*. Sestra, 2006, roč. 16, č. 1, s. 13-14. ISSN 1210-0404

PŘIKRYLOVÁ, L. *Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků po 1. dubnu 2006*. Sestra, 2006, roč. 16, č. 2, s.18. ISSN1210-0404

PŘIKRYLOVÁ, L. *Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, registrace zdravotnických pracovníků*. MP č.1. [cit. 10. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http:// www.mpece.com./modules.php?name= News&file=article&sid=6>

Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, sestra pro intenzivní péči dle nařízení vlády č. 463/2004 Sb.

STAŇKOVÁ, M. *Čím je regulováno povolání sester a porodních asistentek*. Sestra, 2001, roč. 11, s. 8-10. ISSN 1212-0404

Standard of Practice and Professional performance for the Acute and Critical Care Clinical Nurse Specialist. [cit. 3. března 2006] Dostupné na World Wide Web: <http://www.nonpf.org>

TUREK, P. *Co znamená „práce pod odborným dohledem“*. Transfuze a hematologie dnes, 2005, roč. 11, č. 4, s.179. ISSN 1213-5763

VIDOVIČ, S. *Registrace sester-potřeba, nebo nutné zlo?*. Sestra, 2006, roč. 16, č. 3, s.10. ISSN 1210-0404

VONDRÁČEK, L. *Bezúhonnost podmínka výkonu povolání zdravotníka- nelékaře*. Florence, 2005, roč. 1, č. 1, s. 46. ISSN 1801-464X

VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: GRADA Publishing, 2005. ISBN 80-247-1198-2

VONDRÁČEK, L. *Zdravotní způsobilost jako podmínka výkonu povolání zdravotní sestry*. Florence, 2006, roč. II, č.1, s. 59. ISSN1801-464X

Vyhláška MZ ČR č.424/2004 Sb. ze dne 30.června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb. ze dne 11. ledna, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

ZVONÍČKOVÁ, M. *Certifikační kurz v intenzivní péči*. Sestra, 2002, roč.12, č.10, s.10-11. ISSN1210-0404

10. Přílohy

Příloha č. 1 Činnosti všeobecných sester se specializovanou způsobilostí

Příloha č. 2 Bakalářské programy ošetřovatelství

Příloha č. 3 Dotazník – sestry

Příloha č. 4 Dotazník - lékaři

Příloha č. 1

§ 48

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra uvedená v § 49 až 59 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
2. sleduje a vyhodnocuje stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení,
3. koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
4. hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
5. provádí ošetrovatelský výzkum, zejména identifikuje oblasti výzkumné činnosti, realizuje výzkumnou činnost a vytváří podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
6. připravuje standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
7. vede specializační vzdělávání v oboru své specializace;

b) na základě indikace lékaře

1. provádí přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovází je a asistuje během výkonů, sleduje je a ošetřuje po výkonu,
2. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

§ 49

Sestra pro intenzivní péči

(1) Sestra pro intenzivní péči vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotí závažnost stavu a provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení,
2. pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
3. sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje její stálou připravenost,
4. provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádí měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
2. provádí katetrizaci močového měchýře mužů,
3. zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let,
4. provádí výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let;

c) pod odborným dohledem lékaře

1. provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,
2. provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií, předchází případným komplikacím, rozpoznává je a řeší,
3. aplikuje transfuzní přípravky¹⁶⁾ a krevní deriváty¹⁵⁾;

d) pod přímým vedením lékaře

1. provádí punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,
2. provádí extubaci tracheální rourky.

(2) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči vykonává činnosti podle odstavce 1 v oblasti neodkladné péče a medicíny katastrof a činnosti podle § 17 a dále bez odborného dohledu a bez indikace vykonává činnosti v rámci operačního střediska záchranné služby, a to

a) přijímá, eviduje a vyhodnocuje tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečuje odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,

b) provádí telefonní instruktáž k poskytování laické první pomoci a poskytuje další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu,

c) aktivuje krizové typové a traumatologické plány při řešení zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof a na svém úseku zabezpečuje jejich realizaci s využitím všech možností integrovaného záchranného systému.

(3) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s anesteziologickými výkony. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestezie,
2. zajišťuje stálou připravenost anesteziologického pracoviště;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace

1. připravuje pacienta, léčivé přípravky¹³⁾ a vybavení k jednotlivým způsobům a technikám celkové i místní anestezie a asistuje při jejich provedení,
2. provádí činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením metod léčby bolesti;

c) pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace

1. provádí tracheální intubaci,
2. podílí se na vedení anestezie.

(4) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace připravuje pacienty a osoby jimi určené na provádění umělé plicní ventilace v domácí péči;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům před a po závažných operačních výkonech, transplantacích a traumatech,
2. zajišťuje a připravuje technické vybavení pro provádění umělé plicní ventilace v domácí péči.

(5) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s akutním a chronickým selháním ledvin a dalšími stavy, které vyžadují léčbu hemodialýzou, peritoneální dialýzou, hemoperfuzí a dalšími očišťovacími metodami krve. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem

1. hodnotí funkci a kvalitu cévních přístupů pro mimotělní oběh, informuje pacienty a osoby jimi určené o zásadách péče o arterio-venózní spojku a dodržování léčebného režimu, pečuje o cévní přístup po ukončení mimotělního oběhu,
2. sleduje zadané parametry na přístrojích pro eliminační metody krve během léčby a rozpoznává vznik technických komplikací,
3. provádí výměnu přístroje při vzniku vážné technické komplikace během léčby,
4. provádí dezinfekci přístrojového vybavení pro eliminační metody krve;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. připravuje technické vybavení a nastavuje požadované parametry na přístroji,
2. provádí napojení pacientů na mimotělní oběh podle typu cévního přístupu a zahájí vlastní léčbu,
3. provádí peritoneální dialýzu,
4. ukončuje mimotělní oběh a hodnotí stav pacientů bezprostředně po ukončení léčby;

c) pod odborným dohledem lékaře provádí první napojení pacientů na mimotělní oběh.

Příloha č. 2

Bakalářské programy – obor ošetřovatelství otevírané v
České republice pro studijní rok 2006/2007

Univerzita Karlova v Praze

1.LF UK

Bc – ošetřovatelství /PS/

V akademickém roce 2005/2006 bylo pro PS 157 uchazečů a 30 přijato, pro KS 377
uchazečů, přijato 42.

www.lf1.cuni.cz

2.LF UK

Bc – ošetřovatelství /PS/

www.lf2.cuni.cz

3.LF UK

Bc – ošetřovatelství /PS, KS/

www.lf3.cuni.cz

Vysoká škola zdravotnická, Praha 5

Bc – ošetřovatelství /PS/

www.uzsp5.cz

Ústav zdravotnických studií , Ústí nad Labem

Bc – ošetřovatelství /PS/

70% pravděpodobnost přijetí

www.uzs.ujep.cz

Ústav zdravotnických studií, Pardubice

Bc – ošetrovatelství /PS/	444 uchazečů/73 přijatých	16%
Mg – ošetrovatelství /PS/	43/30	70%

www.upce.cz

Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice

Bc – ošetrovatelství /PS,KS/

Mg – ošetrovatelství /PS/

www.zsf.jcu.cz

Lékařská fakulta, Olomouc

Bc – ošetrovatelství /PS,KS/	1173/120	10%
------------------------------	----------	-----

www.upol.cz

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Bc – ošetrovatelství /PS/	637/107	17%
---------------------------	---------	-----

Mg – ošetrovatelství /PS/ neuvedeno

www.med.cz/studium/prijif.html

Univerzitní institut, Zlín

Bc – ošetrovatelství /PS/	483/90	19%
---------------------------	--------	-----

www.uni.utb.cz

Zdravotně sociální fakulta, Ostrava

Bc – ošetrovatelství /PS/	359/45	
---------------------------	--------	--

www.zsf.osu.cz

Příloha č. 3

Dotazník

Vážená kolegyně, dovoluji si Vás požádat o anonymní spolupráci při vyplňování dotazníku, který použiji ve své magisterské diplomové práci na I.LF UK na téma: „**KOMPETENCE SESTER NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE**“. Předpokládám, že výsledky nastíní skutečně vykonávané činnosti, které sestry na JIP vykonávají, jejich názor na zvyšování kompetencí a ochotu přebírat odpovědnost jež s sebou zvyšování kompetencí samozřejmě přináší. Předem Vám děkuji za spolupráci Bc. Ilona Lállová

Dotazník

1. VĚK ŽENA MUŽ
2. DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ
SZŠ VZŠ VZŠ SIP VŠ (Bc.)
VŠ(Mgr.) PSS ARIP
3. KOLIK ROKŮ PRACUJETE CELKEM?
4. KOLIK ROKŮ PRACUJETE NA JIP?
5. NA JAKÉ JIP PRACUJETE? (např. koronární jednotka, metabolická jednotka, atd.).....
.....
6. PRACUJETE V PRAZE MIMO PRAHU
7. JSTE REGISTROVANÁ SESTRA?
(registrací je myšleno Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle zákona č.96/2004 Sb.)
ANO REGISTRACI JSEM ZASLALA NE
8. PROVÁDÍTE PUNKCI ARTERIE POD PŘÍMÝM DOHLEDEM LÉKAŘE?
ANO NE

9. PROVÁDÍTE EXTUBACI TRACHEÁLNÍ KANYLY POD PŘÍMÝM DOHLEDEM LÉKAŘE?
ANO NE
10. POKUD TYTO VÝKONY ZATÍM NEPROVÁDÍTE, MÁTE V PLÁNU SE JE UČIT?
ANO NE
11. CÉVKUJETE MUŽE NA ZÁKLADĚ INDIKACE LÉKAŘE
ANO NE
12. ZAVÁDÍTE NJS A NGS NA ZÁKLADĚ INDIKACE LÉKAŘE?
ANO NE
13. POKUD TYTO VÝKONY ZATÍM NEPROVÁDÍTE, MÁTE V PLÁNU SE JE UČIT?
ANO NE
14. ZVYŠUJETE ČI SNIŽUJETE DÁVKY KATECHOLAMINŮ DLE AKTUÁLNÍHO KREVNÍHO TLAKU U NEMOCNÉHO?
ANO NE
15. ZVYŠUJETE DÁVKY TLUMENÍ U NEMOCNÝCH V UMĚLÉM SPÁNKU (např. při interferenci s ventilátorem)
ANO NE
16. MĚNÍTE PARAMETRY ČI VENTILAČNÍ REŽIM U NEMOCNÉHO NA UPV
ANO NE
17. DEFIBRILUJETE V PŘÍPADĚ ŽIVOT OHROŽUJÍCÍCH ARYTMÍÍ
ANO NE
18. PLNÍTE ORDINACE LÉKAŘE PO TELEFONU?
ANO NE
19. V PŘÍPADĚ, ŽE TYTO ORDINACE PLNÍTE PO TL. DOMLUVĚ S LÉKAŘEM, JAK ZAPÍŠETE TUTO ORDINACI DO DOKUMENTACE?
-
20. MÁTE NA VAŠEM ODDĚLENÍ STANDARD, PODLE KTERÉHO SE ŘÍDÍTE PŘI PLNĚNÍ ORDINACE PO TELEFONU?
ANO NE NEVÍM

21. PODÁVÁTE INFORMACE NEMOCNÝM ČI PŘÍBUZNÝM?
ANO NE ANO, JEN OŠETŘOVATELSKÉ
22. PROVÁDÍTE VÝKONY NAD RÁMEC VAŠICH KOMPETENCÍ?
ANO NE
23. VNÍMÁTE ROZŠÍŘENÍ KOMPETENCÍ KLADNĚ?
ANO NE NEVÍM
24. POKUD ANO, CO VÁM ROZŠÍŘENÍ KOMPETENCÍ PŘINESE?
(např. větší prestiž, uznání nemocných, uznání a respekt u lékařů, osobní uspokojení).....
25. JE MOŽNÉ, ŽE ROZŠÍŘENÍ KOMPETENCÍ NEVNÍMÁTE KLADNĚ,
PROSÍM NAPIŠTE DŮVOD (např. bojím se přetížení, bojím se přijmout další odpovědnost, nemám dostatek času, nemám dostatek pomocného personálu, apod.).....
26. CÍTÍTE, ŽE VÍCE KOMPETENCÍ PŘINÁŠÍ I VÍCE
ODPOVĚDNOSTI?
ANO NE
27. MYSLÍTE SI, ŽE ZVYŠOVÁNÍ KOMPETENCÍ BY MĚLO JÍT
SPOLEČNĚ S UŽŠÍ SPECIALIZACÍ SESTER NA JIP? (např. sestra
specialistka pro odběr biologického materiálu, sestra pro hojení ran)
ANO NE NEVÍM
28. JE NĚJAKÁ ČINNOST VE VAŠÍ KAŽDODENNÍ PRAXI, JEŽ BY SI
PODLE VAŠEHO NÁZORU ZASLUHOVALA UŽŠÍ SPECIALIZACI
SESTER? (např. činnost natolik odborně či časově náročná)
.....
.....
29. PRO PŘIJMUTÍ VĚTŠÍCH KOMPETENCÍ JE DŮLEŽITÉ SPÍŠE
VZDĚLÁNÍ PRAXE OBOJÍ
30. CO POKLÁDÁTE ZA NEJVĚTŠÍ PŘEKÁŽKU PRO PŘIJMUTÍ
VĚTŠÍCH KOMPETENCÍ?.....
31. CÍTÍTE POTŘEBU DALŠÍHO VZDĚLÁNÍ?
ANO NE
32. CÍTÍTE SE DOSTATEČNĚ FINANČNĚ OHODNOCENA?
ANO NE

33. MYSLÍTE SI, ŽE LÉKAŘI VÍTAJÍ ZVYŠOVÁNÍ KOMPETENCÍ
SESTER?

ANO NE NEVÍM

34. JAK HODNOTÍTE SPOLUPRÁCI S LÉKAŘI?

VELMI DOBROU CELKEM DOBROU

PROBLEMATICKOU ŠPATNOU

35. MÁTE-LI K TOMUTO TÉMATU NĚJAKOU DALŠÍ PŘIPOMÍNKU
ČI NÁMĚT, NAD KTERÝM BY BYLO VHODNÉ SE POZASTAVIT,
PROSÍM NAPIŠTE

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

Příloha č. 4

Dotazník

Vážený pane doktore, dovoluji si Vás požádat o anonymní spolupráci při vyplňování dotazníku, který použiji ve své magisterské diplomové práci na 1.LF UK na téma: „KOMPETENCE SESTER NA JIP“. Podle vyhlášky č. 424 Sb. která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků sestra pro intenzivní péči je oprávněna:

1. Na základě indikace lékaře mimo jiné provádět i katetrizaci močového měchýře u mužů a zavádět nazogastrickou a jejunální sondu pacientům v bezvědomí.
2. Pod přímým vedením lékaře provádět punkci arterií, zejména a. radialis a a. femoralis k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku. Je oprávněna také extubovat tracheální kanylu.

Tímto krátkým dotazníkem bych ráda zjistila názor Vás lékařů na tuto v současné době tolik diskutovanou problematiku. Předem děkuji za spolupráci. Bc. Ilona Lálová

1. SOUHLASÍTE S ROZŠÍŘOVÁNÍM KOMPETENCÍ U SESTER NA JIP?
ANO NE NEVÍM
2. MYSLÍTE SI, ŽE NĚKTEROU Z VÝŠE UVEDENÝCH ČINNOSTÍ
BY BYLO VHODNÉ NADÁLE PONECHAT VÝHRADNĚ
V KOMPETENCI LÉKAŘE?
ANO NE POKUD ANO JAKOU?
3. JSOU NĚKTERÉ VÝKONY V SOUČASNÉ DOBĚ PROVÁDĚNÉ
LÉKAŘEM V BUDOUCNU MOŽNÉ PŘENECHAT DO KOMPETENCÍ
SESTER?
ANO NE POKUD ANO JAKOU?
4. JAK VNÍMÁTE SPOLUPRÁCI SE SESTRAMI NA VAŠEM ODDĚLENÍ?
VELMI DOBROU CELKEM DOBROU
PROBLEMATICKOU ŠPATNOU