

Jihočeská universita v Českých Budějovicích

Fakulta: Zdravotně-sociální

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Realizace ošetrovatelského procesu v praxi
z pohledu studentů ZSF JU.

Vypracovala: Jaroslava Bejčková

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Ošetrovatelský proces je metoda ošetrovatelství, která pomáhá sestře a pacientovi lépe plánovat ošetrovatelskou péči v oblasti sběru dat, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelské péče. Pracovníci ve zdravotnictví a tím i studenti těchto oborů, by měli pracovat podle této metody. Povinnost pracovat podle této metody udává koncepce ošetrovatelství a vyhláška číslo 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Teoretická část se zabývá oborem ošetrovatelství, do kterého jsme zařadili definici, cíle a charakteristiku ošetrovatelství. V této kapitole se věnujeme i koncepčním modelům, jež sestřám pomáhají k uspořádání informací o pacientovi. Důležitou součástí ošetrovatelství je koncepce ošetrovatelství. Ta poskytuje základní a metodický rámec pro pracovníky v oboru ošetrovatelství. Zmínili jsme se také o holistickém přístupu k pacientům. Další kapitola se věnuje ošetrovatelskému procesu a jeho jednotlivým fázím. Součástí ošetrovatelského procesu je i ošetrovatelská dokumentace, kam se zaznamenávají všechny informace o poskytnuté péči. Poslední kapitola se zabývá vzděláváním všeobecných sester, potřebnou odbornou způsobilostí k výkonu, osobnostními a etickými předpoklady pro výkon všeobecné sestry a odborné praxe studentů.

V empirické části jsme stanovili dva cíle: Cíl 1: Zjistit, zda je z pohledu studentů ZSF JU v praxi realizována metoda ošetrovatelského procesu. Cíl 2: Zjistit, zda studenti ZSF JU v průběhu praktické výuky pracují s metodou ošetrovatelského procesu. Na základě stanovených cílů byly stanoveny tři hypotézy: H1: Z pohledu studentů ZSF JU je v praxi metoda ošetrovatelského procesu uplatňována. H2: Z pohledu studentů ZSF JU jsou studenti při praxi zapojeni do ošetrovatelského procesu u pacienta. H3: Studenti prezenčního studia ZSF JU hodnotí lépe metodu

ošetřovatelského procesu než studenti kombinovaného studia ZSF JU. Výzkumné šetření bylo provedeno za použití kvantitativního výzkumu. K realizaci výzkumu byla použita technika dotazování prostřednictvím anonymního dotazníku s uzavřenými a polouzavřenými otázkami. Dotazníky byly rozdány studentům 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra z prezenční a kombinované formy studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university. Výsledky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel. Pro prezentaci výsledků byly použity grafy. Výsledky jsou uvedeny v relativní četnosti v procentech.

První stanovená hypotéza H1: Z pohledu studentů ZSF JU je v praxi metoda ošetřovatelského procesu uplatňována. Hypotézu jsme ověřovali pomocí dotazníkových otázek 4 až 10 a výsledky jsme znázornili v grafech 4 až 10. Z uvedených výsledků z grafu 4 vyplývá, že 44,9% studentů z kombinované formy studia si myslí, že se metoda ošetřovatelského procesu v praxi realizuje a 44,23% studentů z prezenčního studia si myslí, že z jejich pohledu se metoda ošetřovatelského procesu při péči o pacienta nerealizuje. Graf 9 ukazuje, že 79,59% studentů z kombinované a 65,38% studentů z prezenční formy studia si myslí, že v České republice nejsou vhodné podmínky pro realizaci ošetřovatelského procesu. Tyto a další negativní výsledky nás vedly k tomu, že naše hypotéza nebyla ověřena.

Druhá stanovená hypotéza H2: Z pohledu studentů ZSF JU jsou studenti při praxi zapojeni do ošetřovatelského procesu u pacienta. Hypotézu jsme ověřovali pomocí otázek 11 až 20 a výsledky jsme znázornili v grafech 11 až 20. Graf 11 ukazuje, že 65,31% studentů z kombinované formy studia pracuje metodou ošetřovatelského procesu. Graf 12 ukazuje, že 65,31% studentů z kombinované formy studia nedělá problém aplikovat teoretické znalosti do praxe. Z grafu 20 je zřejmé, že 57,17% studentů z kombinované formy studia a 67,31% studentů z prezenční formy studia spolupracují při plánování ošetřovatelské péče se zdravotnickým personálem. Tyto a další pozitivní výsledky nás vedly k tomu, že naše hypotéza byla ověřena

Třetí stanovená hypotéza H3: Studenti prezenčního studia ZSF JU hodnotí lépe metodu ošetřovatelského procesu než studenti kombinovaného studia ZSF JU. Hypotézu jsme ověřovali pomocí otázek 21 až 25 a výsledky jsme znázornili v grafech

21 až 25. Graf 21 ukazuje, že 53,03% studentů z kombinované formy studia a 59,62% studentů z prezenční formy studia se domnívají, že metoda ošetrovatelského procesu je přínosem pro kvalitnější péči. Graf 22 ukazuje, že 48,98% studentů z kombinované formy studia vnímají ošetrovatelský proces jako zatěžující administrativní práci sester na rozdíl od 44,23 % studentů z prezenční formy studia. Graf 25 ukazuje, že 53,06% studentů z kombinované a 63,46% studentů z prezenční formy studia si myslí, že ošetrovatelská péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu nedokáže zvýšit prestiž sesterského povolání. Tyto a další výsledky nás vedly k tomu, že naše hypotéza byla ověřena.

Z výsledků vyplývá, že z pohledu studentů z prezenční a z kombinované formy studia na ZSF JU se v praxi ošetrovatelský proces nerealizuje. Toto zjištění je velmi znepokojující, neboť zdravotnický personál, který neposkytuje péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, porušuje koncepci a vyhlášku. Nicméně z 2. cíle bylo zjištěno, že studenti obou forem studia v průběhu praktické výuky pracují s metodou ošetrovatelského procesu, i když studenti vstupem na praxi často zjišťují, že realizace ošetrovatelského procesu na některých odděleních stále zaostává.

Výsledky našeho výzkumného šetření mohou posloužit vyučujícím Zdravotně sociální fakulty jako metodický rámec pro teoretickou a praktickou výuku.

Klíčová slova: Ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, vzdělávání všeobecných sester

Abstract

A nursing process is a method of nursing care that helps a nurse and a patient to plan the nursing care better in terms of gathering data, diagnostics, planning, realisation and evaluation of the nursing care. The health care staff and also health care students should work according to this method as it is said in Decree No. 55/2011 Sb. regulating the activities of health workers and other professionals.

A theoretical part deals with a definition, aims and characteristics of the nursing care. In this chapter we focus on conceptual models that help nurses to classify information about patients. An important part of the nursing care is a conception of nursing which provides a basic scope for the health care staff. We have also mentioned a holistic approach to patients. The next chapter deals with individual phases of the nursing process. The documentation that contains all the information about care provided is also a part of the nursing process. The last chapter focuses on education of nurses, necessary professional qualification, personal and ethic prerequisites for performing the nurse profession and professional practical experience of students.

We have defined two aims in the experimental part: Aim 1: To determine whether the students of ZSF JU think that the nursing process is realised in practice. Aim 2: To determine whether the students of ZSF JU use the method of nursing process in practice. On the basis of the objectives we claim three hypotheses: H1: The students of ZSF JU think that the method of the nursing process is realised. H2: From the perspective of the students of ZSF JU, the students are involved in the nursing process of a patient. H3: The students in the full-time study evaluate the method of the nursing process better than students in the combined type of study. The research was made through interviewing the students of the 2nd and 3rd years of ZSF JU by means of anonymous questionnaires with closed and semi-closed questions. The results were processed in Microsoft Excel where graphs are used for presentation of results. These results are listed in a relative frequency and percentage.

The first hypothesis H1: The students of ZSF JU think that the method of nursing process is realised. We were verifying this hypothesis with questions 4 – 10 and the results are demonstrated in the corresponding graphs 4 – 10. It is obvious from the Graph 4 that 44.9% of the students in the combined type study think that the method of the nursing process is realised and 44.23% of the students in the full-time study find the method of the nursing process not being realised. The Graph 9 shows that 79.59% of the students in the combined type study and 65.38% of the students in the full-time study think that in the Czech Republic there are not suitable conditions for realisation of the nursing process. These and other negative results have led us to declare the hypothesis H1 false.

The second hypothesis H2: From the perspective of the students of ZSF JU the students are involved in the nursing process of a patient. This hypothesis was verified by means of the questions 11 – 20 and the results are demonstrated in the graphs 11 - 20. The Graph 11 shows that 65.31% of the students in the combined type study work with the method of the nursing process. The graph 12 shows that 65.31% of the students in the combined type study do not have problems with application of theoretical knowledge into practice. We can see in the Graph 20 that 57.17% of the students in the combined type study and 67.31% of the students in the full time study cooperate in planning of the nursing care with the health care staff. We declare this hypothesis true which results from these positive results.

The third hypothesis H3: The students in the full-time study evaluate the method of the nursing process better than the students in the combined type study. We verified this hypothesis with questions 21 – 25 and the results are demonstrated in the corresponding graphs. The Graph 21 shows that 53.03% of the students in the combined type study and 59.62% of the students in the full-time study suppose that the method of the nursing process is a benefit for better care. The Graph 22 shows that 48.98% of the students in the combined type study perceive the nursing process as unnecessary administrative work for nurses in opposite of 44.23% of the students in the full-time study. The Graph 25 shows that 53.06% of the students in the combined type study and 63.46% of the students in the full-time study think that the method of the nursing care cannot increase

a prestige of the profession of nurses. On the basis of these results we have verified this hypothesis.

The results show that in students' opinion the nursing process is not realised. This finding is very alarming because the health care staff that does not provide care through the nursing process breaches the decree. However, we have found out from the second aim that students in both types of study work with the method of the nursing process in the training although they sometimes notice that the realisation of the nursing process lags behind in some departments.

The results of our research could serve teachers of the faculty of Health and Social Studies as a framework for theoretical and practical teaching.

Key words: nursing care, nursing process, education of general nurses

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

Jaroslava Bejčková

Poděkování

Děkuji tímto paní Mgr. Ivaně Chloubové, za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování za podporu a trpělivost patří také mé rodině.

Obsah

Úvod.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Obor ošetrovatelství.....	13
1.1.1 Vymezení oboru ošetrovatelství	14
1.1.2 Koncepce ošetrovatelství	16
1.1.3 Holistický přístup v ošetrovatelství	17
1.2 Ošetrovatelský proces.....	18
1.2.1 Historie ošetrovatelského procesu	20
1.2.2 Lidské potřeby v ošetrovatelském procesu.....	21
1.2.3 Fáze ošetrovatelského procesu	23
1.2.3.1 První fáze- zhodnocení/posouzení zdravotního stavu	24
1.2.3.2 Druhá fáze – diagnostika	26
1.2.3.3 třetí fáze – plánování	28
1.2.3.4 Čtvrtá fáze – Realizace	31
1.2.3.5 Pátá fáze – Vyhodnocení	32
1.2.4 Ošetrovatelská dokumentace	34
1.3 Vzdělávání všeobecných sester.....	37
1.3.1 Osobnostní a etické předpoklady pro výkon všeobecné sestry.	39
1.3.2 Student na odborné praxi	40
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	42
2.1 Cíle práce.....	42
2.2 Hypotézy.....	42
3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	43
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	43
4 Výsledky	45
5 DISKUSE.....	69
6 ZÁVĚR.....	76
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	78
8 PŘÍLOHY	83

Úvod

Ošetrovatelství jako vědní obor má pro člověka velmi vysokou morálně-etickou hodnotu a to, že nezůstane v bolestech, utrpení a umírání sám. Současné ošetrovatelství se orientuje na zdravé i nemocné jedince všech věkových kategorií.

V poslední době prošlo ošetrovatelství jako vědní obor řadou změn. Změny se týkaly profesní přípravy všeobecných sester a v zavedení metody ošetrovatelství, ošetrovatelského procesu do praxe.

Vstupem České republiky do Evropské unie vydalo Ministerstvo zdravotnictví novou koncepci ošetrovatelství a přijalo nový zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Tento zákon přinesl změnu v kvalifikační přípravě všeobecných sester. Studium všeobecné sestry se přesunulo ze středních zdravotnických škol na vysoké školy a na vyšší odborné školy. Hlavním cílem přijetí nového zákona bylo zvýšit odbornost a kompetence všeobecných sester. Koncepce ošetrovatelství a vyhláška číslo 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zavazuje všeobecné sestry poskytovat péči metodou ošetrovatelského procesu. Tato metoda je zaměřena na aktivní vyhledávání a uspokojování individuálních potřeb jedince.

Důležitou součástí tohoto oboru je praktická příprava studentů v průběhu odborné praxe, kde aplikují své nabyté teoretické vědomosti a získávají praktické zkušenosti při poskytování péče o pacienta. Na odborné praxi si studenti osvojují schopnost realizovat péči metodou ošetrovatelského procesu. Aby byli studenti efektivně zapojeni do ošetrovatelského procesu v praxi, potřebují jednak teoretické znalosti, ale také praktickou přípravu a vedení mentorky odborné praxe, která jim pomáhá tuto dovednost získat.

Pro zpracování tohoto tématu jsem se rozhodla proto, že mě zajímá, jak studenti hodnotí ošetrovatelský proces v praxi, a zda ho realizují při poskytování péče u pacienta. Dále zjišťuji, zda vnímají rozdíl mezi teoretickými znalostmi

o ošetrovatelském procesy, které získají ve škole a skutečnou realitou v klinické praxi. V neposlední řadě se zabývám názory studentů na tuto metodu a jejím přínosem pro pacienta. Ve výzkumné části také zjišťuji, zda kombinovaná forma studia a prezenční forma studia oboru všeobecná sestra vnímá ošetrovatelský proces podobně nebo, zda je jejich postoj odlišný vlivem získaných praktických zkušeností v realitě klinické ošetrovatelské praxe.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Obor ošetřovatelství

Ošetřovatelství představuje tři nehumánnější očekávání – moudrost, lásku a pomoc. Současné ošetřovatelství se utváří jako věda, která sestře poskytuje moudrost, ale zároveň jako umění, které v sestře rozvíjí cit, lásku a schopnost pomáhat. Souhra těchto dvou oblastí umožní sestře účinně pečovat o člověka i v jeho nejbolestivějších, nejtěžších, ale i nejradostnějších chvílích života (Farkašová, 2005).

Sestra jako představitelka ošetřovatelského povolání by měla být vzdělaná, emocionálně zralá a mít pozitivní vztah k lidem. Sestra utváří ve společnosti určitý model. Její rozhled, ochota, praktické dovednosti a odborné vědomosti jí řadí mezi nejzdravější součást sociálního prostředí. Právě sestra má tu možnost být u zrodu života a na jeho konci – to dělá sesterské povolání jedinečným (Farkašová, 2005).

Ošetřovatelství jako vědní obor musí být vědecky podložen a ošetřovatelská praxe se musí formovat na vědeckých základech. Ošetřovatelství nepředstavuje pouze praktické postupy, ale vyžaduje složitý myšlenkový proces. Tento ošetřovatelský proces zahrnuje preventivní, diagnostické a terapeutické principy jednotlivých medicínských oborů. Zároveň vychází z psychologických, sociálních, etických, ekonomických a organizačních aspektů péče o zdraví. Ošetřovatelství je důležité nejen pro úspěšnost jednotlivých medicínských oborů, ale má pro člověka velmi vysokou morálně-etickou hodnotu a to pro jeho jistotu, že nezůstane v bolestech, utrpení a umírání sám, a že bude takto pečováno i o jeho blízké v nejkritičtějších obdobích jejich života (Boroňová, 2010).

1.1.1 Vymezení oboru ošetřovatelství

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako: „*Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.*“ (Staňková, 2005, str. 6).

Jedna z definic ošetřovatelství tvrdí, že „*Ošetřovatelství je vědní disciplína integrující poznatky z přírodních, humanitních a společenských vědních oborů. Má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnost prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, kterou by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, vůli a znalosti. Úkolem sester je pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost.*“ (Boroňová, 2010, str. 8).

Další definice zní takto: „*Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví*“ (Pochylá, 2005, str. 8).

Hlavním cílem ošetřovatelství je komplexní péče o člověka, zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování jeho individuálních potřeb s cílem zajistit co nejvyšší kvalitu života. Ošetřovatelství se zaměřuje na podporu a udržení zdraví, navrácení zdraví, snaží se zmírňovat utrpení a zajistit klidné umírání a důstojnou smrt. Ošetřovatelské činnosti se orientují také na podporu soběstačnosti a nezávislosti. Předpokladem pro efektivní ošetřovatelskou péči je vytvořit z jedince aktivního účastníka při péči o vlastní zdraví. Ošetřovatelství pečuje nejen o tělesné zdraví, ale pomáhá nemocnému dosáhnout duševní a sociální pohody (Boroňová, 2010).

Hlavními rysy ošetřovatelství je poskytování aktivní individualizované ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelská péče musí být poskytována na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem. Ošetřovatelství vychází z holistického přístupu, pacient je zde vnímán jako individuum s jedinečnými biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Ošetřovatelství se podílí na edukaci obyvatel a zaměřuje se na preventivní opatření s cílem předcházet problémům. Ošetřovatelská péče je poskytována víceúrovňovým

způsobem. Ošetřovatelský personál je sestaven týmem pracovníků s různou úrovní kvalifikace, jejich kompetence jsou určeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004).

Součástí ošetřovatelství jsou koncepční modely, které existují, již od doby Florence Nightingalové, kdy začala uplatňovat myšlenky ošetřovatelství. Její chápání ošetřovatelství však nebylo formálně považováno za model. Až v roce 1973 na konferenci pro rozvoj ošetřovatelství skupina Johnson, Reilly a Roy výslovně pojmenovala různé pohledy na ošetřovatelství jako koncepční modely. Tato událost a následný rozvoj koncepčních modelů měla velký význam pro utváření ošetřovatelství jako samostatné vědní disciplíny. Modely poskytují určitý vzor pro ošetřovatelskou praxi, vzdělávání a výzkum. Poukazují na určitou oblast, kterou autoři považují za důležitou a na niž se má sestra u konkrétního pacienta zaměřit. Modely obohacují obor ošetřovatelství jako vědní disciplíny a v praxi poskytují sestřám návod, jak pečovat o určitého pacienta (Pavlíková, 2006).

Koncepční modely ošetřovatelství definují paradigma odvozená z metaparadigma oboru ošetřovatelství a to osobu, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. Koncepční modely mají tři základní součásti – asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. Asumpce neboli předpoklady tvoří teoretický základ koncepce. Jsou odvozené od vědecké teorie a praxe a musí být v praxi ověřitelné. Další součástí je hodnotový systém, který tvoří základní myšlenky oboru ošetřovatelství a zároveň odráží filozofický názor autora. Poukazuje na jedinečnou úlohu sestry, zaměření ošetřovatelství na potřeby člověka a na potřebu holistické péče. Třetí součástí jsou hlavní jednotky, které jsou utvářené z předpokladů-asumpcí a z hodnotového systému. Obsahují sedm hlavních jednotek v daném ošetřovatelském modelu: cíl ošetřovatelství, klient/pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsoby zásahu, důsledky (Pavlíková, 2006).

1.1.2 Koncepce ošetrovatelství

Koncepce ošetrovatelství znamená pojetí nebo chápání českého ošetrovatelství. Toto metodické opatření vydalo Ministerstvo zdravotnictví za účelem zajištění jednotného postupu poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob v celé České republice. První koncepce ošetrovatelství v České republice byla vydána v roce 1998. V roce 2004 byla vydána nová koncepce ošetrovatelství, která reagovala na změny související se vstupem České republiky do Evropské unie a dále na přijetí zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Tento zákon upravoval podmínky získávání a uznávání kvalifikace, celoživotní vzdělávání a registraci nelékařských povolání. Koncepce ošetrovatelství vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, Organizace spojených národů, směrnic Evropské unie, Mezinárodní rady sester, Mezinárodní rady porodních asistentek a Mezinárodní organizace práce. Koncepce udává směr a rozvoj ošetrovatelství v 21. století. Tento dokument je základní a výchozí metodický materiál pro pracovníky v oboru ošetrovatelství. Koncepce klade důraz na poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu, zdůrazňuje samostatnější práci ošetrovatelského personálu a dodržování ošetrovatelských standardů. Popisuje obor ošetrovatelství, vzdělávání v oboru ošetrovatelství, získávání způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu a registr těchto pracovníků. Dále se věnuje ošetrovatelskému procesu a jeho dokumentaci, výzkumu v ošetrovatelství, hodnocení kvality ošetrovatelské péče a komunitnímu ošetrovatelství. Hlavním cílem koncepce ošetrovatelství je zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči (Pochylá, 2005; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004).

1.1.3 Holistický přístup v ošetrovatelství

V roce 1926 zmínil J. Ch. Smuts ve své knize pod názvem „Holismus a Evoluce“ termín holismus. Holismus v překladu znamená celek. Tento celek lze rozdělit na části, ale tím celistvost zaniká. Holistická teorie se zabývá živými organismy jako celky, jejichž části v oblasti bio-psycho-sociální a spirituální jsou ve vzájemné interakci. Pokud dojde k poruše v jedné oblasti, dochází k poruše celého systému. Současné ošetrovatelství z této filozofie holismu vychází a klade důraz na holistický přístup k pacientovi. Sestry pečují o člověka jako o celek, to znamená o jeho biologickou, psychickou, sociální a spirituální oblast, nikoliv pouze o jednu část. Realizace holistického přístupu v praxi je důležitý předpoklad pro kvalitní ošetrovatelskou péči (Mastiliaková, 2010).

Filozofie holismu vnímá člověka jako integrovanou jednotku. Porucha v jedné části systému vede k poruše celé bio-psycho-sociální spirituální celistvosti jedince. Každý člověk je individualita se svými jedinečnými vlastnostmi, názory a potřebami, proto je nutné každému nemocnému poskytovat individuální ošetrovatelskou péči „šitou na míru.“ (Trachtová, 2008).

Filozofie holismu pohlíží na člověka jako na jedno tělo a jednu duši. Každý člověk je individuum a při léčbě je nutné brát na to ohledy. Každé onemocnění někde začíná a je nutné najít a odstranit příčinu v okolí, kde se pacient nachází. Holistická péče klade důraz na zapojení pacienta během jeho léčby a každá terapeutická metoda, která pacientovi pomůže, je vhodná. Zároveň mu nesmí žádná metoda ublížit či uškodit. Každá nemoc zasáhne nejen fyzickou, ale i psychickou stránku člověka, proto je nutné dbát na dobrý psychický stav pacienta a poskytovat mu podporu a pochopení (Hudáková, 2010).

1.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je v zahraničí používan již více než čtyřicet let jako základní metoda práce sester. Avšak v České republice se ošetrovatelský proces začal zavádět do klinické praxe až koncem druhé poloviny 90. let minulého století. Je důležité, aby metoda ošetrovatelského procesu byla pochopena a přijata sestrami, neboť správně realizovaný ošetrovatelský proces komplexně uspokojí individuální, biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby pacienta. K tomu je nutné, aby sestra měla kompletní přehled o všech těchto oblastech pacienta. To se dá zajistit pouze důkladným a kvalitním posouzením klienta ve všech jeho oblastech, následně může sestra stanovit ošetrovatelský problém, neboli ošetrovatelskou diagnózu, vytýčit cíl, výsledná kritéria a naplánovat ošetrovatelské aktivity. Tato systematická a plánovaná péče je podstata celého ošetrovatelského procesu. Hlavním předpokladem ošetrovatelského procesu je pohled na člověka v jeho holistickém chápání. Vhodně naplánované ošetrovatelské intervence uspokojí deficit v potřebách pacienta, a to má velký vliv na jeho spokojenost (Tóthová, 2009).

Ošetrovatelský proces je základ moderního ošetrovatelství. Má vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. Snaží se nasměrovat sestru od pouhé asistentky lékaře k aktivní péči o pacienta, zdravého člověka a jeho rodinu. Kvalitní péče poskytovaná prostřednictvím ošetrovatelského procesu sestře přináší silnější a pozitivnější zpětnou vazbu od pacienta a to podporuje osobní a pracovní motivaci sestry (Staňková, 2004).

Metoda ošetrovatelského procesu vyžaduje od sestry získání odborného (kvalifikačního) vzdělání a interpersonální dovednosti, do kterých řadíme komunikaci, naslouchání, empatie, soucit a důvěryhodnost. Dále dovednosti v oblasti technické, kde je důležitá zručnost při provádění procedur a obsluze techniky. Intelektové vlastnosti sestry se uplatní při řešení problémů a kritickém myšlení (Mastiliáková, 2004).

Autorka Marečková definuje ošetrovatelský proces následovně: „ *Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetrovatelští profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče.* “ (Marečková, 2005).

Ošetrovatelský proces má několik definic, které se shodují v jeho systematickosti a komplexnosti s důrazem na individuální potřeby pacienta, řešení a předcházení jeho problémů. Samotný proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení vytyčeného výsledku. Tento proces probíhá v pěti fázích, jednotlivé fáze na sebe navazují. Ošetrovatelský proces tvoří: zhodnocení/posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Je to systematická a racionální metoda poskytování individualizované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces předpokládá, je-li to možné, aktivní spolupráci pacienta. Tato metoda podporuje sestry v samostatném rozhodování o nejvhodnějším způsobu péče, kterým se snaží dosáhnout stanovených cílů a následně posoudí přínos naplánované péče (Tóthová. 2009).

Cílem ošetrovatelského procesu je uspokojit individuální potřeby pacienta a tím mu zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči. K dosažení stanoveného cíle, musí sestra zhodnotit jeho celkový zdravotní stav, po zhodnocení zdravotního stavu sestaví anamnézu, kde určí aktuální a potenciální problémy neboli ošetrovatelské diagnózy. Na základě ošetrovatelských diagnóz sestaví individuální ošetrovatelský plán, ve kterém stanoví očekávané výsledky, k nim vhodné ošetrovatelské intervence a zvolí časový rámec pro jejich splnění. Následně dle časového harmonogramu provede zhodnocení, zda bylo cíle dosaženo či nikoliv (Mastiliaková, 2004).

1.2.1 Historie ošetrovatelského procesu

Před vznikem ošetrovatelského procesu poskytovaly sestry péči na základě příkazu lékaře, která byla více zaměřena na nemoc než na potřeby pacienta. Ošetrovatelská péče poskytovaná bez dohledu lékaře, vycházela především z intuice a zkušenosti sester nežli z vědecky podložených důkazů (Boroňová, 2010).

Metoda ošetrovatelského procesu se začala objevovat v Evropě na konci šedesátých let dvacátého století. Metoda vznikla ve Spojených státech amerických jako koncepční model vstřícného přístupu k nemocnému.

V roce 1955 Hallová poprvé uvedla termín ošetrovatelský proces. V dalších letech tuto metodu popsaly i další autorky. V roce 1959 Johansová popsala ošetrovatelský proces jako posouzení situace, dospění k rozhodnutí, realizace naplánované činnosti, která vede k vyřešení daného ošetrovatelského problému a k následnému vyhodnocení. Teoretička Wiedenbachová v roce 1963 navrhla tři kroky ošetrovatelského procesu, a to pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se o výsledku. V roce 1967 Knowlesová uvedla již pět atributů ošetrovatelského procesu – odhal, bádej, rozhodni, udělej, zhodnoť. V prvních dvou krocích sestra shromažďuje údaje o nemocném a provádí analýzu, ve třetím vytváří operativní plán, ve čtvrtém ho realizuje a v pátém hodnotí pacientovu reakci na provedené zásahy.

V roce 1967 Západní mezinárodní komise o vyšším vzdělání (Western Interstate Commission on Higher Education, WICHE) popsala průběh ošetrovatelského procesu v pěti fázích - percepce, komunikace, interakce, intervence a vyhodnocení. Označili ošetrovatelský proces za vzájemný vztah, který probíhá mezi sestrou a nemocným, ve kterém je důležitá jejich spolupráce a zvolené intervence. Americká asociace sester ANA (American Nursing Association) uskutečnila významný krok v metodě ošetrovatelského procesu v roce 1973, kdy uveřejnila normy ošetrovatelské praxe, kde ustanovila pět fází ošetrovatelského procesu: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Tímto zavedla ošetrovatelský proces do klinické praxe. Na základě tohoto podnětu mnoho států postupně upravilo a přizpůsobilo ošetrovatelskou praxi ve své zemi metodě ošetrovatelského procesu (Tóthová, 2009).

Odborníci v oboru ošetrovatelství začali pociťovat nejasné postavení ošetrovatelství v systému zdravotních věd. Začali organizovat kroky, jež by mohly ošetrovatelství posunout o kousek dál. Vznikla potřeba změny ošetrovatelské praxe, která vyžadovala samostatnost sester při péči o pacienta, a která vychází z holistického přístupu k jedinci jako k bytosti s jedinečnými biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Do té doby tato péče scházela a sestry byly vedeny a hodnoceny lékařem jako pouhé asistentky orientované na chorobu pacienta. Tyto myšlenky naplňovaly odkaz Florence Nightingalové, která již v devatenáctém století prosazovala, že ošetrovatelská péče není vymezovaná lékařským rozhodnutím. Ve Spojených státech amerických historicko-společenská situace vedla k počátečním zmínkám o ošetrovatelských diagnózách a k vytvoření standardu ošetrovatelské péče, který zahrnoval ošetrovatelskou diagnostiku (Marečková, 2005).

Pojem Ošetrovatelská diagnóza vznikl v padesátých letech minulého století. Tento nový pojem se začal používat k označení pacientových problémů a potřeb. Od roku 1973 se každý rok koná konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz. Zde v roce 1982 bylo založeno Severoamerické sdružení pro ošetrovatelské diagnózy neboli NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Tato významná asociace vytvořila během třiceti let svého působení sto osmdesát sedm diagnostických kategorií (Tóthová, 2009).

1.2.2 Lidské potřeby v ošetrovatelském procesu

Potřeba vzniká při pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo spirituální. Uspokojením všech potřeb dochází u jedince k obnovení a vyrovnaní rovnováhy organismu - homeostázy. Uspokojené potřeby úzce souvisí se zachováním a kvalitou života jedince (Šrámková, 2011).

Neuspokojená potřeba ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka jako je pozornost, myšlení, emoce a volné procesy. V průběhu života se potřeby vyvíjejí

a kultivují. Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje potřeby vlastním způsobem. Neuspokojená potřeba startuje proces motivace. Motivace je hybná síla našeho chování vedoucí k uspokojení potřeby, která určuje jeho směr, sílu a trvání. Cílem moderního ošetrovatelství je právě systematické a plánovité uspokojování potřeb jedince prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Trachtová, 2008).

Pro pomáhající profese je důležité poznání svých potřeb, aby na základě tohoto poznání, mohly pochopit potřeby druhých lidí. Pro správné vyhodnocení potřeb nemocného je důležitý kladný vztah mezi sestrou a pacientem a navázání kvalitní komunikace. Ošetrovatelský proces je neúčinnější technika při uspokojování individuálních bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb jedince. Jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu zajistí celistvost poskytované péče o potřeby pacienta. Tato péče vyžaduje od sestry znalosti, tvůrčí přístup, pozitivní vztah k lidem, technické dovednosti a především schopnost rozpoznat potřeby nemocného. Cílem ošetrovatelské péče je pacient s uspokojenými potřebami v plném rozsahu. Sestra se musí zaměřit nejen na potřeby biologické, ale i na potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti, které člověka v nemoci často sužují. Nejistotu nemocného lze snížit dostatečnou informovaností, edukací a pravidelnou komunikací. Během ošetrovatelského procesu směřujícímu k uspokojení potřeb je nezbytné podporovat nemocného k aktivní spolupráci a zapojení rodiny do péče. Nemocný by si měl uchovat svou autonomii, to znamená respektování jeho přání a názorů při plánování jeho léčby (Šrámková, 2011).

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908-1970) rozdělil lidské potřeby podle naléhavosti v organizovaný hierarchický systém a to na nižší a vyšší potřeby.

Do nižších potřeb zařadil fyziologické potřeby a potřeby bezpečí. Do vyšších přiřadil potřebu sounáležitosti a lásky, potřebu uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace. Uspořádaná hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa naznačuje nutnost uspokojení nejprve nižších potřeb, teprve až poté mohou být uspokojeny potřeby vyšší. Pokud nejprve neuspokojíme nižší potřebu, nelze tedy uspokojit potřebu vyšší. Během života se potřeby člověka mění. U kojenců dominují potřeby fyziologické a potřeba bezpečí. U mladších dětí vzniká potřeba bezpečí a lásky. U starších dětí se setkáváme

s potřebami lásky a uznání. V dospívání a v dospělosti se objevují vyšší potřeby jako je potřeba seberealizace. Pokud nejsou lidské potřeby delší dobu uspokojovány, může dojít u jedince k frustraci a vzniku onemocnění v oblasti somatické či psychické (Trachtová, 2008).

1.2.3 Fáze ošetrovatelského procesu

Péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu je základním rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Je to vědecká metoda řešení problémů pacienta, které může profesionálně ovlivnit sestru. Tato série vzájemně propojených činností probíhá v pěti krocích: „ 1. Zhodnocení/ posouzení nemocného – zjišťování informací, 2. Diagnostika - stanovení ošetrovatelské diagnózy, 3. Plánování - plán ošetrovatelské péče, 4. Realizace - provedení navržených opatření, 5. Zhodnocení - hodnocení efektu poskytnuté péče

Každá fáze ošetrovatelského procesu stojí samostatně, ale jednotlivé fáze se propojují a tvoří jeden celek, to znamená, že každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Sestra musí nejdříve svého pacienta důkladně poznat, zjistit co ho trápí, naplánovat ve spolupráci s pacientem či jeho rodinou individuální plán péče a nakonec zhodnotit účinnost poskytnuté péče. Ošetrovatelský proces tedy především předpokládá aktivní činnost sestry, kterou nemocnému poskytuje na základě jeho hlubšího poznání. Ošetrovatelský proces klade důraz na vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem, napomáhá k efektivní spolupráci s nemocným a podporuje profesionální ošetrovatelskou péči (Staňková, 2004).

1.2.3.1 První fáze- zhodnocení/posouzení zdravotního stavu

Zhodnocení zdravotního stavu nemocného je v ošetřovatelském procesu prvním krokem. Sestra v této části získá od klienta všechny důležité informace, aby mohla naplánovat efektivní a individualizovanou ošetřovatelskou péči. K sestavení kvalitního plánu péče je třeba získat co nejvíce potřebných informací o nemocném. Tyto informace musí být úplné a přesné, tak aby bylo možné správně určit problém, který pacienta trápí. Je nutné umět oddělovat zkreslené informace od pravdivých a domněnky od skutečnosti. Cílem první fáze ošetřovatelského procesu je získat informace o nemocném spojené s potřebou ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces vychází z holistického vnímání jedince, proto je nutné posouzení stavu pacienta v oblasti biologické, duchovní, sociální a kognitivní. Tato fáze je velmi závislá na kvalitním a důkladném sběru všech dat, neboť plán péče je sestaven na základě získaných informací (Tóthová, 2009).

Při příjmu pacienta k hospitalizaci se sestra zaměřuje na shromažďování identifikačních údajů jako je věk, důvod přijetí, zdravotní pojišťovna apod. Během shromažďování těchto informací je důležité, aby sestra navázala s nemocným dobrý osobní kontakt. Pacientovi je nutné prokazovat úctu a to především při jeho oslovování. Pacienta oslovujeme příjmením nebo titulem. Oslovování babi, dědo, či křestním jménem je značně nevhodné. Sestra se dále zabývá informacemi o současném zdravotním stavu klienta, hodnotí závažnost zdravotního stavu, změny a intenzitu jeho obtíží. Pro kvalitní ošetřovatelskou péči je třeba zjistit celkové anamnestické informace. V této oblasti je třeba vzít v úvahu řadu anamnestických oblastí, které mohou pomoci naplánovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Jde o oblasti zdravotní, psychologické a sociální. Hodnotí se také stupeň soběstačnosti, zjišťují se náboženské a kulturní faktory, jeho běžné denní aktivity a zvyky. Tyto informace napomůžou sestře k poznání a pochopení pacientových reakcí. Informace o nemocném lze získat více způsoby. Nejvyužívanější technika je pozorování a rozhovor. Dále významnými zdroji dat o nemocném jsou zdravotnická dokumentace, spolupacienti, členové zdravotnického týmu nebo rodina pacienta. Sestra musí zjištěné anamnestické údaje zaznamenat

do ošetrovateľského záznamu ve zdravotníckej dokumentácii nemocného. Dobře provedená ošetrovateľská anamnéza je základní předpoklad pro tvorbu individuálního plánu ošetrovateľské péče (Staňková, 2009).

V první fázi ošetrovateľského procesu může sestra vycházet z vhodně zvoleného ošetrovateľského modelu. Nejvíce systematicky a standardně využívaný model v ošetrovateľské praxi i v rámci vzdělávání sester je od Marjory Gordonové model „Funkčního typu zdraví“, který hodnotí funkční a dysfunkční zdravotní stav klienta. Tento model představuje z hlediska holistické teorie nejkompexnější pojetí jedince v ošetrovatelství. Model obsahuje třináct domén: podporu zdraví, výživu, vylučování a výměnu, aktivitu a odpočinek, vnímání a pozorování, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahy, sexualitu, zvládání zátěže a odolnost vůči stresu, životní principy, bezpečnost a ochranu, komfort, růst a vývoj (Tóthová, 2009).

Získané údaje z rozhovoru lze rozdělit do dvou oblastí. Tyto oblasti nazýváme subjektivní a objektivní. V subjektivní skupině jsou údaje, které pociťuje klient. V objektivní skupině jsou údaje, které zjevně vnímá sestra. Zde pomáhá sestřím kritické myšlení, kdy mohou své údaje posoudit s údaji od pacienta. Objektivní údaje sestra získává při fyzikálním vyšetření, kterým hodnotí somatický stav pacienta. Dalším způsobem objektivního zhodnocení je rámcové screeningové vyšetření sestrou, kdy sestra hodnotí somatické funkce nezbytné k uspokojování denních životních potřeb člověka (Tóthová, 2009).

Důležitou součástí celkového hodnocení zdravotního stavu pacienta tvoří laboratorní a diagnostická vyšetření, které sestře poskytnou informace o funkci organismu a často mohou potvrdit její domněnky a podezření o stavu klienta (Tóthová, 2009).

V ošetrovateľském procesu je také nutné k objektivnímu posouzení stavu a schopností nemocného využívat různé škály, testy a stupnice, kterými je možné pacientův problém objektivně zhodnotit. Mezi nejvyžívanější lze zařadit například stupnice Nortonové, Knolla pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů, Glasgowská stupnice kómatu, škály pro hodnocení bolesti, Barthelův test základních denních činností aj (Mastiliáková, 2004).

Údaje o pacientovi je nutné zjišťovat ze všech uvedených oblastí a zdrojů, neboť pouze komplexní zhodnocení sestře umožní vytvořit celkový obraz o zdravotním stavu klienta, který je nezbytný pro vytvoření plánu péče. Přesnost a důkladnost zjištěných informací ve fázi posouzení je základem dalších fází ošetřovatelského procesu (Tóthová, 2009).

1.2.3.2 Druhá fáze – diagnostika

Ošetřovatelská diagnóza je definovaná jako: „ *Klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná*“ (Boroňová 2010, str. 70).

Ošetřovatelská diagnóza je výsledkem zpracování informací z první fáze ošetřovatelského procesu. Zabývá se pacientovými problémy, které jsou řešitelné ošetřovatelskou péčí. Ošetřovatelskou diagnózou se rozumí rozpoznání jednotlivých neuspokojených či narušených potřeb klienta vlivem poruchy zdravotního stavu. Nemocný s neuspokojenou potřebou cítí pocit frustrace. Ošetřovatelská diagnóza má za úkol stanovit problémy nemocného. Tyto stanovené problémy se nazývají Ošetřovatelské problémy (Staňková, 2004).

Cílem fáze diagnostiky je ve spolupráci s klientem určit jeho problémy a zvolit vhodnou ošetřovatelskou péči. Je důležité zapojit nemocného do ošetřovatelského procesu, nalezené ošetřovatelské problémy s ním konzultovat a společně najít ideální postup vedoucí k uspokojení jeho potřeb. Ošetřovatelská diagnóza nesmí být stanovována pouze formálně (Staňková, 2005).

Diagnózy se rozlišují na aktuální, potencionální a wellness. Aktuální diagnóza vyjadřuje současné problémy klienta, které se manifestují přítomnými charakteristickými příznaky. Potencionální neboli riziková diagnóza vyjadřuje problémy, které se ještě nevyskytují, ale vzhledem k současnému stavu nemocného by vedly k jejich vzniku. Tyto diagnózy jsou velmi užitečné. Diagnózu tvoří potencionální problém, který je potvrzen přítomností rizikových faktorů. Ošetřovatelská

péče se zaměřuje na prevenci vzniku problému. Ošetrovatelská diagnóza „wellness“ se zaměřuje na zlepšení zdraví. Sestra využívá tento typ diagnózy, pokud chce docílit u klienta lepší úroveň v určité oblasti, například v oblasti vědomostní. Účelem může být osvojení si nových dovedností a schopností. Tyto diagnózy se také nazývají edukačními diagnózami (Tóthová, 2009).

K vytvoření ošetrovatelské diagnózy je potřeba kritického myšlení sestry. Kriticky myslící sestra musí projevovat určité vlastnosti: důvěru, kreativitu, flexibilitu, zvědavost, intuici, objektivitu, vytrvalost, intelekt a úvahu. Je to významný předpoklad pro profesionální zodpovědnost a kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestry, které uplatňují kritické myšlení v ošetrovatelství, praktikují kognitivní dovednosti, analyzování, hledání informací, logické uvažování, předvídaní, využívání standardů a transformaci znalosti. Jejich myšlení musí být rozmanité, plynulé, pružné a propracované. Tyto aspekty jsou nezbytné v diagnostické fázi ošetrovatelského procesu (Tóthová, 2009).

Ošetrovatelské diagnózy mají danou strukturu. Aktuální ošetrovatelskou diagnózu tvoří tři složky, takzvaná PES struktura. Písmeno P představuje název ošetrovatelského problému/diagnózy. Ta je označena číselným kódem. Označení E znamená etiologie neboli související faktory. S označuje charakteristické znaky – symptomy. Potencionální diagnóza se skládá pouze ze dvou složek označované jako PRF struktura. Písmeno P zde představuje potencionální problém/diagnózu a RF je zkratka pro rizikové faktory. U této diagnózy se tedy potencionální problém zatím nevyskytuje, ale přítomné rizikové faktory poukazují na riziko jejich možného vzniku (Marečková, 2005).

Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku NANDA – International (North American Nursing Diagnosis Association) vznikla v roce 1982. Tato asociace v současné době začleňuje sestry z mnoha států Severní i Jižní Ameriky, Kanady, Evropy a Asie. NANDA má za úkol vyvíjet systém diagnostické terminologie. NANDA Taxonomie I byl první diagnostický systém, který obsahoval devět vzorců lidských reakcí. Ke každému vzorci byly přiřazeny diagnostické pojmy s číselnými kódy, celkem sto čtyřicet osm ošetrovatelských diagnóz. Ovšem taxonomie I byla pro studium a klinickou praxi nedostatečná, proto NANDA v roce 2000 uvedla taxonomii II. Novou taxonomii tvoří třináct diagnostických domén, které vycházejí

ze Vzorců zdraví M. Gordonové. Každá diagnostická doména se specifikuje do tříd a třídy obsahují ošetřovatelské diagnózy s příslušným mezinárodním číselným kódem. Diagnostické domény tvoří: podpora zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahy, sexualita, zvládání zátěže a odolnost vůči stresu, životní principy, bezpečnost a ochrana, komfort a růst a vývoj (Vorósová, 2007).

NANDA dále vyvinula standardní ošetřovatelskou terminologii v elektronické podobě, ve které se využívá nabídky klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC (Nursing Interventions Classification) a klasifikace výsledků ošetřovatelské péče NOC (Nursing Outcomes Classification). Tento elektronický systém přiřazuje ke konkrétní diagnóze ošetřovatelské intervence a výsledky. Ošetřovatelské údaje jsou systematicky analyzovány v rámci zdravotní péče a poskytují základ pro analýzu nákladů a přínosu ošetřovatelské praxe (Herdman, 2010).

1.2.3.3 třetí fáze - plánování

Plánování patří mezi důležitou součást ošetřovatelského procesu. V této fázi se zabýváme tvorbou cílů, které jsou zaměřeny na nemocného, a plánujeme strategii směřující k dosažení očekávaných cílů. Ve fázi plánování jsou důležité schopnosti sestry, které vedou k řešení problémů, k určení priorit, cílů a výsledných kritérií. Jednotlivé naplánované kroky představují aktivity sestry s cílem odstranit problém stanovený v diagnostické fázi. Výstupem fáze plánování je písemný ošetřovatelský plán, který zajistí klientovi individualizovanou a komplexní péči. Sestra během celého procesu plánování spolupracuje s klientem, rodinou a se členy multidisciplinárního týmu (Tóthová, 2009).

Plán péče musí být konstruován tak, aby ho bylo možné podle potřeby doplňovat a upravovat. Z ošetřovatelského plánu musí být patrné vazby mezi určenými potřebami, očekávanými výsledky, plánováním ošetřovatelské péče, realizací a hodnocením. V této fázi sestra stanovuje cíle a ošetřovatelské intervence, kterými budou cíle dosaženy.

Kvalita ošetrovatelského plánu závisí na profesionálních znalostech a praktických zkušenostech sestry, spolupráci pacienta a jeho rodiny a možných dostupných prostředcích (Staňková, 2009).

V průběhu sestavování ošetrovatelského plánu by si měla sestra pokládat otázku, co je schopna pro nemocného udělat a zařídit, co mohou udělat ostatní členové týmu, co je nemocný schopen vykonat pro sebe sám a jakou mírou se může podílet na procesu návratu, udržení či zlepšení svého zdraví. Při plánování sestra nejprve určí priority řešení problémů, poté stanoví cíl, kterého chce ve spolupráci s nemocným dosáhnout, na základě cílů plánuje očekávané výsledky a navrhne sesterské zásahové intervence, jak stanovených cílů dosáhne. Tím vypracuje písemný plán péče pro konkrétního klienta (Staňková, 2004).

Vytyčení priorit je prvním krokem plánování. To znamená, stanovení pořadí, v jakém se budou problémy pacienta řešit. Seřazení se neodvíjí pouze od naléhavosti a vážnosti problému, ale i podle přání a potřeb pacienta, které je třeba respektovat. První by měly být řešené problémy, které mají nejvyšší prioritu, to znamená problémy ohrožující život pacienta. Poté je třeba se věnovat problémům ohrožující zdraví, které mají střední prioritu. Následně se sestra zabývá prioritami, které souvisí s riziky pro zdraví a zvýšení kvality života. Diagnózy s nejvyšší prioritou nesmí být považované pouze v oblasti somatické, ale mohou být i v oblasti psychologické, na to je třeba myslet při určování priorit (Tóthová, 2009).

Očekávané výsledky

Ve fázi plánování se stanovují očekávané výsledky (cíle, výsledná kritéria). Očekávané výsledky slouží k měření úspěšnosti plánu péče a podněcují sestru k činnosti, která vede k naplnění určeného cíle. Dále určují ošetrovatelské zásahy, neboť sestra, aby mohla naplánovat ošetrovatelské zásahy, musí vědět čeho je u nemocného nutné docílit. Očekávané výsledky vycházejí z fáze posouzení a diagnostiky. Jejich cílem je změna pacientova stavu. Tyto cíle a výsledná kritéria stanovuje sestra ve spolupráci s pacientem. Cíle odráží to, co může pacient pro sebe vykonat sám a co se dá ovlivnit ošetrovatelskou péčí. Cíle vždy musí být reálné, jasné

a srozumitelné. Pro objektivní zhodnocení dosaženého efektu ošetrovatelské péče musí být cíl konkrétní a měřitelný. Cíle mohou být krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé cíle se plánují v rámci hodin až dnů. Tyto cíle se používají u pacientů s krátkodobou hospitalizací nebo u klientů, kteří se cítí deprimovaní dlouhodobými cíli, a splněním krátkodobého cíle získávají potřebnou motivaci. Dlouhodobé cíle se využívají u pacientů například s chronickým či psychiatrickým onemocněním. Vzhledem k delšímu období hospitalizace a možným změnám pacientova stavu, může nastat potřeba modifikace stanoveného dlouhodobého cíle. Výsledná kritéria vycházejí ze stanovených cílů a ke každému cíli je nutné určit tři až šest výsledných kritérií. Výsledná kritéria jsou závěry o měřitelných a pozorovatelných reakcích pacienta. K tomu, aby byla jasná a výstižná, by se měla skládat z těchto částí: podmět, sloveso, podmínky, realizační kritéria, časový termín. Kritéria určují, zda byl splněn stanovený cíl. Usměrnují činnosti sestry a určují časové limity na plánované intervence. Očekávané výsledky jsou stanovené v plánu péče ke každé diagnóze a tvoří základ pro hodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče (Tóthová, 2009).

Ošetrovatelské zásahy

Ošetrovatelské zásahy (intervence) jsou naplánované činnosti sestry směřující k dosažení stanovených cílů a k vyřešení pacientových problémů. Vztahují se k určité diagnóze a očekávanému výsledku. Při plánování vhodných ošetrovatelských intervencí sestra spolupracuje s konkrétním pacientem, se členy ošetrovatelského týmu a s dalšími odborníky. Ošetrovatelské strategie vyžadují od sestry odborné vědomosti, praktické dovednosti a dřívější zkušenosti. Intervence v plánu péče nesmí být stanoveny pouze formálně u každého pacienta, neboť aby plán péče efektivně vyřešil problémy nemocného, je nutná jeho individuálnost. Zvolením vhodných ošetrovatelských zásahů lze dosáhnout stanovených cílů. Tyto činnosti sestry musí být vědecky podložené a bezpečné. Ošetrovatelské činnosti řadíme do tří kategorií: nezávislé, součinné a závislé. Nezávislé ošetrovatelské činnosti jsou zásahy, které sestra iniciuje sama na základě svých vědomostí a dovedností. Za naplánování a realizaci těchto činností je sestra zodpovědná a to i před zákonem. Součinné ošetrovatelské zásahy jsou plánované

či prováděné ve spolupráci s jiným členem interdisciplinárního týmu, například s fyzioterapeutem. Cílem součinných činností je zajistit pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči. Závislé ošetrovatelské činnosti provádí sestra na základě příkazu lékaře. Jsou nedílnou součástí léčby a jejich plánování není v kompetenci sestry, pouze jejich realizace. Pacientův zdravotní stav se může v průběhu fáze plánování změnit, proto je důležité neprovádět naplánované činnosti automaticky, ale vždy posoudit aktuální stav pacienta a zvážit případnou modifikaci naplánovaných intervencí (Tóthová, 2009).

Plán ošetrovatelské péče

Cílem fáze plánování je vytvoření písemného plánu péče. Ošetrovatelský plán vychází z potřeb nemocného, obsahuje ošetrovatelské diagnózy seřazené dle jejich naléhavosti, cíle, výsledná kritéria, intervence a vyhodnocení. Plán péče poskytuje systematicky informace o nemocném v logickém podání. Je nutné tento plán během hospitalizace nemocného kontrolovat jeho aktuálnost, sledovat případné změny stavu pacienta a provádět vyhodnocování dosažených cílů (Tóthová, 2009).

1.2.3.4 Čtvrtá fáze – Realizace

Cílem fáze realizace je uskutečněním naplánovaných činností dosažení vytyčených cílů. Účinnost poskytnuté péče je závislá na kvalitě plánu péče. V této fázi je důležité pro dosažení výsledku maximálně podporovat spolupráci a zapojení pacienta a jeho rodiny do péče. Míra podílu nemocného na jeho péči je závislá na jeho zdravotním stavu. V současné době se stávají pacient a jeho rodina rovnocennými partnery v ošetrovatelské péči, nejsou pouze pasivními příjemci. Součástí realizace je i edukace pacienta a jeho rodiny o poskytování vhodné ošetrovatelské péče, a tím je do péče zapojit aktivně. Rodina pacienta tímto získává pozitivní pocit, že mohou svému blízkému pomoci, a zároveň jsou připraveni na případnou nutnost poskytování laické péče v domácím prostředí po ukončení hospitalizace (Staňková, 2009).

Fáze realizace naplňuje ošetrovatelský proces, neboť bez realizace naplánovaného písemného plánu péče, by pacient nedocílil vyřešení svého problému, a ošetrovatelský proces by tímto byl pouze administrativní záležitostí. Pro realizaci naplánovaných činností je důležité, aby sestra měla potřebné vědomosti a dovednosti k vykonání intervencí. Během realizace naplánované péče je kladen důraz na dodržování standardů (Tóthová, 2009).

V průběhu realizace ošetrovatelských zásahů je nezbytné neustále provádět opětovné posouzení pacientova stavu a případně zvážit potřebu aktualizace plánu péče. Sestra před uskutečněním zvolených intervencí musí posoudit potřebu asistence dalšího člena ošetrovatelského týmu, tak aby zajistila bezpečnou realizaci intervence, eliminovala stres u pacienta, neboť nemá dostatek znalostí a dovedností. Dále sestra organizuje přípravu materiálu, prostředí a provede edukaci pacienta. Role, které sestra může u pacienta zaujímat, jsou role: učitelky, komunikátorky, ošetrovatelky, advokátky, nositelky změn, manažerky a výzkumnice. Výsledkem této fáze by mělo být vyřešení problémů pacienta (Boroňová, 2010).

Ve fázi realizace ošetrovatelských činností potřebuje mít sestra kognitivní, technické a interpersonální dovednosti. Mezi kognitivní dovednosti sestry patří kritické myšlení, schopnost rozhodovat se, řešit problém a tvůrčí myšlení. Technické dovednosti vyžadují od sestry schopnost práce a zacházení s technickými přístroji. Tato dovednost je v moderní technické medicíně velmi důležitá. Do interpersonálních dovedností řadíme schopnost komunikace s nemocnými, ale i se zdravotnickým týmem. Při práci s nemocnými je nutné umět používat také verbální a neverbální komunikaci (Tóthová, 2009).

1.2.3.5 Pátá fáze – Vyhodnocení

Vyhodnocení definuje WHO (Světová zdravotnická organizace) následovně: „ Hodnocení je založeno na použití specifických kritérií, která umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít

k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, tj. stavu, kterého dosáhl pacient na základě ošetrovatelských zákroků, stanovených v ošetrovatelských plánech.“ (Tóthová, 2009).

Vyhodnocení je poslední fáze ošetrovatelského procesu. Dochází zde k hodnocení efektu péče poskytnuté podle individuálního plánu. Dává sestře zpětnou vazbu o účinnosti či neúčinnosti realizovaných ošetrovatelských zásahů. Systematické pozitivní hodnocení může dodávat potřebnou podporu pacientovi. Hodnocení je nezbytné k uzavření každého cyklu ošetrovatelského procesu, případně pro volbu dalších vhodných kroků. Úspěšnost zrealizovaného ošetrovatelského procesu hodnotí nejen sestra, ale především i pacient (Staňková, 2009).

Sestra v této fázi hodnotí, zda a do jaké míry byly stanovené cíle splněny. Zde je nejdůležitější kritické myšlení sestry. Sestra monitoruje reakce pacienta na provedené činnosti a hodnotí dosažené výsledky. Zabývá se, zda došlo ke zlepšení, stabilizování nebo naopak zhoršení zdravotního stavu nemocného. Hodnocení efektu ošetrovatelské péče se odvíjí od zdravotního stavu v době posouzení a diagnostiky, kdy se porovnává zhoršení nebo zlepšení zdravotního stavu. Splnění naplánovaného cíle a zlepšení stavu nemocného poukazuje na účinnou a vhodně naplánovanou ošetrovatelskou péči. Fáze vyhodnocení je důležitým ukazatelem v měření kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních (Tóthová, 2009).

Ošetrovatelský proces vyžaduje neustálé sledování a vyhodnocování stavu, chování a reakce pacienta na poskytovanou péči. Získané vyhodnocení sestra porovnává s naplánovanými očekávanými výsledky, kdy využívá své kritické myšlení. V případě, že bylo dosaženo cíle, je hodnocení pozitivní. V případě, že nebyly naplněny očekávané výsledky, nebyl tedy vyřešen pacientův problém, je nutné provést změnu ošetrovatelského plánu, najít správné řešení daného problému a znovu sestavit ošetrovatelský plán. Nelze ukončit ošetrovatelský proces, dokud nedojde k odstranění problému pacienta. Vyhodnocení je významná fáze ošetrovatelského procesu, neboť zde se sestry stávají zodpovědné za poskytnutou ošetrovatelskou péči. Zpětná vazba získaná na základě poskytnuté péče jim pomůže v rozhodování nepokračovat v neúčinných činnostech, a zvolit místo nich činnosti účinné (Tóthová, 2009).

Rozlišujeme tři typy hodnocení a to hodnocení termínované, průběžné a závěrečné. Termínované hodnocení se provádí v ošetrovatelském procesu na konci prvního cyklu, kdy se stanovují krátkodobé cíle a předpokládaný termín jejich dosažení. Hodnocení by měla provádět sestra, která provedla posouzení pacienta a sestavila plán ošetrovatelské péče.

Průběžné hodnocení se v ošetrovatelském procesu provádí neustále, v každé jeho fázi. Sestra zde hodnotí poskytnutou ošetrovatelskou péči od hodnocení nemocného a jeho potřeb, až do propuštění nemocného ze zdravotnického zařízení.

Závěrečné hodnocení se provádí před ukončením hospitalizace, nebo v případě, předává-li sestra nemocného do péče jiného zdravotnického zařízení. Hodnocení spočívá v zahrnutí nejdůležitějších ošetrovatelských problémů nemocného, hodnocení krátkodobých cílů a vyznačení dlouhodobých cílů, které vyžadují další zaměření ošetrovatelské péče. Závěrečné hodnocení zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče v ošetrovatelském procesu (Tóthová, 2009).

1.2.4 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace, kterou stanoví zákon 372/2011 Sb. a vyhláška č. 98/2012 Sb. Zdravotnická dokumentace obsahuje informace o zdravotním stavu nemocného a informace související s poskytováním zdravotní péče. Vyhláška stanovuje, že ošetrovatelská dokumentace musí obsahovat ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení stavu pacienta, ošetrovatelský plán, záznamy o edukaci pacienta a ošetrovatelskou propouštěcí nebo překládovou zprávu. Zdravotnická dokumentace může být vedena písemně i elektronicky. U elektronické zdravotní dokumentace je součástí elektronický podpis. Výhodou této zdravotnické dokumentace je, že jsou chráněna data klientů před přístupem neoprávněných osob, a je zde vedena evidence jakýkoliv přístupů, oprav a změn ve zdravotnické

dokumentaci. Doba uchování zdravotnické dokumentace je pět let (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

Zdravotnická dokumentace musí být pravdivá, úplná, přehledná a věcná. Při provádění zápisů je třeba také myslet na určitou estetickou kulturu. Záznamy ve zdravotnické dokumentaci by měly být čitelné a srozumitelné. V případě opravy dat musí zůstat původní záznam čitelný. U nového zápisu se uvede datum, čas a podpis osoby, která opravu provedla. Nepřijatelné jsou osobní vzkazy a vulgarismy. Úhledně vedená dokumentace je známkou poskytnuté kvalitní péče (sborník přednášek, 2008).

Zdravotnická dokumentace je nezbytnou součástí péče o nemocného. Je zavedena ve všech zdravotnických zařízeních a povinnost jejího vedení nám ukládá zákon. Ošetrovatelská dokumentace poskytuje sestře informace jakou péči má pacientovi poskytnout, například kdy má provést výměnu permanentního močového katétru. Dále je ošetrovatelská dokumentace pro sestru zdrojem údajů o potřebách pacienta typu, kdy byla provedena koupel, kolik pacient snědl jídla atd. Součástí ošetrovatelské dokumentace je plán péče a ošetrovatelské diagnózy (Ščeпоňcová, 2009).

Ošetrovatelská dokumentace umožňuje dokumentovat poskytovanou péči, zajišťuje kontinuitu péče a je významný zdroj informací o nemocném, které jsou nezbytné pro ošetřování. Kvalitní dokumentace je důležitou složkou ošetrovatelského procesu a lze ji uplatnit v ošetrovatelském výzkumu. Informace z dokumentace slouží i jako hodnověrný zdroj pro účely právního vyšetřování. Účelem dokumentace tedy není zbytečná administrativní práce, jak se sestry mohou občas mylně domnívat (Staňková, 2004).

Ošetrovatelská dokumentace musí vyhovovat potřebám jednotlivých oddělení, být jednoduchá a smysluplná. Tvoří ji komplexní soubor různých předtištěných ošetrovatelských záznamů, stupnic a škál. Se zavedením ošetrovatelského procesu vznikla nutnost i jeho záznamu do dokumentace. Některé sestry proto mohou považovat ošetrovatelský proces jen jako další formální záležitost (Staňková, 2004).

Ošetrovatelská dokumentace dokládá, že péče byla poskytnuta dle ordinace a správně dle zdravotního stavu nemocného. Zároveň prokazuje, že byly dodrženy stanovené postupy dle lege artis a standardy. Je tedy důležitá pro právní ochranu

zdravotnického personálu. Zdravotnický personál je nejenom povinen zachovávat důvěrnost informací ze zdravotnické dokumentace, ale také musí dodržet právní předpisy při tvorbě záznamu do dokumentace (Boroňová, 2010).

Studenti získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání během praktické výuky mohou nahlížet do dokumentace pouze se svolením zdravotnického pracovníka, a s písemným souhlasem daného pacienta. Součástí dokumentace by tedy měl být také formulář, kde nemocný dává souhlas s nahlížením studentů do jeho dokumentace (Vondráček, 2003).

1.3 Vzdělávání všeobecných sester

Významná změna ve vzdělávání sester se uskutečnila v roce 2004, kdy vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a vyhláška č. 424/2004 Sb., která stanovuje činnost zdravotnických pracovníků. Tento zákon rozdělil studium ošetrovatelství na obor Zdravotnický asistent a obor Všeobecná sestra. Výuka oboru Zdravotnický asistent probíhá na středních zdravotnických školách a absolvent může pracovat pouze pod odborným dohledem sestry nebo lékaře. Obor Všeobecná sestra lze v současné době studovat na vyšších nebo vysokých školách a opravňuje k výkonu povolání bez odborného dohledu (Chlupová, 2012).

Změna ve vzdělávání českých sester proběhla na doporučení Evropské unie, která nepovažovala vzdělání na středních zdravotnických školách za odborné. Tato změna ve vzdělávání českých sester umožňuje uznávání jejich kvalifikace v rámci Evropské unie. Jelikož povolání sestry vyžaduje v souvislosti s rozvojem medicíny a oboru ošetrovatelství neustálé vzdělávání, doporučila Evropská unie registraci zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Registrace byla ustanovena v zákoně č. 96/2004 Sb. a umožňuje sestřím získat osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Registr zaručuje celoživotní vzdělávání kvalifikovaných sester a zvýšení společenské prestiže tohoto povolání (Zlonický, 2011).

Cílem celoživotního vzdělávání je podporovat sestry k neustálému prohlubování odborných vědomostí a dovedností, a tím zajistit pacientům kvalitní péči. Sestra je povinna se vzdělávat po celou dobu svého profesionálního života. Do celoživotního vzdělávání patří specializační vzdělávání, certifikované kurzy, stáže, konference atd. Tyto vzdělávací aktivity jsou ohodnoceny určitým počtem kreditů (Marková, 2006).

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry lze získat v současné době absolvováním tříletého bakalářského oboru Všeobecná sestra na vysoké škole

nebo úspěšným ukončením tříletého oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších odborných školách. Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost kvalifikačním studiem na střední zdravotnické škole s nástupem do prvního ročníku nejpozději ve školním roce 2003/2004, může své povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem. Po třech letech výkonu pod odborným dohledem se stává plně kvalifikovanou všeobecnou sestrou a může svoji práci vykonávat bez odborného dohledu (Sbírka zákonů České republiky, 2004).

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje změny ve vzdělávání, kdy již bude možné od školního roku 2015/2016 studovat obor Všeobecná sestra pouze v bakalářském studijním programu na vysoké škole. Všeobecné sestry, které získaly způsobilost k výkonu povolání na střední škole nebo na vyšší odborné škole, si nebudou muset dodělat bakalářské studium, a jejich způsobilost získaná podle dřívějších právních předpisů jim zůstane nedotčena.

Nová právní úprava dále počítá s tím, že zdravotničtí pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání, budou provádět činnosti, ke kterým získali odbornou způsobilost, zcela samostatně, a to bez indikace nebo na základě indikace lékaře. Tyto činnosti budou stanoveny ve vyhlášce o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pod odborným dohledem budou pracovat po dobu dvou let absolventi škol, kteří musí být zaškolení pod odborným vedením po dobu 3-12 měsíců zdravotnickým pracovníkem způsobilého pracovat samostatně. Taktéž zdravotnický pracovník, který přerušil výkon povolání na dobu delší pěti let, bude pracovat pod odborným vedením po dobu 60 kalendářních dnů až 6 měsíců. Návrh zákona není ještě definitivní a dále se bude projednávat (Hladíková, Šmídová, 2012).

Vyhláška číslo 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zavazuje všeobecné sestry poskytovat bez odborného dohledu nebo indikace lékaře ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces tato vyhláška popisuje jako zhodnocení individuálních potřeb nemocného, stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánování ošetrovatelské péče a její realizace, vyhodnocování účinnosti péče a její zaznamenávání do zdravotnické dokumentace. Vyhláška dále stanovuje činnosti všeobecné sestry, které může provádět

bez odborného dohledu a indikace lékaře, pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře a činnosti, které může vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře.

Všeobecná sestra může na základě indikace lékaře provádět bez jeho odborného dohledu činnosti, které poskytují preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispensární péči. Přitom všeobecná sestra pomáhá zajistit efektivní ošetrovatelskou péči a připravuje nemocné k diagnostickým a léčebným postupům (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011).

1.3.1 Osobnostní a etické předpoklady pro výkon všeobecné sestry.

Profese sestry se dlouhodobě řadí na přední příčky náročnosti povolání. Souvisí s tím zodpovědnost, konfrontace s náročnými životními událostmi a neadekvátní finanční ohodnocení. Je to právě sestra, která dodává potřebnou podporu a pomoc člověku v jeho nejkritičtějších chvílích života, v bolestech a utrpení. Život a zdraví člověka jsou nejvýznamnější lidské hodnoty. Rozvoj ošetrovatelství ovlivňuje i osobnost sestry. Z větší části je to povolání především žen, neboť žena je nositelka životní síly, obětavosti, empatie a intuice. Sestra je neustále v interakci se spolupracovníky, s nemocným a jeho rodinou, proto musí být profesionálně a osobnostně zralá. Je svědkem nejnáročnějších životních situací – umírání a smrti, to ovlivňuje její osobnost a hodnoty. V těchto situacích musí umět projevovat citlivý a laskavý přístup. Současný systém vzdělávání sester má za cíl formovat i osobnost sestry a její přístup k nemocnému. Sesterské povolání má vysokou morální a etickou hodnotu pro celou společnost, neboť je spjaté s pomocí a podporou (Zacharová, 2010).

Vzdělávání sester zvyšuje odborné vědomosti, ale zároveň se snaží podporovat holistický přístup. Nemoc je velmi náročná pro psychiku pacienta. Proto i studium všeobecné sestry klade důraz na psychologické vědomosti a dovednosti sester. Snaží se maximálně podporovat schopnost komunikace, empatie, spolupráce a respektu

k lidskému životu. Osvojením těchto dovedností a praktických zkušeností posouvá sestru v jejím dalším profesním životě (Jičínská, 2008).

V roce 1953 byl přijat Mezinárodní radou sester Mezinárodní etický kodex pro sestry. Od té doby se etický kodex reviduje. Poslední revize proběhla v roce 2000. České sestry se hlásí prostřednictvím České asociace sester k Etickému kodexu, který byl přijat Etickou komisí a Presidentem ČAS, jenž je platný od 29. března 2003. Etický kodex popisuje obecná pravidla, hodnoty a morální přesvědčení, která by sestra měla během své profese vyznávat. Obsahuje čtyři hlavní články: sestra a spoluobčan, sestra a ošetrovatelská praxe, sestra a profese a sestra a spolupracovníci. Etický kodex pro sestry je uveden v příloze 1 (Česká asociace sester, 2012).

1.3.2 Student na odborné praxi

Vyhláška číslo 39/2005 Sb., která byla novelizovaná na vyhlášku 129/2010 Sb. stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Student získá odbornou způsobilost úspěšným ukončením akreditovaného studijního programu. Studium poskytuje získání znalostí

a dovedností v oblasti etiky ve zdravotnictví, ve veškeré administrativní části zdravotnického povolání, kam řadíme vedení dokumentace jak v podobě elektronické, tak i neelektronické, v oblasti managementu, v oblasti podpory zdraví s prevencí nozokominálních nákaz, v zajišťování první pomoci, v poskytování zdravotní péče a v oblasti práv, které se týkají zdravotní péče.

Studium probíhá v prezenční a v kombinované formě studia, které zahrnuje nejméně 3 roky studia s nejméně 4 600 hodin teoretické a praktické výuky, z toho nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3 000 hodin je praktické výuky.

Studenti se vzdělávají v oblasti poskytování všeobecné ošetrovatelské péče, kam patří znalost anatomie, fyziologie, patologie, biofyziky a dalších podobných

předmětů. V oblasti ošetrovatelství a klinických oborů získávají studenti vědomosti o historii, charakteru a etice ošetrovatelství, o komunitní péči, interním, chirurgickém, pediatrickém a dalším odborném lékařství. Do vědomostí studentů všeobecné sestry sahá i oblast sociální, kde získávají vědomosti z oblastí sociologie, obecné a vývojové psychologie, zdravotnické psychologie, základů pedagogiky a edukace a dalších podobných oborů.

Na praktické výuce by si měl student osvojit dovednosti a znalosti v interním, chirurgickém, pediatrickém, gynekologickém, psychiatrickém, intenzivním a komunitním lékařství (Vyhláška č. 39/2005).

Student si během praktické výuky ověřuje odborné vědomosti a získává praktické dovednosti. Student je na odborné praxi pod vedením mentorky nebo pověřené sestry. Během poskytování ošetrovatelské péče je důležité, aby si student získal především důvěru pacientů. Měl by se naučit schopnosti komunikace, edukace pacientů a vedení rozhovoru. Ovládat svou verbální, ale i neverbální komunikaci, kam patří mimika, gesta, postoj a oční kontakt. Nemocný tuto neverbální komunikaci velmi vnímá a může mít na nemocného negativní vliv. Důležitou vlastností budoucích sester je umění naslouchat nemocnému a vnímat jeho potřeby, prožívání a emoce. Přehnané nároky kladené na studenta při vykonávání odborných sesterských výkonů může u něho vyvolat strach, úzkost a nejistotu. To může způsobit klamné zdání o neschopnosti studenta. Taková praxe přestává být pro studenta přínosná, brání v rozvoji osobnosti a praktických kvalit. Od studenta se očekává, že bude správně a svědomitě plnit své povinnosti. Je u něho samozřejmostí dochvilnost, slušné vystupování, čistá uniforma a jmenovka. Před odbornou praxí by se měl seznámit s právy pacientů a znát etický kodex sester. Student by se měl při prvním kontaktu s pacienty představit a případně respektovat pacientovo přání, pokud si nepřeje, aby se student podílel na jeho péči. Student se musí naučit rychlé adaptaci na různá oddělení, zvyklosti a typy pacientů, neboť během praxe zažívá časté střídání pracovišť. Musí se umět rychle zorientovat v novém prostředí a specifikách oddělení, tak aby byl schopen poskytovat kvalitní péči. Důležitou úlohu pro studenta má přidělená mentorka, která mu je v těchto situacích nápomocna (Chlupová, 2012).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Pro moji bakalářskou práci byly stanoveny tyto cíle:

1. Zjistit, zda je z pohledu studentů ZSF JU v praxi realizována metoda ošetrovatelského procesu.
2. Zjistit, zda studenti ZSF JU v průběhu praktické výuky pracují s metodou ošetrovatelského procesu.

2.2 Hypotézy

Pro výzkum byly stanoveny následující hypotézy:

- H1: Z pohledu studentů ZSF JU je v praxi metoda ošetrovatelského procesu uplatňována.
- H2: Z pohledu studentů ZSF JU jsou studenti při praxi zapojeni do ošetrovatelského procesu u pacienta.
- H3: Studenti prezenčního studia ZSF JU hodnotí lépe metodu ošetrovatelského procesu než studenti kombinovaného studia ZSF JU

3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumné šetření bylo provedeno za použití kvantitativního výzkumu. K realizaci výzkumu byla použita technika dotazování prostřednictvím anonymního dotazníku s uzavřenými a polouzavřenými otázkami. Dotazníky byly rozdány studentům 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra z prezenční a kombinované formy studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Dotazník byl sestaven s ohledem na požadované cíle práce a dané hypotézy.

V úvodu dotazníku se nachází představení výzkumníka a instrukce k vyplnění. Dotazník se skládá z dvaceti pěti otázek, které byly rozděleny do čtyř bloků. První blok se třemi otázkami se zabývá identifikačními údaji respondenta. Druhý blok sedmi otázkami se dotazuje studentů na realizaci ošetrovatelského procesu v klinické praxi. Třetí blok deseti otázkami je zaměřen na studenty, zda aplikují metodu ošetrovatelského procesu do odborné praxe. Čtvrtý blok pěti otázkami je zaměřen na sdělení studentů k metodě ošetrovatelského procesu. Výzkumné šetření probíhalo v období leden a únor 2014 na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

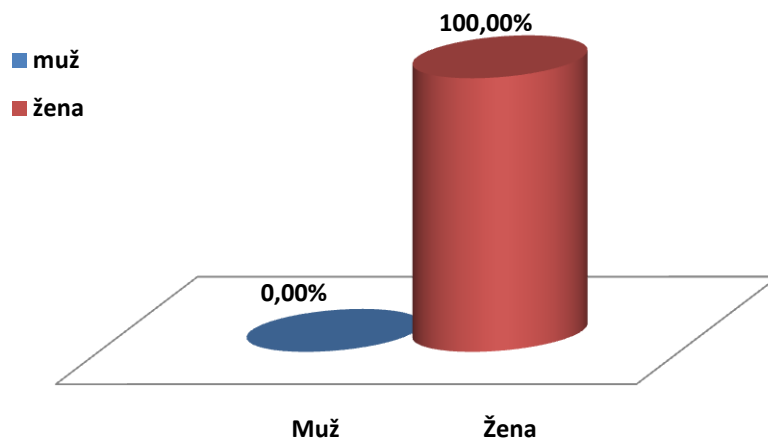
Výzkumný soubor tvořili studenti 2. a 3. ročníku z oboru Všeobecná sestra z prezenční a kombinované formy studia na Zdravotně sociální fakultě JU. Bylo rozdáno 110 anonymních dotazníků, z nichž bylo vyplněno 105, návratnost činila tedy 95 %. 4 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplnost. Konečný počet analyzovaných dotazníků byl 101, tedy 92%. Celkový počet analyzovaných dotazníků byl 101.

Z toho 52 dotazníků (51,49%) bylo vyplněno od studentů prezenční formy studia a 49 dotazníků (48,51%) od studentů kombinované formy studia.

Výsledky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel. Pro prezentaci výsledků byly použity grafy. Výsledky jsou uvedeny v relativní četnosti v procentech.

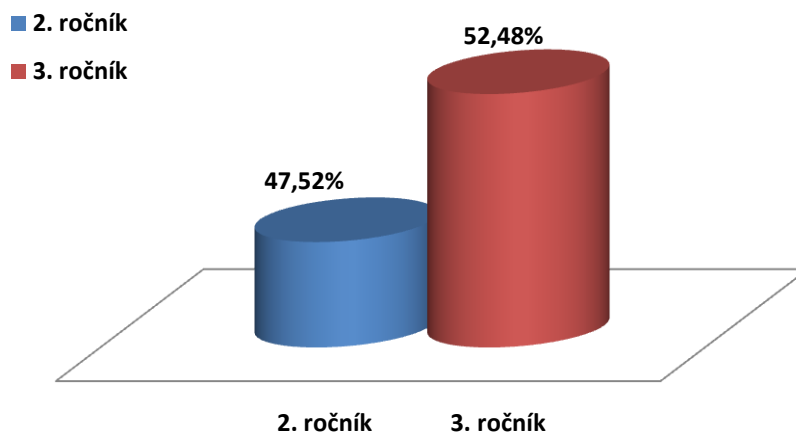
4 Výsledky

Graf 1 Pohlaví



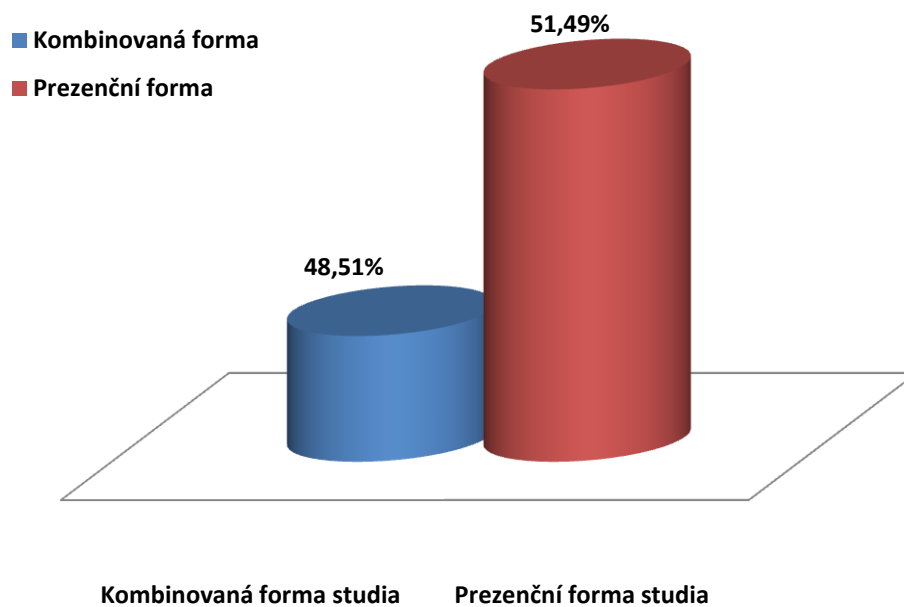
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 101 (100,00%) studentů. Graf ukazuje, že se výzkumného šetření zúčastnily ženy.

Graf 2 Rok studia



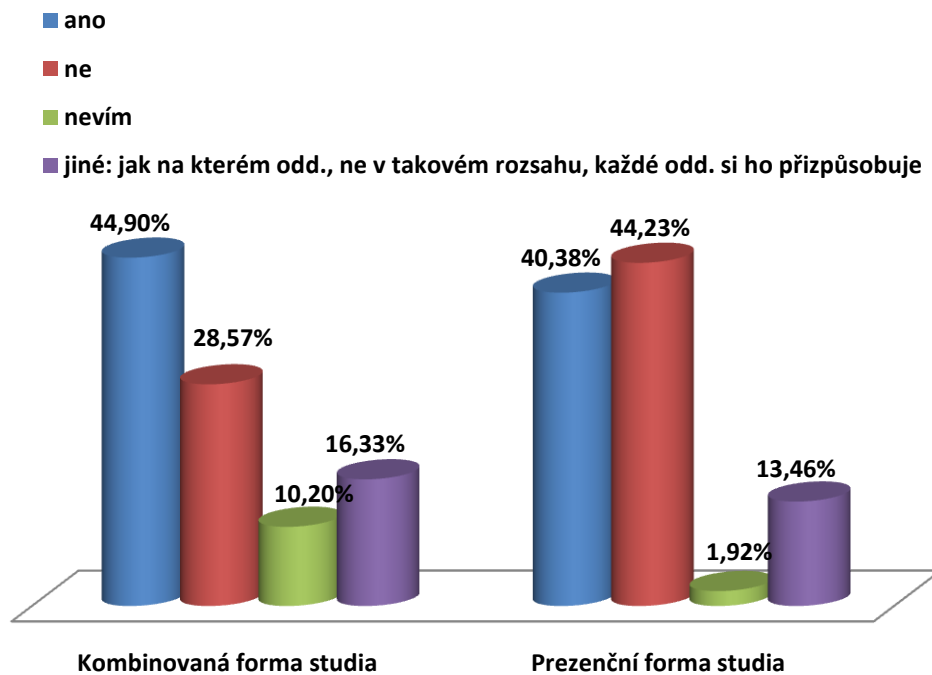
Graf ukazuje, že 2 ročník studuje 48 (47,52%) studentů a 3. ročník studuje 53 (52,48%) studentů.

Graf 3 Forma studia



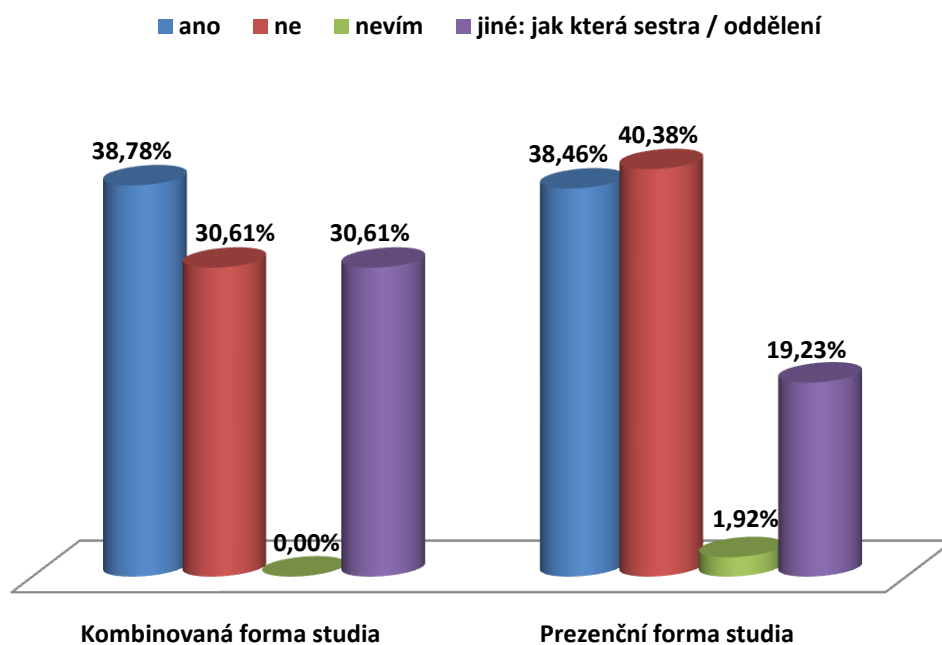
Výzkumného šetření se zúčastnilo 101 studentů, z toho 49 (48,51%) studentů z kombinované formy studia a 52 (51,49%) studentů z prezenční formy studia.

Graf 4 Realizace metody ošetrovatelského procesu v praxi



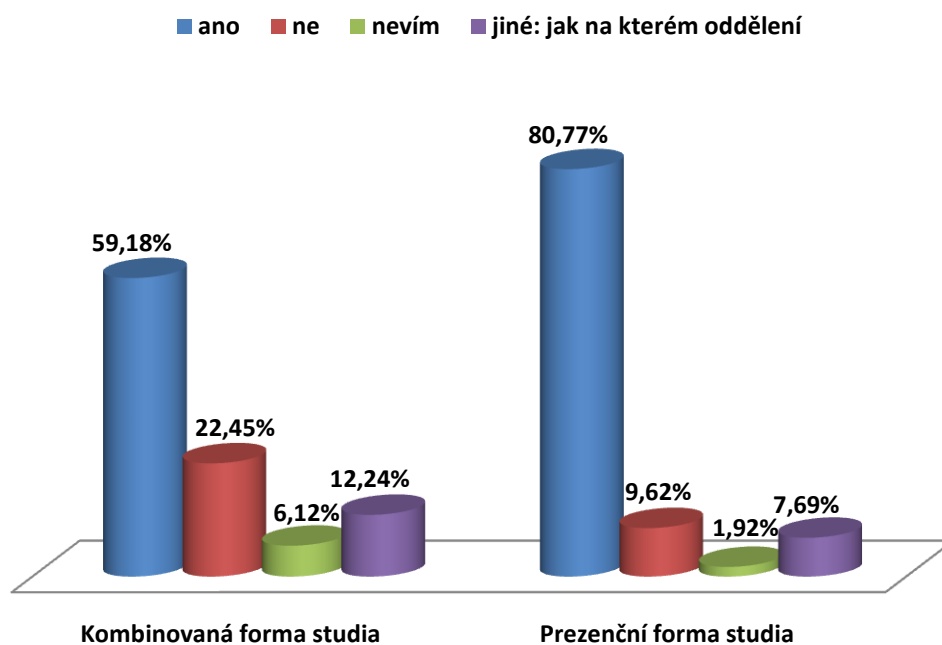
U této otázky uvedlo ano 22 (44,90%) studentů z kombinované a 21 (40,38%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu se metoda ošetrovatelského procesu v praxi realizuje. Ne uvedlo 14 (28,57%) studentů z kombinované a 23 (44,23%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedlo 5 (10,20%) studentů z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia. Odpověď jiné uvedlo 8 (16,33%) studentů z kombinované a 7 (13,46%) z prezenční formy studia, kde uvedli: jak na kterém oddělení, ne v takovém rozsahu a každé oddělení si ošetrovatelský proces přizpůsobuje.

Graf 5 Holistický přístup sester k pacientovi



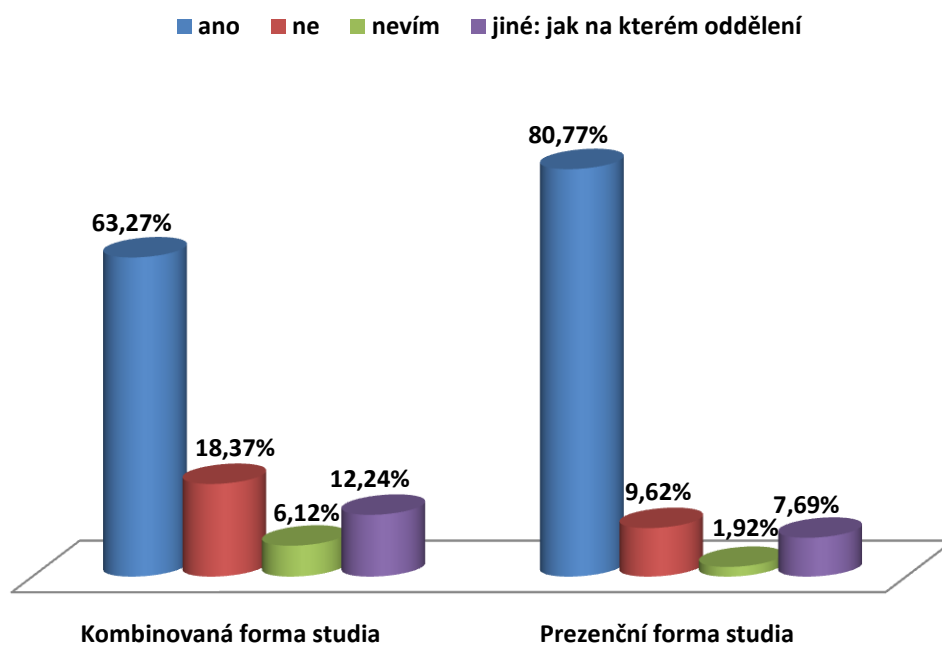
U této otázky uvedlo ano 19 (38,78%) studentů z kombinované a 20 (38,46%) studentů prezenční formy studia, že z jejich pohledu sestry přistupují k pacientovi jako k holistické bytosti. Ne uvedlo 15 (30,61%) studentů z kombinované a 21 (40,38%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedlo 0 (0,00%) studentů z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia. Odpověď jiné uvedlo 15 (30,61%) studentů z kombinované a 10 (19,23%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedli: jak, která sestra a jak, které oddělení.

Graf 6 Formálně stanovený písemný ošetrovatelský plán



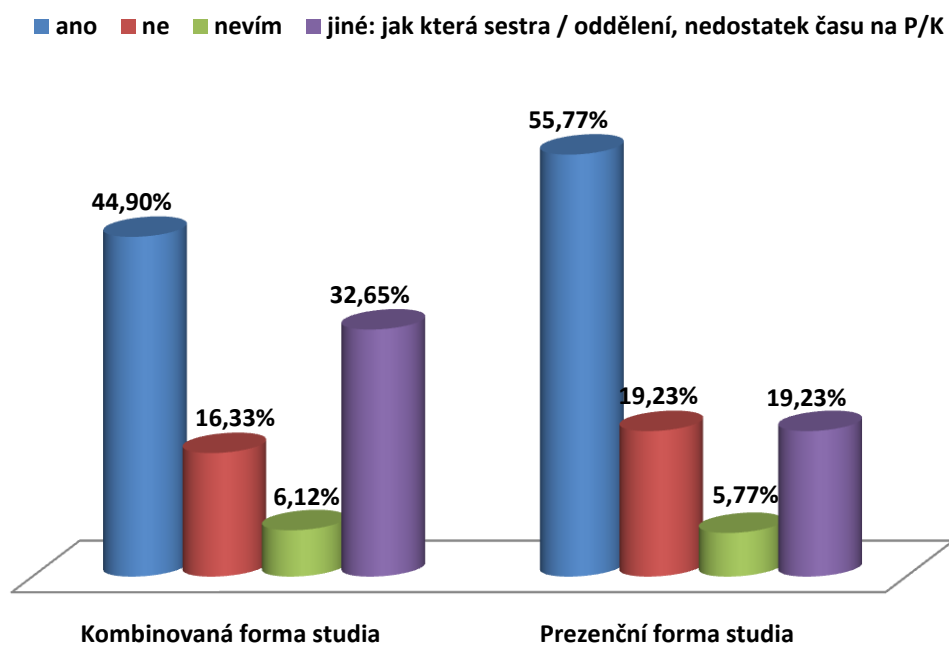
U této otázky uvedlo ano 29 (59,18%) studentů z kombinované a 42 (80,77%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu sestry stanovují písemný ošetrovatelský plán formálně. Ne uvedlo 11 (22,45%) studentů z kombinované a 5 (9,62%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedli 3 (6,12%) studenti z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia. Odpověď jiné uvedlo 6 (12,24%) studentů z kombinované a 4 (7,69%) studenti z prezenční formy studia, kde uvádí: jak na kterém oddělení.

Graf 7 Formálně vyhodnocený písemný ošetrovatelský plán



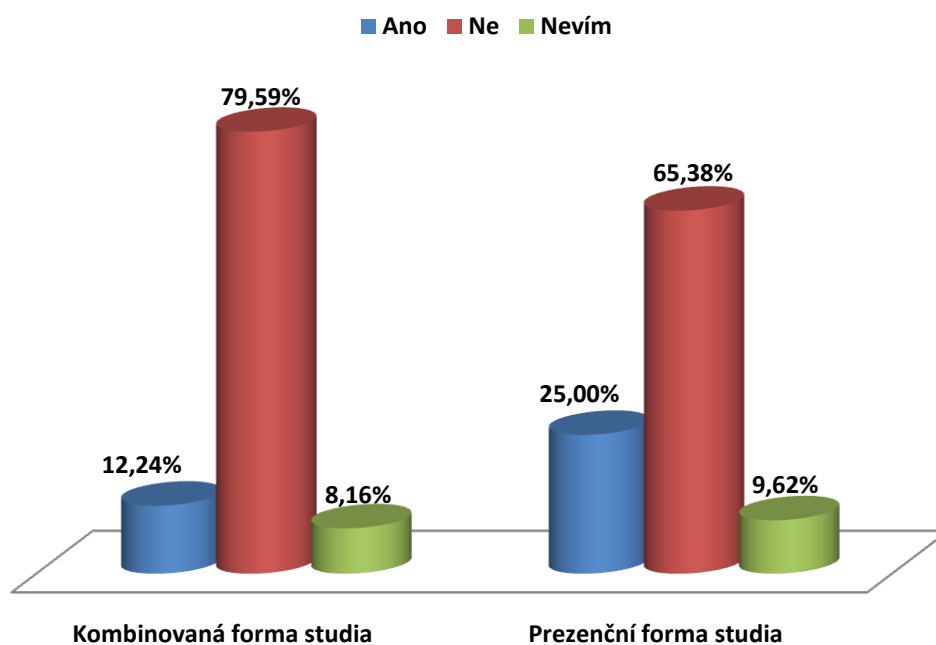
V této otázce uvedlo ano 31 (63,27%) studentů z kombinované a 42 (80,77%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu sestry vyhodnocují písemný ošetrovatelský plán formálně. Ne uvedlo 9 (18,37%) studentů z kombinované a 5 (9,62%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedli 3 (6,12%) studenti z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia. Odpověď jiné uvedlo 6 (12,24%) studentů z kombinované a 4 (7,69%) studenti z prezenční formy studia, kde uvedli: jak na kterém oddělení.

Graf 8 Individualizovaná ošetrovatelská péče.



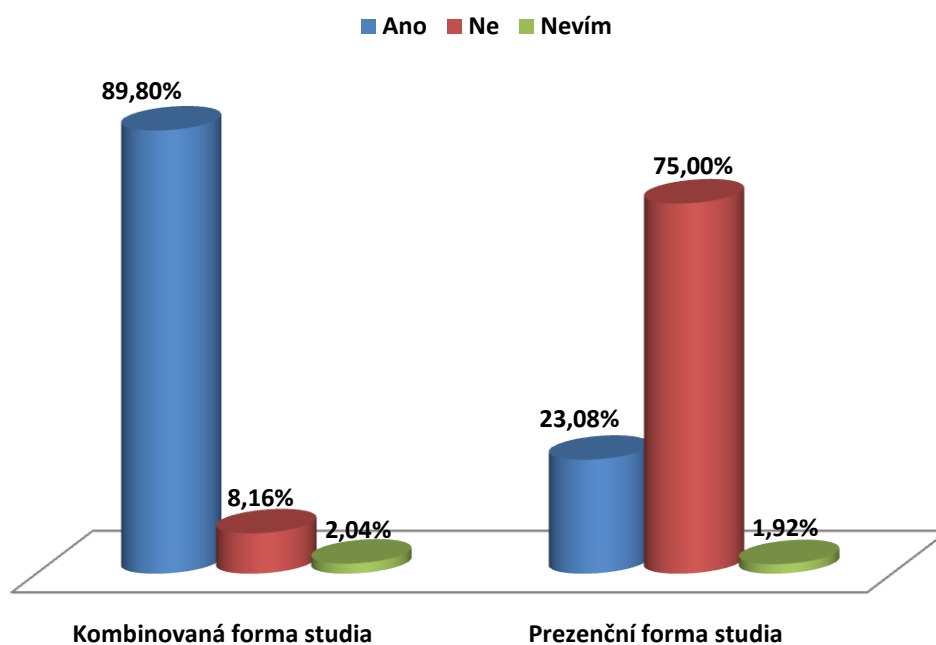
V této otázce uvedlo ano 22 (44,90%) studentů z kombinované a 29 (55,77%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu sestry poskytují individualizovanou ošetrovatelskou péči o pacienta. Odpověď ne uvedlo 8 (16,33%) studentů z kombinované a 10 (19,23%) studentů z prezenční formy studia. Možnost nevím uvedli 3 (6,12%) studenti z kombinované a 3 (5,77%) studenti z prezenční formy studia. Odpověď jiné uvedlo 16 (32,65%) studentů z kombinované a 10 (19,23%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedli: jak, která sestra, jak, které oddělení a nedostatek času na pacienta.

Graf 9 Podmínky v České republice pro realizaci ošetřovatelského procesu



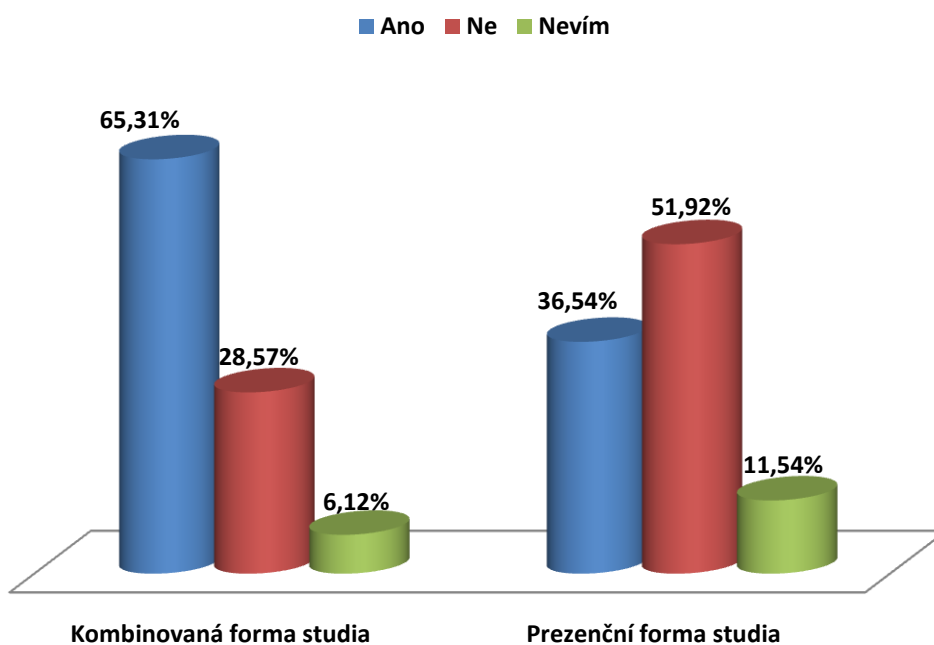
U této otázky uvedlo ano 6 (12,24%) studentů z kombinované a 13 (25,00%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu jsou v České republice podmínky pro realizaci ošetřovatelského procesu. Ne uvedlo 39 (79,59%) studentů z kombinované a 34 (65,38%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedli 4 (8,16%) studenti z kombinované a 5 (9,62%) studentů z prezenční formy studia.

Graf 10 Počet zdravotnického personálu



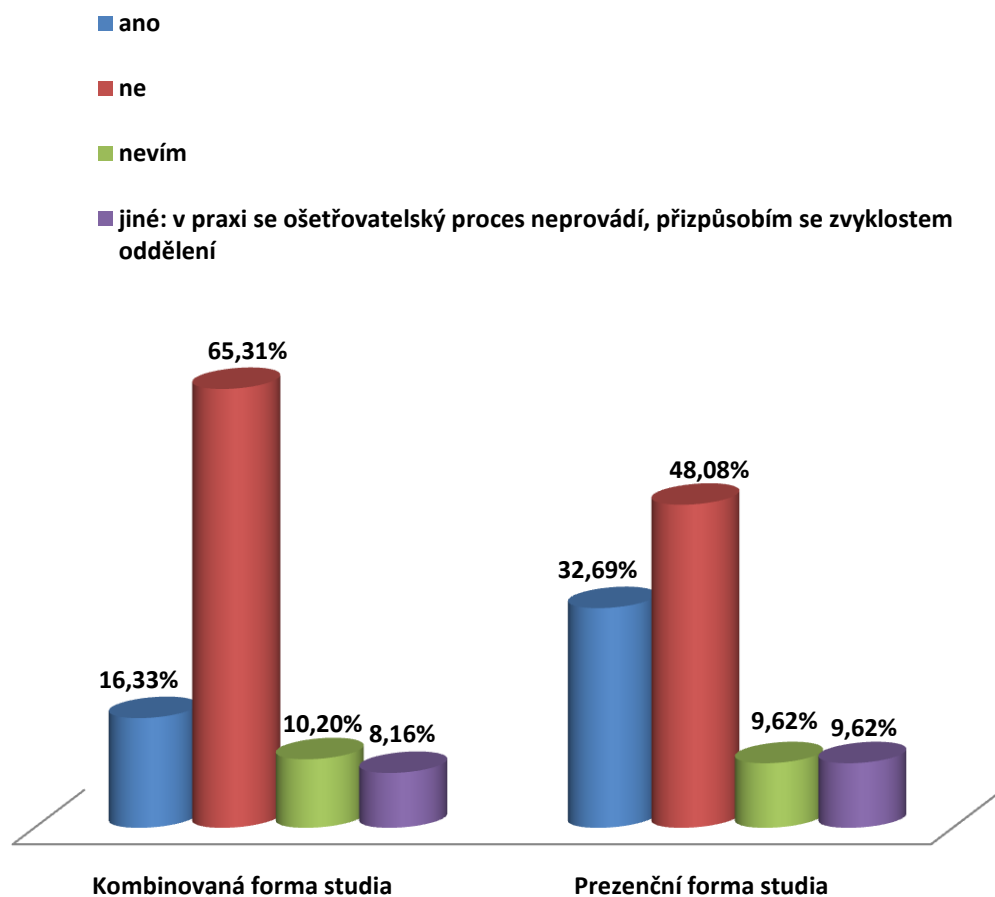
U této otázky uvedlo ano 44 (89,80%) studentů z kombinované a 12 (23,08%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu má vliv počet zdravotnického personálu na realizaci ošetrovatelského procesu. Ne uvedli 4 (8,16%) studenti z kombinované a 39 (75,00%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedl 1 (2,04%) student z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia.

Graf 11 Péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu



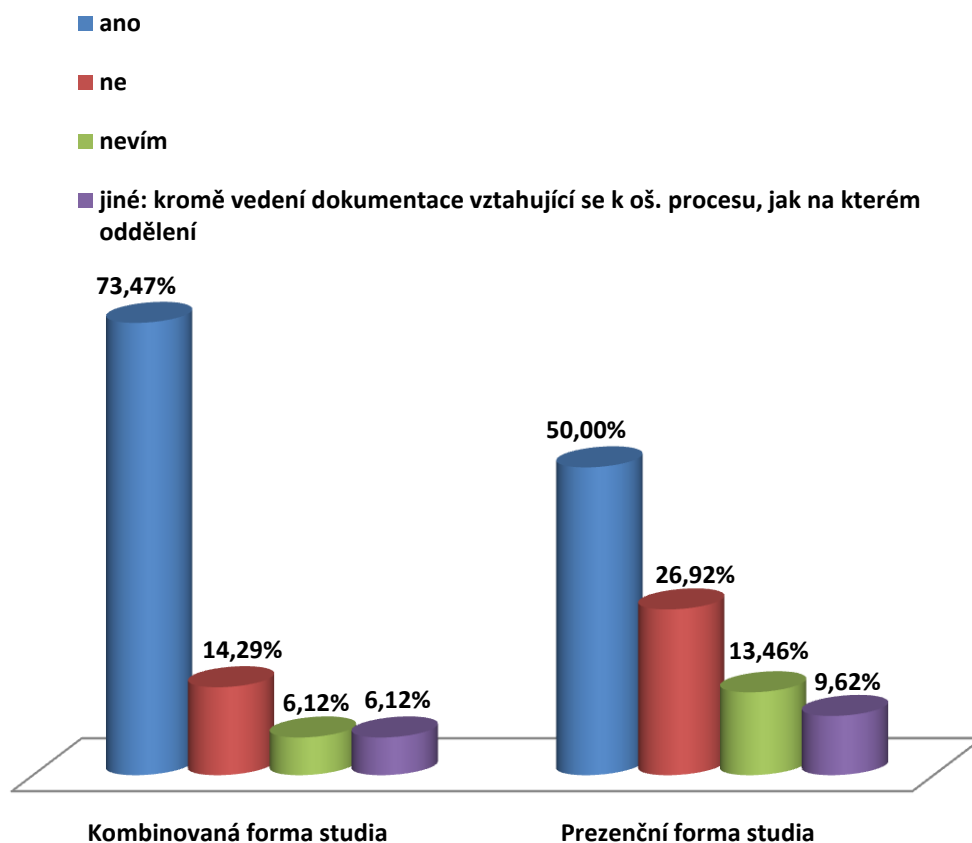
U této otázky uvedlo ano 32 (65,31%) studentů z kombinované a 19 (36,54%) studentů z prezenční formy studia, že poskytují péči v rámci odborné praxe metodou ošetrovatelského procesu. Ne uvedlo 14 (28,57%) studentů z kombinované a 27 (51,92%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedli 3 (6,12%) studenti z kombinované a 6 (11,54%) studentů z prezenční formy studia.

Graf 12 Problémy při aplikaci teoretických znalostí do klinické praxe.



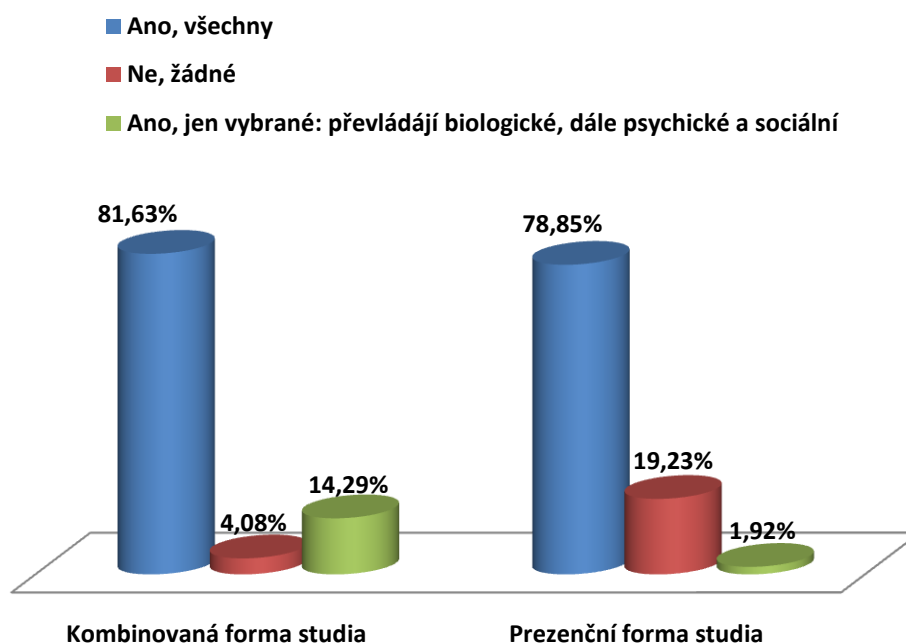
U této otázky uvedlo ano 8 (16,33%) studentů z kombinované a 17 (32,69%) studentů z prezenční formy studia, že mají problémy aplikovat teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu do klinické praxe. Ne uvedlo 32 (65,31%) studentů z kombinované a 25 (48,08%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedlo 5 (10,20%) studentů z kombinované a 5 (9,62%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 4 (8,16%) studenti z kombinované a 5 (9,62%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedli: ano, protože se ošetrovatelský proces v praxi neprovádí.

Graf 13 Zapojení do ošetrovatelského procesu



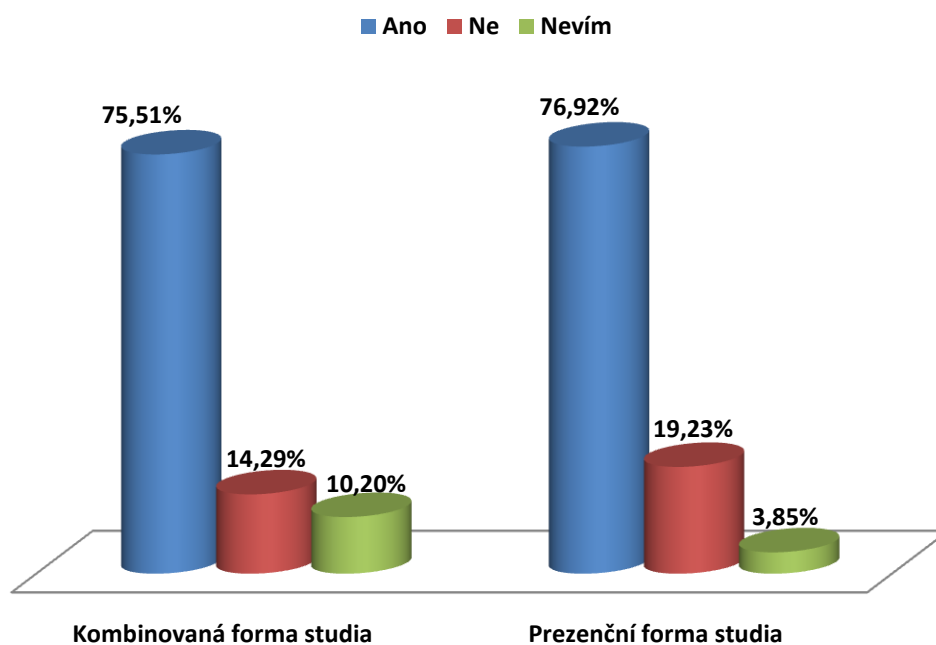
U této otázky uvedlo ano 36 (73,47%) studentů z kombinované a 26 (50,00%) studentů z prezenční formy studia, že mají možnost na praxi, kde se realizuje ošetrovatelský proces, zapojit se do ošetrovatelského procesu při péči o pacienta. Ne uvedlo 7 (14,29%) studentů z kombinované a 14 (26,92%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedli 3 (6,12%) studenti z kombinované a 7 (13,46%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 3 (6,12%) studenti z kombinované a 5 (9,62%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedli: jak na kterém oddělení a neumožňují vedení dokumentace, která se vztahuje k ošetrovatelskému procesu.

Graf 14 Aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb u pacienta



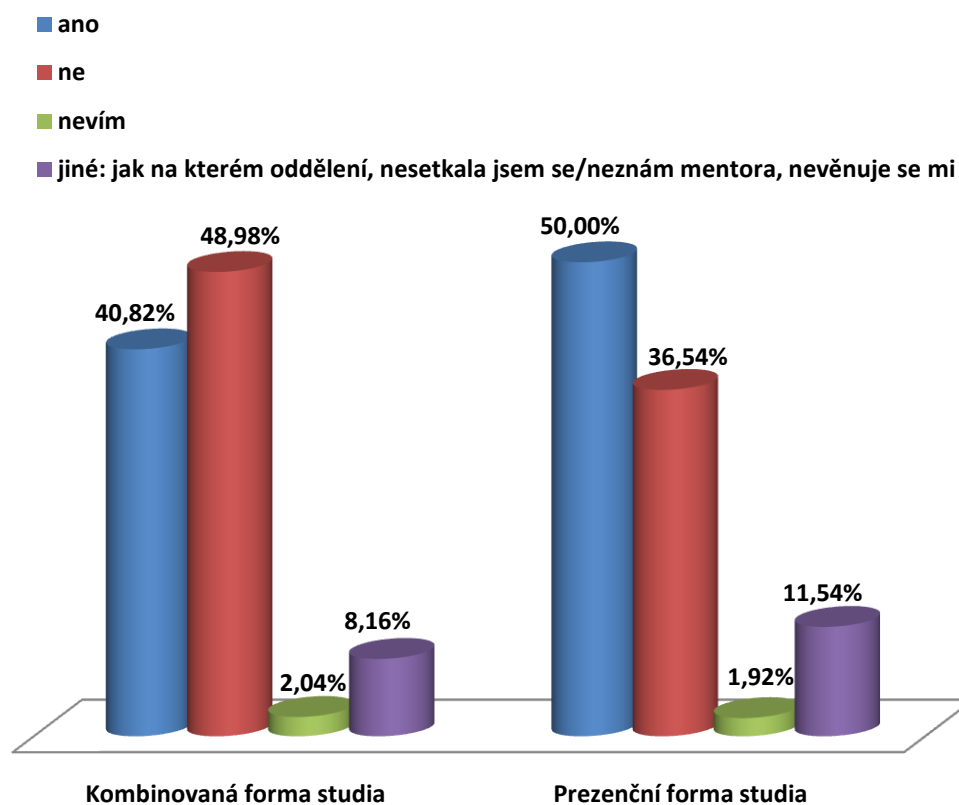
U této otázky uvedlo ano, všechny 40 (81,63%) studentů z kombinované a 41 (78,85%) studentů z prezenční formy studia, že aktivně vyhledávají a uspokojují potřeby nejen v oblasti biologické, ale i psychické, sociální a spirituální. Ne, žádné uvedli 2 (4,08%) studenti z kombinované a 10 (19,23%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď ano, jen vybrané uvedlo 7 (14,29%) studentů z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia. U této odpovědi převládaly potřeby biologické, psychické a sociální.

Graf 15 Individualizovaná ošetrovatelská péče na praxi.



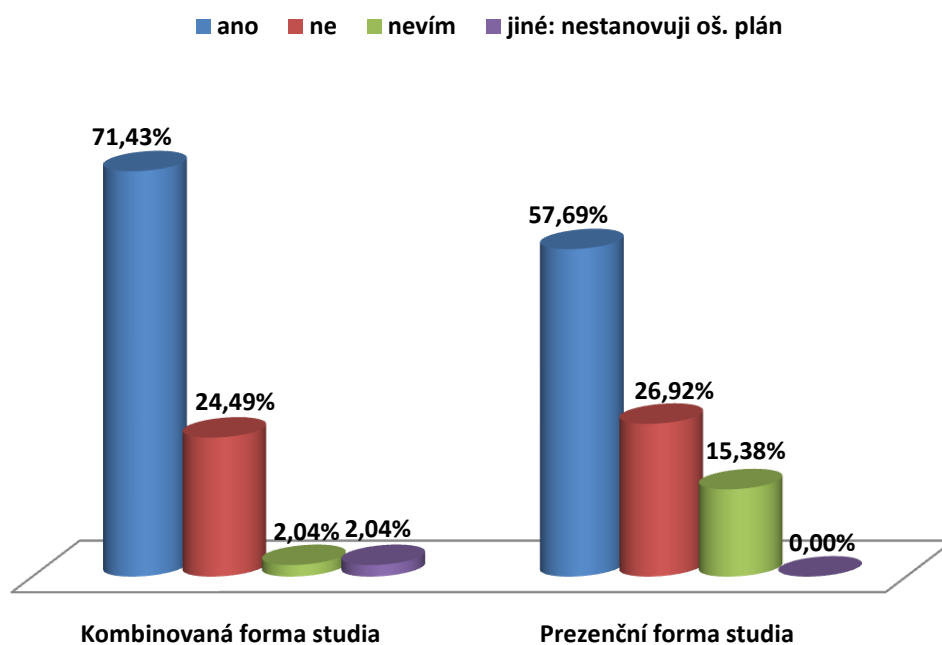
U této otázky uvedlo ano 37 (75,51%) studentů z kombinované a 40 (76,92%) studentů z prezenční formy studia, že na praxi poskytují každému pacientovi individualizovanou ošetrovatelskou péči. Ne uvedlo 7 (14,29%) studentů z kombinované a 10 (19,23%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedlo 5 (10,20%) studentů z kombinované a 2 (3,85%) studenti z prezenční formy studia.

Graf 16 Mentor klinické praxe



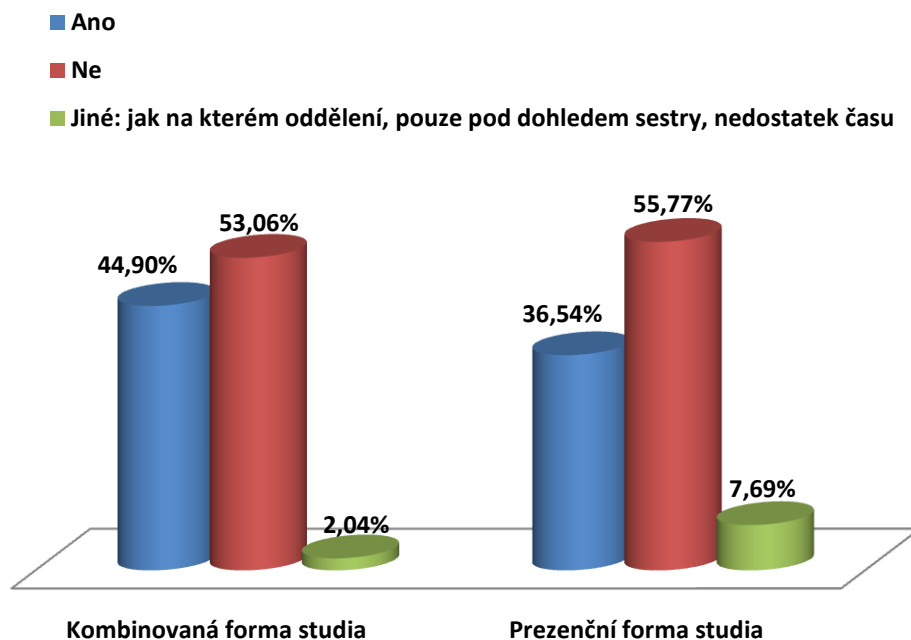
U této otázky uvedlo ano 20 (40,82%) studentů z kombinované a 26 (50,00%) studentů z prezenční formy studia, že jim pomáhá mentor klinické praxe aplikovat teorii ošetrovatelského procesu do praxe. Ne uvedlo 24 (48,98%) studentů z kombinované a 19 (36,54%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedl 1 (2,04%) student z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 4 (8,16%) studenti z kombinované a 6 (11,54%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedli: jak, na kterém oddělení, nesetkala se, nezná mentora klinické praxe nebo se mentor nevěnuje studentům.

Graf 17 Stanovený písemný ošetrovatelský plán na aktuální stav pacienta.



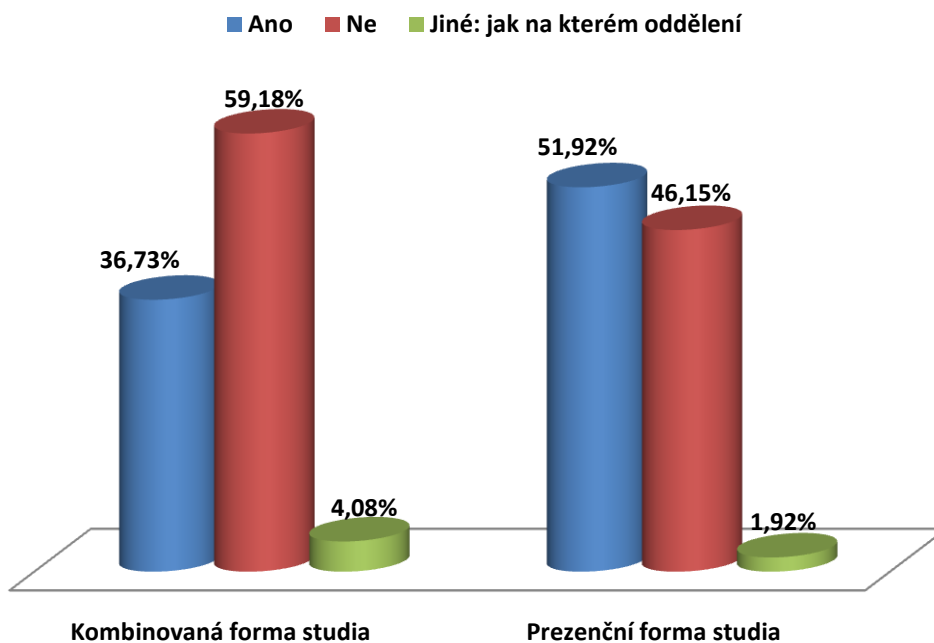
U této otázky uvedlo ano 35 (71,43%) studentů z kombinované a 30 (57,69%) studentů z prezenční formy studia, že na praxi stanovují písemný ošetrovatelský plán na základě aktuálního stavu pacienta. Ne uvedlo 12 (24,49%) studentů z kombinované a 14 (26,92%) studentů z prezenční formy studia. Odpověď nevím uvedl 1 (2,04%) student z kombinované a 8 (15,38%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedl 1 (2,04%) student z kombinované a 0 (0,00%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedl, že vůbec nepoužívá ošetrovatelský plán.

Graf 18 Plánování ošetrovatelského procesu u pacienta



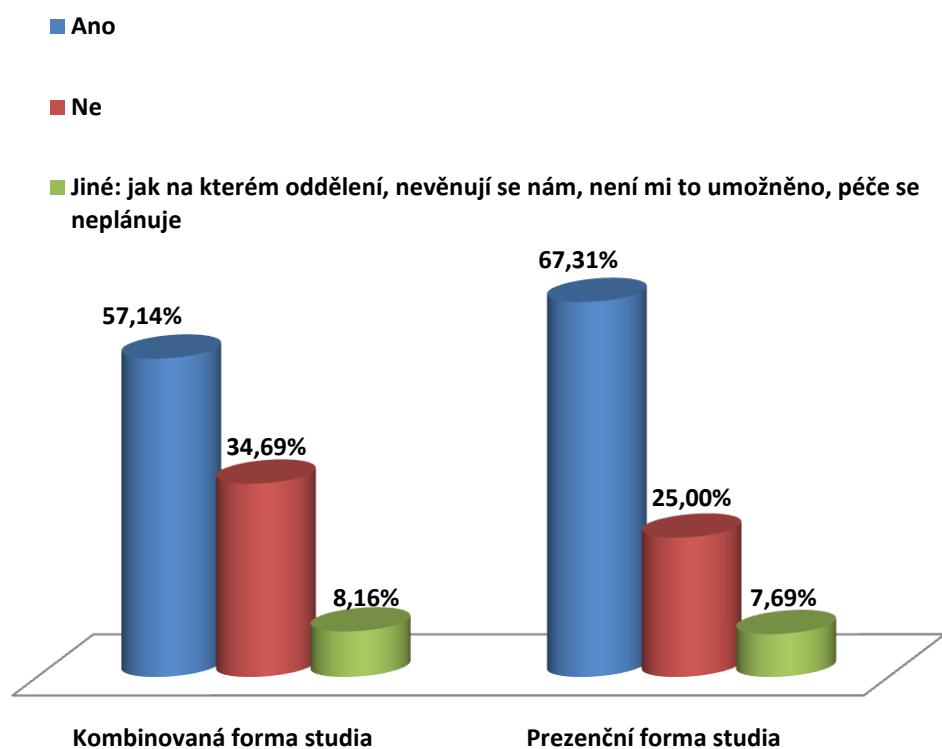
U této otázky uvedlo ano 22 (44,90%) studentů z kombinované a 19 (36,54%) studentů z prezenční formy studia, že mají příležitost samostatně plánovat ošetrovatelský proces u vybraného pacienta na praxi. Ne uvedlo 26 (53,06%) studentů z kombinované a 29 (55,77%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedl 1 (2,04%) student z kombinované a 4 (7,69%) studenti z prezenční formy studia, kde uvedli: jak na kterém oddělení, pouze pod dohledem sestry a ne, z důvodu nedostatku času.

Graf 19 Ošetřovatelská dokumentace



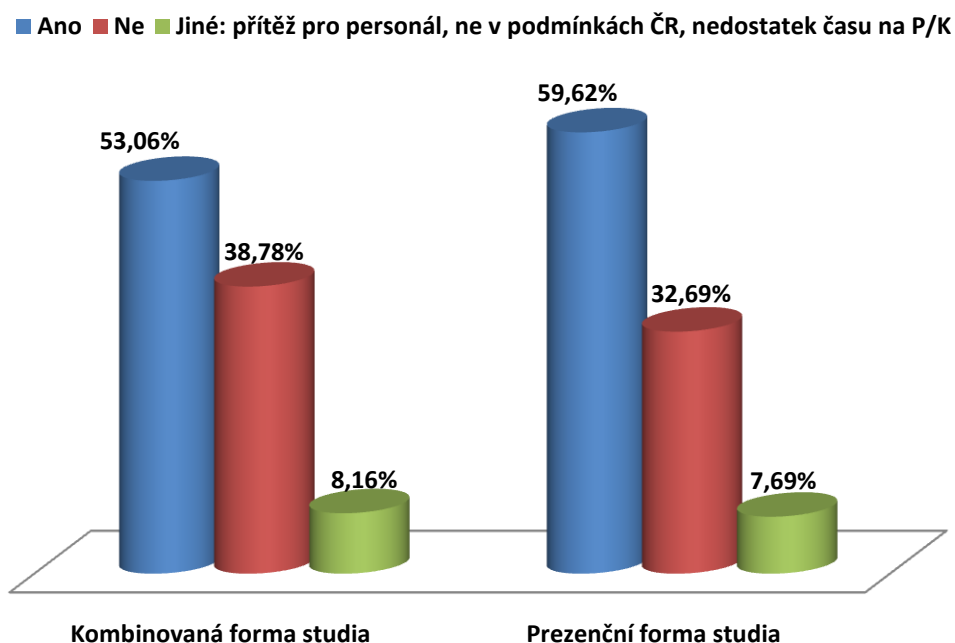
U této otázky uvedlo ano 18 (36,73%) studentů z kombinované a 27 (51,92%) studentů z prezenční formy studia, že jim připadá ošetřovatelská dokumentace v rámci ošetřovatelského procesu přehledná. Ne uvedlo 29 (59,18%) studentů z kombinované a 24 (46,15%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 2 (4,08%) studenti z kombinované a 1 (1,92%) student z prezenční formy studia, kde uvedli: jak na kterém oddělení.

Graf 20 Spolupráce se zdravotnickým personálem



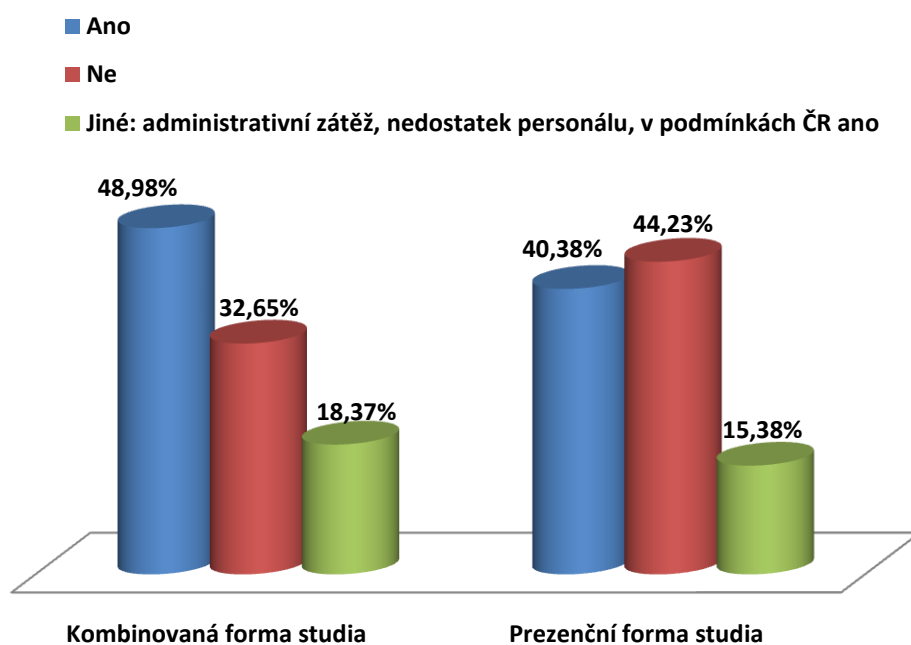
U této otázky uvedlo ano 28 (57,14%) studentů z kombinované a 35 (67,31%) studentů z prezenční formy studia, že spolupracují na odborné praxi při plánování ošetrovatelské péče se zdravotnickým personálem. Ne uvedlo 17 (34,69%) studentů z kombinované a 13 (25,00%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 4 (8,16%) studenti z kombinované a 4 (7,69%) studenti z prezenční formy studia, kde uvedli: jak na kterém oddělení, nevěnují se studentům, není mi to umožněno a péče se neplánuje.

Graf 21 Kvalitní péče



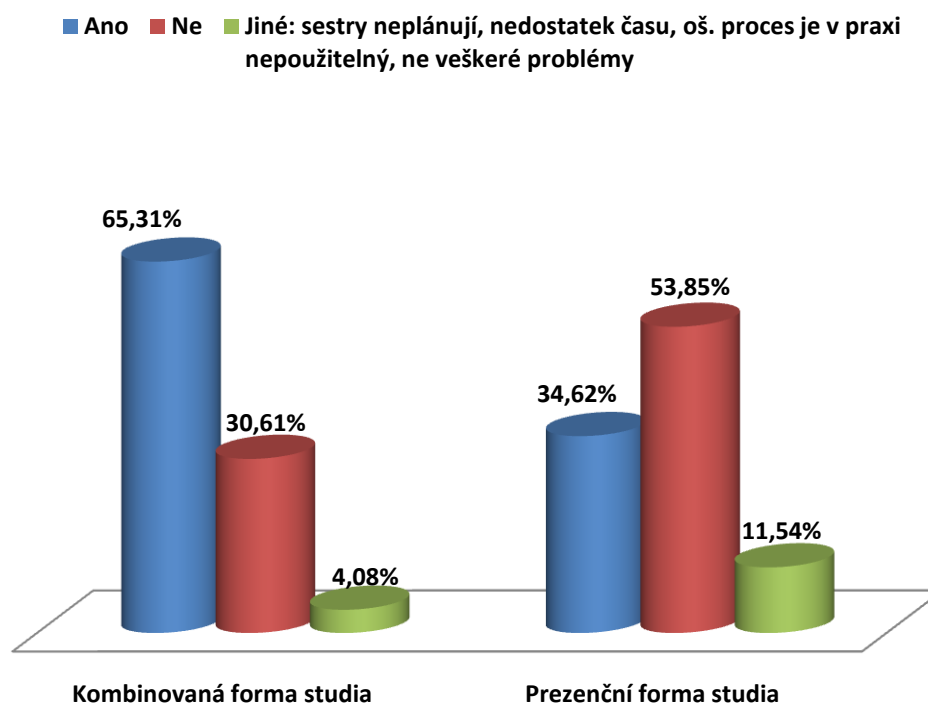
U této otázky uvedlo ano 26 (53,06%) studentů z kombinované a 31 (59,62%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu je metoda ošetrovatelského procesu přínosem pro kvalitnější péči. Odpověď ne uvedlo 19 (38,78%) studentů z kombinované a 17 (32,69%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 4 (8,16%) studenti z kombinované a 4 (7,69%) studenti z prezenční formy studia, kde uvedli: je to přítěž pro personál, ne v podmínkách v České republice, je nedostatek času na pacienta.

Graf 22 Zbytečná a zatěžující práce



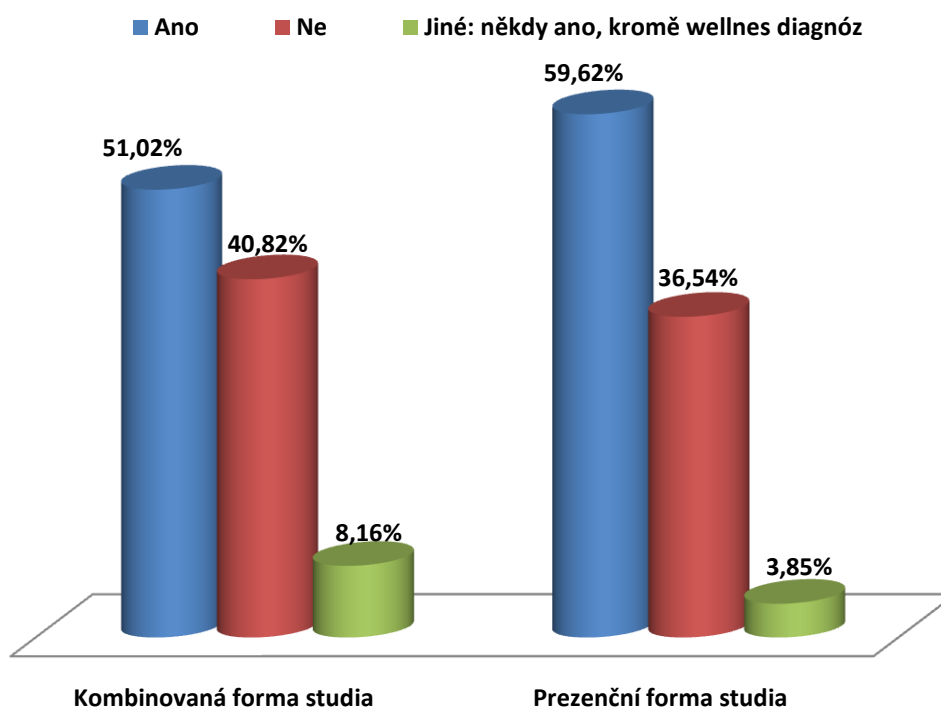
U této otázky uvedlo ano 24 (48,98%) studentů z kombinované a 21 (40,38%) studentů z prezenční formy studia, že vnímají ošetrovatelský proces jako zbytečnou a zatěžující administrativní práci sester. Odpověď ne uvedlo 16 (32,65%) studentů z kombinované a 23 (44,23%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedlo 9 (18,37%) studentů z kombinované a 8 (15,38%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedli: je to administrativní zátěž, je nedostatek personálu, v podmínkách ČR-ano.

Graf 23 Vhodně naplánovaný ošetrovatelský plán



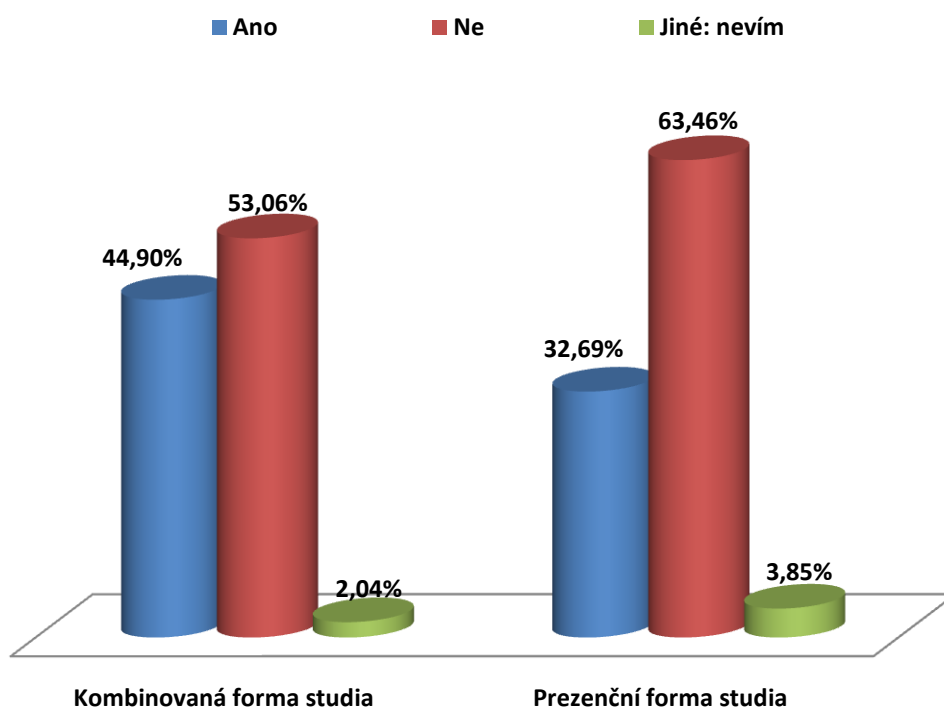
U této otázky uvedlo ano 32 (65,31%) studentů z kombinované a 18 (34,62%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu vhodně naplánovaný ošetrovatelský plán může přispět k optimálnímu řešení ošetrovatelských problémů. Odpověď ne uvedlo 15 (30,61%) studentů z kombinované a 28 (53,85%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 2 (4,08%) studenti z kombinované a 6 (11,54%) studentů z prezenční formy studia, kde uvedli: sestry neplánují péči, je nedostatek času, ošetrovatelský proces je v praxi nepoužitelný, nevyřeší veškeré problémy.

Graf 24 Ošetřovatelské diagnózy



U této otázky uvedlo ano 25 (51,02%) studentů z kombinované a 31 (59,62%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu jsou ošetřovatelské diagnózy potřebné. Odpověď ne uvedlo 20 (40,82%) studentů z kombinované a 19 (36,54%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedli 4 (8,16%) studenti z kombinované a 2 (3,85%) studenti z prezenční formy studia, kde uvedli: někdy ano, kromě wellnes diagnóz.

Graf 25 Prestiž sesterského povolání



U této otázky uvedlo ano 22 (44,90%) studentů z kombinované a 16 (32,69%) studentů z prezenční formy studia, že z jejich pohledu ošetrovatelská péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu dokáže zvýšit prestiž sesterského povolání. Odpověď ne uvedlo 26 (53,06%) studentů z kombinované a 33 (63,46%) studentů z prezenční formy studia. Možnost jiné uvedl 1 (2,04%) student z kombinované a 3 (3,85%) studenti z prezenční formy studia, kde uvedli: nevím.

5 DISKUSE

Práce metodou ošetrovatelského procesu je standardem ošetrovatelské péče v moderním ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces přináší sestře kvalitnější a efektivnější péči o zdravého nebo nemocného člověka a jeho rodinu. Koncepce ošetrovatelství zdůrazňuje nutnost poskytovat metodu ošetrovatelského procesu v praxi s řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004).

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda je z pohledu studentů ZSF JU v praxi realizována metoda ošetrovatelského procesu. A zda studenti ZSF JU v průběhu praktické výuky pracují s metodou ošetrovatelského procesu. K tomu jsme stanovili tři hypotézy a to: Z pohledu studentů ZSF JU je v praxi metoda ošetrovatelského procesu uplatňována. Druhá hypotéza: Z pohledu studentů ZSF JU jsou studenti při praxi zapojeni do ošetrovatelského procesu u pacienta. A třetí hypotéza: Studenti prezenčního studia ZSF JU hodnotí lépe metodu ošetrovatelského procesu než studenti kombinovaného studia ZSF JU. První hypotézu budeme ověřovat pomocí dotazníkových otázek 4 až 10 (graf 4 až 10). Druhou hypotézu budeme ověřovat otázkami 11 až 20 (výsledky v grafech 11 až 20) a třetí hypotézu budeme ověřovat otázkami 21 až 25 (výsledky v grafech 21 až 25).

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 101 (92%) studentů ZSF JU z 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra z prezenční a kombinované formy studia. Následně jsme si rozdělili studenty na prezenční formu studia, kde vyplnilo dotazník celkem 52 (51,49%) studentů. Studenti z kombinované formy studia vyplnili celkem 49 (48,51%) dotazníků. Studenti 1. ročníku se výzkumného šetření nezúčastnili, neboť absolvovali dosud jen malou část odborné praxe ve zdravotnickém zařízení a nemají tolik praktických zkušeností v realizaci teorie v klinické praxi.

U prvního cíle jsme si stanovili zjistit, zda je z pohledu studentů ZSF JU v praxi realizována metoda ošetrovatelského procesu. Graf 4 ukazuje, že 44,9% studentů z kombinované formy studia si myslí, že se metoda ošetrovatelského procesu v praxi

realizuje. 44,23% studentů z prezenčního studia se přiklání k odpovědi, že z jejich pohledu se metoda ošetrovatelského procesu při péči o pacienta nerealizuje. Máme tu dvě skupiny, jedna skupina jsou studenti z kombinované formy studia. Předpokládáme u nich, že pracují již několik let v oboru. Během své praxe se setkávají s důležitými zkušenostmi a s novými metodami, jako je ošetrovatelský proces. Studenti z prezenční formy studia ještě nemají tolik zkušeností a během svého studia procházejí různými klinickými pracovišti a může se stát, že se během praxe setkají s odděleními, kde se ošetrovatelský proces nerealizuje. Autorka Karlíková ve své bakalářské práci, která se zabývá ošetrovatelským procesem z pohledu všeobecných sester, zjistila, že 69% sester pracuje metodou ošetrovatelského procesu (Karlíková, 2013). To potvrzuje, že zkušené všeobecné sestry realizují ošetrovatelský proces v praxi. Absolventi, ale i pracovníci oboru Všeobecné sestry, by se měli řídit vyhláškou číslo 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška stanovuje poskytovat pacientovi péči dle ošetrovatelského procesu (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Pokud by ošetrovatelský proces nerealizovali, tak by porušovali vyhlášku, a mohli by být právně napadnutelní. Výsledky grafu 5 ukazují, že 38,78% studentů z kombinované a 38,46% studentů z prezenční formy studia si myslí, že sestry přistupují k pacientovi jako k holistické bytosti. Odpověď ne uvedlo 30,61% studentů z kombinované a 40,38% studentů z prezenční formy studia. Ukázalo se, že studenti obou forem studia mají u této otázky podobné názory. Dle autorky Mastiliakové, by sestry měly pečovat o pacienta jako o celek a nikoli pouze o jednu část. Holistický přístup při péči o pacienta přispívá ke kvalitní ošetrovatelské péči (Mastiliaková, 2010). Další znázorněné grafy 6 a 7 ukazují výsledky na otázku, zda z pohledu studentů, sestry stanovují a vyhodnocují písemný ošetrovatelský plán pouze formálně. Největší počet odpovědí u obou skupin studentů byl u obou grafů odpověď ano. Tento výsledek nás dosti překvapil v porovnání s autorkou Kľofáčkovou, která se ve své bakalářské práci zabývala ošetrovatelskými diagnózami. Zjistila, že 60% sester ošetrovatelský plán péče vyhodnocuje dle stanovených intervencí (Kľofáčková, 2013). Písemný ošetrovatelský plán je důležitý, jak pro sestru, tak i pro pacienta v uspokojování potřeb. Pokud budou sestry

stanovovat a vyhodnocovat ošetrovatelské plány pouze formálně, může se stát, že zanedbají nějakou důležitou potřebu pacienta, a to povede k neefektivní ošetrovatelské péči. Ptali jsme se studentů na otázku číslo 9. Z grafu 9 vyplývá, že 79,59% studentů z kombinované a 65,38% studentů z prezenční formy studia si myslí, že v České republice nejsou vhodné podmínky pro realizaci ošetrovatelského procesu. Autorka Jungová ve svém výzkumu položila podobnou otázku studentům oboru všeobecné sestry z bakalářského studijního programu a diplomovaného studijního programu. Nejvíce odpovědí na tuto otázku bylo u možnosti ne a to 56% respondentů z bakalářského oboru a 70% respondentů z diplomovaného oboru. Z jejich pohledu nejsou ve zdravotnických zařízeních v České republice dobré podmínky pro uskutečňování ošetrovatelského procesu (Jungová, 2013). Překvapilo nás mnoho záporných odpovědí u obou výzkumů. Jak mohou studenti po ukončení kvalifikačního studia pracovat metodou ošetrovatelského procesu, když si myslí, že v České republice nejsou podmínky pro realizaci ošetrovatelského procesu? Na to navazovala otázka, zda z pohledu studentů má počet zdravotnického personálu vliv na realizaci ošetrovatelského procesu. Z výsledků z grafu 10 si myslí 89,8% studentů z kombinované formy studia, že má vliv počet zdravotnického personálu na realizaci ošetrovatelského procesu, na rozdíl od studentů z prezenční formy studia, kde uvedlo 75%, že neovlivňuje počet zdravotnického personálu na realizaci ošetrovatelského procesu v praxi. Autorka Karlíková ve svém výzkumu položila otázku sestrám, co jim nejvíce ztěžuje realizaci ošetrovatelského procesu. 63% respondentů uvedlo, že na realizaci ošetrovatelského procesu má vliv nedostatek personálu. Dále v menší míře sestry uváděly nedostatek času a neochotu sester spolupracovat (Karlíková, 2013). U této otázky se musíme přiklonit k názoru studentů z kombinované formy studia. Neboť pokud nebude dostatečný počet zdravotnického personálu, tak bude těžké poskytovat všem pacientům dostatečnou péči podle ošetrovatelského procesu. Z uvedených výsledků jsme zjistili, že naše hypotéza nebyla ověřena, a náš stanovený cíl nebyl splněn.

U druhého cíle jsme si stanovili zjistit, zda studenti ZSF JU v průběhu praktické výuky pracují s metodou ošetrovatelského procesu. Graf 11 ukazuje, že 65,31%

studentů z kombinované formy studia pracuje metodou ošetrovatelského procesu. U studentů z prezenční formy studia byla větší četnost u odpovědi ne a to 51,92%. Autorka Jungová ve svém výzkumu zjistila, že studenti z bakalářského a diplomovaného studijního programu na praxi nerealizují ošetrovatelský proces (Jungová, 2013). Je zarážející, proč studenti z prezenční formy studia, nepracují na praxi metodou ošetrovatelského procesu, když mají v teoretické části předmět ošetrovatelský proces. Na to jsme navázali otázkou číslo 12. Kde se ptáme studentů, zda jim dělá problém aplikovat teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu do praxe. Graf 12 ukazuje, že studentům kombinované formy studia nedělá problém aplikovat teoretické znalosti. Četnost odpovědí byla 65,31%. U studentů z prezenční formy studia převládala také odpověď ne a to 48,08%, ale ne v takové míře jako u studentů z kombinované formy studia. Může to být dáno tím, že studenti prezenční formy studia nemají takovou příležitost, aby mohli aplikovat teoretické znalosti do praxe. Autorka Bradová ve svém výzkumu zjišťovala, jak jsou studenti teoreticky připraveni na praktickou výuku. Z grafu zjistila, že jsou studenti připraveni průměrně (Bradová, 2007) Musíme si položit otázku, zda studentům pomáhá mentor klinické praxe při aplikaci teorie metody ošetrovatelského procesu do klinické praxe. Graf 16 ukazuje, že mentor pomáhá aplikovat teorii u 40,81% studentů z kombinované a u 50,0% studentů z prezenční formy studia. Z tohoto výsledku jsme byli potěšeni. Autorka Bradová ve svém výzkumu zjistila, že studenti nejsou seznámeni s mentorkou při vstupu na oddělení (Bradová, 2007). Toto zjištění je znepokojující, protože mentoři klinické praxe jsou pověřené proškolené osoby, které by měly studentům poskytovat odbornou, pedagogickou a osobnostní podporu na klinické praxi. Studenti se učí určovat si své cíle s následným plánováním a realizací svých stanovených intervencí. To vede k přemýšlení, osvojení si dalších zkušeností a ke zlepšení komunikace v ošetrovatelském týmu (Vaňková, 2013). Ošetrovatelský tým hraje na praxi studenta důležitou roli. Z grafu 20 je zřejmé, že studenti z kombinované formy studia, kde odpovědělo 57,17% a 67,31% studentů z prezenční formy studia, spolupracují při plánování ošetrovatelské péče se zdravotnickým personálem. Při spolupráci je důležitá účinná a oboustranná komunikace, která je důležitá, jak pro studenty,

zdravotnický tým a především pro pacienty. Autorka Bradová ve svém výzkumu zjišťovala u studentů z 2. a 3. ročníku, jaká je komunikace mezi studenty a členy ošetrovatelského týmu. Výsledky znázornují u studentů největší počet u odpovědi komunikaci přiměřenou situaci (Bradová, 2007). S tímto tvrzením musíme souhlasit, protože pokud by neprobíhala přiměřená a účinná komunikace mezi zdravotnickým týmem, do kterého můžeme zařadit i studenty, kteří se připravují na svoji kvalifikaci budoucího povolání, by byla ošetrovatelská péče neefektivní. Z uvedených výsledků jsme zjistili, že naše hypotéza byla ověřena a náš cíl byl splněn.

Jako třetí hypotézu, kterou jsme ověřovali, byla stanovena takto, studenti prezenčního studia ZSF JU hodnotí lépe metodu ošetrovatelského procesu než studenti kombinovaného studia ZSF JU. U otázky číslo 21 a výsledky z grafu 21 se studenti obou forem studia domnívají, že metoda ošetrovatelského procesu je přínosem pro kvalitnější péči. Tento výsledek nás potěšil, neboť u studentů z kombinované formy studia uvedlo 53,06% a u studentů z prezenční formy uvedlo v tomto grafu 59,62%. Autorka Jungová ve svém výzkumu zjistila u studentů z bakalářského a diplomovaného studijního programu pro všeobecné sestry, že si myslí, že ošetrovatelský proces je přínosem pro efektivnější ošetrovatelskou péči (Jungová, 2013). Výsledky autorky Jungové byly také uspokojivě vysoké jako u našeho výzkumu. Akorát autorka Karlíková, která se ve svém výzkumu ptala sester na otázku, zda si myslí, že lze stejně kvalitně poskytnout péči pacientům bez tvorby ošetrovatelského procesu. Výsledky autorky Karlíkové nás moc nepotěšily. 84% sester je přesvědčeno, že stejně kvalitně by mohla být poskytnuta péče i bez tvorby ošetrovatelského procesu. Pouze 16% sester si myslí, že by nemohla být poskytnuta stejně kvalitní péče (Karlíková, 2013). Metoda ošetrovatelský proces umožňuje sestrám plánování ošetrovatelské péče pro pacienty. Kdyby nepoužívaly metodu ošetrovatelského procesu, těžko by posoudily pacientovy problémy, a těžko by plánovaly, jak tyto problémy vyřeší. Dále nás zajímalo, zda studenti vnímají ošetrovatelský proces jako zbytečnou a zatěžující administrativní práci sester. Z grafu 22 je zřejmé, že 48,98% studentů z kombinované formy studia vnímají ošetrovatelský proces, jako zatěžující administrativní práci sester. Na rozdíl od studentů z prezenční formy studia, kde si nemyslí, že ošetrovatelský proces není

zatěžující administrativní práce sester, uvedlo 44,23% studentů. Tento výsledek u studentů z prezenční formy studia nás příjemně překvapil. Autorka Jungová ve své bakalářské práci zjistila, že si studenti nemyslí, že ošetrovatelský proces je zbytečná administrativní práce. Výsledky byly uvedeny v naprosté většině a to u 65% studentů z bakalářského studijního programu a u 59% diplomovaného studijního programu pro všeobecné sestry (Jungová, 2013). Další otázka byla zaměřena na ošetrovatelské diagnózy. Z grafu 24 výsledky ukazují, že jsou ošetrovatelské diagnózy důležité u studentů z kombinované formy studia si to myslí 51,02%, a u studentů z prezenční formy studia si to myslí 59,62% studentů. Autorka Jungová ve své bakalářské práci zjišťovala, jaký mají studenti názor na ošetrovatelské diagnózy. Největší počet u obou skupin studentů byl u odpovědi, že jsou ošetrovatelské diagnózy potřebné (Jungová, 2013). Autorka Kľofáčková se ve své bakalářské práci zaměřené na sestry ptala, zda sestřím pomáhají diagnózy, lépe identifikovat pacientův ošetrovatelský problém. Z grafu je patrné, že 30% sestřím nepomáhají identifikovat pacientův ošetrovatelský problém a 30% sester neví (Kľofáčková, 2013). Musíme se přiklonit k výsledkům našeho výzkumu a výzkumu autorky Jungové. Náš výzkum dopadl z pohledu studentů velmi pozitivně oproti výzkumu sester. Je to možná dáno tím, že sestry mají ošetrovatelské diagnózy předem napsané a k nim jsou již předem dané prováděcí intervence. Jak je patrné i z výzkumu autorky Kľofáčkové, kde na otázku, jak sestavují intervence u ošetrovatelských diagnóz, odpovědělo 70% sester, že je mají předem předepsané (Kľofáčková, 2013). Zajímalo nás, jak studenti odpoví na otázku číslo 25. Zda ošetrovatelská péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu dokáže zvýšit prestiž sesterského povolání. Výsledky z grafu 25 nás překvapily. 53,06% studentů z kombinované, a 63,46% studentů z prezenční formy studia, na tuto otázku odpověděla negativně. Prestiž sesterského povolání je dobrá reputace jedince či skupiny. Prestiž patří se vzděláním, životním stylem a mocí k základnímu ukazateli sociálního statusu jedince. Lidé si našeho povolání váží, ale domníváme se, že jej nepovažují za prestižní. Zvýšením prestiže sesterského povolání můžeme docílit tak, že si nejdříve budeme vážít sami sebe. Nesmíme se bát ukázat své dovednosti a znalosti. Musíme se naučit být zodpovědní za své výkony a poskytování ošetrovatelské péče. Pokud se naučíme sami

sebe vážit, brát svou profesi jako prestižní a jedinečnou, můžeme očekávat i od okolí, že k nám začne vzhlížet s určitou úctou (Maryšková, 2010). Z uvedených výsledků jsme zjistili, že naše hypotéza byla ověřena a náš cíl byl splněn

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma: Realizace ošetrovatelského procesu v praxi z pohledu studentů ZSF JU jsme stanovili tyto 2 cíle: 1. Zjistit, zda je z pohledu studentů ZSF JU v praxi realizována metoda ošetrovatelského procesu. 2. Zjistit, zda studenti ZSF JU v průběhu praktické výuky pracují s metodou ošetrovatelského procesu.

Z výsledků vyplývá, že z pohledu studentů z prezenční a kombinované formy studia na ZSF JU, se v praxi ošetrovatelský proces nerealizuje. Toto zjištění je velmi znepokojující, neboť zdravotnický personál, který neposkytuje péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, porušuje koncepci a vyhlášku. Nicméně z 2. cíle bylo zjištěno, že studenti obou forem studia v průběhu praktické výuky pracují s metodou ošetrovatelského procesu. Může to souviset s tím, že studenti mají teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu, chápou přínos používání této metody a chtějí tuto metodu aplikovat v praxi u pacienta. Studenti vstupem na praxi často zjišťují, že realizace ošetrovatelského procesu na některých odděleních stále zaostává.

V souvislosti s našimi cíli jsme stanovili tyto hypotézy:

H1: Z pohledu studentů ZSF JU je v praxi metoda ošetrovatelského procesu uplatňována. Tato hypotéza nebyla ověřena a náš cíl nebyl splněn.

H2: Z pohledu studentů ZSF JU jsou studenti při praxi zapojeni do ošetrovatelského procesu u pacienta. Tato hypotéza byla ověřena a náš cíl byl splněn.

H3: Studenti prezenčního studia ZSF JU hodnotí lépe metodu ošetrovatelského procesu než studenti kombinovaného studia ZSF JU. Tato hypotéza byla ověřena a náš cíl byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření mohou posloužit vyučujícím Zdravotně sociální fakulty JU, jako metodický rámec pro teoretickou a praktickou výuku z předmětu ošetrovatelský proces. Doporučuji se zaměřit během výuky teorie ošetrovatelského procesu na jeho výhody, pozitivní přínos pro kvalitnější a efektivnější péči o pacienty. Během profesní přípravy všeobecných sester je třeba se zaměřit na důkladné procvičování ošetrovatelského procesu při výuce tak, aby ho poté studenti uměli

správně aplikovat na klinickém pracovišti u pacienta. Studenti, i již pracující všeobecné sestry, by se měli sami při své praxi zajímat o metodu ošetrovatelského procesu, a nápomoci ke zvýšení profesionality a prestiže tohoto povolání.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Přeložila Jitka Němcová. Plzeň: Maurea. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8
2. BRADOVÁ, Zuzana, 2007. *Začleňování studentů ZSF do ošetrovatelského týmu v průběhu praxe z pohledu studenta*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská universita. Zdravotně-sociální fakulta. Studijní program Ošetrovatelství. Vedoucí práce Ivana Chloubová.
3. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2012. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online]. [cit.2013-11-20] Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
4. FARKAŠOVÁ, Dana et al. , 2005. *Ošetrovatel'stvo-teória*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-182-4.
5. HERDMAN, Heather at al. , 2010. *NANDA International, Ošetrovatelské diagnózy, Definice & klasifikace 2009-2011*. 1. vyd. Přeložila Pavla Kudlová. Praha: Grada. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1
6. HLADÍKOVÁ, Lenka a Šmídová, Alena, 2012. Jak to bude se vzděláváním zdravotnických pracovníků?. *Sestra*. [online]. Oddělení ošetrovatelství a dalších nelékařských povolání a uznávání kvalifikací MZ ČR. [cit. 2013-11-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-to-bude-se-vzdelavanim-zdravotnickych-pracovniku-467691>
7. HUDÁKOVÁ, Zuzana, 2010. *Holistický přístup v ošetrovatel'stve - přístup jednoty tela a mysle*. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství. Opava 22. – 23. září 2010. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, ústav ošetrovatelství. 91-95 s. ISBN 978-80-7248-607-6
8. CHLUPOVÁ, Sabina, 2012. *Studenti nelékařských oborů na klinické praxi z pohledu pacienta*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova universita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Hana Pinkavová.

9. JIČÍNSKÁ, Kateřina, 2008. Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry. *Sestra*. [online]. Brno, 2/2008. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osobnostni-rozvoj-jako-nedilna-soucast-profesionalniho-rustu-ses-345989>
10. JUNGOVÁ, Eva, 2013. *Ošetrovatelský proces z pohledu studentů*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská universita. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Soňa Loudová.
11. KARLÍKOVÁ, Lucie, 2013. *Ošetrovatelský proces z pohledu všeobecných sester*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská universita. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Milan Priesol.
12. KLOFÁČKOVÁ, Lucie, 2013. *Používání společného ošetrovatelského jazyka*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská universita. Zdravotně-sociální fakulta. Studijní program Ošetrovatelství. Vedoucí práce František Dolák.
13. MAREČKOVÁ, Jana a Jarošová Darja, 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská universita, Zdravotně sociální fakulta. 86 s. ISBN 80-7368-058-0
14. MARKOVÁ, Eva, 2006. *Dny Marty Staňkové, vzdělávání sester: současnost a očekávání*. Mezinárodní konference, Praha: Galén, 30.3.2006, ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. Lékařské fakulty UK v Praze. Strana 113. ISBN 80-7262-434-2
15. MARYŠKOVÁ, Andrea, 2010. O prestiži sesterského povolání. *Sestra*. [online]. Krajská nemocnice Liberec, a. s., porodní sál. 2/2010. [cit. 2014-3-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/o-prestizi-sesterskeho-povolani-449653>
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2004. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. díl – Systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
17. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2010. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164. s. ISBN 978-80-7013-457-3

18. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004. *Věstník 9/2004*. [online]. Poslední úprava: 27. 10. 2009, [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html
19. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Přeložila Hana Horová. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
20. POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 49 s. ISBN 80-701-3420-8.
21. SBORNÍK PŘEDNÁŠEK, 2008. *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků*. České Budějovice 23-24. 10. 2008. Nemocnice České Budějovice. 148 s. ISBN 978-80-254-2730-9
22. STAŇKOVÁ, Marta et al. , 2005. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
23. STAŇKOVÁ, Marta, 2004. *České ošetrovatelství 3: Jak zavádět ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 49 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-282-5.
24. STAŇKOVÁ, Marta, 2009. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 66 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-283-3.
25. ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina, 2009. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. [online]. Nemocnice s poliklinikou Havířov, 11/2009. [cit. 2013-11-3]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zdravotnicka-dokumentace-448167>
26. ŠRÁMKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
27. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. , 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1

28. TRACHTOVÁ, Eva et al. , 2010. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
29. VAŇKOVÁ, Miroslava, 2013. Mentorství očima studenta a mentora klinické praxe. *Sestra*. [online]. Nemocnice Nový Jičín a. s., dětské oddělení. 3/2013. [cit. 2014-3-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mentorstvi-ocima-studenta-a-mentora-klinicke-praxe-469515>.
30. VONDRÁČEK, Lubomír et el., 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 72 s. ISBN 80-247-0704-7
31. VÖRÖSOVÁ, Gabriela et al. , 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7
32. VYHLÁŠKA Č. 39/2005 SB. *Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
33. VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011. [cit. 2013-11-6]. Dostupné z: http://mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktouhou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-veneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html
34. ZACHAROVÁ, Eva, 2010. Motivační faktory v sesterském povolání. *Sestra*, roč. 20, č. 6, str. 30-31. ISSN 1210-0404
35. ZÁKON Č. 96/2004 SB. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů*. [online]. Sbírka zákonů České republiky, 2004. [cit. 2013-11-6]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

36. ZÁKON Č. 98/2012 SB. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012. [cit. 2013-10-31]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
37. ZLONICKÝ, Petr, 2011. *Sonda do názorů absolventů vzdělávacího systému nelékařských zdravotnických pracovníků*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Petr Kachlík.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1. Etický kodex sester

Sestry dle etického kodexu mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, kterým je myšleno právo na život, důstojnost a právo na zacházení s úctou. Při ošetrovatelské péči se nebere ohled na věk, pohlaví, barvu pleti, rasu, vyznání, kulturními zvyklostmi, postižením nebo nemocí, národností, politickým přesvědčením nebo společenským postavením pacienta.

Sestry zajišťují zdravotnické služby jedincům, rodinám a komunitám a propojují své služby se službami jiných oborů.

Etický kodex pro sestry, který je připravený ICN, se zabývá čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování sestry, jedná se o článek:

1. Sestra a spoluobčan

Sestra je spoluzodpovídá za péči, kterou poskytuje občanům. Při jejím poskytování vytváří prostředí, ve kterém jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a víra jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra zaručuje, aby byly osoby dostatečně informované, aby mohly vyslovit souhlas či nesouhlas s péčí a související terapií. Dodržuje povinnost mlčenlivosti a chrání důvěrné informace pacienta. Informace sděluje pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře. Sestra pomáhá při zahájení a podpoře aktivit, které jsou zaměřeny na uspokojování potřeb občanů, zejména těch, které patří do ohrožených skupin. Je spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestra a její ošetrovatelská praxe

Sestra má odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a má povinnost udržovat svoji kvalifikaci na potřebné úrovni a průběžně se vzdělávat. Sestra je povinna poskytovat ošetrovatelskou péči a dodržovat co možná nejvyšší úroveň její kvality

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby byla schopna poskytovat péči klientům. Při přijímání určité povinnosti posuzuje svoji kvalifikaci a své schopnosti stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které mají plnit určité povinnosti.

Sestra dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, čímž zaručuje dobré budování pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů. Při použití nové techniky v ošetrovatelství usiluje sestra, aby se dbalo na důstojnost, bezpečnost a lidská práva občanů.

3. Sestra a profese

Sestra má rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání. Podílí na rozvoji odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se podílí prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestra a její spolupracovníci

Sestra je v spolupráci se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů. Je povinna zasáhnout, když je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou (Česká asociace sester, 2012).

Příloha 2. Dotazník

Vážená studentko, vážený studente,
dotazník, který jste právě dostal/a, má sloužit ke zmapování postoje studentů ZSF JU týkající se realizace ošetrovatelského procesu v praxi.

Ráda bych Vás požádala, zda byste byl/a ochotný/á tento dotazník vyplnit, pokud možno zcela pravdivě.

Tento dotazník je anonymní, jméno ani další osobní údaje nejsou nutné.

Vyplňte jej tak, že vždy zakroužkujete správnou odpověď a pokud jsou u odpovědi tečky, doplňte vlastní názor. Pokud byste se zmýlil/a, chybnou odpověď škrtněte a zakroužkujte správnou.

Vyplněný dotazník si po vyplnění vyberu zpět.

Děkuji Vám za ochotu a vyplnění dotazníku.

Jaroslava Bejčková

Studentka 3. Ročníku oboru Všeobecná sestra-kombinovaná forma studia, Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

A) Identifikační údaje respondenta

1. Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Jaký ročník studujete?

- a) 2. ročník
- b) 3. ročník

3. Jakou formu studia studujete?

- a) Prezenční forma
- b) Kombinovaná forma

B) Realizace metody ošetrovatelského procesu v klinické praxi

4. Myslíte si, že je v praxi realizována metoda ošetrovatelského procesu při péči o pacienty?

- a) Ano
- b) Ne

- c) Nevím
- d) Jiné:

5. Myslíte si, že sestry přistupují k nemocnému jako k holistické bytosti?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné:.....

6. Domníváte se, že sestry stanovují písemný ošetrovatelský plán pouze formálně?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné:.....

7. Domníváte se, že sestry vyhodnocují písemný ošetrovatelský plán pouze formálně?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné:.....

8. Myslíte si, že sestry poskytují individualizovanou ošetrovatelskou péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné:.....

9. Myslíte si, že jsou v českém zdravotnictví vhodné podmínky pro realizaci ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Má z Vašeho pohledu počet zdravotnického personálu vliv na realizaci ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

C) **Aplikace metody ošetrovatelského procesu studenty na odborné praxi**

11. Poskytujete péči v rámci odborné praxe metodou ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Dělá Vám problém aplikovat teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu do klinické praxe?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné:.....

13. Pokud na pracovišti, kde probíhá Vaše odborná praxe je péče poskytována metodou ošetrovatelského procesu, je Vám umožněno se aktivně zapojit do ošetrovatelského procesu při péči o pacienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné:.....

14. Snažíte se aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby nemocného nejen v oblasti biologické, ale i psychické, sociální a spirituální oblasti?

- a) Ano, všechny
- b) Ne, žádné
- c) Ano, jen vybrané, doplňte které (biologické, psychické, sociální, spirituální)
.....

15. Poskytujete každému pacientovi individualizovanou ošetrovatelskou péči?

- a) Ano
- b) Ne

c) Nevím

16. Pomáhá Vám mentor klinické praxe aplikovat teorii ošetrovatelského procesu do praxe?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

d) Jiné:.....

17. Stanovujete písemný ošetrovatelský plán na základě aktuálního stavu pacienta?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

d) Jiné:.....

18. Máte dostatek příležitostí samostatně plánovat ošetrovatelský proces u vybraného pacienta na praxi?

a) Ano

b) Ne

c) Jiné:.....

19. Připadá Vám ošetrovatelská dokumentace v rámci ošetrovatelského procesu přehledná?

a) Ano

b) Ne

c) Jiné:.....

20. Spolupracujete na odborné praxi při plánování ošetrovatelské péče se zdravotnickým personálem?

a) Ano

b) Ne

c) Jiné:.....

D) Sdělení respondentů k metodě ošetrovatelského procesu.

21. Domníváte se, že metoda ošetrovatelského procesu je přínosem pro kvalitnější péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné:.....

22. Vnímáte ošetrovatelský proces jako zbytečnou a zatěžující administrativní práci sester?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné:.....

23. Domníváte se, že vhodně naplánovaný ošetrovatelský plán může přispět k optimálnímu řešení ošetrovatelských problémů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné.....

24. Myslíte si, že ošetrovatelské diagnózy jsou potřebné?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné:.....

25. Myslíte si, že ošetrovatelská péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu dokáže zvýšit prestiž sesterského povolání?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné:.....