

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

Požadavky a očekávání sester v primární péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:  
PhDr. Marie Trešlová R.N.

2008

Autor:  
Lenka Vojíková

## **Requirements and Expectations of Nurses in Primary Care**

Primary care at present becomes more prominent in the system of medical care regarding its financing. In the period of medical reform the significance of primary care increases and thus becomes a more prestigious branch than in the past decades. The importance of prevention grows, the time of hospitalization shortens and there is an effort to use the means for medical care more effectively. This results in specific changes in the position of a nurse and her role in the system. With the acceptance of law No. 96/2004 of the Statute Book the status of independent profession was accepted in the work of a nurse, i. e. without a special supervision. The changes brought about with the acceptance of European legislation constantly increase the demands in all the fields of primary care, including requirements laid on high professional qualification of nurses.

I have chosen this topic for its currentness and urgency. The aim of the work was to find out what the expectations of nurses in primary care and their requirements for the improvement of their work are. The knowledge of expectations and requirements of nurses in primary care could be important for understanding the motivation of nurses to preference of work in primary care to work in a ward block. Thus the presupposed lower exacting character and advantageous working hours can be disproven.

The research was carried out by the method of a questionnaire and in total 160 respondents from Prague responded. The research group was formed by nurses from outpatients' departments of general practitioners, pediatricists, gynaecologists, dentists, and agencies providing home care. The presupposed hypotheses were:

H1 Nurses working in primary care do not realize their role in modern nursing.

H2 Nurses working in primary care consider their work advantageous from the point of view of working hours.

H3 Nurses in primary care do not have requirements for optimizing the care they provide.

All the three hypotheses did not prove to be correct. On the contrary the nurses' data confirmed a great interest in extending their own knowledge. Also proficiency and independence in their work performance is put in the first place. The fact remains that almost all the inquired work without a special supervision. The aim of the work was fulfilled.

The awareness of motivation and expectation of nurses in primary care can lead to the improvement of communication and mutual understanding between nurses and doctors as well as other professional and non-professional public.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma “Požadavky a očekávání sester v primární péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1996 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 18.8. 2008

Podpis studenta.....

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové, R.N. za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

## Obsah:

<b>Úvod</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>4</b>
1.1 Charakteristika primární péče .....	4
1.1.1 Komunitní péče.....	5
1.1.2 Současný vývoj role sestry.....	9
1.2 Primární péče v České republice .....	10
1.3 Poskytovatelé primární péče v České republice .....	13
1.3.1 Oblasti primární péče .....	15
1.4 Současná koncepce ošetřovatelství .....	17
1.4.1 Obraz všeobecné sestry ve společnosti .....	18
1.4.2 Úloha všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře.....	21
1.5 Požadavky a očekávání .....	24
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	<b>27</b>
<b>3. Metodika</b> .....	<b>28</b>
3.1 Charakteristika souboru .....	28
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>29</b>
<b>5. Diskuze</b> .....	<b>42</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>50</b>
<b>7. Seznam použité literatury</b> .....	<b>51</b>
<b>8. Klíčová slova</b> .....	<b>56</b>
<b>9. Přílohy</b> .....	<b>57</b>
9.1 Seznam příloh	

## Úvod

Primární péče měla tradičně v povědomí veřejnosti i většiny zdravotníků včetně sester punc spíše podřadného oboru v porovnání s péčí sekundární. Je to dáno menším využitím specializovaných technologií a sofistikovaných diagnostických a léčebných postupů a snad i menšími kompetencemi zdravotníků v primární péči. Sestra v primární péči byla tak vnímána jako pouhá pomocnice praktického lékaře.

V současné době význam primární péče ve zdravotnických systémech narůstá. Souvisí to s obecnými trendy, jako je stárnutí populace, a s úsilím efektivně využít prostředky na zdravotní péči. Vedle vzrůstajícího významu kurativní péče je kladen stále větší důraz na péči preventivní. Projevuje se také snaha přesouvat zdravotnickou péči z nemocnic do ambulantní sféry a integrovat zdravotní péči s péčí sociální. Na sestru primární péče jsou tak kladeny stále větší nároky, které se týkají úkolů odborného, organizačního i administrativního charakteru. V kontextu nové evropské legislativy, resp. přijetím zákona č. 96/2004 Sb., byl práci všeobecné sestry uznán statut samostatného povolání, tedy vykonávaného bez odborného dohledu. S tím je také spojeno neustálé zvyšování nároků na kvalifikaci sestry v primární péči. Musí např. získat a periodicky obnovovat Osvědčení o způsobilosti k samostatnému výkonu povolání, absolvovat povinnou odbornou praxi atd. K těmto nutným předpokladům je třeba přičíst požadavky spojené s masovým rozvojem telekomunikačních technologií a zdravotnické techniky, a to zejména v oblasti jazykového vzdělání, práce s počítačem, komunikace přes internet, obsluhování přístrojů a použití zdravotnických pomůcek. V neposlední řadě se změna v ošetřovatelství v rámci primární péče týká samotné práce sestry s klientem v oblasti prevence zdraví a s ní spojené edukační činnosti. Pro práci sestry primární péče jsou také velmi důležité charakterové a osobnostní vlastnosti, jako je schopnost empatie, spolehlivost, flexibilita a komunikativnost.

V důsledku popsaného vývoje dochází ke změnám v postavení sestry primární péče ve zdravotnickém systému i ve společnosti. Málo však víme o motivaci a očekávání sester samotných ve vztahu k vykonávání této náročné profese. Pokud lépe poznáme jejich požadavky, pomůže nám to pochopit, proč preferují práci v primární

péči před prací u lůžek. Rozpoznání požadavků a očekávání sester v primární péči nám také může objasnit navazování pracovních vztahů se zaměstnavatelem, resp. lékařem.

Téma bakalářské práce „Požadavky a očekávání sester v primární péči“ mě zaujalo také proto, že o dané problematice je dostupné jen minimum ucelených publikovaných informací, přestože jde o téma značně aktuální. Postavení sestry může do určité míry odrážet postavení ženy ve společnosti obecně. Povědomí o motivaci a očekávání sester v primární péči může vést ke zlepšení komunikace a vzájemného pochopení mezi sestrami a lékaři i ostatní odbornou i laickou veřejností.



## 1 Současný stav

### 1. 1 Charakteristika primární péče

Primární péče byla poprvé definována na mezinárodní konferenci v Alma-Atě v roce 1978. Na této konferenci byla přijata deklarace Základní zdravotní péče jako stěžejní bod k dosažení cíle programu Zdraví pro všechny v roce 2000. Bylo definováno nové pojetí zdravotní péče – primární zdravotní péče s cílem rozvinout základní zdravotní péči jako součást národní péče o zdraví ve spojení s dalšími rezorty (9).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je primární zdravotní péče místem prvního kontaktu s lidmi, které podniká opatření ke zlepšení zdraví v komunitě. Primární péče je koordinovaná, komplexní a individuální péče poskytovaná zejména zdravotníky při prvním kontaktu občana se zdravotnickým systémem. Zahrnuje v sobě činnosti zaměřené na zdravotní výchovu a rozvoj zdraví, prevenci, diagnostiku, léčbu, ošetřování a rehabilitaci se zohledněním bio-psycho-sociálních potřeb jednotlivce. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejlépe sociálnímu prostředí klienta. Primární péče by měla být co nejvíce dostupná, kvalitní a odborná, a také otevřená veškerým zdravotním a sociálním problémům (6, 9, 13).

Deklarace z Alma-Aty se stala návodem pro signatářské země, jak přeorientovat zdravotní systémy směrem k podpoře zdraví, vyrovnaných šancí ve zdravotní péči a zapojení občanů do plánování zdravotní péče a jejích priorit. Vlastní snahou primární péče je rozvoj komunit a posílení jedince. Alma-Atská deklarace vyžaduje všeobecnou dostupnost základní zdravotní péče všem jednotlivcům a rodinám a opírá se o tři základní principy: participace komunity na zdraví, mezioborová spolupráce, rovnost v rozdělování prostředků. Participace komunity představuje aktivní účast lidí v rozhodování ve věcech týkajících se jejich vlastního zdraví. Mezioborová spolupráce v sobě zahrnuje spolupráci různých odvětví při řešení zdravotních problémů společnosti, neboť na lidském zdraví se podílí kromě zdravotnického sektoru i ve větší míře životní prostředí a také rozvoj vědecko-technologického odvětví atd. Rovnost jako třetí základní princip primární péče představuje spravedlivé rozdělování prostředků na

uchování a podporu zdraví. Zdravotničtí a legislativní pracovníci mají často možnost změnit faktory, které negativně ovlivňují zdraví, a zlepšit dostupnost zdravotnických zařízení. Mezi klienty zdravotní péče jsou velké rozdíly. Někteří lidé potřebují více podpory k tomu, aby měli stejnou příležitost být zdraví jako ostatní. Např. lidé na venkově jsou většinou znevýhodněni v přístupu ke zdravotnickým zařízením, zejména sekundárním, která jsou umístěna do velkých měst (13).

Základní zdravotní péče je odrazem ekonomických, společenských, kulturních a politických poměrů konkrétní země. V současné době v důsledku některých nových trendů ve společnosti a ve vztahu ke zdraví narůstá význam primární péče. Populace stárne a tím roste počet chronicky nemocných pacientů (16). Zároveň jsou každoročně vyvíjena nová léčiva a extrémně nákladné medicínské technologie. Tyto trendy mají za následek neustále se zvyšující objem finančních prostředků každoročně utracených za zdravotní péči, a to především ve sféře sekundární a terciární péče. Proto jsou zaváděna opatření, která mají vést k co nejefektivnějšímu využití prostředků ve zdravotní péči.

Jednou z důležitých možností je onemocněním předcházet. Zdravotní politika mnoha států se tak v poslední době zaměřuje na prevenci, podporu a udržení zdraví prostřednictvím primární péče. Ve vyspělých zemích se dosud vynakládalo na primární péči asi jen 16% celkových prostředků na zdravotnictví a v České republice dokonce pouze 5-6 % z celkových výdajů na zdravotní péči (16, 26). I v České republice však dochází k redukci lůžkového fondu nemocnic a postupného přesunu části zdravotnické péče do primární sféry.

Po více než půl století institucionálně zaměřené péče se poskytování zdravotní péče tedy vrací blíže k místům, kde lidé žijí a pracují, tedy do komunit. S tím souvisí termín komunitní zdravotní péče, která je úzce spjatá s primární péčí.

### *1.1.1 Komunitní péče*

Komunita je sociální skupina vymezená společným geografickým územím, stejnými hodnotami a zájmy. Komunitu formují tedy především tři společné prvky: lidé – členové komunity, místo – geografické (nebo časové) určení, funkce – cíle a aktivity

komunity. Členové komunity se navzájem znají a ovlivňují. Funkcí komunity je vytvářet společenskou strukturu, normy, hodnoty a sociální instituce (4, 9).

Cílem komunitní práce je mobilizovat občanskou svépomoc v součinnosti s nejrůznějšími formami státní pomoci a lokálních programů. Ve světě je komunitní práce praktikována již od poloviny 20. století. V České republice se v důsledku různých historických a politických okolností začíná práce v komunitě pomalu rozvíjet teprve od devadesátých let 20. století. Příčinou byla jednak jistá degradace svépomocných aktivit v období komunistického režimu, značná proměnlivost legislativy a financování sociálních služeb a často i nedostatečná informovanost a pasivní přístup obyvatel (9).

V poslední době můžeme pozorovat ve společnosti a zdravotnictví především vyspělých zemí určité trendy, které ovlivňují rozvoj komunitní péče. Dochází ke stárnutí populace a mění se struktura rodiny, narůstá počet rozvodů, ženy mají vysokou zaměstnanost, rodí se méně dětí a lidé se častěji stěhují. Narůstá tedy počet osob žijících osamoceně a neúplných rodin. Navíc pacienti jsou aktivnější, jsou si vědomi svých práv, jsou mnohem lépe informováni (především díky internetu) a vyžadují tak aktivní účast na péči. V posledních letech je také stále častější využití informačních a telekomunikačních technologií v řízení diagnostiky a léčby v terénu (domácí výživa, peritoneální dialýza, infuzní pumpy, signalizační systémy). S těmito technologiemi souvisí a pracuje telemedicína, resp. telenursing (9).

Komunitní péče zahrnuje spektrum zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných občanům či skupinám určité komunity. Zaměření zdravotní péče na komunitu je v souladu s prioritami Světové zdravotnické organizace posledních let. Zdravotní péče má být orientovaná na podporu zdraví, prevence a včasného screeningu onemocnění a posilování komunitních aktivit pro zdraví (23).

Velmi diskutovaným a problematickým je vztah primární a komunitní péče. Oba termíny se mnohdy zaměňují. Často je primární péčí míněna jen péče poskytovaná v ordinaci praktického lékaře při prvním kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem. Při současném trendu přenést maximum zdravotní péče do komunity se komunitní péče stává vlastně jednou z možností realizace primární péče, doplňuje akutní institucionální péči a vytváří alternativu specializované péče na regionální úrovni. Proto se součástí

komunitní péče stává i péče sekundární a terciární a péče preventivní. Komunitní péče je založena na participaci všech zúčastněných stran a využívání všech zdrojů (jednotlivec, komunita, obec, veřejné zdroje). Cílem je pak poskytovat maximum péče v domácím prostředí a umožnit co možná nejdelší setrvání v komunitě i při zdravotním či jiném postižení. Kromě zdravotních a sociálních služeb zahrnuje komunitní péče i služby psychologické, duchovní a paliativní. Mezi instituce poskytující zdravotní služby v rámci komunitní péče patří ambulance praktických lékařů, agentury domácí péče, ambulantní gynekologové a stomatologové, dále lékařské služby první pomoci, komunitní ošetrovatelské ústavy, stacionáře a nejrůznější centra pro specializovanou péči. Sociální služby v komunitní péči pak zahrnují zejména pečovatelskou službu, osobní asistenci, denní stacionáře, domovy pro seniory, chráněné bydlení, azylové domy, sociální poradny a další (9).

Cílové skupiny, na které se komunitní péče zaměřuje, se přirozeně liší s ohledem na aktuální stav zdravotní péče a celkový charakter regionu. V rozvojových zemích je dostupnost institucionální zdravotní péče velmi špatná. Zásadní význam pak může mít osvěta obyvatel prostřednictvím komunitní intervence terénním zdravotníkem, který zapojí uvědomělé příslušníky komunity do prevence a časně diagnostiky nemocí. Tímto způsobem je například organizována komunitní intervence se snahou o redukci morbidit a mortality u dětí postižených malárií v subsaharské Africe (11). V rozvinutých zemích se komunitní péče zaměřuje na etnické menšiny a v poslední době stále více na tělesně či mentálně postižené a především na rostoucí populaci seniorů. Probíhá řada studií, jejichž cílem je najít příčiny a řešení odlišné nemocnosti a dostupnosti péče u příslušníků minoritních etnik, obyvatel venkova či odlehlých oblastí a lidí s nízkým socioekonomickým standardem (5, 12, 22). Ve vyspělých státech včetně západní Evropy hrají velkou roli v komunitní péči komunitní ošetrovatelské ústavy, stacionáře a nejrůznější specializovaná centra (centra pro seniory, denní kliniky pro HIV pozitivní pacienty, rehabilitační centra pro tělesně postižené či domy mentálního zdraví). Kromě toho je rozvinutá domácí péče a pečovatelská služba. Snaha o zefektivnění zdravotní péče probíhá celosvětově formou nejrůznějších studií a terénních výzkumů. Jsou například zkoumány možnosti využití všech složek

zdravotního systému včetně komunitních institucí a sester na reintegraci pacientů po cévní mozkové příhodě, dále efekt preventivních návštěv zdravotníka na snížení akutních příjmů seniorů do ošetrovatelského ústavu a optimální modely personálního zajištění zdravotnických zařízení primární a komunitní péče (1, 3, 27). V českých podmínkách zdravotní služby v rámci komunitní péče představují v širší míře především ordinace praktických lékařů a agentury domácí péče, zatímco stacionáře, specializovaná denní centra a komunitní ošetrovatelské ústavy jsou zastoupeny velmi málo (9).

Převážnou část zdravotních služeb poskytovaných v rámci komunitní péče tvoří péče ošetrovatelská. Komunitní sestra má většinou úlohu zprostředkovatele zdravotní a ošetrovatelské péče, a to zejména pro vulnerabilní členy komunity (senioři, zdravotně postižení, zástupci minoritních etnických skupin). Kromě toho se sestra podílí na edukaci v komunitě, na sběru dat a výzkumné činnosti a koordinaci péče. Sestra je tedy důležitou členkou multidisciplinárního týmu, který hodnotí možnosti komunity, zvažuje rozvíjení komunitních zdrojů a pomáhá tak zajistit komplexní péči o obyvatele komunity (9).

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že cílem komunitního ošetrovatelství je zejména prevence vzniku nemocí a ochrana, udržování a podpora zdraví. Proto zde kromě terapeutických zásahů hrají důležitou roli i aktivity poradenské, edukační a manažerské se zaměřením na komunitu jako celek, či na rodiny a jednotlivce. Komunitně orientované ošetrovatelství se od tradičního ošetrovatelství liší v mnoha zásadních aspektech. Tradiční ošetrovatelství se primárně zaměřuje na jednotlivce a cílovou populací jsou nemocní, vyžadující zdravotnickou péči, která se pak realizuje nečastěji formou institucionální péče. Úloha sestry je v tomto tradičním pojetí poměrně úzce specializovaná a zaměřená na ošetrování jednotlivce, nejčastěji v rámci hospitalizace. Komunitní ošetrovatelství se zaměřuje na zdraví celé populace, zejména na rizikové a závislé skupiny. Charakteristický pro něj je týmový přístup. Působí i mimo instituce zdravotnické péče, tedy všude tam, kde jsou lidé. Komunitní sestra pak pracuje relativně nezávisle, komunikuje s dalšími sektory souvisejícími s péčí o zdraví a má širší kompetence. V ošetrovatelské praxi se snaží identifikovat rizikové skupiny a zapojit členy komunity či rodiny do ošetrovatelského procesu (4).

### *1.1.2 Současný vývoj role sestry*

Zdůrazňováním nových trendů v ošetrovatelství a se vznikem reformy celého systému zdravotnictví se přeměňuje také role sestry, která se stává stěžejní postavou ve vytvářejícím se novém systému zdravotní péče. Nová role sester je více zaměřená na zdravotní výchovu. Důraz je kladen na prevenci nemocí a na podporu zdraví, které je předpokladem plnohodnotného života. Preventivní strategie může být cílena na celou populaci, na jednotlivé komunity nebo na jednotlivce. Prvořadá odpovědnost za zdraví zůstává na každém člověku. Sestra zaujímá aktivní část v poskytování ošetrovatelské péče, řídí ošetrovatelskou činnost, pomáhá jedincům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat fyzické, psychické a sociální pohody a pomáhá jim jí udržovat ve vazbě na prostředí, v němž žijí a pracují (30, 9, 10).

Aby sestry měly kompetence k výkonu samostatného povolání a řízení ošetrovatelské péče za spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu, bylo potřeba přezkoumat a pozměnit legislativu a profesní předpisy. Zásadní význam měla Mnichovská konference, která se konala v roce 2000. Na této druhé konferenci ministrů se jednalo zejména o klíčovém postavení sester a porodních asistentek a jejich významné roli ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a v komunitním rozvoji. Ve výchozích bodech Mnichovské deklarace ministři definovali základní cíl zdravotní politiky: „Vyřešit úkoly veřejného zdravotnictví naší doby a zabezpečit poskytování vysoce kvalitních, dostupných, spravedlivých, efektivních a citlivých zdravotnických služeb, které zaručí kontinuitu péče a které budou odpovídat právům lidí a jejich měnícím se potřebám.“ (31, s. 51) Dále se shodli na tom, že musí být vytvořen legislativní regulační rámec, identifikovali klíčové a důležité role sester, jak si počínat aktivně při podpoře zdraví a komunitního rozvoje.

Definice role sestry zahrnuje řízení a poskytování ošetrovatelské péče jednotlivcům, rodinám a skupinám. Sestra jim pomáhá dosáhnout a udržet jejich fyzický, mentální a sociální potenciál ve vazbě na prostředí, v němž pacienti žijí a pracují. Rozvíjí a podporuje faktory udržující zdraví a tím předchází nemocem. Sestra hodnotí, plánuje, poskytuje a vyhodnocuje svoji profesionální péči v průběhu nemoci

a rekonvalescence, což zahrnuje bio-psycho-sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost (invaliditu) a umírání. Péči může sestra vykonávat v nemocnicích a v komunitách. Je oprávněna pracovat samostatně a jako členka zdravotnického týmu. Je odpovědná za svá rozhodnutí a jednání. Dále sestra podporuje vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit do všech forem zdravotní péče a zároveň podněcuje k sebedůvěře a samostatnému rozhodování při vytváření zdravého životního prostředí. Definice charakterizuje sestru schopnou kompetentního profesionálního rozhodování, která má formální oprávnění podle svého rozhodnutí postupovat. Za vykonanou práci přijímají profesionální i osobní hodnocení a odpovědnost. Sestra se snaží spolu s pacienty a jejich rodinami a také s multidisciplinárním týmem o navrácení zdraví v maximálně možné úrovni, prosazuje právo pacientů si svobodně zvolit, zda se budou podílet na rozhodování o vlastní péči. Sestra také spolupracuje se zdravými jedinci, rodinami a skupinami ve společnosti při prevenci chorob a ochraně zdraví (7, 8, 14).

## **1. 2 Primární péče v České republice**

Ošetrovatelství orientované na zdraví obyvatel není novou záležitostí. Již od počátku svého vzniku byla lidská populace pronásledována celou řadou nemocí, celou řadou příčin poškozování zdraví. Proto se lidé snažili už od počátku své existence různými způsoby bojovat proti smrti, bolesti, utrpení a nemocem.

Již v období 16. století vznikaly jako opatření proti epidemiím územní spády (obvody), v jejichž čele byli úřední lékaři. V roce 1888 byl vydán zemský zdravotní zákon pro Čechy, podle něhož obce nad 6000 obyvatel musely ustanovit a platit nejméně jednoho obecního lékaře. Menší obce se musely sdružit a stanovit lékaře obvodního. Uvedení lékaři měli velmi široké povinnosti, které pokrývaly celou oblast medicíny, od prevence až po dozor nad porodními bábami. Na postavení praktických lékařů měl značný vliv zákon z roku 1888 o povinném nemocenském pojištění pro všechny dělníky, úředníky a event. další kategorie osob. Trend zakládání řádných lékařských ordinací nastává od počátku 20. století (18).

Po vzniku první republiky se u nás v souladu s předními evropskými trendy vyvinul systém rodinných lékařů. Zabezpečovali široké spektrum lékařských služeb pro své pacienty. Tento systém pokrýval potřeby péče na velmi dobré úrovni, takže zdravotní stav obyvatel se velice zlepšil a pod řízením ministerstva veřejného zdravotnictví docházelo k dalšímu rozvoji primární péče.

Přesto po celé meziválečné období bylo možno pozorovat nesoulad mezi preventivní péčí a léčebnou péčí poskytovanou soukromými, pokladenskými a úředními lékaři, často v jedné osobě. V tehdejší Československu patřil systém nemocenského pojištění k nejlepším v Evropě. Za první republiky existovala jediná zdravotní pojišťovna, které se říkalo pokladna. Jejími pojištěnci byli všichni občané státu. Ale přispívali do ní pouze výdělečně činní občané a s nimi byly pojištěny i jejich ženy, které nikdy nepracovaly, a jejich děti. I když se poměry v rámci společnosti lišily, k velkým problémům nedocházelo. Systém byl nastaven dobře a fungoval. Soukromé tarify odborných lékařů dosahovaly dvojnásobku tarifů praktických lékařů, ale v pokladenské praxi byly honoráře stanoveny smluvně, u mnoha pojišťoven paušálně (18).

Během druhé světové války tento způsob zanikl. Po roce 1948 byl převzat sovětský zdravotní systém upřednostňující ambulantní specializovanou péči. V primární péči tak pracovali obvodní/závodní lékař, obvodní pediatr a gynekolog. Ambulantní specialisté a praktičtí lékaři byli soustředováni do poliklinik, kde měla být poskytována komplexní péče. Zpočátku tento systém vykazoval některé přednosti, avšak později se začaly projevovat jeho nedostatky, což mělo nepříznivý vliv na rozvoj oboru. Byla zrušena svobodná volba lékaře, a tím došlo k vážnému narušení důvěry mezi pacientem a praktickým lékařem. Kontinuita zdravotní péče byla vážně narušena, neboť se rozdrobila zodpovědnost za zdravotní péči o různé členy rodiny mezi pediatry a závodní lékaře. A specialisté přebírali do své péče pacienty, aniž by k tomu měli indikace. „Tyto skutečnosti, spolu s odmítáním evropských trendů v primární péči, vedly k degradaci oboru téměř na bazální úroveň. Neoblíbené posty obvodních lékařů se často staly konečnou pro lékaře, kteří selhali nebo byli za trest, z různých (často i politických) důvodů, odesláni pracovat do terénu. V té době práci závodního či obvodního lékaře mohl vykonávat kterýkoliv lékař po promoci nebo po krátkém zaškolení.“ (18, s. 21).



Renesance oboru nastala po důležité konferenci WHO v Alma-Atě v roce 1978, kde byly stanoveny priority primární péče s důrazem na praktické lékařství. Následkem toho ve stejném roce vznikl v České republice samostatný obor všeobecného lékařství se specializační přípravou, která je zakončena povinnou atestační zkouškou na Katedře všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Po roce 1989 nastaly v primární péči radikální změny. Došlo k rozpuštění bývalých okresních a krajských ústavů národního zdraví a k založení České lékařské komory, byl zaveden systém zdravotního pojištění a objevila se možnost privatizace ordinací a možnost svobodné volby lékaře. V rámci integrace České republiky do Evropské unie je v oblasti rozvoje primární péče nutné považovat za zásadní studii PHARE. Jedná se o zdravotnický projekt s podporou Evropské unie, který se soustředil na oblasti zdravotnického managementu primární péče, zajišťování kvality poskytované péče, kontinuálního vzdělávání, rozvoje domácí péče a komunitní integrované péče. Je zdůrazněna klíčová a nezastupitelná role primární péče pro správné fungování celého zdravotnického systému. Posilování role praktických lékařů je důležité nejen pro udržení přijatelné hospodárnosti při rostoucím objemu poskytovaných služeb, ale i z hlediska potřeby udržování a zvyšování kvality poskytované péče. Stále je diskutovaný vznik rodinných lékařů v ČR a otázka zavedení řízeného přístupu ke specialistům (gatekeeping). Na legislativní vymezení primární péče, řešení problémů lékařské služby první pomoci a podpory primární péče, a zejména na změnu objemu prostředků pro tento segment zdravotní péče, se čeká (18, 25).

V rámci aktuálního strategického programu z května 1998 chce WHO realizovat vizi „Zdraví pro všechny“, kterou zahájila konference v Alma – Atě. Zmíněná vize určila globální priority a deset cílů pro první dvě desetiletí jedenadvacátého století, které vytvoří podmínky k dosažení a udržení nejvyšší možné úrovně zdraví lidí na celém světě. Program WHO pro evropský region ZDRAVÍ 21 má čtyři základní součásti, které jsou stanoveny obecně pro Evropu. Jednotlivé státy jej pak konkretizují a přizpůsobí na své podmínky (sociální, politické, ekonomické aj.), dle lokální situace a svých možností definují konkrétní úkoly a odpovědnost za jejich plnění, volí aplikační metody, stanoví administrativní a organizační záležitosti realizace programu (32, 33).

Se zaměřením zdravotní politiky státu, která představuje souhrn politických aktivit ovlivňujících zdraví a kvalitu života jedinců, skupin a komunit, úzce souvisí rozvoj komunitní zdravotní péče a komunitního ošetřovatelství. Hlavní úlohu v zajišťování a udržování zdraví obyvatel má sestra, která vystupuje jako zprostředkovatel zdravotní a ošetřovatelské péče pro členy komunity, především pak pro rizikové skupiny. Další významné role sestry vycházejí z rozmanitých činností, které sestra vykonává: edukace jedince a komunity, případový management, sběr dat a výzkum, koordinace péče mezi provozovateli, poskytování specifických intervencí ošetřovatelské péče. Tyto sesterské činnosti jsou u nás stále společensky i rezortně nedoceny, neboť v České republice je stále ve velké míře zdravotní péče zaměřena na sekundární sektor zdravotní péče, tj. na velké nemocniční instituce. Systém primární zdravotní péče, který je součástí komunitní péče, není zdaleka tak rozvinutý jako ve většině zemí západní Evropy. Komunitní péče se v kontextu českého zdravotnictví a sociální péče rozvíjí teprve v posledních letech. Z oblasti zdravotní péče sem můžeme plnohodnotně zařadit pouze agentury domácí péče a ordinace praktických lékařů (9).

### **1. 3 Poskytovatelé primární péče v České republice**

Primární zdravotní péče v České republice je zajišťována praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost, agenturami domácí péče, ambulantními gynekology, stomatology, lékařskou službou první pomoci a lékárnami. Tyto poskytovatele charakterizuje přímá dostupnost pro občany, kteří danou péči a pomoc potřebují.

V České republice pracuje ve zdravotnictví celkem 40 000 lékařů a 110 000 sester. V průměru připadá na 10 000 obyvatel 39 lékařů. Ve státních zařízeních pracuje okolo 20 % lékařů a 26 % sester, v zařízeních územních orgánů (zřizovatel: kraj, město, obec) 23 % lékařů a 35 % sester (18).

V ambulantní péči je zaměstnáno nyní téměř 29 000 lékařů a více než 55 000 sester. V průměru tak připadá na 10 000 obyvatel 28 ambulantních lékařů. Z celkového

počtu ambulantních lékařů pracuje jedna třetina v ambulantních částech lůžkového zařízení a zbývající dvě třetiny v samostatných ambulantních zařízeních.

V průměru připadá 1550 registrovaných pacientů na 1 úvazek lékaře. A svého praktického lékaře navštíví registrovaný pacient v průměru 6-7krát za rok. Praktický lékař během své osmihodinové pracovní doby v průměru ošetří 45 pacientů (18). Obor praktické lékařství plní nezastupitelnou úlohu primární složky poskytované péče v systému zdravotnictví v České republice. Moderní primární péče vyžaduje vysokou úroveň kompetencí, spolupráci a sdílení péče všech poskytovatelů. Se změnami, které s sebou přináší přijetí evropské legislativy, se budou neustále zvyšovat nároky ve všech oblastech primární péče, včetně oprávněných požadavků na vysokou odbornou kvalifikaci všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Práce sestry v ordinaci praktického lékaře zahrnuje tři charakteristické skupiny činností. První skupinu tvoří práce asistentky lékaře při zajišťování diagnosticko – terapeutických činností, které vyplývají z ordinace lékaře. Mohou to být odběry biologického materiálu, aplikace léků, provádění jednoduchých vyšetřovacích metod: vyšetření moče, EKG, provedení FW). Druhou skupinou je samostatná činnost sestry, která zahrnuje sběr informací, tedy anamnézu. Sestra získává informace o klientovi, jeho rodinném a sociálním zázemí, informuje lékaře o okolnostech, které mohou zkomplikovat zajištění léčebného režimu, spolupracuje se sociálními službami a agenturami domácí péče. Dále vyhledává rizikové skupiny obyvatelstva, zajišťuje jejich dispenzarizaci a následnou péči o tyto skupiny. Třetí neméně důležitou skupinou je administrativní činnost sestry. Je v ní zahrnuto vedení dokumentace klientely, neboť každá návštěva klienta musí být zaznamenána. Důležitá je i administrativní povinnost vůči zdravotním pojišťovnám a administrativní povinnost v souvislosti s vystavením pracovní neschopnosti a poskytnutí sociálních dávek. Ostatní administrativa se odvíjí od nutnosti provozu ordinace a požadavků lékaře. V pracovní náplni sestry praktického lékaře je vykazována návštěvní služba v rodinách a terénu, která je důležitá také z hlediska získávání informací o sociálním zajištění klienta a preventivní péče o svěřenou skupinu obyvatelstva. Sestra pracující v terénu zajišťuje důslednou výchovně - preventivní činnost (edukační) podle nejnovějších požadavků WHO a úkolů sester v oblasti podpory zdraví a zdravotní

výchovy. Zdravotní výchova může být provedena formou individuálního rozhovoru s klientem při návštěvě ordinace nebo formou hromadné edukace. Sestra využívá zásady edukačního procesu s využitím přednášky, vytváření plakátů, brožur atd. (29).

Závěrem této kapitoly bych se ráda zmínila o novince, která by mohla napomoci lepší organizovanosti sester v primární péči. Jde o nově založená sekce primárních sester, která vznikla pod záštitou České asociace sester dne 29.3. 2008. Sdružuje všeobecné sestry pracující mimo velká zdravotnická zařízení, v ordinacích a ambulancích praktických lékařů a lékařů specialistů v primární péči. Tato sekce bude informovat o vzdělávacích akcích a legislativě, která se bude vztahovat na zdravotnické nelékařské profese. Na základě požadavků členek sekce primárních sester se vzdělávací akce konají v odpoledních hodinách nebo o víkendech (24).

### *1.3.1 Oblasti primární péče*

Konference v Alma-Atě stanovila čtyři oblasti primární péče, kterými jsou domácí péče, komunitní péče, zdravotnické zařízení prvního kontaktu a stupeň prvního odeslání. Ve všech čtyřech úrovních primární péče se práce sestry liší pouze v jednotlivých způsobech poskytované péče. Pro sestry primární péče, stejně jako pro ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky, je základem pro práci zákon č. 96/ 2004 Sb., který vymezuje kompetence nelékařských zdravotníků, jejich způsobilost k výkonu povolání, organizaci a způsob vzdělávání zdravotnických profesionálů (2, 13).

Domácí péče zahrnuje léčebné a ošetrovatelské úkony v domácím prostředí. Terénní ošetrovatelství je součástí první úrovně primární péče, kdy se člověk sám stará o své zdraví, může to být za pomoci rodiny, blízké osoby nebo zdravotnického pracovníka. Odborná ošetrovatelská činnost je zabezpečována agenturami domácí péče, které tvoří samostatnou funkční jednotku v síti zdravotnických zařízení. Úlohou agentur domácí péče je poskytovat komplexní ošetrovatelskou činnost v domácím prostředí. Je poskytována profesionálními zdravotníky, kteří pracují samostatně. Péči poskytují klientům všech věkových skupin. Domácí péče je určena nemocným, jejichž doléčování

není podmíněné hospitalizací, dále pro případy akutního onemocnění, které nevyžaduje ústavní péči, chronicky nemocné a umírající. Také v domácí péči se využívá ošetrovatelského procesu, jehož důležitou součástí je kvalitní dokumentace včetně anamnézy. Domácí péči zajišťují některé agentury 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Domácí péče spolupracuje s dalšími zdravotnickými zařízeními, jako jsou ambulance, nemocnice, ústavy. Domácí péče je dnes zastoupena ve všech regionech ČR a nadále se úspěšně rozvíjí (9, 10).

Komunitní péče se soustřeďuje na zdravotní potřeby komunity. Práce sestry se týká vyhledávání nemocí, kontroly infekčních onemocnění a zdravotní péče u rizikových skupin obyvatel, například dětí. Jedná se o novou dimenzi v kompetencích sestry, kde je kladen důraz na samostatnou činnost sestry. Hlavním úkolem sestry je aktivní vyhledávání potřeby ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Další hlavní náplní je edukační činnost sestry, která je zaměřena na ochranu zdraví, prevenci onemocnění, výchovu ke zdraví s důrazem na péči o své zdraví. Je zde zahrnuta edukace členů rodiny a přátel pacienta, kteří získávají vědomosti a dovednosti v oblasti laické ošetrovatelské péče. Součástí komunitní péče je paliativní péče. Je zaměřena na snížení bolesti a symptomů u onemocnění, které již nemůžeme léčit. Zahrnuje i řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných. Hospicová péče je zaměřena na zmírnění příznaků nemoci u terminálně nemocných. Tato péče podtrhuje úctu k životu a snaží se zajistit maximální kvalitu života umírajícímu člověku, poskytuje kvalitní péči a podporu nemocným a jejich rodinám. Probíhá v lůžkových zdravotnických zařízeních, ale i doma ve spolupráci s rodinou, např. domácí hospic Cesta domů v Praze (9, 10).

Zdravotnická zařízení prvního kontaktu jsou další úrovní primární péče. Všechny poskytovatele primární péče charakterizuje přímá dostupnost pro občany požadující danou péči a pomoc. Většina těchto zdravotnických zařízení patří do soukromého sektoru.

Odborné ambulance jsou zahrnuty do čtvrté úrovně primární péče, kdy je pacient odeslán k vyšetření odborným lékařem nebo k laboratornímu vyšetření. Velká část odborných ambulancí též spadá do soukromého sektoru.

## 1. 4 Současná koncepce ošetrovatelství

Významným krokem ve vývoji českého ošetrovatelství bylo schválení Koncepce českého ošetrovatelství v roce 1998. Koncepce definuje obor ošetrovatelství a vymezuje jeho cíle, předmět zájmu ošetrovatelství jako vědy, hlavní úlohy, síť pracovišť, pracovníků, řízení oboru a zaměření výzkumu. K nové aktualizaci Koncepce ošetrovatelství v České republice došlo v roce 2004. Koncepce vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie. Dokumenty těchto organizací určují další směr a vývoj ošetrovatelství ve 21. století. Dochází k registraci zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu bez odborného dohledu. Vznik registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je dán zákonem 96/2004 Sb. Hlavním cílem registrace je ochrana veřejnosti, která spočívá na principu zvyšování kvality poskytované péče prostřednictvím celoživotního vzdělávání, průběžného obnovování, zvyšování, prohlubování a doplnění vědomostí, dovedností a způsobilosti, což vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Vysoká kvalita poskytované péče napomáhá ke zvyšování úrovně a prestiže nelékařských zdravotnických profesí. Tak se z pomocníka lékaře a jeho asistenta sestra a jiní nelékařští pracovníci stávají samostatnými odborníky v oblasti uspokojování potřeb pacienta v oblasti zdraví a s tím související péče. Je kladen důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrojícího personálu. Vyhláškou 424/2004 Sb., která byla novelizována vyhláškou 401/2006 Sb., jsou stanoveny činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Jsou určeny činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat i bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Také je vyzdvihován význam vzdělání ošetrojícího personálu. Zásadní změnu v tomto ohledu přinesl již výše zmíněný zákon 96/2004 Sb. Odbornou způsobilost k výkonu povolání získává všeobecná sestra absolvováním bakalářského studijního oboru všeobecná sestra nebo oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Do praxe se zavádí ošetrovatelský proces a ostatní dokumentace, která vede k mapování péče ošetrovatelského personálu při práci se zdravým a nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. Ošetrovatelská péče má svůj

management. Její kvalita je určována podle ošetrovatelských standardů, kontrola probíhá formou auditů. Rovněž se rozvíjí výzkum v ošetrovatelství, který vede ke zkvalitnění poskytované péče. Systematické používání této koncepce by se mělo odrazit ve zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v ústavní, ambulantní a domácí péči, v pevném zakotvení v integrované a paliativní péči, ale i v komunitní ošetrovatelské péči v oblasti prevence a výchovy ke zdraví (21, 20, 31).

Hlavní cíle nové koncepce ošetrovatelství jsou zaměřeny na zdraví a na nemoc. Zaměření na zdraví vyzdvihuje vlastní péči jedince o zdraví, podtrhuje prevenci onemocnění. V zaměření na nemoc se tato koncepce snaží předcházet komplikacím, snížit negativní vliv nemoci na celkový stav člověka a také řešit potřeby lidí s porušeným zdravím (13, 17). Ošetrovatelství je tedy zaměřeno nejen na ošetrování nemocného člověka, ale hlavně na prevenci vzniku chorob. Preventivní zaměření ošetrovatelství se odráží v primární prevenci, která je zaměřena na výchovu ke zdravému způsobu života. Dále v sekundární prevenci, kde je kladen důraz na eliminaci komplikací a recidiv onemocnění u rizikových osob. V terciární prevenci dbáme na zabránění komplikací při již probíhajícím onemocnění (30, 8).

#### *1.4.1 Obraz všeobecné sestry ve společnosti*

Nedávná studie na téma „Mění se role sestry“ se zamýšlí nad změnami role sestry, ke kterým dochází v dnešním systému zdravotní péče. Autoři zde poukazují na zkreslené podání sesterské profese v televizních seriálech. Přibližují nám tradiční role sestry a také novou profesní roli sestry (34).

Obraz sestry v očích veřejnosti je často deformován sdělovacími prostředky. Např. v televizních seriálech je často sestra vykreslena jako nekompetentní osoba, která i ty nejbanálnější věci potřebuje vysvětlit, jindy jako člověk, který se stopkami v ruce měří přípravu infúzí, a nebo jako osoba, která má jediný cíl - najít si mezi lékaři partnera. Tyto představy jsou dané tradicí, zkušenostmi, výchovou a obtížně se mění. Člověk, který zažil bezmocnost ví, co pro něho znamená pomoc a pochopení druhé

osoby, a tudíž chápe práci sester jinak. Bohužel děkovné dopisy těchto lidí najdeme v denním tisku spíše výjimečně. Zprávy o sestřích, pokud se už objeví v médiích, vypovídají pouze o jejich pochybeních a stížnostech na ně. V ostatních případech nejsou pro tisk zajímavé, pokud je neprezentuje odborný zdroj. Sestrám nezbyvá, než převzít iniciativu do svých rukou a už se nespolehat na pomoc zvenku. Tradiční role sestry představuje sestru jako osobu, která plně respektuje autoritu lékaře, plní jeho příkazy, umí vyřešit všechny lékařovy technické problémy a je vždy připravena mu pomoci. V podstatě se jedná o podřízenou roli. Sestra tak často vykonávala mnoho prací, u nichž nemocný nebyl přítomen (nepřímá péče). Vůči pacientovi se chová vzorně, vstřícně, umí si vždy se vším poradit, ošetřuje a edukuje pacienta. Nestěžuje si, všechno zvládne a dokáže zaskočit za každého.

Tradiční pojetí role se však mění. V dobře organizovaném a řízeném ošetrovatelském týmu je tendence zbavit sestru činností v nepřímé péči a svěřit je jiné kategorii pracovníků. Cílem je dát sestře více času pro přímou péči s nemocným. V nové roli sestry se nám objevuje vzdělaná sestra, manažerka, která aktivně upozorňuje na nedostatky, poukazuje na to, že vše zvládnout nedokáže a že potřebuje pomoc. Ve vztahu k pacientovi hájí práva nemocných, respektuje jejich důstojnost, provádí individualizovanou péči, holistickou péči, zachovává a rozvíjí samostatnost nemocného atd. Ve vztahu k lékaři se role sestry mění. Díky kvalitnímu vzdělání sestry přebírají funkce, které dříve patřily do kompetence jiných specialistů. Jako příklad lze uvést edukaci diabetiků, léčbu chronických ran, péči o stomii. Odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti sestra získává absolvováním certifikovaného kurzu. Pokud má být sestra respektovanou profesí, vyžaduje tudíž její nová role vyšší samostatnost a odbornost v kvalitní základní péči o nemocné a vystoupení z anonymity (34).

Sestra z pohledu ošetrovatelství je osoba, která úspěšně dokončila studijní program ošetrovatelství, obor všeobecná sestra, a získala profesní kvalifikaci. Je registrována a je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi (13).

Práce všeobecných sester je posláním pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám a dosahovat jejich maximálního tělesného, psychického a sociálního uspokojení v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují (9).



Proto je třeba, aby sestry měly potřebné kompetence k vykonávání specifické činnosti vedoucí k podpoře a uchování zdraví, a zabránily tak vzniku onemocnění. Při poskytování péče v průběhu onemocnění a rehabilitačního ošetřovatelství dbají na všechny bio-psycho-sociální aspekty života, které mohou působit na zdraví, nemoc, postižení a umírání. Podporují sebedůvěru a soběstačnost jedinců, jejich rodin, přátel i celé komunity a jejich zapojení do péče o zdraví. Pracují samostatně a nesou odpovědnost za poskytovanou péči.

Hlavní náplní práce všeobecné sestry je ošetřovatelská činnost bez odborného dohledu a bez indikace. Nejvýznamnější roli zastávají všeobecné sestry v úloze lidského, empatického a odborně erudovaného člověka při poskytování ošetřovatelské péče. Dobrá a zkušená sestra umí komunikovat s pacienty, vyslechne je a poradí jim. Často je prostředníkem mezi lékařem a pacientem (13, 31, 32). Sestra během své práce vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů, dále má schopnost zajistit nemocnému pocit jistoty a je emocionálně neutrální čili je schopná svou emocionalitu vždy podřídit racionální kontrole. Evropská konference o ošetřovatelství deklaruje změny role sestry rozšířením jejich činností a možností účastnit se rozhodování a plánování zdravotní péče na všech úrovních. Má se více orientovat na podporu zdraví a komunitní ošetřovatelskou péči. Všeobecně sestra plní role poskytovatelky ošetřovatelské péče, která zahrnuje holistické chápání jedince a skupiny. Další její rolí je role manažerky, která má za následek koordinovanou a efektivní péči. Roli sestry edukátorky zahrnuje utváření a formování uvědomělého a zodpovědného přístupu jedince i skupiny ke svému zdraví. Sestra plní roli advokátky, která obhájí pacienta, jeho zájmy, prezentuje jeho práva, překládá a tlumočí jeho názory. Sestra jako nositelka změn představuje hnací sílu změn v ošetřovatelství, jinak by obor stagnoval. Role výzkumnice předpokládá vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v oblasti ošetřovatelství. Sestra mentorka zodpovídá za klinický dohled nad studenty ošetřovatelství (2). Sestra v primární péči naplňuje uvedené role specifickými intervencemi.

#### *1.4.2 Úloha všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře*

Změny, které s sebou přináší přijetí evropské legislativy, zvyšují nároky ve všech oblastech primární péče, včetně požadavků na odbornou kvalifikaci všeobecných sester v ordinaci praktického lékaře. Je velmi těžké najít literaturu, která by popisovala práci sestry v ambulanci. Profil práce všeobecné sestry v rozsahu její odborné způsobilosti, bez odborného dohledu a bez indikace lékaře zahrnuje poskytování zdravotní péče v souladu s právními předpisy a standardy, dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vedení zdravotnické dokumentace. Dále všeobecná sestra poskytuje pacientovi informace v souladu se svou způsobilostí, případně tlumočí pokyny lékaře. V případě školicí praxe vzdělává další zdravotnický personál, podílí se na přípravě standardů praxe, zajišťuje ochranné pomůcky, dostatečné zásoby, jejich dezinfekci, případně sterilizaci. Také zajišťuje potřebný zdravotnický materiál na běžná ošetření v ordinaci, zajišťuje dostatečné množství používaných tiskopisů v ordinaci, sleduje chod přístrojů a zařízení nutných pro chod ordinace, zařizuje nutné opravy, pravidelné kalibrace. A také vytváří estetické a pozitivně působící prostředí v čekárně (obrázky, časopisy, osvětla, ale také větrání, světlo, teplota, pohodlí, časté kontakty s čekajícími klienty) (29, 14).

Bez odborného dohledu a bez indikace lékařem, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem samostatně provádí sběr anamnestických údajů a dat, vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, včetně jejich dalších rizikových faktorů. Dále do její kompetence patří sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí pacienta, vyhodnocení průběžných záznamů o pacientech, změny stavu pacientů, vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou z kapilární krve, semikvantitativními metodami. Dále je to hodnocení a ošetření celistvosti kůže, ošetření chronické rány, stomie, permanentní katétry, centrální i periferní žilní vstupy. Provádí rehabilitační ošetřovatelství v rozsahu polohování, posazování, dechových cvičení, metody bazální stimulace, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacientů, edukuje pacienty, případně jejich blízké, připravuje informační materiály. Také připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným

procedurám. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, spolupracuje se sociálními pracovníky, poskytuje rady v oblasti sociálně právní. Poskytuje psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým. Přejímá, kontroluje, manipuluje a ukládá léčivé přípravky, včetně návykových látek, zajišťuje jejich dostatečnou zásobu.

Sestra dále provádí ošetrovatelskou péči, podílí se na léčbě pacientů podle diagnózy pacienta a indikace lékaře. To v praxi znamená, že provádí návštěvní službu ve vlastním sociálním prostředí pacienta, podává léčivé přípravky, s výjimkou nitrožilních injekcí a infuzí u novorozenců a dětí do tří let věku, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a provádí jeho orientační vyšetření, ošetřuje akutní pooperační rány, včetně drénů, provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek ve věku od 10 let, pečuje o močové katetry u všech pacientů, provádí výplach močového měchýře. Provádí výměnu a ošetření tracheotomické kanyly, zavádí nasogastrické a jejunální sondy (29, 14).

Následující řádky vyjadřují názor praktické lékařky, jaká by měla sestra v ordinaci být, co se dovedností a chování týká. Ideální sestra v ordinaci je vzdělaná profesionálka, která hravě a spolehlivě zvládá každodenní problémy v praxi. Snaží se o vyšší kvalitu praxe a nepostrádá komunikační dovednosti, zároveň je loajální ke svému lékaři. Její kompetence se odvíjejí od míry kvalifikace a praxe, ale důležité jsou i její morální vlastnosti (empatie, zodpovědnost, spolehlivost). „Konkrétní kompetence se různí v jednotlivých ordinacích, neboť nejsou pevně dány a vynikají postupně během let spolupráce.“ (29, s. 94)

Ideální sestra má organizační schopnosti, zvládá práci na PC, ovládá nejméně jeden světový jazyk, vyzná se v administrativě, dobře ovládá běžné přístroje (EKG, Holter atd.) a celoživotně se vzdělává (10).

Sestra jako blízký člověk pacientů by měla být hlavně lidská, empatická, přívětivá a laskavá. Její práce představuje aktivní komunikaci s pacientem, pomáhá mu odkrýt skryté příčiny obtíží eventuálně i obtíže, které pacient podceňuje a se kterými by k lékaři nepřišel, a přitom je třeba, aby jim byla věnována pozornost. Podporuje

pacienty a dodává jim odvalu se svěřit lékaři, zjišťuje, nakolik jsou členové pacientovy rodiny a lidé v jeho okolí schopni zajistit jeho základní i vyšší potřeby.

Sestra jako edukátor se podílí na zdraví a léčbě pacienta. Dle stavu nemocného volí edukaci buď jednoduchou (aby pacient rozuměl), opakovanou (při každém kontaktu) nebo citlivou (podle emociálního stavu). Při edukaci, vysvětluje problém srozumitelně, sleduje emocionální reakci, vysvětluje léčebný režim, zdůrazňuje výhody, informuje, zodpovídá dotazy. Na konci si ověří, zda pacient všemu rozuměl, eventuálně mu nabídne informační materiál. K úspěšné edukaci potřebuje dostatek času, trpělivost a klidné místo, kde bude s pacientem sama (29).

Ve všech úrovních primární péče je zdůrazňována především preventivně výchovná činnost sester. Nová role sester vychází z potřeb péče o zdraví lidí. Sestry by měly aktivně zapojovat veřejnost do zdravotní péče. Metody výchovy jsou závislé na specifických cílech jako je upoutání pozornosti k danému problému formou plakátů, velkoplošnou reklamou, televizními spoty. Nebo může jít o sdělení základních informací a rad prostřednictvím letáků, kalendářů, pohlednic, brožur, článků v novinách. Další možností je televizní a rozhlasové vysílání nebo ústní informace sdělená zdravotnickým pracovníkem. Předání obsažnějších informací již vyžaduje televizní pořady, přednášky, besedy, rozsáhlejší brožury. A motivovat ke změně chování můžeme vydáním souborů doporučení a postupů, výstavami a receptáři (30). Příspěvky z oboru ošetřovatelství je významný pro akce na podporu veřejného zdraví. Jejich služby, poskytované v široké škále různého prostředí pokrývají celý životní cyklus člověka od jeho početí po péči při jeho umírání. Sestry se při výkonu své práce dostanou do kontaktu se všemi zástupci komunity, včetně sociálně slabých skupin, bezdomovců, uprchlíků a lidí s poruchami duševního zdraví. Sestry vystupují jako zastánci a průvodci pacientů a klientů v bludišti zdravotních a sociálních služeb. „Díky svému postavení a důvěře široké veřejnosti mohou sestry a porodní asistentky uplatňovat svůj osobní vliv a využívat své kontakty k lepšímu přijetí různých veřejnosti nabízených služeb, které jsou poskytovány v rámci programů zdravé výchovy, zdravého těhotenství a nekuřáctví. Jsou schopny udělovat vhodně formulované rady

k problematice zdraví jak příležitostně, tak v klinickém prostředí i prostřednictvím organizovaných programů orientovaných na určité skupiny obyvatel.“ (31, s. 62).

### **1. 5 Požadavky a očekávání**

O motivaci, očekáváníích a požadavcích sester primární péče víme málo. Znalost požadavků a očekáváníí sester v primární péči může být důležitá pro pochopení motivace sester k preferenci práce v primární péči před práci v nemocnici. To může usnadnit navazování pracovních vztahů se zaměstnavatelem, resp. lékařem.

Odhadovat možná očekáváníí sester v primární péči není jednoduché. Obecně mohou směřovat do soukromého nebo do profesního života. Jinými slovy lze říci, že by mohlo jít o pragmatické a filozofické důvody. Pragmatická očekáváníí a požadavky sester v primární péči mohou být zaměřená na výhody vyplývající z tohoto zaměstnání. Lze předpokládat, že za výhodnou může být považována pevná pracovní doba v rámci jednosměnného provozu v ambulanci nebo v terénu. Tato výhoda je nejspíše vnímána především sestrami s rodinou či staršími sestrami, pro které služby v nemocnici mohou být již příliš náročné. Pravidelný režim a lepší možnost organizace rodinného či osobního času mohou být důležitým požadavkem sestry při výběru pracoviště.

Platové ohodnocení je dalším přirozeným požadavkem při výběru jakéhokoli povolání. Situace v primární péči není zcela jednoznačná. V současné době se odměňování zaměstnanců ve zdravotnictví řídí tzv. tabulkovými platy. Podle stupně vzdělání a počtu odpracovaných let je sestra zařazena do platové třídy. Platy zdravotníků se řídí zákoníkem práce a nařízením vlády č. 564/2006 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě (19). Práce v ambulantním provozu státního zařízení (nemocnice či polikliniky) bývá často níže platově ohodnocená v porovnání se směnným provozem na lůžkovém oddělení, kde jsou zvláštní příplatky, např. osobní příplatek, příplatek za směnný provoz, možnost proplácení přesčasových hodin apod. Na druhou stranu v ambulanci soukromého praktického lékaře může mít sestra také velmi příznivý plat, neboť zákonem není dána výše osobního ohodnocení a vždy tedy záleží na domluvě mezi lékařem a sestrou.

Filozofické hodnoty v profesi sestry primární péče by mohl představovat zájem o samostatnou odbornou činnost v oblasti preventivně výchovné, která by se odehrávala v ambulanci nebo v terénu. Sestra, která by se chtěla aktivně podílet na podpoře a ochraně zdraví obyvatel, bude potřebovat nejen odborné vzdělání, ale i vůdčí schopnosti a dovednosti ve sféře prosazování práv, mezilidských vztahů, jednání a budování a práce v týmu, aby její práce byla efektivní na úseku komunitního rozvoje.

Dřívější pohled na sestru primární péče by zjednodušeně mohl vypadat tak, že sestra v primární péči očekává vyhovující kombinaci slušného platového ohodnocení a relativně příznivějšího časového harmonogramu a nezajímá se příliš o pacienta samotného. Postavení sestry primární péče však prodělává v současné době vývoj. S novým uspořádáním zdravotní péče (s probíhající reformou ve zdravotnictví a s novou koncepcí ošetřovatelství) rostou nároky na vzdělání, odborné a jazykové znalosti, edukační, organizační a manažerské schopnosti. Tím narůstají její kompetence a tedy i možnost seberealizace v práci. Pro vzdělanou a ambiciózní sestru může být zásadní i uznání ze strany lékaře a veřejnosti. Víme, že dnes je v médiích poskytován prostor lékařům i pacientům, o sestrách to zatím příliš neplatí. Se vstupem České republiky do Evropské unie vzrostly nároky na vzdělání sestry. Cílem je dosáhnout stejné úrovně ve vzdělání a kompetencích sester jako v EU. Povědomí veřejnosti se však nezmění ze dne na den.

Nový pohled na sestry primární péče zahrnuje jejich zájem o pacienta a o péči orientovanou na jeho potřeby, zejména aplikací holistického přístupu k řešení nesplněných potřeb pacienta. Působení sester v různých prostředích (včetně pracovišť, škol a komunitních center) se může významně podílet na identifikaci rizikem ohrožených skupin obyvatel, na hledání a včasném zajišťování těchto rizik, na poskytování terapeutických služeb a na spolupráci s dalšími službami. Zabezpečení vysoké kvality poskytované péče a všech typů léčby bude záviset na krocích, které budou přijaty k vyjasnění role sester, jejich funkcí a odpovědnosti. Bude záležet na odhodlání všech sester podílet se na pokračovacím rozvoji integrované zdravotní péče. Neexistuje žádný univerzální model a záleží na jednotlivých zemích, které si mohou

jednotlivé směrnice upravit podle vlastní situace a specifických podmínek a rozvíjet služby, které budou jak kulturně a sociálně přijatelné, tak finančně udržitelné (31, 28).

Není jasné, kolik ze sester primární péče si uvědomuje svou novou roli v systému ošetrovatelství a zda mají zájem jí přijmout a rozvíjet. Lze předpokládat určité rozdíly mezi sestrami v ambulancích praktického lékaře a například sestrami v agenturách pro domácí péči. Neboť sestry pracující v agenturách domácí péče si již zvykly, že jejich práce vyžaduje více zodpovědnosti, znalosti, samostatnosti, improvizace a rozhodnosti než práce sester v ambulancích.

Každopádně, za pravděpodobné můžeme předpokládat, že požadavky a očekávání sester v primární péči budou závislé zejména na věku, rodinné situaci, dosaženém vzdělání, na zájmu o aktivní práci s klientem, na podmínkách a možnostech k vykonávání své práce a dalších faktorech.

## **2. Cíl práce a hypotézy**

Cíle práce:

Zjistit, jaká jsou očekávání sester v primární péči

Zjistit, jaké požadavky mají sestry na zkvalitnění své práce v systému primární péče

Předpokládané hypotézy:

H1 Sestry pracující v primární péči si neuvědomují svoji roli v moderním ošetrovatelství.

H2 Sestry pracující v primární péči považují svoji práci za výhodnou z důvodu pracovní doby.

H3 Sestry pracující v primární péči nemají požadavky na zkvalitnění jimi poskytované péče.



### **3. Metodika**

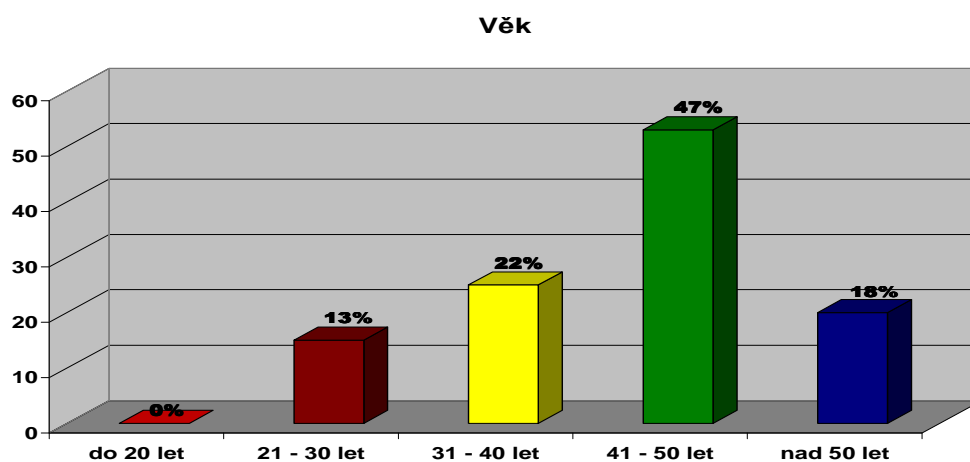
Pro tuto práci byl zvolen kvantitativní výzkum s dotazníkovou metodou. Sběr dat byl proveden v Praze. Výzkum probíhal během čtyř týdnů v měsíci červenec 2008. Nástrojem pro získání dat byl standardizovaný dotazník, ve kterém bylo využito uzavřených otázek, kromě jedné otázky otevřené. Dotazník je zaměřen na požadavky a očekávání sester primární péče v osobní a profesní úrovni a na problematiku kompetencí dle zákona 96/2004 Sb. (má tři okruhy otázek, které se týkají demografických údajů, pragmatické stránky věci a vychází ze zákona.) Vyplňování dotazníku probíhalo anonymně. Celkem bylo použito 120 dotazníků, z toho 113 bylo vyplněno a použito ke zpracování. Návratnost dotazníků je 94 %. Výsledky jsou porovnávány procentuálně v rámci případů, kde bylo srovnání možné. Dotazník, který byl použit ve výzkumu, je součástí přílohy č. 1.

#### ***3.1 Charakteristika souboru***

Výzkumný soubor je tvořen 113 respondentkami, které vykonávají práci sestry v oblasti Prahy, a to v ambulantních zařízeních praktických lékařů, dětských lékařů, v gynekologických ambulancích, zubních ordinacích a agenturách domácí péče.

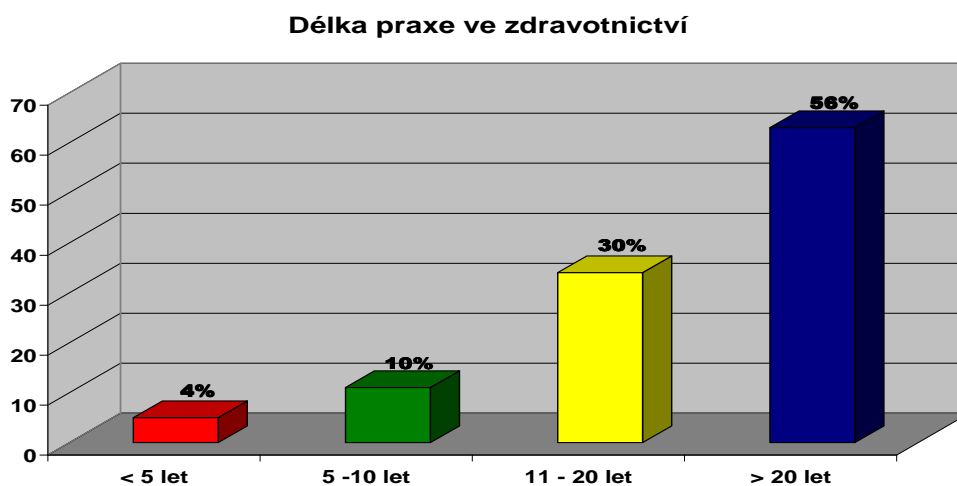
## 4. Výsledky

Graf 1



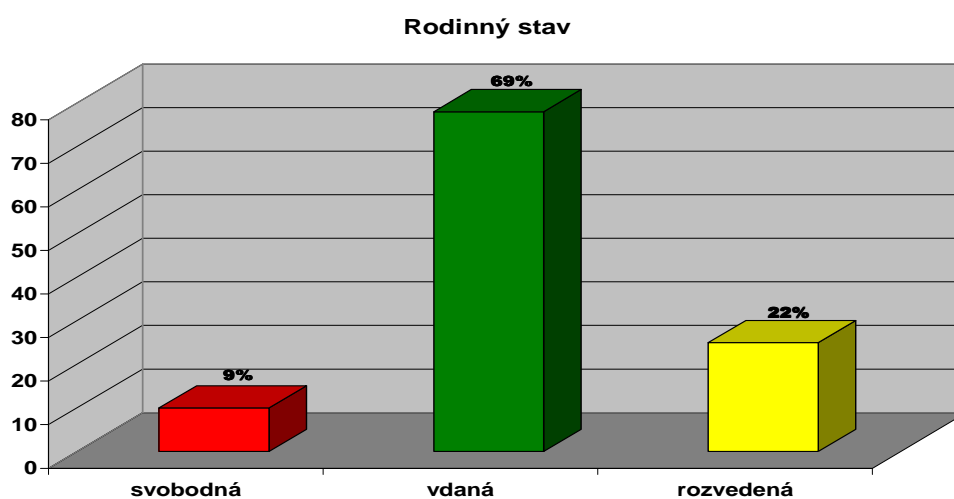
Ve výzkumném vzorku sester v primární péči do 20 let nebyla žádná, 15 sester (13 %) je ve věku mezi 21 – 30 let, 25 sester (22 %) je ve věku od 31 – 40 let, 53 sester (47 %) ve věku 41 -50 let a 20 sester (18 %) je starších 50 let.

Graf 2



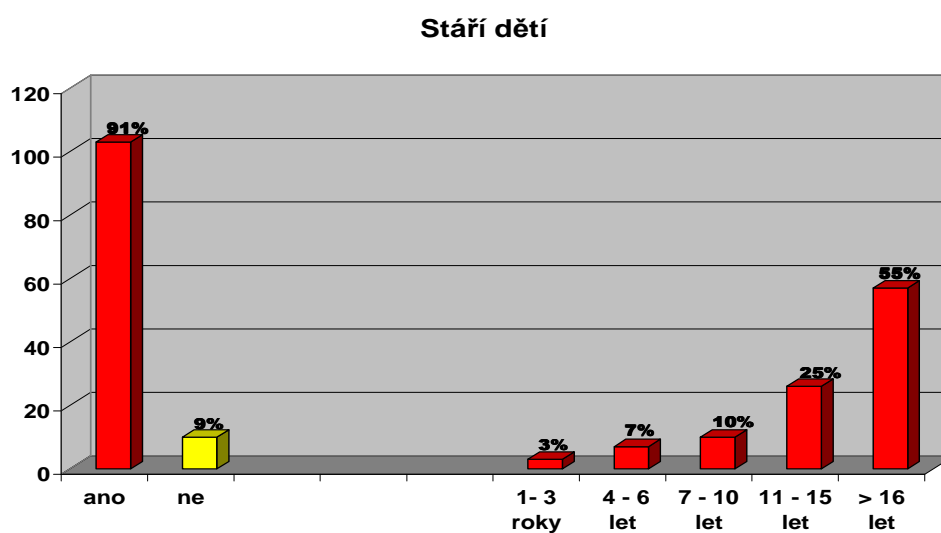
Délka praxe sester pracujících v primární péči, které se zúčastnily výzkumu, je u 5 sester (4 %) do 5 let, u 11 sester (10 %) 5 – 10 let, 34 sester (30 %) má praxi mezi 11 – 20 lety a 63 sester (56 %) udává více než 20 let praxe.

**Graf 3**



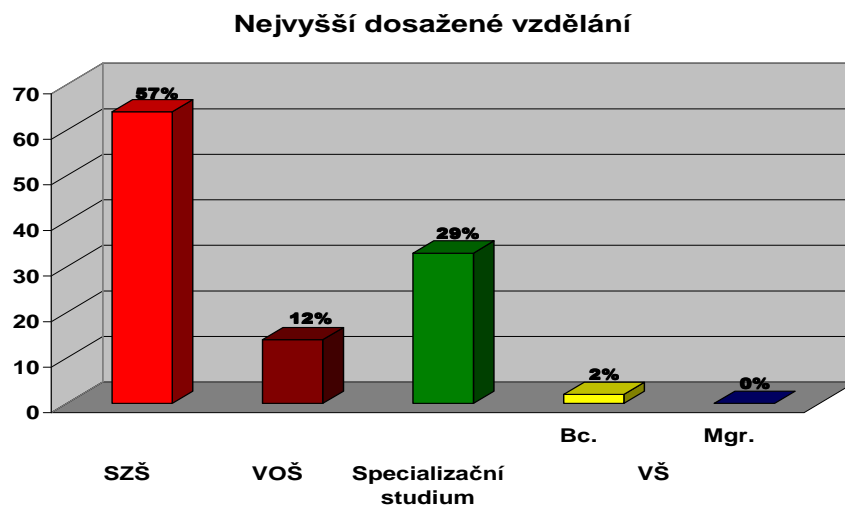
Z dotazovaných sester primární péče je 10 sester (9 %) svobodných, 78 sester (69 %) je vdaných a 25 sester (22 %) je rozvedených.

**Graf 4**



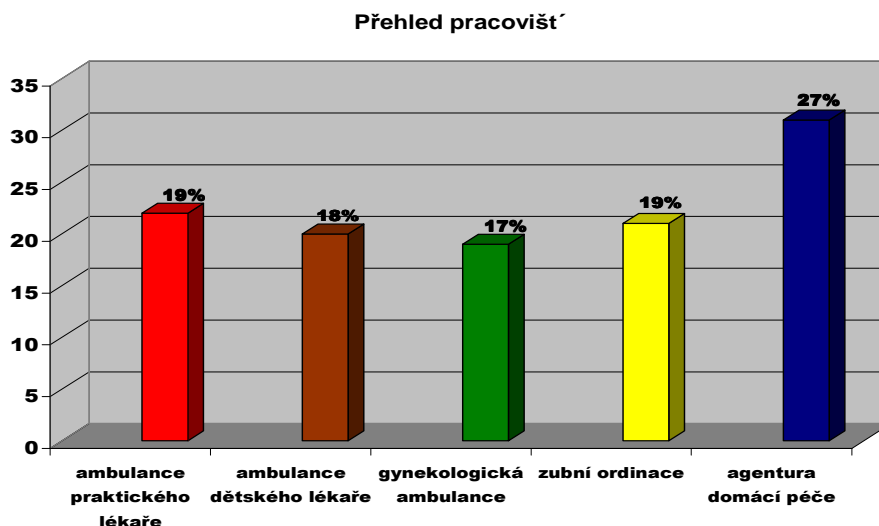
103 (91 %) respondentek má děti. Z toho má děti ve věku nad 16 let 57 sester (55 %) a dále děti ve věku mezi 11 – 15 lety má 26 sester (25 %). 10 sester (9 %) nemá děti.

**Graf 5**



Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvádí v rámci výzkumu 64 sester primární péče (57 %) střední zdravotnickou školu, dále 14 sester (12 %) vyšší odbornou školu, specializační studium absolvovalo 33 sester (29 %). Vysokou školu vystudovaly 2 sestry (2 %) pracující v primární péči a v obou případech se jedná o bakalářské vzdělání. Magisterské nemá žádná.

**Graf 6**



Z celkového počtu 113 respondentek pracuje 22 (19 %) v ambulanci praktického lékaře, 20 sester (18 %) v ambulanci dětského lékaře, 19 sester (17 %) v gynekologické ambulanci, 21 (19 %) v zubní ordinaci a 31 sester (27 %) v agentuře domácí péče.

**Tabulka 1 Spokojenost s platovým ohodnocením (otázka č. 7)**

Stupnice	1(zcela spokojená)	2	3	4	5 (nespokojená)
Spokojenost	7	58	32	12	4

Své platové podmínky hodnotí sestry primární péče v dotazníku na přímce spokojenosti čísly od 1 do 5. Znamky 1 a 2 zvolilo celkem 65 sester (57 %), průměrně spokojených sester je 32 (28 %) a známky 4 a 5 zvolilo 16 sester (15 %).

**Tabulka 2 Spokojenost s pracovní dobou (otázka č. 8)**

Stupnice	1(zcela spokojená)	2	3	4	5 (nespokojená)
Spokojenost	6	90	15	2	0

S pracovní dobou je 96 sester (85 %) spokojeno a zvolily známky 1 a 2, průměrně spokojeno je 15 sester (13 %), známku 4 označily 2 sestry (2 %). Znamka 5 nebyla v dotazníku označena vůbec.

**Tabulka 3 PC jako součást pracovní činnosti (otázka č. 11)**

Stupnice	1(určitě ano)	2	3	4	5 (vůbec ne)
Počet	73	33	0	5	2

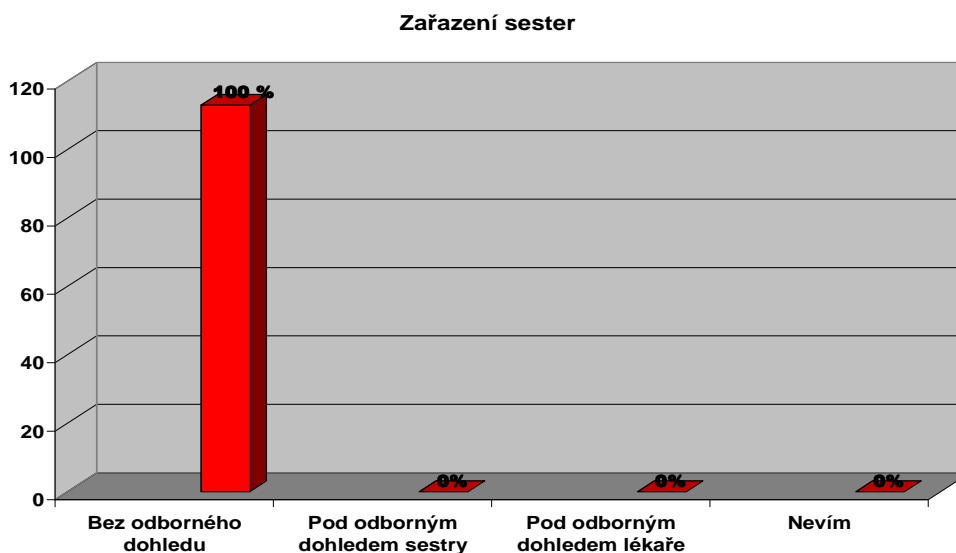
Na otázku, zda požadují ke své práci využití počítače, odpovědělo 106 sester (94 %) známkami 1 a 2. Naopak 7 sester (6 %) nepožaduje ke své práci využití počítače.

**Tabulka 4 Hlavní motivace (otázka č. 9)**

	1	2	3	4	5	Průměr
<b>Charakter práce</b>	72	22	13	6	0	1,15
<b>Finanční příjem</b>	10	11	46	30	16	3,27
<b>Pracovní doba</b>	27	31	41	13	1	2,38
<b>Profesní seberealizace</b>	21	49	27	7	9	2,4
<b>Profesionální vztah s pacientem</b>	39	27	43	1	3	2,13
<b>Profesionální vztah s lékařem</b>	22	38	28	20	5	2,53
<b>Partnerský vztah s rodinou</b>	24	40	23	24	2	2,46
<b>Administrativní zaměření</b>	5	22	51	15	20	3,2
<b>Edukační činnost</b>	31	47	20	11	4	2,2
<b>Samostatné ošetrovatelské činnosti</b>	27	42	38	6	0	1,46
<b>Management ošetrovatelských činností</b>	37	36	22	12	6	2,23

Hlavní motivací respondentek je: charakter práce pro 72 sester (63 %) a samostatné ošetrovatelské činnosti pro 27 a 42 sester (60 %). Naopak finanční příjem a administrativní zaměření není hlavní motivací pro 46 sester (41 %) a 35 sester (31 %), které v tabulce skončily na posledních místech 10. a 11.

**Graf 7 (otázka č. 10)**



Bez odborného dohledu pracuje všech 113 respondentek (100 %).

**Tabulka 5 Komunikace v cizím jazyce (otázka č. 12)**

Stupnice	1 (určitě ano)	2	3	4	5 (vůbec ne)
Počet	4	1	13	43	52

Na otázku, zda požadují ke své práci komunikaci v cizím jazyce, odpovědělo známkami 4 a 5 95 sester (84 %) a známky 1 a 2 zvolilo 5 sester (4 %). Známkou tři označilo 13 sester (12 %).

**Tabulka 6 Obsluha přístrojů a aplikace zdravotních pomůcek (otázka č. 13)**

Stupnice	1 (určitě ano)	2	3	4	5 (vůbec ne)
Počet	59	31	21	2	0

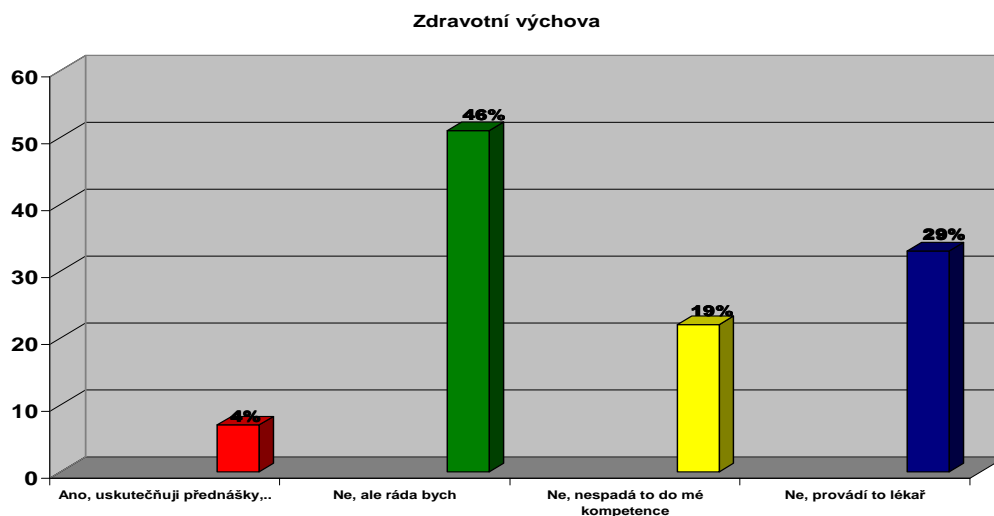
Na otázku, zda požadují ke své práci samostatnou obsluhu přístrojů nebo aplikaci zdravotních pomůcek (podle charakteru své práce), odpovědělo „ano“ (známkou 1 a 2) 90 sester (80 %). Známkou 3 označilo 21 sester (18 %) a známku 4 vybraly 2 sestry (2 %). Možnost „vůbec ne“ ne zvolila žádná dotazovaná sestra.

**Tabulka 7 Vymezený čas k edukaci pacienta (otázka č. 14)**

Stupnice	1 (určitě ano)	2	3	4	5 (vůbec ne)
Počet	56	27	22	8	0

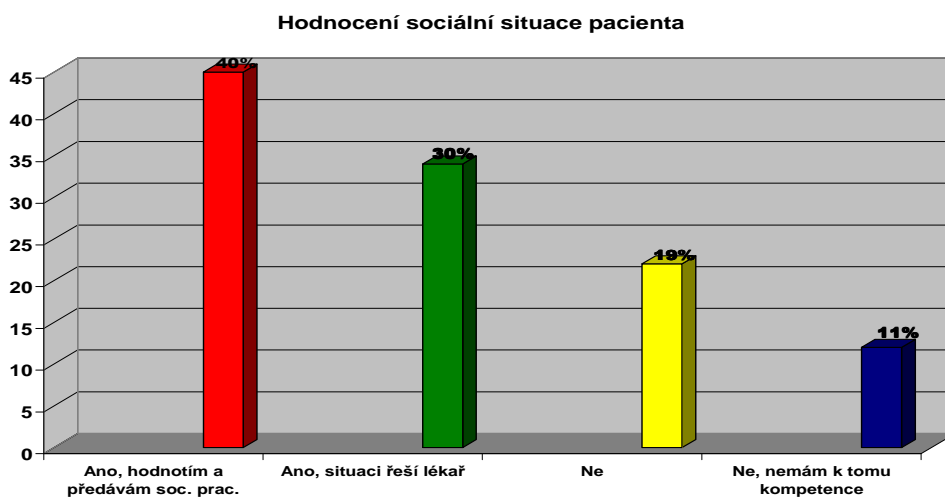
Na otázku, zda požadují ke své práci vymezený čas na edukaci pacienta, odpovědělo kladně 56 a 27 sester (73 %). Známkou 3 se vyjádřilo 22 sester (20 %) a známku 4 označilo 8 sester (7 %). Možnost „vůbec ne“ (známka 5) nebyla vybrána.

**Graf 8** (otázka č. 15)



Zdravotní výchovu pacientů provádí 7 sester (6 %), 51 sester (46 %) neprovádí zdravotní výchovu, ale rádo by to prováděly, 22 sester (19 %) si myslí, že to nespadá do jejich kompetence a 33 sester (29 %) neprovádí zdravotní výchovu, protože ji provádí lékař.

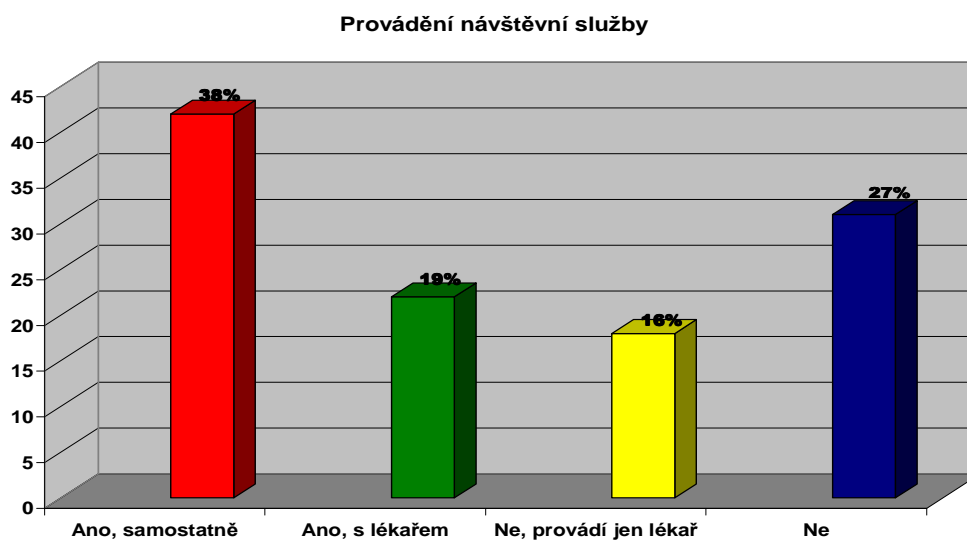
**Graf 9** (otázka č. 16)



45 respondentek (40 %) hodnotí sociální situaci pacienta a předává dále sociální pracovníci, 34 (30 %) sester hodnotí sociální situaci pacienta, ale situaci dále řeší lékař, „ne „ odpovědělo 22 sester(19 %) a 12 sester (11 %) si myslí, že k tomu nemá kompetence.

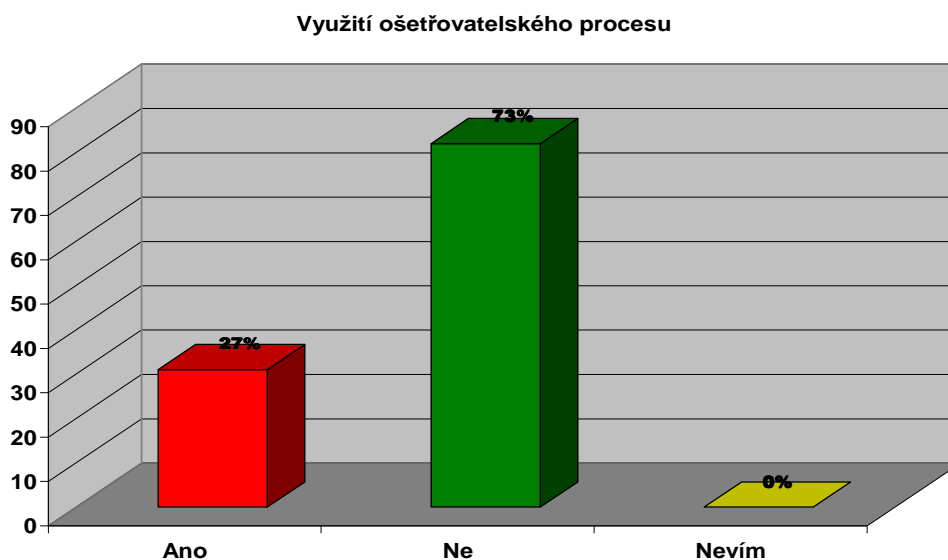


**Graf 10** (otázka č. 17)



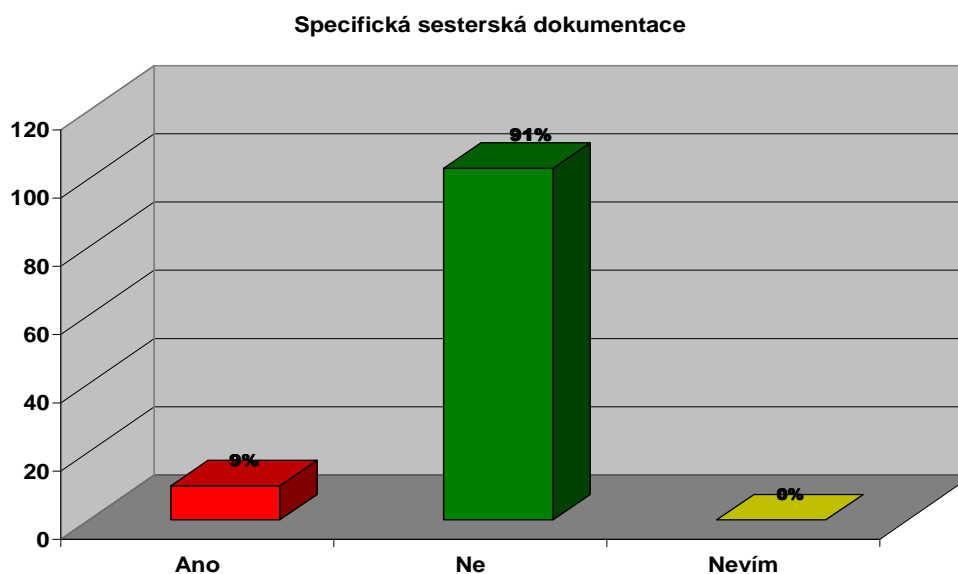
Návštěvní službu ve vlastním prostředí pacienta provádí samostatně 42 sester (38 %), s lékařem ji provádí 22 sester (19 %), 18 sester (16 %) neprovádí návštěvní službu, protože ji provádí jen lékař a 31 sester (27 %) neprovádí návštěvní službu.

**Graf 11** (otázka č. 18)



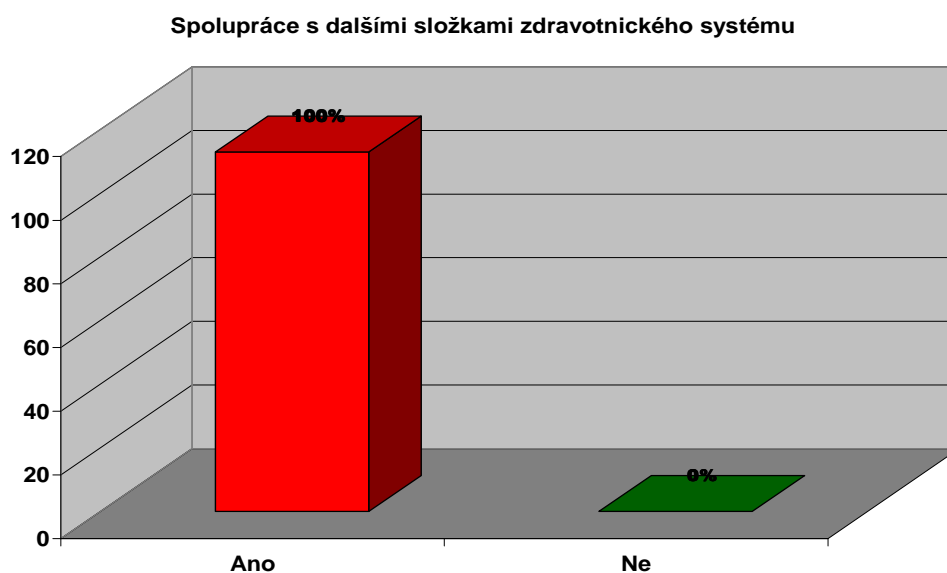
Metodu ošetrovatelského procesu využívá 31 respondentek (27 %) a nevyžívá 82 sester (73%).

**Graf 12** (otázka č. 19)



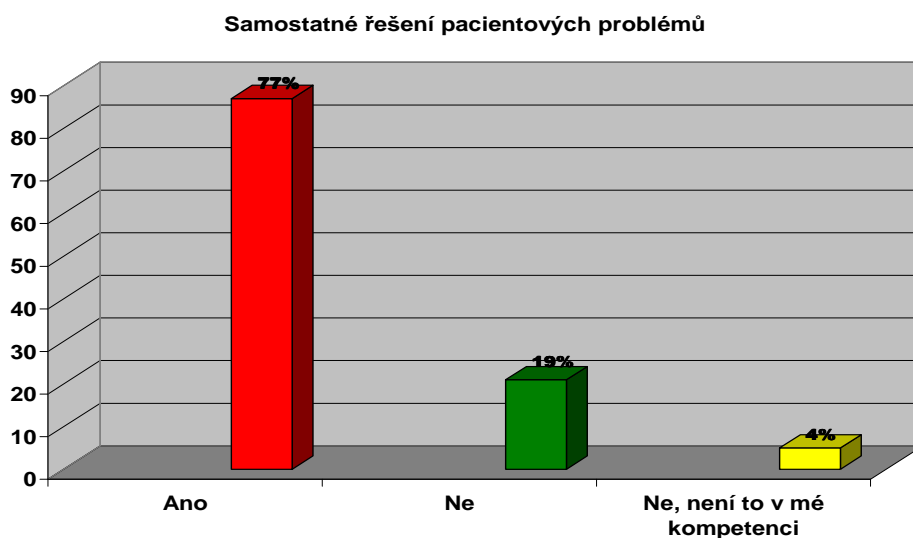
10 sester (9 %) uvádí, že si vede specifickou dokumentaci o pacientovi a 103 sester (91 %) si ji nevede.

**Graf 13** (otázka č. 20)



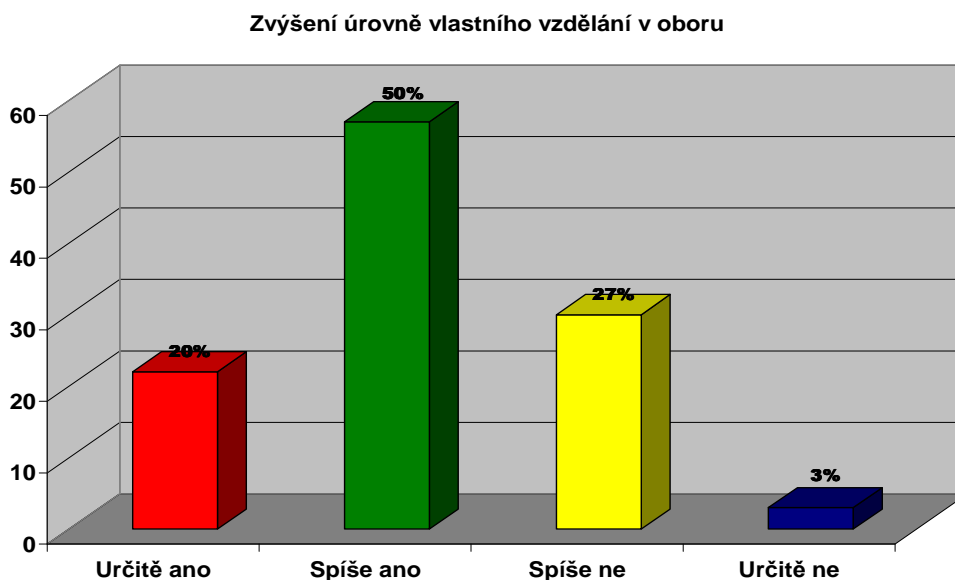
Všech 113 respondentek odpovědělo shodně, že spolupracují s dalšími složkami zdravotnického systému v rámci multidisciplinárního týmu při řešení problému pacienta.

**Graf 14** (otázka č. 21)



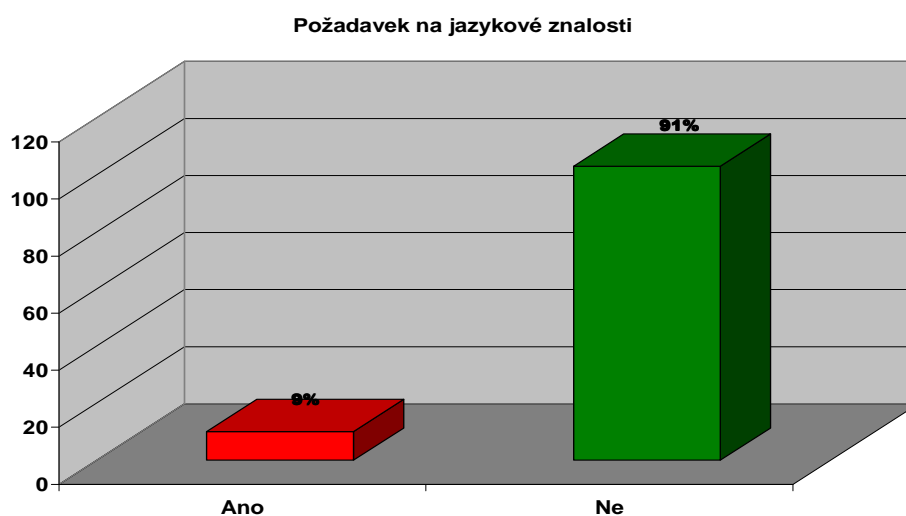
87 sester (77 %) primární péče požaduje, aby mohly na základě svých znalostí a zkušeností samy vyhledávat a řešit pacientovy problémy, 21 sester (19 %) to nepožaduje a 5 sester (4 %) si myslí, že to není v jejich kompetenci.

**Graf 15** (otázka č. 22)



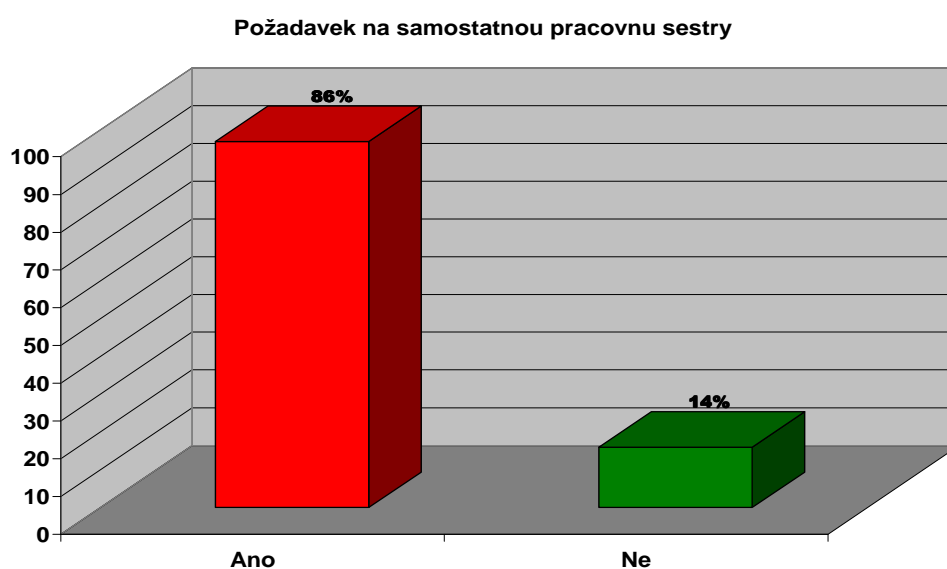
Zvýšení úrovně vzdělání v oboru očekává 22 sester (20 %), „spíše ano“ označilo 57 sester (50 %), „spíše ne“ vybralo 30 sester (27 %) a „určitě ne“ 3 sestry (3 %).

**Graf 16** (otázka č. 23)



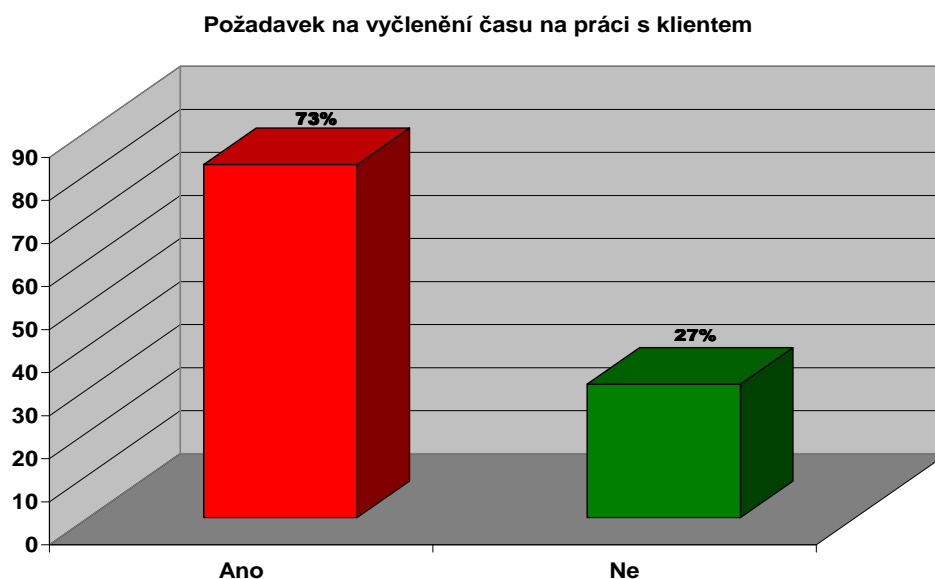
Zlepšení svých jazykových znalostí požaduje 10 sester (9 %) a 103 sester (91 %) nemá požadavek na zlepšení svých jazykových znalostí.

**Graf 17** (otázka č. 24)



97 respondentek (86 %) požaduje zřízení samostatné pracovny pro sestry a 16 sester (14 %) ji nepožaduje.

**Graf 18** (otázka č. 25)



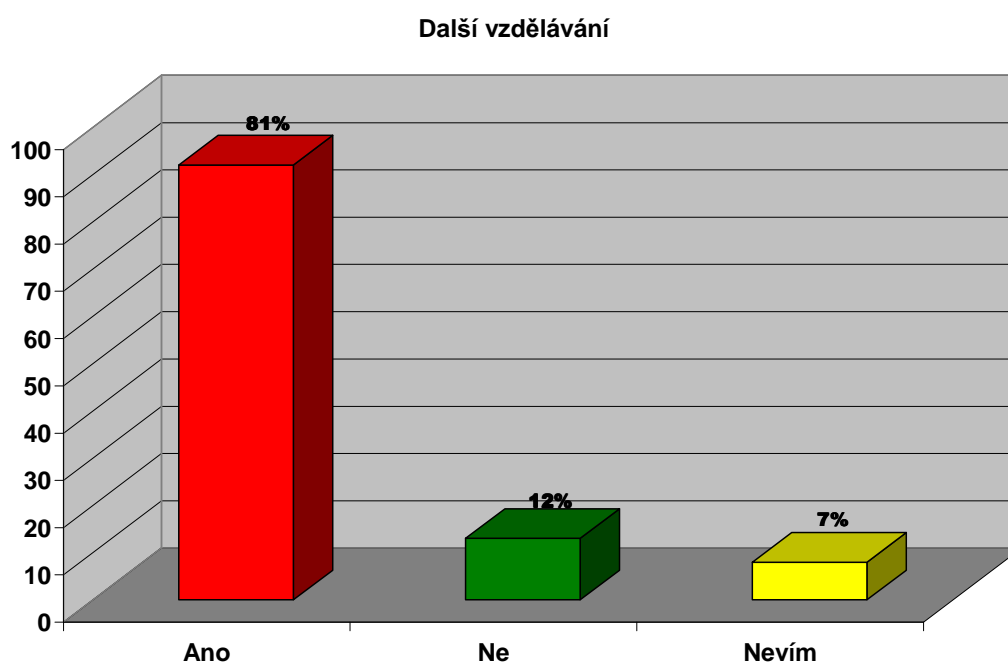
Vyčlenění určitého času pro samostatnou ošetrovatelskou práci s klientem (popř. skupinou) požaduje 82 sester (73 %) a 31 sester (27 %) nepožaduje.

**Tabulka 8** Zlepšení postavení sestry (otázka č. 26)

	ANO	NE	NEVÍM
Vyšší jazykové znalosti	16	93	4
Vyšší vzdělání	97	15	1
Realizace kompetencí v rámci moderního ošetrovatelství	84	16	13

Na otázku, zda postavení sester zlepší vybrané možnosti, odpověděly sestry následovně: 93 sester (82 %) neočekává, že vyšší jazykové znalosti jim zlepší postavení. Naopak 97 sester (86 %) očekává zlepšení po zvýšení vzdělání a 84 (74 %) realizací kompetencí v rámci moderního ošetrovatelství.

**Graf 19** (otázka č. 27)



Na otázku, zda další vzdělávání pomůže zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče orientované na pacienta, očekává 92 sester (81 %), že ano. Zlepšení kvality neočekává 13 sester (12 %) a 8 sester (7 %) neví.

## 5. Diskuze

Výzkumná část bakalářské práce byla zaměřena na požadavky a očekávání sester v primární péči. Zastoupení respondentek z jednotlivých složek primární péče mělo být rovnoměrné, což se celkem podařilo (ambulace praktického lékaře 22 sester, ambulance dětského lékaře 20 sester, gynekologická ambulance 19 sester, zubní ordinace 21 sester a agentury domácí péče 31 sester). Nejvíce vyplněných dotazníků pochází od sester z agentur domácí péče, se kterými se mi spolupracovalo nejlépe. Sestry zde byly ochotné a nezapomněly vyplnit dotazníky, ačkoli se často vyskytují více mimo svou základnu. Naopak na neochotu při vyplňování dotazníků jsem často narazila u některých sester v ambulancích, které jsem za tímto účelem musela navštívit i několikrát. Důvodem horší spolupráce může být jistě vytíženost sester v ambulancím provozu. Velkou roli přitom hrála doba mé návštěvy v ambulanci. V dopoledních hodinách, kdy je provoz většiny ambulančí intenzivnější, jsem jen vzácně byla úspěšná. Dalším důvodem k neochotě při vyplňování dotazníků je také stále narůstající počet studentek, které v rámci studia provádějí výzkum formou nejrůznějších dotazníků. Velmi často jsem byla konfrontována s faktem, že jsem v daném týdnu již několikrát studentka vyžadující vyplnění dotazníku. Pro úspěšnost v návratnosti dotazníků je jistě zásadní osobní kontakt při předávání dotazníku. Určitě se hůře odmítá osobně předaný dotazník než ten, který přijde poštou nebo e-mailem. Ze 120 dotazníků se vrátilo 113 dotazníků. Všechny navrácené dotazníky se daly použít k výzkumu. Odpovědi z dotazníku jsou znázorněny v 19 grafech a 8 tabulkách. Tabulky korespondují k otázkám, které vyjadřují míru spokojenosti přímkou, stupnice je vždy od jedné do pěti.

Úvod dotazníku obsahuje obecné údaje, které najdeme v grafu 1 – 6. V dalších otázkách se již dotýkáme očekávání a požadavků sester. Mezi dotazovanými byla nejvíce zastoupena věková skupina 41 - 50 let (47 %). Na druhé pozici je věková kategorie 31 – 40 let (22 %) a dále skupina sester ve věku nad 50 let (18 %). Nejméně sester pracujících v primární sféře, které se zúčastnily výzkumu, je ve věku mezi 21 – 30 let (13 %). Ve věkové kategorii do 20 let se výzkumu nezúčastnila žádná sestra, což

bylo možné očekávat, neboť zavedením nového systému vzdělávání do praxe jsou stanoveny nové, vyšší požadavky a podmínky na vzdělání všeobecné sestry, a předepsané vysokoškolské vzdělání tudíž nelze dokončit do 20 let. Bylo již skončeno přechodné období, kdy na středních zdravotnických školách dokončily vzdělání všeobecné sestry s maturitou a absolventi těchto škol jsou již nyní v kategorii zdravotnických asistentů, kteří pracují pod odborným dohledem. Zákon č. 96/2004 Sb. stanovuje odbornou způsobilost pro výkon povolání bez odborného dohledu a vyhláška 424/2004 Sb., která byla novelizována vyhláškou 401/2006 Sb., stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků (2). Důvodů, proč je zastoupení věkově starších sester v primární sféře větší, může být mnoho. Například klidnější prostředí, únava ze směnného provozu nebo zdravotní obtíže (psychické nebo tělesné), které již nedovolují pracovat na směny atd.

Délka praxe ve zdravotnictví (graf 2) ukazuje na skutečnost, že většina sester v primární sféře má nejdelší praxi. Více než 20 let praxe má 56 % z dotázaných. Výsledek nutí k zamyšlení, jaká situace nastane, až většina těchto sester odejde do důchodu, a zda bude nadále o práci v primární péči zájem. Vyšší věkový průměr sester v primární péči není nutné chápat jako jejich podřadnost vzhledem k práci „na obvodě“. Naopak lze tuto skutečnost vnímat pozitivně - zkušenosti těchto sester získané mnohaletou praxí jsou využity v každodenní péči o zdraví velkého množství pacientů.

V grafu 3 vidíme poměr vdaných (69 %), rozvedených (22 %) a svobodných (9 %) respondentek. Většina vdaných sester je vázána na rodinu, proto jim může vyhovovat jednosměnný provoz. Navazující graf 4 znázorňuje, zda dotazované mají děti a v jakém věku. Jasně z něj vyplývá, že 91 % sester jsou matky a pouze 9 % je bezdětných. Na věkovém zastoupení dětí je zajímavé to, že v 55 % se jedná o děti nad 16 let a ve 25 % mezi 11 – 15 lety. Zastoupení nižších věkových skupin bylo nepatrné (3 – 10 %). Nabízí se otázka, zda pro matky, které mají děti od 1 roku do 10 let, je časově či finančně nevýhodné pracovat v primární péči a zda si raději zvolí lépe ohodnocenou práci na směny i za cenu omezení času stráveného s dětmi. Nejvyšší dosažené vzdělání znázorňuje graf 5. V největší míře je zastoupeno středoškolské zdravotnické vzdělání (57 %), což souvisí s věkovým zastoupením v primární péči



(viz graf 1). Před 20 lety, kdy se vzdělávala většina dotazovaných sester, byla základem pro výkon povolání sestry střední zdravotnická škola s maturitou. Dalším vzděláním bylo pomaturitní specializační studium, které se dnes označuje jako specializační studium. Toto studium absolvovalo 29 % dotazovaných sester. Na vyšší odborné škole se vzdělávalo 12 % respondentek. Vysokoškolské vzdělání uvedla 2 % sester (ve všech případech bakalářské studium).

K hypotéze 1 se vztahuje dalších 11 otázek. Graf 10 poukazuje na situaci registrovaných sester čili nelékařských zdravotnických pracovníků vykonávajících zdravotnické povolání bez odborného dohledu, a to v případě 113 dotazovaných sester byly všechny registrované. Jiné možnosti zvoleny nebyly. Znamená to tedy, že by sestry měly požadovat uskutečnění kompetencí, které jim dává zákon 96/2004 Sb. a prosazovat větší samostatnost ve své činnosti.

V tabulce 3 bylo zjištěno, že využití počítače považuje za součást své práce 94 % respondentek, které zvolily známky 1 a 2. Je vidět, že sestry využívají ve své práci počítač a že jej považují za nedílnou součást ve své práci. V dnešní době není žádnou novinkou databáze pacientů v elektronické podobě ani elektronické posílání žádanek, využití internetu pro pracovní účely a ještě spíše intranetu, pracovních e-mailů atd. Je vidět, že i přes vyšší věkový průměr sester primární péče, se tyto sestry nebrání učit se novým věcem, jako je zacházení s počítačem. Je možné, že důvodem nemusí být pouze zájem o nové věci, ale i zájem udržet si své pracovní místo.

Tabulka 5 znázorňuje požadavek sester v primární péči na komunikaci v cizím jazyce. Za součást své práce ji určitě nepožaduje 84 % sester (známky 4 a 5) a pouze pro 5 sester (4 %) je to důležité, a proto zvolily známky 1 a 2. Vzhledem k tomu, že výzkum byl prováděn v Praze, kde bydlí mnoho cizinců, kteří také občas vyhledají lékařské ošetření, je to poměrně málo. Potřebu komunikovat v cizím jazyce měly hlavně sestry sloužící pohotovosti např. v zubní ordinaci. To bylo právě zmíněných 5 sester, které to také uvedly v závěru dotazníku.

Je pozitivní, že 80 % sester (vybraly známku 1 a 2) požaduje za součást své práce samostatnou obsluhu přístrojů a aplikaci zdravotnických pomůcek, jak ukazuje

tabulka 6. Je tedy evidentní, že tyto techničtější aspekty práce sestry jsou i v primární péči již zcela běžným standardem.

Podobně jednoznačně vyznívá tabulka 7, kde vidíme, že sestry ke své práci požadují vymezený čas k edukaci, neboť 73 % sester zvolilo známku 1 a 2. Za edukaci byl považován nácvik léčebných výkonů, které si lidé provádějí sami např. aplikace injekcí, nácvik techniky inhalací, provádění převazů apod.

V grafu 8 je naznačeno, že zdravotní výchovu provádí pouhých 6 % sester. Jedná se o novou úlohu primární sestry, která se aktivně podílí na ochraně a udržení zdraví obyvatel. Tato funkce není v našich podmínkách rozšířena a část sester o této nové roli zřejmě neví, neboť si myslí, že to nespadá do jejich kompetence (19 %). Nejen pro sestry, ale i pro naši populaci ještě v nedávné době bylo nezvyklé, že by o zdraví přednášela sestra. Pokrok tu je, neboť 46 % sester očekává, že bude provádět zdravotní výchovu svých pacientů nebo rizikových skupin obyvatel. To je i v souladu s požadavky a stanovami WHO, která prosazuje sestru jako hlavního vykonavatele v rámci programů Zdraví 21, která je schopna udělovat vhodně formulované rady k problematice zdraví (31, 32). Pokud porovnáme otázku č. 14 s otázkou č. 15, obě se týkají „učení klienta něčemu - dovednostem“, tak většina sester se k edukaci staví naprosto suverénně oproti edukaci v oblasti zdravotní výchovy, kterou provádí minimum respondentek, což je v protikladu s koncepcí WHO. Možná je to z důvodu nedostatečných podmínek nebo z nedostatku času na pacienty, který požadují, možná také nevědí jak ji provádět. Avšak z výzkumu vychází, že 46 % sester se k této činnosti staví pozitivně a rády by ji prováděly.

Graf 9 znázorňuje, zda sestry hodnotí sociální situaci pacienta. 19 % sester nehodnotí sociální situaci pacienta a 11 % sester si myslí, že k tomu nemá kompetence. To je právě mylné, neboť v kompetenci sestry je hodnocení stavu pacienta po bio-psycho-sociálně duchovní rovině a následná spolupráce s dalšími odborníky v týmu. Je pozitivní, že až 70 % dotazovaných sester hodnotí i sociální situaci pacienta.

V grafu 10 je zobrazeno, že 38 % sester provádí samostatně návštěvní službu a 19 % sester s lékařem. Jedná se většinou o sestry pracující v domácí péči a některé sestry z ordinace praktického lékaře pro dospělé nebo praktického lékaře pro děti a

dorost. V možnosti „jiné“ všechny respondentky odpověděly „ne“. Možná jim ta možnost chyběla, proto ji uvádím v grafu. V této otázce je důležité jakého oboru se to týká. Sestry např. v gynekologické ordinaci či zubní ordinaci neprovádí návštěvní službu.

Využívání metody ošetřovatelského procesu znázorňuje graf 11. Metoda je rozšířena v agenturách domácí péče, ale v ostatních ambulancích ji neuvedla žádná sestra (73 %). Na tuto otázku navazuje graf 12, který měl načrtnout situaci, zda si sestry vedou alespoň jinou dokumentaci o pacientovi, např. o jeho sociálním zázemí, dokumentaci o ošetřování chronických ran nebo stomií. Odpověď „ne“ se objevila u 91 % sester. Většina sester primární péče nepracuje s metodou ošetřovatelského procesu. Důvodem může být nedostatek času na pacienta, neboť za jednu osmihodinovou směnu ošetří v ordinaci až 45 pacientů. Dále může být důvodem nedostatečné podmínky, např. kapacitní nedostatek sester, které komplikují realizaci ošetřovatelského procesu v ambulancích.

Graf 13 poukazuje na sestry, které se podílejí na spolupráci s dalšími složkami zdravotnického systému při řešení problému pacienta. Všechny dotázané zvolily odpověď ano. Oproti tomu graf 14 znázorňuje požadavek 87 % sester, které chtějí samy vyhledávat a řešit problémy pacienta na základě svých znalostí a zkušeností. Pouze 4 % si myslí, že to není v jejich kompetenci. To opět naráží na neznalost kompetence sester a hlavní vize WHO, kdy sestra vystupuje jako samostatná erudovaná osoba, která aktivně vyhledává a řeší pacientovy problémy a na základě toho provádí adekvátní ošetřovatelskou péči v holistickém pojetí (31).

Shrneme-li tuto část dotazníku, dostáváme se k vyhodnocení H1 „*Sestry pracující v primární péči si neuvědomují svoji roli v moderním ošetřovatelství*“. Tato hypotéza se nepotvrdila. Je patrné, že sestry si uvědomují svoji roli v moderním ošetřovatelství, neboť jsou registrované (uvedly to všechny dotazované), požadují, aby mohly samy vyhledávat a řešit pacientovy problémy v rámci svých kompetencí, dále požadují vymezený čas na edukaci pacientů, podílí se na řešení pacientova problému s dalšími složkami systému, hodnotí sociální situaci pacienta, používají moderní vybavení, přístroje a pomůcky, a to včetně počítačů a elektronického spojení.

K úplnému naplnění role sestry v primární péči chybí uvedení do praxe všech možností, jak pomoci jednotlivcům, rodinám a komunitám k udržení a ochraně jejich zdraví. Ačkoli sestry ještě zcela nevyužívají všechny své kompetence stanovené zákonem 96/2004 Sb., je pro potvrzení hypotézy důležité, zda sestry si svou roli samostatné kompetentní osoby v ošetrovatelské činnosti uvědomují. Lze předpokládat, že uvedení všech kompetencí do praxe bude ještě několik let trvat. Ale právě uvědomění a domáhání se všech kompetencí daných výše zmíněným zákonem může vést k naplnění očekávání a požadavků sester.

Další část dotazníku se vztahuje k hypotéze 2. Týká se tabulek 1, 2 a 4. Tabulka 1 demonstruje spokojenost sester v primární péči s platovým ohodnocením. Nejvíce jsou zastoupeny odpovědi se známkou 1 a 2 celkem 57 % sester. Pouze 15 % sester není spokojeno a zvolilo známky 4 a 5. Lze z toho usuzovat, že sestry jsou spíše spokojené s platovým ohodnocením.

V tabulce 2, která se vztahuje k otázce č. 8 (spokojenost s pracovní dobou) vidíme známky pouze od 1 do 4. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno u známky 2, celkem 80 % sester. Nápadná spokojenost sester s pracovní dobou by mohla být jedním z hlavních důvodů jejich volby práce v primární péči. O upřesnění motivace jejich práce se více dovíme z tabulky 4, kde jsou odpovědi na otázku č. 9.

V této otázce sestry hodnotily známkami od 1 do 5 stupeň motivace u každé možnosti. Nejvíce ohodnotilo známkou 1 motivaci charakter práce (63 % sester), na druhém místě se umístily samostatné ošetrovatelské činnosti (60 % sester zvolilo známky 1 a 2). Třetí a čtvrté místo zaujaly profesionální vztah na partnerské úrovni s pacientem a edukační činnost. Management ošetrovatelských činností skončil na pátém místě v hodnocení. Za zmínku stojí, a tím i navážu na výsledek předchozí otázky, že finanční příjem je na 11. místě, to je poslední, a pracovní doba je 6. místě. Pokud zohledníme množství sester, které zvolily charakter práce a samostatné ošetrovatelské činnosti a k tomu profesionální vztah na partnerské úrovni s pacientem započteme jako hlavní motivaci, identifikujeme zajímavou skupinu sester, které nepracují v primární péči jenom kvůli jednosměnné pracovní době. Tudíž ani H2 „*Sestry pracující v primární péči považují svoji práci za výhodnou z důvodu pracovní doby*“ se

jednoznačně nepotvrdila. Na tabulce je ještě zajímavé umístění na posledním místě, což je finanční příjem, administrativní činnost a hned potom profesionální vztah na partnerské úrovni s lékařem. Dalším předmětem zkoumání by mohlo být, proč tomu tak je.

Poslední část dotazníku se vztahuje na hypotézu 3 a týká se požadavků sester na zkvalitnění jimi poskytované péče. Výsledky jsou obsaženy v pěti grafech a jedné tabulce. Graf 15 poukazuje na očekávání zvýšení úrovně vlastního vzdělání v oboru, kde jednoznačně si myslí 70 % sester „ano“ a „spíše ano“.

Z bakalářské práce Evy Novákové „Registrace sester v primární péči“ z roku 2007 vychází najevo, že sestry v primární péči nejsou příliš organizované a vyhovuje jim podřadná role k lékaři ve vztahu profesním. Ve zmíněné bakalářské práci byly porovnávány sestry z lůžkové části nemocnice, sestry v ambulantní části nemocnice a sestry primární péče v soukromých ambulancích. Jedním z cílů práce bylo zjišťování rozdílu v potřebě celoživotního vzdělávání. Výzkum ukázal, že sestry v ambulantní části nemocnice mají potřebu se celoživotně vzdělávat v 63 % oproti sestřím v soukromých ambulancích primární péče, kde nemá potřebu se celoživotně vzdělávat 60 %. Toto zjištění bylo až alarmující. Je otázka, zda od publikace této práce mohlo dojít k obecnému zásadnějšímu posunu v potřebách ambulantních sester, nebo zda jde o náhodný výsledek daný charakterem zkoumaného souboru (jiná část Prahy, podíl sester ze soukromých ambulancí atd.). Ale i za jeden rok se mohlo mnohé změnit. Sestry primární péče mají od března 2008 nově založenou sekci primárních sester v České asociaci sester, a tím se stávají organizovanější a informovanější, což může být pro některé motivací k dalšímu vzdělávání a také k postupnému uvědomění si nové role sestry v primární péči. Všechny respondentky v tomto výzkumu pracují bez odborného dohledu v porovnání s výsledky bakalářské práce Evy Novákové z loňského roku, kdy v soukromých ambulancích pracovaly převážně sestry pod lékařským dohledem, a tudíž nebyly motivovány k dalšímu sebevzdělávání. Nynější výsledky poukazují na očekávání sester v primární péči dalšího vzdělávání v oboru (15).

V grafu 16 týkající se požadavku na zlepšení jazykových znalostí sester v primární péči, poukazuje jasně na nezáměr až 91 % sester. Graf 17 zobrazuje

požadavek na zřízení samostatné pracovny sester. 86 % odpovědělo ano. Může to vypovídat o tom, že mají zájem pracovat samostatně s pacientem a na to by využily tu místnost, kde by nebyly rušeny při poskytování ošetrovatelské edukační činnosti. Požadavek na dostatek času pro ošetrovatelskou činnost znázorňuje graf 18, kde 73 % sester vyjádřilo „ano“. V tabulce 8 máme přehled o očekávání sester ve zlepšení jejich postavení. Vyšší jazykové znalosti nezlepší jejich postavení, si myslí 82 % sester. Pro „ano“ ve vyšším vzdělání je 86 % sester. 74 % sester očekává, že realizací kompetencí v rámci moderního ošetrovatelství selepší jejich postavení. V posledním grafu 19 se ukazuje, že 81 % sester očekává, že ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče pomůže další vzdělávání. Porovnáme – li tento výsledek s výsledkem očekávání dalšího navyšování úrovně vzdělání sester z grafu 15, přesvědčí nás, že si sestry uvědomují, čím mohou pomoci ke zlepšení péče o pacienta. Z otázek týkajících se jazykového vzdělání (č. 23 a č. 26) se jednoznačně dovídáme, že toto vzdělání „určitě“ nepožadují pro zlepšení svého postavení v práci. Na poslední otevřenou otázku č. 28 odpověděli pouze dvě sestry, které obě zdůrazňovaly nespokojenost se svým postavením sestry v porovnání s lékařem. Ten s nimi často jedná jako nadřízený s podřízeným a ne jako s rovnocenným partnerem v systému zdravotní péče. Z poslední části dotazníku vyplývá, že ani H3 „*Sestry pracující v primární péči nemají požadavky pro zkvalitnění jimi poskytované péče*“ se nepotvrdila.

## 6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou očekávání sester v primární péči a jaké požadavky mají sestry pro zkvalitnění své práce v systému primární péče. Cíl práce byl splněn.

Výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou v pražských zdravotnických zařízeních. Celkem bylo sestrami v primární péči vyplněno 113 dotazníků. Výzkumem bylo zjištěno, že sestry v primární péči si do značné míry uvědomují svoji roli v moderním ošetrovatelství. To se projevuje naprosto převažující prací bez odborného dohledu, aktivním zájmem o pacienta a řešení jeho potřeb, požadavky sester na podílení se na zdraví člověka, aktivním zapojením do provádění zdravotní výchovy, většinovým používáním počítače a elektronických forem komunikace, samostatnou obsluhou techniky a běžným prováděním edukace pacientů. Dále bylo zjištěno, že ačkoli většina sester považuje pracovní dobu v primární péči za výhodnou, jejich hlavní motivace v zaměstnání představují spíše charakter práce a samostatné ošetrovatelské činnosti. Dalším zjištěním bylo, že sestry v primární péči mají požadavky na zkvalitnění své práce ve smyslu dalšího vzdělávání v oboru.

Byly stanoveny tři hypotézy: H1- sestry pracující v primární péči si neuvědomují svoji roli v moderním ošetrovatelství, H2- sestry pracující v primární péči považují svoji práci za výhodnou z důvodu pracovní doby, H3- sestry pracující v primární péči nemají požadavky pro zkvalitnění jimi poskytované péče. Ani jedna z hypotéz nebyla potvrzena a výzkum ukázal, že očekávání sester v primární péči směřují k práci v moderním zdravotnickém systému, sestry očekávají zkvalitnění péče a jejich požadavky se týkají především vlastního odborného růstu a profesní seberealizace.

Tuto práci lze použít jako příspěvek do diskuze o důležitosti sester v primární péči. Výsledky práce jsou pozitivní a mohou proto přispět ke zlepšení postavení sester v moderním zdravotnictví.

## 7. Seznam použité literatury:

1. DAVIAUD, E., CHOPRA, M. How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. Bulletin of the World Health Organization, 2008, roč. 86, č.1, s. 46-51.

Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>

2. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv Ošetřovatelství – teorie. Martin: Osveta, 2006. 211s.  
ISBN 80 – 8063 – 227 – 8

3. FLEISCHER, S. et al. Growing old at home– A randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions. BMC Public Health, 2008, č. 8, s.185.

Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>

4. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. Komunitní ošetřovatelství. Martin: Osveta 2007, 272 s.  
ISBN 978 – 80 – 8063 – 257 - 1

5. HOGA, L.A.K. Illness care at home or in health institutions: the decision process in a low income community. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2008, roč. 16, č. 1, s. 115-121.

ISSN 0104-1169

6. HOLČÍK, J. KAŇKOVÁ, P. PRUDIL, L. Systém péče o zdraví a zdravotnictví. Brno: NCONZO, 2005. 186s.

ISBN 80 – 7013 – 417 – 8

7. ICN. Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN. Brno: NCONZO, 2003. 57s.

ISBN 80 – 7013 – 392 – 9



8. JAROŠOVÁ, D. Teorie moderního ošetrovatelství, Praha: ISV, 2000. 133s.  
ISBN 80 – 85866 – 55 -2
9. JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetrovatelství, Praha : Grada, 2007. 89s.  
ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7
10. JUŘENÍKOVÁ, P. Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník zdravotnických škol  
1. část 1. vyd. Uherské Hradiště: 2000, s. 271. ISBN neuvedeno
11. KOUYATÉ, B., SOMÉ, F., JAHN, A. et al. Process and effects of a community  
intervention on malaria in rural Burkina Faso: randomized controlled trial. Malaria  
Journal, 2008, roč. 25, č.7, s. 50.  
Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>
12. MARIOLIS, A., MIDAS, C., ALEVIZOS, A. et al. Comparison of primary health  
care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban  
health centre in Vyronas, Greece. BMC Health Services Research, 2008, č. 8, s. 124.  
Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>
13. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetrovatelství – Systémový přístup – I. díl. Praha:  
Karolinum, 2002, 187s.  
ISBN 80 – 246 – 0429 – 9
14. NCONZO, Dokument Koncepcie ošetrovatelství. Sestra, 2004, roč. 16, č. 10, s. 6 – 7  
ISSN 1210 – 0404
15. NOVÁKOVÁ, E. Bakalářská práce: Registrace sester v primární péči, České  
Budějovice, 2006, 88s.  
ZS-DP 2346

16. PROJEKT KULATÉHO STOLU. Dostupné na <<http://www.kulatystul.cz>> [cit. 05/2007]
17. SALVAGE, J. Sestra v akci. 1. vydání. Praha: Česká asociace sester, 1997. ISBN 92 – 890 – 1312 – 5
18. SEIFERT, B. BENEŠ, V. et al. Všeobecné praktické lékařství, Praha: Galén, 2005. 292s. ISBN 80 – 7262 – 369 – 9
19. Sbírka předpisů České republiky. Částka 184. Ročník 2006. 564 Nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.
20. Sbírka zákonů Česká republika. Částka 139. Ročník 2004. 424 Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – ve znění pozdějších předpisů.
21. Sbírka zákonů Česká republika. Částka 30. Ročník 2004. 96 Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
22. SI, D., BAILIE, R., CUNNINGHAM, J. et al. Describing and analysing primary health care system support for chronic illness care in Indigenous communities in Australia's Northern Territory – use of Chronic Care Model. BMC Health Services Research, 2008, č. 8, s. 112.  
Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>
23. STANHOPE, M. LANCASTER, J. Foundations of nursing in the community, St. Louis: Mosby 2006  
ISBN 13 978 0323 – 03209 – 4

24. STRNADOVÁ, A. Vznik nové sekce. Florence, 2008, roč. 4, č. 5, s. 11  
ISSN 1801 – 464X
25. ŠTEFLOVÁ, A.: *Program PHARE – rozvoj primární péče* (on-line) 26. 9. 2006  
Dostupné na [www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1704i-steflova-azdr.htm](http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1704i-steflova-azdr.htm)
26. Ústav zdravotnických informací informatiky a statistiky.  
Dostupné z <<http://www.uzis.cz>>
27. VENKETASUBRAMANIAN, N., ANG, Y.H., CHAN, B.P.L. et al. Bridging the Gap Between Primary and Specialist Care - An Integrative Model for Stroke. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 2008, roč. 37, č. 2, s. 118-127.  
Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>
28. Věstník Ministerstva Zdravotnictví ČR. Částka 9. Metodická opatření – Koncepce ošetrovatelství. Praha: MZČR, 2004, 8s.
29. VOJTÍŠKOVÁ, J. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře.  
Dostupné na: <<http://www.solen.cz>> [cit. 12.2.2006]
- .
30. VURM, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví, Praha: Triton, 2007. 122s.  
ISBN 978 – 80 – 7254 – 997 - 9
31. WHO, Evropská úřadovna Kodaň. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 95s.  
ISBN 80 – 85047 – 20 – 9

32. WHO, Evropská úřadovna Kodaň. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 271s.

ISBN 80 – 85047 – 21 – 7

33. ZDRAVÍ 21. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. 124s.

ISBN 80 – 85047 – 99 – 3

34. ZVONÍČKOVÁ, M. JIRKOVSKÝ, D. Mění se role sester, Ošetřovatelství - Teorie a praxe moderního ošetřovatelství. Hradec Králové: LF UK, 2006, sv. 8, č. 1 – 2, s. 15 -16

ISSN1212 – 723X

## **8. Klíčová slova**

Sestra

Role

Primární péče

Požadavky

Zdravotnictví

## **9. Přílohy**

### 9.1 Seznam příloh

#### 1. Dotazník

## Dotazník

Jmenuji se Lenka Vojíková a jsem studentka 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma „*Požadavky a očekávání sester v primární péči*“. Cílem tohoto dotazníku je zjistit požadavky a očekávání sester pracujících v primární péči. Bude využito srovnání názorů sester v ambulancích praktických a dětských lékařů, sester pracujících v gynekologických a zubních ordinacích a agenturách domácí péče.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a výsledků bude použito pouze pro účely této bakalářské práce. Vybrané odpovědi, prosím, zaškrtněte.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

**1. Váš věk:**

- do 20 let
- 21-30 let
- 31- 40 let
- 41-50 let
- nad 50 let

**2. Délka praxe ve zdravotnictví:**

- do 5 let
- 5 - 10 let
- 11- 20 let
- více než 20 let

**3. Rodinný stav**

- svobodná
- vdaná
- rozvedená

**4. Máte děti?**

- Ano  ve věku: 1- 3 roky
- Ne  4- 6 let
- 7- 10 let
- 11- 15 let
- nad 16 let

**5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

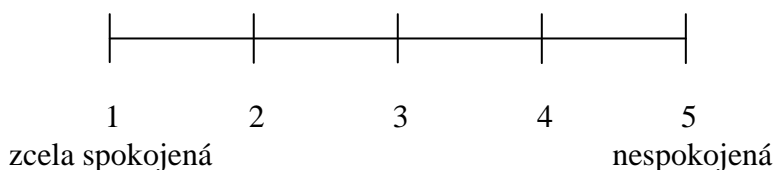
- SZŠ
- VOŠ
- specializační studium  jaké:.....
- vysoká škola: Bc.
- Mgr.
- Jiné: .....

**6. Pracujete:**

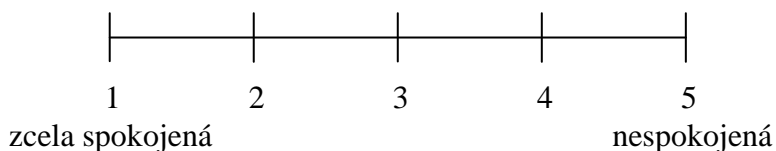
- v ambulanci praktického lékaře
- v ambulanci dětského lékaře
- v gynekologické ambulanci
- v zubní ordinaci
- v agentuře domácí péče
- Jiné



**7. Jak jste spokojená se svým platovým ohodnocením?**  
(Prosím označte číselnou hodnotu 1-5)



**8. Jak jste spokojená s pracovní dobou?**  
(Prosím označte číselnou hodnotu 1-5)



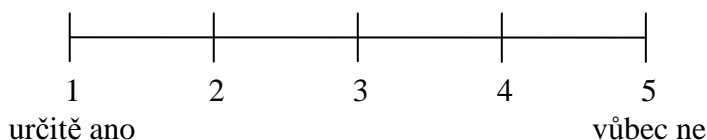
**9. Hlavní motivaci ve Vašem zaměstnání představuje (u každé možnosti, prosím, označte číselnou hodnotou 1 – 5, přičemž 1 - vysoce motivující, 5 – vůbec nemotivující)**

Charakter práce ( samostatnost, využití spolupráce v týmu)	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Finanční příjem	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Pracovní doba	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Profesní seberealizace ( využití sesterské práce)	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Profesionální vztah na partnerské úrovni s pacientem	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Profesionální vztah na partnerské úrovni s lékařem	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Partnerský vztah s rodinou	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Administrativní zaměření Vaší práce	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Moje edukační činnost	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Samostatné ošetrovatelské činnosti	1 – 2 - 3 – 4 - 5
Management ošetrovatelských činností	1 – 2 - 3 – 4 - 5

**10. Očekáváte, že budete podle litery zákona 96/2004 Sb. jako sestra pracovat:**

- Bez odborného dohledu
- Pod odborným dohledem sestry
- Pod odborným dohledem lékaře
- Nevím

**11. Požadujete ke své práci využití počítače (databáze pacientů, elektronické posílání žádank, internet – pro pracovní účely, pracovní e-mail, apod.) ?**  
(Prosím označte číselnou hodnotu 1-5)



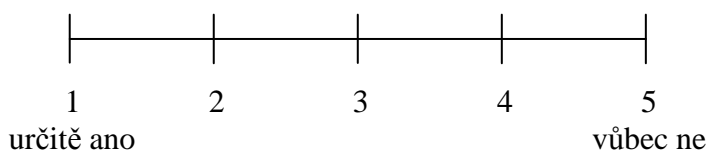
**12. Požadujete ke své práci komunikaci v cizím jazyce?**  
(Prosím označte číselnou hodnotu 1-5)



**13. Požadujete ke své práci samostatnou obsluhu přístrojů nebo aplikaci zdravotních pomůcek (dle charakteru Vaší práce)?**  
(Prosím označte číselnou hodnotu 1-5)



**14. Ke své práci požadují vymezený čas k edukaci pacienta (aplikace injekcí, nácvik techniky inhalací, provádění převazů apod.)**  
(Prosím označte číselnou hodnotu 1-5)



**15. Očekáváte, že budete provádět zdravotní výchovu svých pacientů, popř. různých skupin obyvatel ?**

- Ano, uskutečňuji přednášky, navrhuji letáky atd.
- Ne, ale ráda bych to prováděla
- Ne, myslím si, že to nespadá do mé kompetence
- Ne, provádí to lékař

**16. Hodnotíte sociální situaci pacienta?**

- Ano, hodnotím a předávám sociální pracovníci
- Ano, situaci řeší lékař
- Ne
- Ne, nemám k tomu kompetence

**17. Provádíte návštěvní službu ve vlastním prostředí pacienta?**

- Ano, samostatně
- Ano, s lékařem
- Ne, provádí jen lékař
- Jiné .....

**18. Využíváte metodu ošetřovatelského procesu?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**19. Vedete si specifickou sesterskou dokumentaci o pacientovi?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**20. Podílíte se na řešení problému pacienta s dalšími složkami zdravotnického systému v rámci multidisciplinárního týmu (nemocnice, ústavy, sociální pracovníci)?**

- Ano
- Ne

**21. Požadujete, abyste mohla na základě svých znalostí a zkušeností sama vyhledávat a řešit pacientovy problémy?**

- Ano
- Ne
- Ne, není to v mé kompetenci

**22. Očekáváte zvýšení úrovně Vašeho vzdělání v oboru (specializační studium, VŠ) ?**

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

**23. Požadujete možnost zlepšení svých jazykových znalostí?**

- Ano
- Ne

**24. Požadujete zřízení samostatné pracovny sestry?**

- Ano
- Ne

**25. Požadujete vyčlenění určitého času pro samostatnou ošetrovatelskou práci s klientem (popř. skupinou klientů)?**

- Ano
- Ne

**26. Očekáváte, že Vaše postavenílepší :**

( Prosím, vyhovující zakroužkujte)

- |  |     |   |    |   |       |
|--|-----|---|----|---|-------|
| Vyšší jazykové znalosti                                | ano | x | ne | x | nevím |
| Vyšší vzdělání   | ano | x | ne | x | nevím |
| Realizace kompetencí v rámci moderního ošetrovatelství | ano | x | ne | x | nevím |

**27. Očekávám, že další vzdělávání pomůže zlepšit kvalitu mojí ošetrovatelské péče orientované na pacienta**

- Ano
- Ne
- Nevím

**28. Pokud byste chtěla doplnit něco k Vaším požadavkům a očekáváníí zaznamenejte níže :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



