

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**POSTOJ LÉKAŘŮ KE KOMPETENCÍM SESTER DLE ZÁKONA
DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Marie Trešlová**

2009

**Autor práce:
Iveta Sladká**

Abstract

In the Czech Republic all activities of individual groups of health care workers are defined by various regulations and laws. All nurses' competences are stipulated by 424/2004 Decree of Coll. of Laws and that defines activities and responsibilities for health care workers as well as other professionals and experts in the medical field.

In my thesis three goals and hypotheses were set. The first goal of my thesis was to find out what level of awareness of the existence and of the content of the 424/2004 Decree doctors and nurses was. For that purpose the hypothesis H1 was set. It was worded as the following: „Doctors are aware of the existence and the content of the 424/2004 Decree. The second goal was to find out what doctors' opinions on the relevant competences were. To reach this goal hypotheses H2 were set. They were worded as the following:” Doctors have not become familiar with the importance of a qualification study that is backed up with having the relevant competences stipulated in 424/2004 Decree. H3 was worded as the following : "Activities required by doctors for nurses to be carried out go over their competences stipulated in 424/2004 Decree. H4: Activities going beyond nurses' competences do not enable the nurses providing relevant nursing care which should be focused on saturation and meeting patients' needs. The third goal was to find out what doctors think of the Decree's implementation in everyday life. I set a hypothesis that doctors do not feel any need to change nurses competences.

To process the empiric part of my thesis the quantitative method for the research survey was chosen. To collect the data the research technique of a questionnaire survey with a random selection of respondents was used. The research group was set up by randomly selected nurses and doctors from hospitals in České Budějovice, in Jindřichův Hradec, in Český Krumlov, in Strakonice, v Tábor, v Plzeň, in Prague, v Benešov and in Ústí nad Labem. The first research group was composed of 66 doctors. The second research group was composed of 190 (100 %) nurses working in various hospital facilities. All three goals were reached.

In the first case we found out that doctors more or less do not know what the

content of the 424/2004 Sb. Decree is. Within the frame of the second goal we found out that doctors know the fact that nurses need a qualification training for their profession and they also know where to get the nurses. trained. Next, we found out that competences delegated on nurses do not go over their professional duties and responsibilities frames as less than a half of the questioned nurses replied that competences over their professional duties were being passed on them. I also refuted the hypothesis that actions over nurses' professional duties do not enable them providing relevant nursing care which should be focused on saturation and meeting patients' needs.

The third goal was reached, too. And, the relevant hypothesis stating that doctors do not feel any need to change nurses competences was proven.

Senior nurses in some of the hospitals, in which we carried out our research, have already shown their interest in using the results of our survey. I believe that with the help of the collected data there will be a certain way how decrease the occurrence of delegating doctors' competences on nurses. On the grounds of our findings, we would like to make a list of the most frequented competences that go over the level of nurses' qualification and to provide it to the senior nurses and managers and, then, they can inform their teams of nurses and doctors.. We believe that nurses will become more aware of what the extent of their competences within the frame of their education and qualification is, and it will be much easier for them to refuse to carry out certain actions delegated on them by doctors And also doctors will become more aware of the potential. risks carried by delegating their competences on nurses. .

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Postoj lékařů ke kompetencím sester dle zákona“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....
Podpis autora

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé diplomové práce PhDr. Marii Trešlové za cenné rady a připomínky.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis autora

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Sestra	4
1.1.1 Vývoj sesterského povolání v ČR.....	4
1.1.2 Vzdělání sester.....	9
1.1.2.1 Celoživotní vzdělávání sester.....	13
1.2 Kompetence všeobecné sestry	14
1.2.1 Sestra specialista.....	19
1.2.2 Prestiž sestry.....	19
1.3 Lékař	20
1.3.1 Vývoj lékařského vzdělání.....	21
1.3.2 Vzdělání lékařů.....	23
1.4 Kompetence lékaře	24
1.4.1 Lékař a nemocný.....	26
1.4.2 Prestiž lékaře.....	27
1.5 Vztah sestra lékař	27
1.5.1 Kompetence jako základ spolupráce.....	28
2. Cíle práce a hypotézy	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Předpokládané hypotézy.....	30
3. Metodika	31
3.1 Metodika práce.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.3 Statistická analýza.....	32
4. Výsledky	33
4.1 Výsledky výzkumného souboru lékařky/ři.....	33
4.2 Výsledky výzkumného souboru sestry.....	44
4.3 Souhrnné výsledky obou výzkumných souborů.....	57
4.4 Vztahové tabulky výzkumného souboru lékařky/ři.....	61
4.5 Vztahové tabulky výzkumného souboru sestry.....	70

5. Diskuze.....	76
6. Závěr.....	84
7. Seznam použité literatury.....	85
8. Klíčová slova.....	92
9. Přílohy.....	93
<i>9.1. Seznam příloh.....</i>	<i>93</i>

Úvod

Sestry tvoří největší skupinu pracovníků ve zdravotnictví nejen u nás ale i na celém světě a jako takové jsou hlavní a nenahraditelnou silou ve zdravotní péči. Proto je nutné, aby směly v dynamicky rozvíjejícím se zdravotnictví dělat maximum pro podporu zdraví a péči o nemocné. Sestra se stále více stává rovnocennou partnerkou ostatních členů zdravotnického týmu, která je schopna samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se pak samozřejmě i obsah její práce a profese sestry se tak stává samostatnější. Vyspělé ošetrovatelství je charakterizováno právě tímto pojetím sesterské práce.

Přesto byly doby, kdy byla sestra jen jakýmsi prostým vykonavatelem předepsané ordinace a kdy se ve vztahu lékařů a sester přísně odlišovala profesní hierarchie. S nástupem nového politického systému se pak začaly otevírat i dveře vedoucí k emancipaci ošetrovatelství a leckde viditelně mizely zdi bránící větší vzájemné kolegiálně mezi zdravotníky rozličného zařazení. Ošetrovatelská problematika se více a více dostává do popředí zájmu všech a stává se nedílnou a plnohodnotnou součástí moderní péče o pacienta. A aby mohla být tato péče co nejkvalitnější a spolupráce zdravotnického týmu co nejužší, je zapotřebí přesně vymezit, co která skupina pracovníků bude dělat.

V České republice jsou činnosti jednotlivých skupin pracovníků zdravotnického týmu dány různými vyhláškami a zákony. Kompetence všeobecné sestry jsou dány vyhláškou 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (53).

A co si vlastně pod pojmem kompetence představit? Kompetence znamená „úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudku.“ a souvisí s regulací profese, kvalitou, vzděláním a poskytováním péče dle standardů (1).

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma „Postoj lékařů ke kompetencím sester dle zákona“. Osobně považuji toto téma za zajímavé. Myslím, že nejen každá sestra, ale i lékaři by měli znát rozsah kompetencí všeobecné sestry, aby se předešlo jejich předávání do jiných sfér poskytované péče a tím možnému poškození pacienta.

1. Současný stav

1.1 Sestra

Koho je možné si představit pod pojmem sestra. Každý z nás má o sestře představu jinou, záleží na předchozím setkání, zkušenostech...

V roce 1987 Mezinárodní rada sester (ICN) definovala sestru takto: „Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Sestra je připravena a oprávněna zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních; vyučovat témata spadající do zdravotnické péče; plně se zapojovat do zdravotnického týmu; dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči a školit je; a zapojovat se do výzkumu“(1, s. 6). Ale než se stala profese sestry takto samostatnou a profesionální, musela projít mnoha změnami nejen ve vzdělávání ale i v samotném smýšlení jednotlivých sester.

1.1.1 Počátky sesterského povolání v ČR

Povolání sestry se rozvíjelo souběžně s rozvojem ošetrovatelství a medicíny.

Ošetrovatelství v České republice bylo ovlivněno několika vývojovými trendy. První a tedy nejstarší trend vycházel z charitativní péče, jejíž zárodky organizované péče o nemocné můžeme pozorovat již v 10. století, kdy na území Prahy začaly vznikat první hospice nebo-li útulky pro chudé, nemajetné a nemocné osoby, v nichž civilní osoby poskytovaly pomoc v základních potřebách. Podobnou úlohu sehrály některé náboženské řády, které vedle svých klášterů stavěly špitály, jež sloužily spíše jako střecha nad hlavou, než k léčení nemocných. V průběhu 13. a 14. století se jejich počet mnohonásobně zvýšil. Některé z nich sloužily pocestným a kupcům jako útulky, jiné výhradně nemocným nebo zchudlým měšťanům. Do opatrování byly přednostně brány osoby, které si tzv. provizí ve špitále předplatily doživotní byt, stravu a opatrování. Teprve po nich bylo možno ošetřit chudé nemocné, nemajetné a neschopné práce. Ošetrovatelství bylo tehdy laickou záležitostí, mělo vysoce humánní charakter a poskytovaly ho osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání. Bylo založeno na předávání zkušeností z osoby na osobu. Teprve

Anežka Přemyslovna, velká postava českého ošetrovatelství a zakladatelka Řádu křížovníků s červenou hvězdou, sepsala pravidla, ze kterých se při ošetrování a opatrování nemocných a chudých vycházelo (35, 18).

Až s rozvojem druhého trendu, tedy rozvojem medicíny a zakládáním nemocnic se přišlo na to, že by lékař k sobě potřeboval pomocníka, který by jak plnil jeho pokyny, tak se trvale staral o nemocné nejen ve špitálech, ale i doma. Bylo tedy nutné, aby tímto pomocníkem byl někdo s odpovídajícím vzděláním. Takto se pomalu začala rozvíjet nová role sestry-pomocníka. Tento vývojový trend si poměrně rychle vynutil vzdělávání sester, a tím pak ve druhé polovině 19. století vznik prvních ošetrovatelských škol. Historickým mezníkem pro vývoj českého ošetrovatelství se stalo v roce 1860 založení první ošetrovatelské školy v Londýně. Zakladatelka Florence Nightingalová poprvé cíleně vychovávala ošetrovatelky pro práci v nemocnici i doma. Právě práce Florence Nightingalové výrazně ovlivnila rozvoj ošetrovatelství nejen ve světě, ale i u nás (35, 19, 45).

Třetí vývojový proud českého ošetrovatelství ovlivnilo velmi silné emancipační ženské a národnostní hnutí ve druhé polovině 19. století. Tak již v roce 1874 vznikla první ošetrovatelská škola v Rakousku-Uhersku. Byla to škola česká. V této české ošetrovatelské škole se dbalo na odborné teoretické i praktické vzdělávání ošetrovatelek pod vedením lékařů, kteří učili na lékařské fakultě Karlovy univerzity. Ač tato škola neměla dlouhého trvání a po 8 kurzech byla uzavřena, je třeba říci, že pravděpodobně ovlivnila rozvoj ošetrovatelství v celé střední Evropě tím, že poukázala na potřebu systematického vzdělávání sester pro vykonávání stále náročnější ošetrovatelské profese (45).

Teprve v roce 1916 vznikla v Praze státní ošetrovatelská škola, jež zůstala v činnosti i po první světové válce.

V roce 1920 byly pozvány tři americké zkušené sestry, které zacvičily první absolventky do rolí sester učitelek-instruktorek pro praktickou výuku. (podrobněji v kapitole 1.1.2.) A tak ještě dlouhou dobu pracovaly v nemocnicích vedle řádových sester dvě kategorie civilních ošetrovatelek: diplomované ošetrovatelky, které byly absolventkami Státní ošetrovatelské školy, a pomocné ošetrovatelky zaškolené

na nemocničním oddělení. Sociální postavení obou kategorií bylo velmi nízké, avšak jejich zájem o péči o pacienta byl neobvykle vysoký (45).

První absolventky Státní ošetrovatelské školy založily v roce 1921 spolek Absolventek ošetrovatelské školy, který se v roce 1928 přejmenoval na Spolek diplomovaných sester. Ten byl v roce 1933 přijat do Mezinárodní rady sester. „Úroveň ošetrovatelské péče, její organizace i vzdělávání sester se relativně rychle zlepšovaly“ (35, s 46). Vzdělané absolventky navázaly mnoho společensky důležitých kontaktů, které jim pomohly získat finanční prostředky pro ošetrovatelské školství a zvyšovat společenskou prestiž ošetrovatelek a ošetrovatelského povolání vůbec. Pořádaly přednášky, pokračovací kurzy, pomáhaly zakládat další ošetrovatelské školy. Pod vlivem činnosti Spolku se začaly při nemocnicích budovat ubytovny pro sestry, rozšířily se občanské svobody ošetrovatelek, stanovila se pravidelná pracovní doba, dovolená (21, 45).

Mezi významné sestry, které se podílely na zvyšování úrovně ošetrovatelské péče a vzdělávání, patřily zejména první absolventky ošetrovatelské školy, např. Františka Růžicková, Jarmila Roušarová, Anna Rypáčková, Josefa Andělová a další (35, 45).

Mezi válkami nebylo české ošetrovatelství zaměřeno jen na rozvoj nemocniční péče, ale orientovalo se i na samostatnou práci nově a kvalitně vzdělaných diplomovaných sester v primární péči v terénu. V roce 1918 byla v Praze otevřena vyšší sociální škola, kde se v jednoletém studiu připravovali sociálně zaměření pracovníci a později diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu. Tyto sestry zakládaly a vedly poradny pro matky a děti a stanice s dispenzářem tuberkulózně nebo pohlavně nemocných. Terénní péče sester byla zaměřena hlavně na výchovu sociálně slabších jedinců ke zdravotnímu uvědomění, rodičovství, prevenci šíření infekčních nemocí. Péče v poradnách se začala specializovat. Po roce 1948 samostatná práce terénních sester zanikla a teprve v 70. letech se postupně vracela, ale pouze v kategorii relativně samostatně pracujících geriatrických sester v návštěvní službě a sester specializovaných pro sociální péči (45).

V době fašistické okupace trpěla ošetrovatelská služba nedostatkem sil. „Potřeba ošetrovatelek se stala tak naléhavou, že ministerstvo sociální a zdravotní správy dalo souhlas k otevření civilní české ošetrovatelské školy v Brně. V roce 1939 došlo k otevření dalších ošetrovatelských škol v Praze, Kroměříži a Olomouci“ (21, s 101).

V tomto období měly ošetrovatelky výhodu v tom, že jich bylo málo a jejich práce byla nezbytná. To je uchránilo i před tzv. totálním nasazením v říši (45).

V květnu roku 1940 byla oficiálně ustanovena funkce „vedoucí sestry ošetrovatelské služby v nemocnici“. Do této funkce byla ustanovena diplomovaná sestra Roušarová, která tuto funkci zastávala již tři roky neoficiálně. Byly také vypracovány organizační řády a pracovní náplně sester v jednotlivých pracovních směnách, pracovní povinnosti a práva vrchních i staničních sester. Vedoucí lékaři začínají vnímat sestru jako významného spolupracovníka, který je potřebný pro zajištění kvalitní odborné ošetrovatelské péče (19, 45).

Když došlo ke zrušení spolku diplomovaných sester, zůstala hybnou pákou organizátorské činnosti ve zdravotnictví Společnost českomoravských nemocnic. Nadále podporovala publikační činnost, umožňovala uplatňovat zájmy sester v ošetrovatelství, sledovala vývoj medicínských i jiných věd, vznik nových pracovišť léčebných zařízení... V roce 1942 byl i tento spolek zrušen.

Již během války, ale hlavně po ní, se neodkladně zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Po odsunu německých lékařů a ošetrovatelek se ještě více prohloubil nedostatek zdravotnického personálu, který byl způsoben uzavřením vysokých škol a nedostatkem škol pro ošetrovatelky. Odborná příprava nového personálu byla neodkladná. Proto nemocnice a kliniky začaly samostatně organizovat odborné rychlokurzy nebo alespoň několik lekcí, které poskytovaly pro práci ty nejzákladnější informace. Ošetrovatelská škola v Praze okamžitě zahájila několikadenní kurz pro čtyřicet sester pro práci v pohraničí (19).

Také činnost Spolku diplomovaných sester byla na krátko obnovena a ošetrovatelství se začalo znovu rozvíjet.

Zásadní zlom v rozvoji poválečného ošetrovatelství i vzdělávání sester znamenal komunistický převrat v roce 1948. Všechny významné osobnosti stojící v čele československého ošetrovatelství byly ze svých funkcí odvolány (19).

Po vzoru Sovětského svazu došlo ke sloučení všech ošetrovatelských škol do středních zdravotnických škol, kde se připravovaly všechny kategorie tzv. středního zdravotnického personálu. Později se ukázalo, že základní profesní příprava sestrám

pro výkon jejich povolání nestačí, a proto vznikly v Brně a Bratislavě Instituty pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (45).

Po dlouhou dobu nesměly sestry stejně jako jiné profesní organizace založit vlastní profesní organizaci, všechny byly sdruženy v Revolučním odborovém hnutí.

O osudu sester tak rozhodovaly komunistické strany na pracovištích a v místě bydliště. Teprve v roce 1946 dostaly sestry možnost vytvořit Československou společnost sester, která sice nemohla fungovat samostatně, ale mohla se stát jednou z odborných společností sdružených v Československé lékařské společnosti a získat autonomii jako jiné odborné společnosti. To znamenalo naději na velký pokrok. I v období normalizace se progresivním československým sestrám podařilo v roce 1973 založit Československou společnost sester, která začala velmi aktivně pracovat. Československé sestry měly také svůj odborný časopis Zdravotnická pracovnice, který vznikl v roce 1951 nejdříve jako časopis odborový, ale stále více se stával časopisem odborným. Po roce 1989 tento časopis zanikl a od roku 1991 byl nahrazen časopisem Sestra, který je vydáván i v roce 2009. Tento časopis průběžně informuje sestry o českém i zahraničním ošetřovatelství a o otázkách s ním spojených (35, 18).

Rok 1989 znamenal změny nejen politického a společenského rázu, ale zasáhl také do sociálního a zdravotnického systému. Proudily k nám informace ze světa, které vedly k různým změnám a nevyhnuly se ani zdravotnictví, které začalo komunikovat se Světovou zdravotnickou organizací či ICN. Tyto aktivity podpořily změny také v ošetřovatelství, protože byly zaměřeny na ošetřovatelství jako vědní obor, na roli sestry a její postavení ve společnosti, na systém a obsah vzdělávání sester, na ošetřovatelskou praxi a v neposlední řadě i na výzkum v ošetřovatelství (13).

„Nové poznatky v oblasti ošetřovatelské teorie a požadavky ošetřovatelské praxe ovlivnily i změny v ošetřovatelském vzdělávání v 90. letech“ (13, s. 35). Cílem bylo přispět ke zvýšení úrovně ošetřovatelské péče. Nové netradiční pohledy na ošetřovatelství, ošetřovatelskou praxi, role a úlohy sester ve zdravotní péči deklarované nejvyššími mezinárodními zdravotnickými institucemi povzbudily i naše sestry ke změně postojů k ošetřovatelské profesi i ošetřovatelství (13).

V 21. století dosahuje přeměna sestry z pokorné pomocnice lékaře v „Sestru“, jež je osobností a plnohodnotným členem multidisciplinárního ošetřovatelského týmu,

vrcholu. V dnešní době už sestra pouze neasistuje lékaři, ale sama na základě zjištěných informací zjišťuje potřeby nemocného, organizuje a řídí péči o pacienta, vyhodnocuje úspěšnost péče atd. S rozvojem povolání sestry se začaly rozšiřovat i její pravomoce a role. Dosud jí byly přisuzovány pouze dvě role, pečovatelka a pomocnice. Ošetřovatelství 21. století založené na spolupráci s jednotlivcem, rodinou a komunitou s sebou přináší další role sestry. Nyní je sestra také učitelkou, poradkyní, obhájkyní práv pacienta, nositelkou změn a v neposlední řadě také manažerkou a výzkumnicí. K těmto významným změnám nedošlo jen náhodou, ale prostřednictvím osvíceneckého smýšlení sester. Ne pouze jeden hlas, ale dav má sílu něco změnit a sestry patří mezi nejpočetnější profesní skupinu (27, 12).

1.1.2 Vzdělání sester

K tomu, aby mohly sestry své povolání vykonávat na co nejvyšší úrovni, potřebují dostatečné vzdělání.

První zárodky vzdělání sester nacházíme až v 18. století, kdy byly organizovány první přednášky pro ošetřovatelky v zařízeních pro duševně nemocné. Jinak své znalosti získávaly od starších spolupracovníků v praxi (19).

S rozvojem medicíny a vznikem nemocnic se postupně přicházelo na myšlenku vzdělávat sestry a zkvalitnit tím spolupráci s lékařem a péči o nemocné. Zpočátku se tedy sestry vzdělávaly na prvních ošetřovatelských školách nebo na odděleních pod vedením lékařů. Se zvyšováním vzdělání sester se začala zvyšovat i úroveň ošetřovatelství. Všimly si toho nejen sestry samotné, ale i většina vedoucích lékařů začala na sestry pohlížet s větším respektem a uznáním. V roce 1914 vyšlo nařízení rakouského ministra vnitra o ošetřování nemocných provozovaném z povolání. Nařízení legalizovalo zakládání ošetřovatelských škol a rámcově stanovilo jejich organizační strukturu a obsahovou náplň. Jednou ze zásad bylo, že škola mohla být zřízena jen při nemocnici, která pak zajistí praktickou výuku žákyň. Každá z adeptek, která chtěla studovat na těchto školách, musela mít ke studiu způsobilost a být ve věku nejméně dvaceti let. Později byla hranice věku snížena o dva roky (19).

V roce 1916 vznikla v Praze Státní dvouletá ošetřovatelská škola a měla velice vysokou odbornou úroveň. Absolventky skládaly teoretické i praktické zkoušky a

po jejich složení obdržely diplom o ošetřování nemocných, který je opravňoval používat titul diplomovaná ošetřovatelka. Po absolutoriu byly rovněž oprávněné nosit odznak „diplomovaná sestra ošetřovatelka“ (38, 19).

„Po roce 1919 začali lékaři uplatňovat velmi pokrokové požadavky na vzdělávání ošetřujícího personálu“(35, s 57). Ve státní ošetřovatelské škole byly pro sestry pořádány další kurzy zaměřené na sociální péči, péči o dítě a na návštěvní ošetřování. Mimořádná pozornost byla věnována i praktické přípravě pod vedením zkušených sester. V roce 1920 byly pozvány tři americké zkušené sestry, které vypracovaly koncepci pro teoretickou i praktickou výuku a zacvičily první absolventky do rolí sester učitelek-instruktoerek pro praktickou výuku. Prvními kurzy prošlo ročně deset až patnáct absolventek – diplomovaných ošetřovatelek (35).

„V roce 1922 byla při nemocnici v Praze–Krči otevřena samostatná ošetřovatelská škola pro dětské sestry“(26, s. 15).

Diplomované sestry stále prosazovaly prodloužení studia v ošetřovatelské škole o jeden rok, aby mohly být prohloubeny znalosti a hlavně praktický výcvik. Považovaly pokračovací kurzy za důležitý doplněk svého ošetřovatelského vzdělání. V roce 1936 vznikla Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče. Škola už tehdy přijímala pouze absolventky středních škol s maturitou a poskytovala svým novým obsahem absolventkám solidní zdravotnický základ i pro péči kurativní (21).

Tento pozitivní vývoj základního ošetřovatelského vzdělávání sester byl zastaven po socialistické revoluci roku 1948, kdy Československá republika přejala vzdělávací systém ze Sovětského svazu. Tento systém zahrnoval i ošetřovatelské školství, kdy se podle nového školského zákona sloučily ošetřovatelské školy s rodinnými a sociálními školami a byly přejmenovány na střední zdravotnické školy. Zde se připravovaly všechny kategorie zdravotnického personálu. Ke studiu byli přijímáni uchazeči ve 14–15 letech a studium trvalo 4 roky. Studium bylo převážně zaměřeno na medicínské znalosti a instrumentální dovednosti při poskytování péče nemocnému, ale kvůli nízkému věku studentů se musel studijní obsah zjednodušovat, protože v tomto věku je mládež sociálně a osobnostně nezralá (19, 35).

„Školským zákonem č. 95/1948 Sb. byla zavedena jednotná soustava všeobecného a odborného vzdělávání“(13, s 29). Byly zřízeny také vyšší sociálně

zdravotní školy, kde studium trvalo 4 roky a končilo maturitní zkouškou. V roce 1951 pokryly absolventky škol jen 26 % potřeb zdravotnictví, proto se studium začalo již od prvního ročníku orientovat na konkrétní studijní obor a zkrátilo se na tři roky (13).

V roce 1954 přešly zdravotnické školy pod ministerstvo zdravotnictví, které v témže roce prodloužilo studium zpět na čtyři roky a vykonalo obsahové změny.

V roce 1955 se začalo rozvíjet i nadstavbové a později pomaturitní kvalifikační studium pro absolventy, kteří složili maturitní zkoušku. Pro další rozvoj profesní přípravy sester byl v roce 1960 zřízen Institut dalšího vzdělávání v Brně a v Bratislavě, který od roku 2003 nese název Národní centrum pro ošetřovatelství a nelékařské obory. Ve stejném roce (1960) bylo v Praze na Karlově univerzitě také otevřeno dvouoborové pětileté studium ošetřovatelství, zprvu v kombinaci s psychologií a později s pedagogikou. Absolventky mohly po složení rigorózních zkoušek získat titul PhDr. (13).

Od roku 1992 se obor ošetřovatelství začal studovat i na některých lékařských fakultách a později pak na zdravotně sociálních fakultách, kde se vyučuje i dnes. Sestry tak dosáhly svého. Nejen to, že se studium zkvalitnilo a přesunulo na vyšší a vysoké školy, ale ony samy mají v ošetřovatelském týmu rovnocenné postavení a jejich hodnota se zvýšila v očích lékařů i laické veřejnosti (19).

K těmto hlavním změnám došlo prostřednictvím osvědčeného smýšlení sester, které se chtěly vyrovnat sestrám v Evropské unii a pozdvihnout tak profesi sestry výš. Vzdělání sester se tedy po vzoru Evropské unie a Světové zdravotnické organizace transformovalo na vysokou nebo vyšší odbornou školu a kvalifikační příprava sester probíhá na univerzitní půdě. Střední zdravotnické školy nyní připravují na budoucí povolání tzv. zdravotnické asistenty, kteří budou provádět základní ošetřovatelskou péči pod odborným dohledem sestry. Převedení studia oboru Všeobecná sestra na vysokoškolskou úroveň nebo na úroveň vyšších odborných škol zaručuje, že studenti jsou již duševně a emočně zralejší (28, 40).

V roce 2004 byl vydán zákon č. 96 Sb. O podmínkách a uznávání způsobilosti výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Byl zveřejněn 3.3. 2004 s účinností od 1.4.

2004 a upravuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdrav. povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Novelizován byl v roce 2005 zákonem č. 125/2005 Sb., dále pak v roce 2007 zákonem č.111/2007 Sb. a v roce 2008 zákonem 124/2008 Sb. a zákonem 189/2008 Sb. Zaručuje celoživotní vzdělávání nelékařských profesí ve zdravotnictví a dále stanovuje podmínky pro uznávání způsobilosti k výkonu povolání. Vymezuje 4 stupně zdravotnických pracovníků. Zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání *bez odborného dohledu a bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti*. Dále může být zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání *pod odborným dohledem* nebo *způsobilý k výkonu povolání jiného odborného pracovníka*.

K dalším právním předpisům, které zásadně mění či upravují vzdělávání sester, získávání způsobilosti k výkonu povolání, náplně činností atd. patří vyhláška MZČR č. 321/2008 Sb., kterou se mění Vyhláška MZČR č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, vyhláška č. 401/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 424/2004 Sb. tato vyhláška stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, nařízení vlády 463/2004 Sb. který stanovuje obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí a vyhláška MZ ČR 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (28, 34, 40, 10, 54 , 49).

Současné právní předpisy České republiky tak nejen upravují obsah studia, systém celoživotního vzdělávání, ale i kompetence sester s ohledem na nový obsah studia. „Přijaté změny odpovídají vývoji a postavení oboru ošetrovatelství ve vyspělých zemích“(28, 40, s. 18).

1.1.2.1 Celoživotní vzdělávání sester

Z právních předpisů vyplývá, že je sestra povinná udržovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků. Musí se sebevzdělávat a zdokonalovat nepřetržitě po celou dobu, kdy vykonává své povolání. Pro sestru ukončení vzdělávání ve škole rozhodně neznamena konec studia, spíše jeho začátek. Cílem tohoto systému je nejen ochrana veřejnosti před personálem s nízkými znalostmi a dovednostmi, ale i usnadnění pohybu pracovních sil v rámci Evropské unie (42, 40, 43).

Za celoživotní vzdělávání se v dnešní době považuje dlouhodobý proces od počátku přípravy na povolání, který zahrnuje vzdělávání na vyšších a častěji vysokých školách, dále vzdělávání specializační a poslední etapou tohoto procesu je kontinuální vzdělávání.

Celoživotní vzdělávání je tedy nikdy nekončící proces a skládá se ze několika fází. Poslední fází je už samotný výkon povolání. Tato fáze je nejdelší, trvá asi 30-40 let a je tou, která má umožnit již jednou získané znalosti a dovednosti si udržet po celou dobu výkonu povolání. Stále častěji se ale ukazuje, že nejde jen o upevnění již získaných znalostí, ale o celkový profesionální rozvoj zdravotníků, který zahrnuje nejen rozvoj komunikačních, organizačních a řídicích schopností, ale i rozvoj jejich osobnosti (30).

K formám celoživotního vzdělávání navazujícího na získanou odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání patří studium navazujících vysokoškolských studijních programů, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, účast na školicích akcích, seminářích, konferencích a odborných symposiích. Dále do celoživotního vzdělávání patří i publikační, vědeckovýzkumná nebo i pedagogická činnost. A aby mohla být každá z těchto uvedených forem celoživotního vzdělávání sestrou evidována a použita k obnovení získání osvědčení ke způsobilosti k výkonu povolání, musí mít přidělené kredity prostřednictvím kreditní komise při České asociaci sester. Protože nejenže celoživotní vzdělávání přispívá ke kvalitnější práci, ale také pomáhá rozšířit obzor a umožnit vstup do odborných diskusí. Ovšem nelze za něj považovat jen občasnou návštěvu povinného semináře, měl by to být trvalý aktivní zájem o nové poznatky ve vlastní profesi, zaměřený na aktivní vyhledávání a testováním nových poznatků v praxi (36, 47, 8, 40).

1.2 Kompetence všeobecné sestry

Sestry tvoří největší skupinu pracovníků ve zdravotnictví nejen u nás ale i na celém světě a jako takové jsou hlavní a nenahraditelnou silou ve zdravotní péči. Proto je nutné, aby směly v dynamicky se rozvíjejícím se zdravotnictví dělat maximum pro podporu zdraví a péči o nemocné. Sestra se stále více stává rovnocennou partnerkou ostatních členů zdravotnického týmu, která je schopna samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se pak samozřejmě i obsah její práce a profese sestry se tak stává samostatnější. Vyspělé zdravotnictví je charakterizováno právě tímto pojetím sesterské práce. Dnes se při dobrém ošetřování nevystačí jen se zručností. Zručná sestra je dobrá sestra, ale jen částečně (1, 44).

Kompetence znamená „úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudku.“ a souvisí s regulací profese, kvalitou, vzděláním a poskytováním péče dle standardů. Mastiliaková definuje kompetence jako dovednosti, znalosti a postoje, které umožňují určité osobě samostatně vykonávat svoji činnost, nepřetržitě se odborně vzdělávat a rychle se přizpůsobit měnícím se podmínkám. „V ošetrovatelství představuje potřebnou kvalifikaci pro výkon povolání sestry“ (1, 27, s. 43).

V České republice jsou kompetence všeobecné sestry dány vyhláškou 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (53).

Podle vyhlášky je sestra s osvědčením k výkonu povolání kompetentní k vykonávání činnosti *bez odborného dohledu* a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Základní a specializovanou ošetrovatelskou péči zajišťuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu (53).

Za výkon povolání v této oblasti se považuje výkon činností, ke kterým je sestra způsobilá na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta, provádí je bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a získala k jejich provádění osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (54, 49).

Ke každodenní náplni práce sestry patří posuzování, hodnocení a zaznamenávání celkového stavu pacienta. Tyto činnosti vykonává prostřednictvím ošetrovatelského procesu, na jehož základě plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči o pacienta.

Dle získaných informací vyhodnocuje pacientovy potřeby a z výsledků Bartelova testu získává přehled o úrovni jeho soběstačnosti. Za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi neustále sleduje projevy jeho onemocnění a možné rizikové faktory či vznik možných komplikací. Sestra zná fyziologické i patologické hodnoty fyziologických funkcí pacienta jako je dech, puls, tělesná teplota, krevní tlak, křivka elektrokardiogramu, a tyto funkce i další tělesné parametry pacienta sleduje a orientačně hodnotí. K získání dalších výsledků zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a z kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky) (53).

Protože dýchání patří mezi základní biologické potřeby a je základem lidské existence, musí mít sestra poznatky z anatomie i fyziologie dýchání a znát všechny faktory, které tento děj ovlivňují.

Při péči o dýchací cesty vhodnými intervencemi podporuje expektoraci, odsává sekrety z horních cest dýchacích a zajišťuje tak jejich průchodnost. Ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí dechová cvičení a polohování. Tyto metody také napomáhají uvolnění dýchacích cest a zvýšení efektivity dýchání. Dbá na prevenci vzniku pneumonií a atelaktáz. Vždy zajistí, aby byl pokoj vyvětrán a nebyl přetopen.

Při zavedení kyslíkové terapie dbá na správnou aplikaci pomocí jednotlivých aplikátorů. Kyslík je přiváděn ve vhodném množství, je ohřátý, zvlhčený. Sestra kontroluje stav pacienta a saturaci kyslíku (50, 53).

V rámci provádění hygieny si všímá stavu kůže. Vždy dbá na zachování její celistvosti, dobrém prokrvení. Dle stupnice Nortonové vyhodnotí riziko vzniku dekubitů. Při ošetřování kůže hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, možné dekubity a akutní či chronické rány. Pracuje vždy asepticky, sleduje možné místní i celkové známky infekce. Dbá na to, aby se rána hojila per prímam.

Pěčuje o centrální a periferní žilní vstupy. Dbá na jejich včasnou výměnu, sterilní krytí a převazy. Sleduje možné známky infekce, nejen místní ale i celkové.

Při vykonávání svého povolání se sestra setkává s pacienty, kteří mají lékařem vytvořený umělý vývod, stomii. Proto musí znát potřebné pomůcky, péči a ošetřování jednotlivých druhů stomií. Edukuje pacienty o jednotlivých druzích stomických pomůcek, vhodném oděvu, správné výživě... Informuje je také o možnosti návštěvy klubů stomiků (53).

Ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem se podílí na rehabilitačním ošetřování, zejména na polohování, posazování, dechových cvičení a metodách bazální stimulace. Tyto činnosti jsou zaměřené na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence imobilizačního syndromu. Sestra také provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti, sebevědomí pacienta a urychlením jeho návratu do domácího prostředí.

V rámci edukace zajišťuje edukační proces nejen pro pacienty, ale zaměřuje se také na jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály.

Je-li potřeba, orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovává pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních (53).

Pacient může být k přijetí do nemocnice doporučen z důvodu diagnostického, terapeutického nebo sociálního. Při přijetí na oddělení je to sestra, kdo se pacienta ujme. Představí se mu, odvede ho na pokoj, seznámí ho s ostatními pacienty a domácím řádem oddělení. Také mu sdělí, kdo bude jeho ošetřujícím lékařem. Změří mu fyziologické funkce a odebere sesterskou anamnézu. Dále na základě zvyklostí oddělení objedná stravu dle diety pacienta a uspořádá ošetrovatelskou dokumentaci. Je-li pacient v kritickém stavu či má bolesti, je na prvním místě stabilizace stavu pacienta a poté administrativní činnosti. Někdy je nutné pacienta přeložit na jinou ošetrovací jednotku, oddělení či dokonce do jiného zdravotnického zařízení. Poté co lékař pacienta informuje, připraví sestra pacienta na přeložení a sepíše ošetrovatelskou překladovou zprávu. Při propuštění nemocného ze zdravotnického zařízení se sestra s pacientem rozloučí a je-li třeba zajistí mu odvoz sanitou. Ukončí dokumentaci a odepíše ho ze stavu nemocných (37, 53).

Sestra po absolvování kvalifikačního studia v praxi aplikuje teoretické vědomosti v péči o pacienta v terminálním stádiu. Zná fáze smíření se s nemocí dle Kubler – Rossové a plně rozumí pacientovým potřebám, které kvalitně uspokojuje. Při péči o umírajícího pacienta je mu psychickou podporou a nezapomíná ani na jeho blízké. Po stanovení smrti pacienta lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta.

Pracuje-li na dětském oddělení, musí kromě běžné ošetrovatelské péče o děti prostřednictvím ošetrovatelského procesu zajistit také jejich herní aktivity na oddělení.

Kromě ošetrovatelské péče o pacienta musí sestra na oddělení zajistit přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek a dohlíží na manipulaci s nimi. Dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Dohlíží také na přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických pomůcek a prádla, na manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a nezapomíná ani na jejich dostatečnou zásobu (53).

„Sestra, která pracuje *bez odborného dohledu na základě indikace* lékaře, se podílí na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich“ (53, § 4).

Dále provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické.

Podává léčivé přípravky od per os příjmu až po nitrožilní aplikaci (i.v. aplikace) s výjimkou radiofarmak. U novorozenců a dětí do 3 let nepodává léky ani neaplikuje infuzní terapii i.v aplikací.

Při dýchacích obtížích u pacienta kromě zavedení a udržení kyslíkové terapie provádí také výměnu a ošetření tracheostomické kanyly.

Ošetřuje akutní a operační rány, včetně ošetření drénů.

Provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře (53).

Zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií.

U pacientů při vědomí starších 10 let zajišťuje výplach žaludku (53).
Pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty, spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji (53).

„Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče“ (53, § 4).

Za výkon povolání *pod odborným dohledem* se považuje výkon činností, ke kterým je sestra způsobilá nebo ke kterým způsobilost získává, při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. Odborný dohled může vykonávat také lékař, zubní lékař nebo farmaceut v rozsahu své způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (54, 49).

Sestra provádí zejména výkony podle odstavce 1 písmena B až I.(viz příloha 1) Bez dohledu způsobilého zdravotníka může samostatně sledovat projevy onemocnění či vznik možných rizikových faktorů. Ale samostatně nemůže vyhodnocovat potřeby pacientů a pomocí testů soběstačnosti nehodnotí jejich soběstačnost (53).

Samostatně nesestavuje edukační program a nepřipravuje informační materiál pro pacienty ani jiné osoby.

V rámci chodu oddělení sama nezajišťuje příjem, překlad ani propouštění pacienta.

Všimne-li si v rámci péče o pacienta jeho špatné sociální situace, informuje vždy způsobilou sestru či jiného zdravotníka se způsobilostí k výkonu povolání. Sama nehodnotí sociální situaci pacienta či potřebnost spolupráce se sociálním nebo zdravotně-sociálním pracovníkem.

V péči o pacienta v terminálním stádiu pod dohledem způsobilého zdravotníka uspokojuje potřeby umírajícího, je mu i jeho rodině psychickou podporou. Po úmrtí pacienta pečuje o jeho tělo a vykonává činnosti s tím spojené.

Bez odborného dohledu na oddělení nezajišťuje příjem, kontrolu, uložení ani manipulaci s léčivými přípravky a nezajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Taktéž je to

s příjmem, kontrolou a uložením zdravotnických prostředků a prádla, s jejich manipulací, dezinfekcí a sterilizací a jejich dostatečnou zásobou (53).

1.2.1 Sestra specialista

Všeobecná sestra uvedená v zákoně č. 96/2004 Sb. § 49 až 59 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření.

„Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Sleduje a vyhodnocuje stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení. Koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace a hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Provádí ošetrovatelský výzkum, zejména identifikuje oblasti výzkumné činnosti, realizuje výzkumnou činnost a vytváří podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru. Připravuje standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti a vede specializační vzdělávání v oboru své specializace“ (53, § 49).

Na základě indikace lékaře provádí přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy. Doprovází je a asistuje během výkonů, sleduje je a ošetřuje je po výkonu.

Edukuje nejen pacienty, ale případně i jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech (53).

1.2.2 Prestiž povolání sestry

Pod pojmem prestiž rozumíme váženost, jíž se člověk, skupina nebo profese ve společnosti těší. Prestiž bývá často také spojována s pojmem sociální status, ale často bývá spíše chápána jako jeho parametr. Od prestiže musíme také oddělit pojem úcta, která bývá vztahována k jedné osobě, kdežto prestiž se vztahuje k určité pozici. Pokud tedy hodnotíme prestiž povolání, hodnotíme tak prestiž dané pozice (2).

Obecně lze říci, že je práce sester oceněna, až když člověk onemocní a je donucen vyhledat pomoc ve zdravotnickém zařízení. Zde se pak stává na péči sestry závislý a dostává se do situace, kdy si většinou začíná uvědomovat, že to není povolání ale spíše poslání. Však je to právě sestra, kdo se na něj ráno jako první usměje, je to ona kdo o něj celý den pečuje, kdo mu dá napít, otočí ho na druhý bok, pohladí, vyslechne jeho obavy, tlumočí jeho přání, obhajuje jeho práva, povzbuzuje ho a představuje pro něj pevný opěrný bod v cizím prostředí (31).

Na to ale zřejmě většina lidí po uzdravení zapomene. Jak jinak si vysvětlit skutečnost, že povolání sestry nebylo v posledních letech zahrnuto do průzkumu oblíbenosti různých povolání, že lidé raději volí učitele, poslance nebo třeba uklízečku. Nikdo už pravděpodobně nevidí, že je to také pouze člověk, který si mnohdy musí poradit bez lékaře, uklízečky, sanitárky, zvládnout agresivního pacienta a přitom nezanedbat a stihnout ještě svojí práci a být přitom milý a příjemný. Nikoho dále nezajímá, že je sestra na oddělení málo, že má každá své problémy, a přesto dokáže pohladit na srdci úsměvem i slovem.

Veřejnost má stále v mysli obrázek sestry jako podřadné pomocnice lékaře, která jen plní ordinace a často se ptá, na co sestra vlastně potřebuje vysokoškolské vzdělání. Je to dáno tím, že média většinou ukazují sestru pouze v negativních situacích anebo v seriálech, kde je její role zcela odlišná od reality. Pod vlivem tohoto obrazu se není čemu divit, že si veřejnost nevšimla vývoje v povolání sester, že je nevidí jako samostatně myslící a pracující bytosti se vzděláním na takové úrovni, že jsou již partnerem lékaře a ostatních pomáhajících profesí a ne jejich pokorné služebnice jako v dobách dávno minulých (9, 47, 31).

1.3 Lékař

Lékař je osoba, která má oprávnění k léčení na základě odborného vzdělání. Jeho činnost je funkcionálně zaměřená na ochranu, upevňování zdraví, diagnostiku a léčení nemocí a v neposlední řadě také na záchranu ohroženého života. Úkolem lékařské profese je definovat nemoc, což znamená ji vyhledat, stanovit a určit, co je zapotřebí

k jejímu vyléčení. K tomu musí mít lékař znalosti, schopnosti a zkušenosti, které mu umožní vykonávat jeho povolání (23).

1.3.1 Vývoj lékařského povolání

První známky léčitelství a později lékařství nacházíme v pravěku, kde nemoc byla považována za konflikt mezi dobrými a zlými duchy a ty zlé bylo potřeba z těla vyhnat pomocí masek, grimas, nebo tance. Prvním lékařem byl léčitel nebo také šaman či medicinman a musel být nadán neobvyklou silou nebo moudrostí (41).

Ve Starověku se staří Egypťané zabývali medicínou a i nadále vycházeli z magična. Lékaři byli zároveň i kněžími a přes neobyčejnou vyspělost, pokroky v matematice a astronomii neoddělovali v medicíně posvátné od sekulárního, avšak již rozpoznali nemoci. „Řekové vycházeli z léčitelství egyptského, babylonského a krétského (41, s. 20). První vědecké přístupy pocházejí v této době od Thalety milétského. Nejvýznamnějším lékařem byl však Hippokrates. „Jeho škola již vycházela z představ o patologii vzniku nemocí, podávala návody na přístup k nemocnému a stanovila etická pravidla pro lékaře, dosud známá jako Hippokratova přísaha“ (41, s. 20). Touto přísahou se lékaři řídí i v dnešní době. K dalším řeckým myslitelům patřil Aristoteles, Menon, který sepsal první historii medicíny. Medicína ve starověkém Římě navázala na medicínu řeckou. Zde také poprvé se stalo povolání lékaře váženým a lékaři byli zbaveni daní. K nejvýznamnějším římským lékařům patřil Clarissimus Galenos. Vyučoval anatomii a fyziologii a naučil se rozeznat několik typů horečky. Zároveň se do hloubky zabýval také dietetikou a fyzioterapií. Poznatky zakládal na logice a metodologii a vypracoval první ucelenou lékařskou nauku (41, 39).

Ve středověku se rozmáhá vznik vysokých lékařských škol, kde se vyučuje podle Galéna, Hippokrata, Avizenny (41).

„Na počátku renesance se prohloubila skepse ke středověkým doktrínám a započalo nové hledání pravdy, ožilo bádání“ (41, s. 30). Latinské a arabské překlady starých autorů byly zpochybňovány a vědění se opíralo o Galéna. Hlavním přelomovým dílem této doby byl spis „Sedm knih o sestrojení lidského těla“ od Andrease Vesalia. Tento vlámský lékař navázal na antické základy, odhaloval však i jejich omyly a sám

prosazoval přezkoumání správnosti nabytého vědění. Český renesanční lékař Jan Černý vydal v roce 1506 „Spis o nemocech morních“ a později pak ještě První český tištěný herbář „Kniha lékařská, která slove herbář aneb zelinář, velmi užitečná a z mnohých knih latinských a z mnohých užitečných prací vybrána“.

V 15. století byl vývoj lékařské fakulty přerušen husitskou revolucí, lékařství se tedy studovalo v Itálii či Německu (41).

Osvícenství označuje období vzniku nového názoru na vědění a společnost. Klade důraz na rozum a osvětu. Klíčovým dílem této doby je kniha „De homine“ z roku 1662, kterou sepsal René Descartes. Vysvětloval činnost lidského těla rozvodem tepla a živin krví. Sice byl krevní oběh popsán již v roce 1628 W. Harveyem, ale teprve za Descarta je tomu věnována pozornost a vzniká nový směr, iatromechanika, který převádí všechny děje v lidském těle na fyzikálně-mechanické zákony. Jedinou výjimkou byla lidská duše, která sídlila v šišince. Rozvívěla se také iatrochemie a chemiatrie jako léčebný koncept (41).

Moderna vychází z objevů krevního oběhu a mikroskopu. Tyto objevy otevřely cestu k poznání buněk, tkání i mikrobů. I přes odpor církví se začíná systematicky pitvat a rozpoznávat tak makroskopické i mikroskopické vlastnosti zdravých i nemocných tkání. K rozvoji buněčné teorie přispěl J.E. Purkyně, který dostal profesorské místo ve Vratislavě, kde zakládá v roce 1839 první fyziologický ústav. Další pak vznikl v roce 1851 v Praze. Purkyně se také zasloužil o poznání smyslů. Doposud se po něm jmenují některé buňky v mozku, nervová vlákna v srdci i některé smyslové jevy (41).

V 19. a 20. století nejvíce ovlivnil tvář medicíny rozvoj moderní vědy a hlavně moderní přírodovědy. Ve 20. století se tak medicína přeměnila do medicíny založené na důkazech (evidence-base medicíně). Lidé si více všímají problému spojených se zdravím, uvědomují si, jaký dopad na ně měly obě světové války, holocaust, občanské války. Hledají příčiny a snaží se zabránit tomu, aby se to neopakovalo. Je založeno mnoho zdravotnických organizací či nadací na pomoc nemocným a chudým nejen ve třetím světě (29, 41).

A přestože bylo pomocí objevů z minulých století (Koch, Pasteur) vymíceno nebo skoro vymíceno několik závažných nemocí, dnešní svět se potýká s novými či

zmutovanými typy nemocí, na které je potřeba najít lék a zabránit tak ohrožení zdraví lidstva (41).

1.3.2 Vzdělání lékařů

Vzdělání lékařů v České republice vymezuje zákon 95/2004 Sb. o vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

Podle tohoto zákona lékař získává odbornou způsobilost k výkonu svého povolání absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství.

Po získání odborné způsobilosti může vykonávat preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a dispenzární péči pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru. Činnosti stanovené prováděcím právním předpisem, který vydalo ministerstvo, popřípadě pověřená organizace, může lékař s odbornou způsobilostí na základě certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru vykonávat bez odborného dohledu.

Za výkon povolání lékaře se považuje také metodická, koncepční, výzkumná a vzdělávací činnost v oblasti zdravotnictví.

Specializovanou způsobilost získává lékař úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou. Na jejíž základě vydá ministerstvo zdravotnictví lékaři diplom o specializaci v příslušném oboru. Součástí specializačního vzdělávání je absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru a obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů stanovuje vyhláška 233/2008 Sb. platná od 1.7.2008 (33).

Stejně jako sestra i lékař se musí celoživotně vzdělávat ve své profesi a získávat kredity. Celoživotní vzdělávání lékařů slouží k prohlubování odborné způsobilosti lékaře pro výkon povolání v léčebné a preventivní péči.

Lékaři se celoživotně vzdělávají na vzdělávacích akcích pořádaných Českou lékařskou komorou (ČLK), vzdělávacích akcích pořádaných dalšími subjekty sdruženými v asociaci nebo subjekty provádějícími celoživotní vzdělávání dle zákona č. 95/2004 Sb. Také mohou absolvovat klinické stáže a klinické dny. K dalším metodám celoživotního

vzdělávání patří publikační a přednášková činnost, studium odborné literatury a elektronické formy vzdělávání.

Získání diplomu celoživotního vzdělávání lékařů dle stavovského předpisu ČLK je podmínkou vydání licence pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře.

Ve zdravotnickém zařízení (46).

1.4 Kompetence lékaře

Stavovskou povinností dle ČLK lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince (11).

„Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře“ (11, § 1).

„Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a ty dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva“ (11, § 1).

„Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný“ (11, § 1).

„Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře“ (11, § 1).

Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy, a které jsou pro nemocného nejvhodnější. Přitom je povinen co nejvíce respektovat vůli pacienta či jeho zákonného zástupce.

Každý lékař je povinen při ohrožení života a bezprostředního ohrožení zdraví poskytnout neodkladnou lékařskou pomoc.

Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při přírodních či jiných katastrofách.

„Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi

ním a pacientem. Je však povinen doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby“ (11, § 2).

„Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí“ (11, § 2).

„Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům“ (11, § 2).

„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné“ (11, § 2).

„U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům“ (11, § 2).

„Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven, nebo když je to stanoveno zákonem“ (11, § 2).

„Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat“ (11, § 2).

Lékař je povinen při výkonu svého povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutné zabezpečit přiměřenou ochranu znemožňující změnu, zničení nebo zneužití (11).

„Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe“ (11, § 2).

Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými lékaři ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody (11).

„Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta“ (11, § 2).

„Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch“ (11, § 2).

„Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob“ (11, § 2).

„Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje“ (11, § 2).

„Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí“ (11, § 2).

1.4.1 Lékař a nemocný

Pro oblast, která se týká vztahu lékaře a pacienta jsou stavovskými povinnostmi dle ČLK tyto činnosti.

„Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje“ (11, § 3).

„Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného“ (11, § 3).

„Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví“ (11, § 3).

„Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat“ (11, § 3).

„Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké“ (11, § 3).

„Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem“ (11, § 3).

1.4.2 Prestiž lékaře

Povolání lékaře bylo od pradávna vnímáno jako velice vážené a nejinak je tomu i v dnešní době. Jak ukazuje červnový průzkum Centra pro výzkum veřejného mínění, který byl zaměřen na zjištění prestiže jednotlivých povolání, je profese lékaře již po několik let ohodnocena nejvyšším počtem bodů. Za ním následuje povolání vědce a vysokoškolského učitele.

Jedním z důvodů, proč je toto povolání u většiny lidí umístěno na prvním místě může být to, že lidé si lékařů velmi váží a toto povolání považují spíše za poslání a ne za pouhý způsob obživy. Vždyť do rukou lékaře vkládají všechnu svoji důvěru a svěřují mu do rukou zdraví a život. Dříve byl vztah lékaře a pacienta založen na nadřazenosti lékaře a pacient neměl možnost vyjadřovat se k léčbě. V dnešní moderní medicíně tento paternalistický vztah vystřídal vztah partnerský, kdy lékař je vedoucí týmu a aktivně zapojuje pacienta do léčby respektuje jeho pocity a názory. Tyto proměny vztahu tak umožňují navázat užší vztah mezi lékařem a pacientem a plnohodnotnější spolupráci. To si lidé uvědomují a proto je pro ně povolání lékaře stále nejprestižnější (48, 23).

1.5 Vztah sestra lékař

Tradiční vztah lékař - sestra se v souvislosti s vývojem ošetrovatelství postupně měnil. V současné době se vyvíjejí nové podmínky pro práci sestry, která je samostatná a podložena jejím vzděláním. Proto je také nutné, aby i tradiční názory lékařů na sestry prošly změnou a přizpůsobily se novému trendu ošetrovatelství (5).

Názory lékařů na sestru můžeme rozdělit do dvou kategorií. Někteří už sestru vnímají jako plnohodnotného spolupracovníka a berou její názor na vědomí, neboť právě sestra je ten důležitý prostředník mezi pacientem a lékařem, bez kterého by práce na oddělení nebyla možná a jako člověka, který je v neustálém kontaktu s pacienty. Ví o nich všechno a lékař tak může čerpat z jejích poznatků. K čemu by byla léčba, kdyby pacient nebyl čistý, najedený a spokojený. K čemu budou léky, když pacient bude trpět žízní. Sestra je nepostradatelný a nenahraditelný člen oddělení. Druhý názor lékařů je takový, že ošetrovatelství je jen pomocná část v péči o pacienta a sestru vnímají podřízenou pomocnici, která se svými znalostmi nemůže lékaři konkurovat a měla by

plně respektovat jejich ordinace. Lékaři si často neuvědomují, že sestra k výkonu své práce nepotřebuje znalosti lékaře, ale přesto má takové vzdělání a znalosti, které jí v jejím oboru umožní vykonávat svou práci jako plnohodnotnému profesionálovi.

Důvodem může být i to, že profesionální ošetrovatelství jako věda má kratší historii než lékařství a má také nižší společenský statut (24, 40).

1.5.1 Kompetence jako základ spolupráce

Byly doby, kdy byla sestra jen jakýmsi prostým vykonavatelem předepsané ordinace a kdy se ve vztahu lékařů a sester přísně odlišovala profesní hierarchie. S nástupem nové politické kultury se pak začaly otevírat i dveře vedoucí k emancipaci ošetrovatelství a leckde viditelně mizely zdi bránící větší vzájemné kolegialitě mezi zdravotníky rozličného zařazení. Ošetrovatelská problematika se více a více dostávala do popředí zájmu všech a stala se nedílnou a plnohodnotnou součástí moderní péče o pacienta. A aby mohla být péče o pacienta co nejkvalitnější a spolupráce zdravotnického týmu co nejužší, je zapotřebí přesně vymezit, co která skupina pracovníků bude dělat (52).

Z dostupných zákonů, jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, známe kompetence obou povolání. Lékaři nejsou s kompetencemi sester průběžně seznamováni, a proto dochází k častým nedorozuměním. Pod tlakem stresu a pracovní zátěže může docházet k předávání kompetencí sestrám, a to hlavně v případě, že jde o sestry zkušené a s delší praxí. Nebo se naopak lékaři s nedostatečnými znalostmi změn v ošetrovatelství či v kompetencích vymezených zákonem staví k vysokoškolskému vzdělávání sester odtažitě až s despektem.

Proto by mělo být povinností každé sestry znát nejen své kompetence ale, také náplň své práce. Protože pouze tak může lékaři lépe vysvětlit svá práva a povinnosti i to, že jedná především v zájmu pacienta. A pokud bude sestra lékařem pověřena vykonat úkon nad rámec jejích povinností, měla by vyžadovat kvalifikované zaškolení nebo by měla tento úkon odmítnout vykonat.

Mělo by být vnitřní povinností sestry, že se bude chtít vzdělávat sama ze své vůle a ne pod nátlakem systému a zákonů. Pouze tak se může zdokonalovat nejen

po profesní stránce, ale také např. v komunikaci, a nebude se bát oponovat lékařům, snáze získá argumenty pro obhajobu a bude si uvědomovat, že praxe je založená na důkazech - Evidence base nursing.

Sestry si musejí být jisté samy sebou, svým postavením. Pouze tak dosáhnou samostatnosti oboru.

Nejde jen o to mít kompetence napsané, ale také o to je požadovat, vyjadřovat a obhajovat. Otázkou je, zda lékaři jsou s novými kompetencemi sester seznámeni a jaký k nim mají vztah a názor na ně. Touto otázkou i jinými otázkami se zabývá empirická část práce.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda mají lékaři povědomí o existenci a o obsahu vyhlášky 424/2004 Sb.
2. Zjistit názor lékařů na uvedené kompetence.
3. Zjistit názor lékařů na uplatnění vyhlášky v praxi.

2.2 Hypotézy

H1: Lékaři vědí o existenci vyhlášky 424/2004 Sb.

H2: Lékaři nejsou seznámeni s významem kvalifikačního studia, které je podepřeno získáním kompetencí určených ve vyhlášce 424/2004 Sb.

H3: Činnosti, které požadují lékaři po sestrách, přesahují jejich kompetence určené vyhláškou 424/2004 Sb.

H4: Činnosti, určené lékařem přesahující kompetence sester, neumožňují sestráм poskytovat ošetrovatelskou péči zaměřenou na saturaci a uspokojování potřeb pacienta.

H5: Lékaři nepocítují potřebu ke změně kompetencí sester.

3. Metodika

3.1. Metodika práce

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumného šetření. Pro sběr dat byla použita výzkumná technika dotazníkového šetření s náhodným výběrem respondentů. Dotazníky byly vytvořeny pouze pro účely tohoto výzkumného šetření. Dotazníky byly anonymní a respondenti měli dostatek času na jejich vyplnění. Bylo rozdáno 250 dotazníků pro lékaře/ře a 250 dotazníků pro sestry pracující v nemocničním zařízení. Dotazník pro lékaře/ře (příloha 2) obsahoval 22 otázek a dotazník pro sestry (příloha 3) měl 19 otázek. Otázky v obou dotaznících byly uzavřené, polootevřené i otevřené. V dotazníku pro sestry bylo použito škály se stupnicí od 0 do 10. Tímto se zjišťoval názor lékařek/řů na kompetence sester. Číslo nula vyjadřovalo, že kompetence jsou nedostačující a číslo deset vyjadřovalo, že jsou vynikající. Druhou škálou se zjišťoval názor lékařek/řů na vhodnost kompetencí v péči o pacienta. Zde číslo nula vyjadřovalo, že jsou pro péči o pacienta nevhodné a číslo deset vyjadřovalo, že kompetence sester jsou maximálně vhodné pro péči o pacienta.

Otázky v dotazníků pro lékaře/ře byly identifikační a dále zaměřené na znalost a obsah vyhlášky 424/2004 Sb., znalost kompetencí sester dle zákona. Dále pak na vnímání profese sestry, pověřování sester kompetencemi nad rámec jejich profese a na zjištění postoje lékařů ke kompetencím sester.

Dotazníky pro sestry byly zaměřené také na identifikační údaje, dále pak na to, jak si myslí, že lékaři/ři znají zaměření a obsah vyhlášky 424/2004 Sb., na postoj lékařů ke kompetencím sester. Dále bylo tímto dotazníkem zjišťováno, jestli lékaři/ři přenášejí své kompetence na sestry a to jak jejich případné přenášení sestry vnímají.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily náhodně vybrané sestry, lékařky a lékaři z nemocnic v Českých Budějovicích, v Jindřichově Hradci, v Českém Krumlově, ve Strakoniciích, v Táboře, v Plzni, v Praze, v Benešově a v Ústí nad Labem. První výzkumný soubor tvořilo 66 (100 %) lékařek a lékařů. Druhý výzkumný soubor tvořilo 190 (100 %) sester pracujících v nemocničních zařízeních.

Výzkum probíhal v měsících únor až květen roku 2009. Dotazníky byly rozdány nebo poslány poštou či on line cestou do nemocnice v Českých Budějovicích, v Jindřichově Hradci, v Českém Krumlově, ve Strakoniciích, v Táboře, v Plzni, v Praze, v Benešově a v Ústí nad Labem.

Návratnost dotazníků určených pro lékařky/ře byla 27%, z 250 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 68 vyplněných. 2 dotazníky byly pro neúplnost vyřazeny.

Z 250 dotazníků pro sestry se jich vrátilo 193 vyplněných, návratnost byla tedy 77%. Pro neúplnost vyplnění byly vyřazeny 3 dotazníky.

3.3 Statistická analýza

K vyhodnocení dotazníkového šetření analýzou a syntézou dat byl použit program SPSS 13.0 a 16.0 a Microsoft Office Excel. Výsledky jsou zobrazeny v datových tabulkách programu SPSS a v grafech programu Microsoft Office Excel

Pro kalkulace byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. Pro zhodnocení četnosti bylo použito početní zastoupení (Frequency), absolutní procentní zastoupení ze 100 % respondentů (Percent), validní procentní zastoupení, ze kterého byli vyřazeni respondenti, kteří neodpovídali na danou otázku (Valid percent) a kumulativní procentní četnost (Cumulative percent).

Data byla zaokrouhlena na jedno desetinné místo kvůli relativně malému výzkumnému vzorku.

4. Výsledky

4.1 Výsledky výzkumného souboru lékařek/řů

Tabulka 1 Věk lékařek/řů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-30 let	21	31,8	31,8	31,8
	31-40 let	23	34,8	34,8	66,7
	41-50 let	11	16,7	16,7	83,3
	51-60 let	11	16,7	16,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Výzkumný soubor 66 respondentů (100 %) tvořilo 21 (31,8 %) lékařek/řů ve věku 25 – 30 let, 23 (34,8 %) lékařek/řů ve věku 31-40 let a 11 (16,7 %) lékařek/řů ve věku 41-50 let a 51-60 let. Ve věku 61 a více let neodpovídal žádný respondent.

Tabulka 2 Pohlaví

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muž	28	42,4	42,4	42,4
	Žena	38	57,6	57,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Z 66 respondentů bylo 38 (57,6 %) žen a 28 (42,4 %) mužů.

Tabulka 3 Počet let praxe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	do 5 let	25	37,9	37,9	37,9
	do 10 let	11	16,7	16,7	54,5
	do 20 let	18	27,3	27,3	81,8
	Do 30 let	9	13,6	13,6	95,5
	31 a více let	3	4,5	4,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

25 (37,9 %) respondentů vykonává povolání lékařky/ře do 5 let, 11 (16,7 %) respondentů do 10 let, do 20 let odpovědělo 18 (27,3 %), do 30 let 9 (13,6 %) a nad 31 let pracují 3 (4,5 %) respondenti.

Tabulka 4 Medicínské zaměření

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Interní obor	31	47,0	47,0	47,0
	Chirurgický obor	17	25,8	25,8	72,7
	Pediatric	8	12,1	12,1	84,8
	Intenzivní medicína	10	15,1	15,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Z 66 respondentů jich 31 (47 %) pracuje v interním oboru, 17 (25,8 %) v chirurgickém oboru, 8 (12,1 %) v pediatrii a 10 (15,1 %) respondentů pracuje v intenzivní medicíně.

Tabulka 5 Druh pracoviště

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Standardní – interna	23	34,8	34,8	34,8
	Standardní – chirurgie	5	7,6	7,6	42,4
	Dětské oddělení	5	7,6	7,6	50,0
	JIP/ARO	10	15,2	15,2	65,2
	Ambulance	13	19,6	19,6	84,6
	Operační sál	10	15,2	15,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Nejvíce respondentů, tedy 23 (34,8 %) pracuje na oddělení standardní interny, 5 (7,6 %) respondentů pracuje na chirurgickém a dětském oddělení, na JIP/ARO a operačním sále pracuje 10 (15,2 %) respondentů a 13 (19,6 %) v ambulantní části.

Tabulka 6 Znalost zaměření vyhlášky 424/2004 Sb.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	30	45,5	45,5	45,5
	Ne	36	54,5	54,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

30 (45,5 %) respondentů je seznámeno se zaměřením vyhlášky 424/2004 Sb. a 36 (54,5 %) respondentů nezná zaměření této vyhlášky.

Tabulka 7 Znalost obsahu vyhlášky 424/2004

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Detailně	4	6,1	6,1	6,1
	Velmi dobře	8	12,1	12,1	18,2
	Rámcově	18	27,3	27,3	45,5
	Velmi málo	7	10,6	10,6	56,1
	Vůbec	29	43,9	43,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Z 66 respondentů jsou s obsahem vyhlášky detailně seznámeni 4 (6,1 %) respondenti, 8 (12,1 %) jich zná obsah vyhlášky velmi dobře a 18 (27,3 %) jen rámcově. 7 (10,6 %) respondentů je s obsahem vyhlášky seznámeno velmi málo a 29 (43,9 %) respondentů vůbec.

Tabulka 8 Využití vyhlášky v praxi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Přínosná	12	18,2	18,2	18,2
	V praxi se nedodrhuje	18	27,3	27,3	46,3
	Není potřeba	7	10,6	10,6	56,7
	Neví	29	43,9	43,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

12 (18,2 %) lékařek/řů si myslí, že vyhláška 424/2004 Sb. je v praxi přínosná, protože přesně vymezuje činnosti sester, 18 (27,3 %) si jich myslí, že je přínosná, ale v praxi se úplně nedodrhuje, 7 (10,6 %) lékařek/řů si myslí, že není v praxi potřeba a 29 (43,9 %) neví, protože nezná její zaměření.

Tabulka 9 Zaznamenání vývoje ošetrovatelství

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	53	80,3	80,3	80,3
	Ne	13	19,7	19,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

53 (80,3 %) respondentů zaznamenalo při své běžné praxi vývoj ošetrovatelské profese a pouze 13 (19,7 %) respondentů tento vývoj nezaznamenalo.

Tabulka 10 Znalost místa pro získávání sesterské kvalifikace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	58	87,9	87,9	87,9
	Ne	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

58 (87,9 %) respondentům je známo, kde sestry mohou získávat kvalifikaci pro svou profesi a 8 (12,1 %) respondentů to neví.

Tabulka 11 Potřeba kvalifikace pro práci sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	64	97,0	97,0	97,0
	Ne	2	3,0	3,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

64 (97 %) respondentů si myslí, že sestry potřebují kvalifikaci pro svou práci a podle 2 (3 %) respondentů sestra pro svou práci kvalifikaci nepotřebuje.

Tabulka 12 Místo pro získávání kvalifikace sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď Ne v otázce č.10	2	3,0	3,0	3,0
	Zdravotnické lyceum	11	16,7	16,7	19,7
	Vyšší odborná škola	36	54,5	54,5	74,2
	Vysoká škola – Bc.	10	15,2	15,2	89,4
	Vysoká škola – Mgr.	7	10,6	10,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Ze 64 respondentů, kteří si myslí, že sestra pro svou práci potřebuje kvalifikaci, jich 11 (16,7 %) pro získávání kvalifikace na zdravotnickém lyceu a 36 (54,5 %) pro vyšší odborné školy. 10 (15,2 %) respondentů si myslí, že by sestra měla mít titul bakaláře a 7 (10,6 %) respondentů si myslí, že by měla mít titul magistra.

Tabulka 13 Znalost rozsahu kompetencí všeobecné sestry dle zákona

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	35	53,0	53,0	53,0
	Ne	31	47,0	47,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

35 (53 %) respondentů zná kompetence všeobecné sestry dle zákona a 31 (47 %) respondentů kompetence všeobecné sestry dle zákona nezná.

Tabulka 14 Vnímání sestry jako rovnocenného partnera

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	41	62,2	62,2	62,2
	Ne	3	4,5	4,5	66,8
	Některé	22	33,3	33,3	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

41 (62,1 %) respondentů vnímá sestry jako rovnocenné partnery v péči o pacienta, 3 (4,5 %) respondenti nevnímají sestru jako rovnocenného partnera a 22 (33,3 %) respondentů vnímá jako rovnocenného pouze zkušené sestry s delší praxí.

Tabulka 15 Konzultace ošetrovatelské péče se sestrami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	63	95,5	95,5	95,5
	Ne	3	4,5	4,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

63 (95,5 %) respondentů konzultuje ošetrovatelskou péči se sestrou a 3 (4,5 %) respondenti ošetrovatelskou péči se sestrou nekonzultují.

Tabulka 16 Zájem o názor sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NE na otázku č. 15	3	4,5	4,5	4,5
	Ano	62	94,0	94,0	98,5
	Ne	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

62 respondentů z 63 respondentů, kteří konzultují ošetrovatelskou péči se sestrou, zajímá názor sestry na ošetrovatelskou péči a 1 respondenta názor sestry na ošetrovatelskou péči nezajímá.

Tabulka 17 Pověření sestry nad rámec jejích kompetencí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	31	47,0	47,0	47,0
	Ne	35	53,0	53,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

31 (47 %) respondentů pověřuje sestry úkoly nad rámec jejich kompetencí, 35 (53 %) respondentů sestrám nesvěřuje úkoly nad rámec jejich kompetencí.

Tabulka 18 Četnost pověřování sester kompetencemi nad rámec

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď Ne na otázku č. 17	35	53,0	53,0	53,0
	Při každé směně	10	15,2	15,2	65,2
	Mám-li hodně práce	3	4,5	4,5	69,7
	Někdy	13	19,7	19,7	89,4
	Málokdy	5	7,6	7,6	97,0
	Jiné	0	0	0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Ze 31 (47 %) respondentů, kteří pověřují sestry úkoly nad rámec jejich kompetencí, jich 10 (15,2 %) pověřuje sestry těmito úkoly každou směnu, 3 (4,5 %) respondenti pouze když mají hodně práce, 13 (19,7 %) někdy a 5 (7,6 %) respondentů málokdy.

Tabulka 19 Předání některých kompetencí sestrám

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	24	36,4	36,4	36,4
	Ne	42	63,6	63,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

24 (36,4 %) respondentů by předalo některé své kompetence sestrám 42 (63,6 %) respondentů by sestrám žádné ze svých kompetencí nepředalo.

Tabulka 20 Kompetence k předání sestrám

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď Ne na otázku č. 19	42	63,6	63,6	63,6
	1	2	3,0	3,0	66,7
	2	13	19,7	19,7	86,4
	3	7	10,6	10,6	97,0
	4	2	3,0	3,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Z 24 (36,4 %) respondentů by 2 (3 %) předali sestře objednávání pacientů na vyšetření či výkon a administrativu, místo 13 (19,7 %) respondentů by sestra hodnotila monitor a aplikovala léky (např. inzulin) dle schématu a 7 respondentů by sestře přenechalo aplikace transfúzí.

Tabulka 21 Výkon nad rámec kompetencí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	19	28,8	28,8	28,8
	Ne	47	71,2	71,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Zkušenosti s výkonem nad rámec kompetencí profese sestry má 19 (28,8 %) respondentů. 47 (71,2 %) respondentů si myslí, že sestra neprovádí kompetence nad rámec její profese.

Tabulka 22 Kompetence nad rámec sesterské profese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď Ne na otázku č. 21	47	71,2	71,2	71,2
	1	3	4,5	4,5	75,8
	2	15	22,8	22,8	98,5
	3	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Z 19 (28,8 %) respondentů, kteří si myslí, že sestra vykonává kompetence nad rámec její profese, 3 (4,5 %) respondenti popisují podávání informací sestrou, 19 (22,8 %) respondentů si myslí, že má mnoho administrativní práce, 1 (1,5 %) výkony sester u záchranné zdravotnické služby.

4.2 Výsledky výzkumného souboru sestry

Tabulka 23 Věk sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	do 30 let	64	33,7	33,7	33,7
	31-40 let	48	25,3	25,3	58,9
	41-50 let	41	21,5	21,5	80,5
	51- 60 let	34	17,9	17,9	98,4
	61 a více let	3	1,6	1,6	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Ze 190 sester jich je 64 (33,7 %) ve věku do 30 let, 48 (25,3 %) ve věku 31-40 let, 41 (21,5 %) ve věku 41-50 let, 34 (17,9 %) mezi 51-60 lety a 3 (1,6 %) sestrám je nad 61 let.

Tabulka 24 Nejvyšší dosažené vzdělání

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Středoškolské	105	55,3	55,3	55,3
	PSS	63	33,2	33,2	88,4
	Vyšší odborné	13	6,8	6,8	95,3
	Vysokoškolské - Bc.	5	2,6	2,6	97,9
	Vysokoškolské - Mgr.	4	2,1	2,1	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Ze 190 dotázaných sester jich má 105 (55,3 %) středoškolské vzdělání, 63 (33,2 %) PSS, 13 (6,8 %) vyšší odborné vzdělání, 5 (2,6 %) sester má titul bakaláře a 4 (2,1 %) sestry jsou magistry.

Tabulka 25 Počet let praxe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Do 5 let	41	21,6	21,6	21,6
	6-10 let	24	12,6	12,6	34,2
	11-15 let	27	14,2	14,2	48,4
	16-20 let	26	13,7	13,7	62,1
	21 a více let	72	37,9	37,9	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

41 (21,6 %) sester má praxi ve zdravotnictví do 5 let, 6-10 let praxe má 24 (12,6 %) sester, 27 (14,2 %) sester má praxi 11-15 let, 26 (13,7 %) 16-20 let a 72 (37,9 %) sester má 21 a více let praxe.

Tabulka 26 Oddělení sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Standardní - interní	39	20,5	20,5	20,5
	Standardní- chirurgické	27	14,2	14,2	34,7
	JIP	57	30,0	30,0	64,7
	ARO	3	1,6	1,6	66,3
	Jiné	64	33,7	33,7	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

39 (20,5 %) sester pracuje na standardním interním oddělení, 27 (14,2 %) sester na standardním chirurgickém, 57 (30 %) na jednotce intenzivní péče, 3 (1,6 %) na ARO a 64 (33,7 %) na jiných odděleních jako je gynekologie, kožní, ortopedie a rehabilitace.

Tabulka 27 Povědomí lékařů o existenci vyhlášky 424/2004 Sb.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	13	6,9	6,9	6,9
	Ne	50	26,5	26,5	33,3
	Nevím	127	66,6	66,6	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

13 (6,8 %) sester si myslí, že lékařky/ři mají povědomí o existenci vyhlášky 424/2004 Sb., 50 (26,5 %) sester říká, že lékařky/ři nemají o existenci vyhlášky povědomí a 127 (66,6 %) sester neví.

Tabulka 28 Povědomí lékařů o obsahu vyhlášky 424/2004 Sb.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	4	2,1	2,1	2,1
	Ne	42	22,1	22,1	24,2
	Nevím	144	75,8	75,8	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

4 (2,1 %) sester si myslí, že lékařky/ři mají povědomí o obsahu vyhlášky 424/2004 Sb.,
 42 (22,1 %) sester říká, že lékařky/ři nemají o obsahu vyhlášky povědomí a
 144 (75,8 %) sester neví.

Tabulka 29 Preference péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Péči sestry zaměřenou na výkon	137	72,1	72,1	72,1
	Péči sestry zaměřenou na pacienta	53	27,9	27,9	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

137 (72,1 %) sester si myslí, že lékařky/ři preferují péči sestry zaměřenou na výkon
 a 53 (27,9 %) sester si myslí, že preferují péči zaměřenou na pacienta.

Tabulka 30 Hodnocení kompetencí sester lékaři

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	1,1	1,1	1,1
	1	2	1,1	1,1	2,1
	2	5	2,6	2,6	4,7
	3	7	3,7	3,7	8,4
	4	18	9,5	9,5	17,9
	5	71	37,4	37,4	55,3
	6	25	13,2	13,2	68,4
	7	23	12,1	12,1	80,5
	8	12	6,3	6,3	86,8
	9	12	6,3	6,3	93,2
	10	13	6,8	6,8	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tato otázka byla zodpovězena pomocí hodnotící škály od nuly do desítky. Kdy nula vyjadřovala hodnocení kompetencí sester v péči o pacienta jako nedostačující a číslo deset vyjadřovalo, že jsou kompetence sestry vynikající v péči o pacienta. 2 (1,1 %) sestry si myslí, že lékařky/ři hodnotí kompetence sester číslem 0, 2 (1,1 %) je hodnotí číslem 1, 5 (2,6 %) sester číslem 2, 7 (3,7 %) si myslí, že jsou podle lékařek/řů hodnoceny číslem 3, 18 (9,5 %) sester je hodnotí číslem 4, podle 71 (37,4 %) sester jsou ohodnoceny číslem 5, podle 25 (13,2 %) sester číslem 6, 23 (12,1 %) sester je hodnotí číslem 7, 12 (6,3 %) sester číslem 8, 12 (6,3 %) si myslí, že je lékařky/ři hodnotí číslem 9 a 13 (6,8 %) sester si myslí, že je lékaři hodnotí jako vynikající, tedy číslem 10.

Tabulka 31 Vhodnost kompetencí pro péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	1,1	1,1	1,1
	2	5	2,6	2,6	3,7
	3	1	,5	,5	4,2
	4	17	8,9	8,9	13,2
	5	74	38,9	38,9	52,1
	6	23	12,1	12,1	64,2
	7	22	11,6	11,6	75,8
	8	18	9,5	9,5	85,3
	9	14	7,4	7,4	92,6
	10	14	7,4	7,4	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tato otázka byla zodpovězena pomocí hodnotící škály od nuly do desítky. Kdy nula vyjadřovala hodnocení kompetencí sester pro péči o pacienta jako nevhodné a číslo deset vyjadřovalo, že jsou kompetence sestry maximálně vhodné pro péči o pacienta. 2 (1,1 %) sestry si myslí, že lékařky/ři hodnotí sesterské kompetence pro péči o pacienta číslem 0, 5 (2,6 %) sester si myslí, že je hodnotí číslem 2, 1 (0,5 %) sestra číslem 3, 17 (8,9 %) sester číslem 4, podle 74 (38,9 %) sester jsou hodnoceny číslem 5, 23 (12,1 %) sester si myslí, že jsou hodnoceny číslem 6, 22 (11,6 %) sester číslem 7, podle 18 (9,5 %) sester jsou hodnoceny číslem 8, 14 (7,4 %) sester je hodnotí číslem 9 a 14 (7,4 %) sester je hodnotí jako maximálně vhodné pro péči o pacienta, tedy číslem 10.

Tabulka 32 Požadavek lékaře na vykonání kompetencí nad rámec zákona

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	128	67,4	67,4	67,4
	Ne	62	32,6	32,6	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Po 128 (67,4 %) sestrách žádaly někdy lékařky/ři výkon nad rámec jejich kompetencí dle zákona a 62 (32,6 %) sester se tím nesetkalo.

Tabulka 33 Odborné úkony nad rámec kompetencí sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď NE na ot. č. 10	62	32,6	32,6	32,6
	1	39	20,5	20,5	53,2
	2	19	10,0	10,0	63,2
	3	33	17,4	17,4	80,5
	4	37	19,5	19,5	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

128 sester bylo někdy pověřeny lékařem úkonem nad rámec jejich kompetencí. 39 (20,5 %) sester bylo pověřeno cévkováním muže, nabíráním arteriálního astrupa či podáním transfúze, 19 (10 %) odstraněním drénů nebo šitím rány, 33 (17,4 %) sester se zabývalo administrativou a dokumentací a 37 (19,5 %) sester objednává pacienty na vyšetření, výkony a podává jim o těchto zákrocích informace.

Tabulka 34 Zajištění školení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď NE na ot. č. 10	62	32,6	32,6	32,6
	Ano	40	21,1	21,1	53,7
	Ne	88	46,3	46,3	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

40 (21,1 %) sestrám, které vykonaly úkon nad rámec jejich kompetencí bylo lékařem zajištěno efektivní proškolení, 88 (46,3 %) sestrám efektivní proškolení zajištěno nebylo.

Tabulka 35 Častost převádění úkolů na sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď NE na ot. č. 10	62	32,6	32,6	32,6
	Každou směnu	40	21,1	21,1	53,7
	Často	36	18,9	18,9	73,6
	Někdy	40	21,1	21,1	93,7
	Málokdy	13	5,7	5,7	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Ze 128 sester, které byly pověřeny úkony nad rámec jejich kompetencí, bylo 40 (21,1 %) sester těmito úkony pověřeno každou směnu, 36 (18,9 %) sester často, 40 (21,1 %) někdy a 7 (5,7 %) sester málokdy.

Tabulka 36 Odmítnutí lékaře

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď NE na ot. č. 10	62	32,6	32,6	32,6
	Ano	68	35,8	35,8	68,4
	Ne	60	31,6	31,6	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

68 (35,8 %) sester, které byly pověřeny úkonem nad rámec jejich kompetencí, odmítlo lékaři tento úkon vykonat. 60 (31,6 %) sester tento úkon vykonalo.

Tabulka 37 Chování lékaře po odmítnutí sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď NE na ot. č. 10 a č.14	122	65,3	65,3	65,3
	Nevadilo mu to	20	10,5	10,5	75,8
	Překvapilo ho to	24	12,6	12,6	88,4
	Byl nepřijemný	20	10,5	10,5	98,9
	Vynadal mi	2	1,1	1,1	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

20 (10,5 %) sester, které odmítly lékaře/i vykonat úkon nad rámec jejich kompetencí, uvedly, že to lékaře/i nevadilo, překvapilo je to podle 24 (12,6 %) sester, na 20 (10,5 %) sester byli nepřijemní a 1(1,1 %) vynadali.

Tabulka 38 Postoj sester k předávání kompetencí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď NE na ot. č. 10	62	32,6	32,6	32,6
	Ano	107	56,3	56,3	88,9
	Ne	21	11,1	11,1	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

107 (56,3 %) sestrám vadí, že na ně lékařka/lékař klade úkony nad rámec jejich kompetencí, 21 (11,1 %) sestrám tyto požadavky lékaře nevadí.

Tabulka 39 Omezení v práci sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Odpověď NE na ot. č. 10 a č. 16	83	46,8	46,8	46,8
	Nijak mě to neomezuje	41	21,6	21,6	68,4
	Trochu mě to omezuje	30	15,8	15,8	84,2
	Omezuje mě to ve vykonávání ošetrovatelské péče	16	6,8	6,8	91,1
	Nestíhám práci v rámci svých kompetencí	16	6,8	6,8	97,9
	Nemám čas na pacienta	4	2,2	2,2	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Ze 107 sester, které na tuto otázku odpovídaly, jich 41 (21,6 %) to, že na ně lékařky/ři přenášejí své kompetence nijak v práci neomezuje, 30 (15,8 %) sester to omezuje trochu, 16 (6,8 %) sester to omezuje ve vykonávání ošetrovatelské péče nebo nestíhají práci v rámci svých kompetencí a 4 (2,2 %) sestry nemají čas na pacienta.

Tabulka 40 Důvody lékařů pro přenášení kompetencí na sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neznají rozsah kompetencí sester	43	22,6	22,6	22,6
	Usnadňuje jim to práci	140	73,7	73,7	96,3
	Jiné	7	3,7	3,7	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

43 (22,6 %) sester si myslí, že na ně lékařky/ři přenášejí kompetence nad rámec jejich profese, protože neznají přesné vymezení kompetencí sester dle zákona, 140 (73,7 %) sester si myslí, že jim to usnadňuje práci a 7 (3,7 %) si myslí, že je to nedostatkem lékařek/řů, tím, že si myslí, že má sestra nedostatečné kompetence a umožní jí tak vykonávat specializovanější péči.

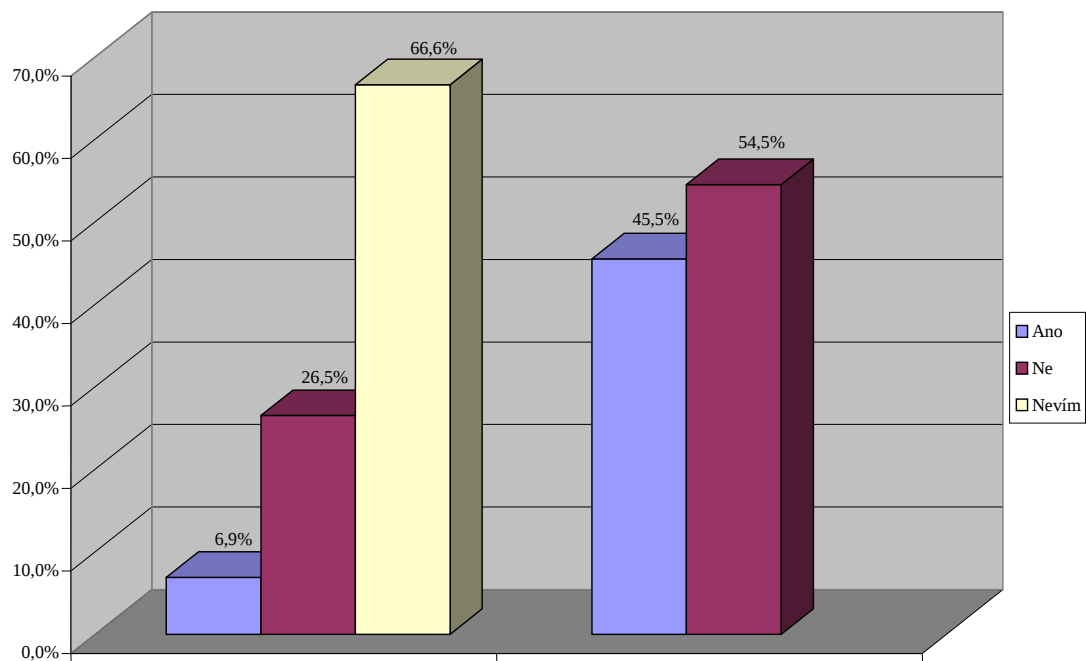
Tabulka 41 Obrana proti přenášení kompetencí na sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	51	26,8	26,8	26,8
	2	24	12,6	12,6	39,5
	3	19	10,0	10,0	49,5
	4	70	36,8	36,8	86,3
	5	5	2,6	2,6	88,9
	6	21	11,2	11,2	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Z celkového počtu 190 sester si jich 51 (26,8 %) myslí, že by se přenášení kompetencí z lékařek/řů na sestry dalo zabránit dostatečnou informovaností lékařek/řů, kontrola a případný postih při nedodržení, 24 (12,6 %) sester si myslí, že by to zlepšila efektivnější komunikace mezi personálem a větší zodpovědnost lékařek/řů, 19 (10 %) sester by to vyřešilo větším počtem personálu, 70 (36,8 %) sester neví, jak by se tato situace dala vyřešit, 5 (2,6 %) sester je s touto situací spokojeno, protože jim to umožní vykonávat specializovanější výkony a byly by pro rozšíření sesterských kompetencí a 6 (11,1 %) sester si myslí, že by tuto situaci vyřešila důslednost sester a znalost jejich vlastních kompetencí.

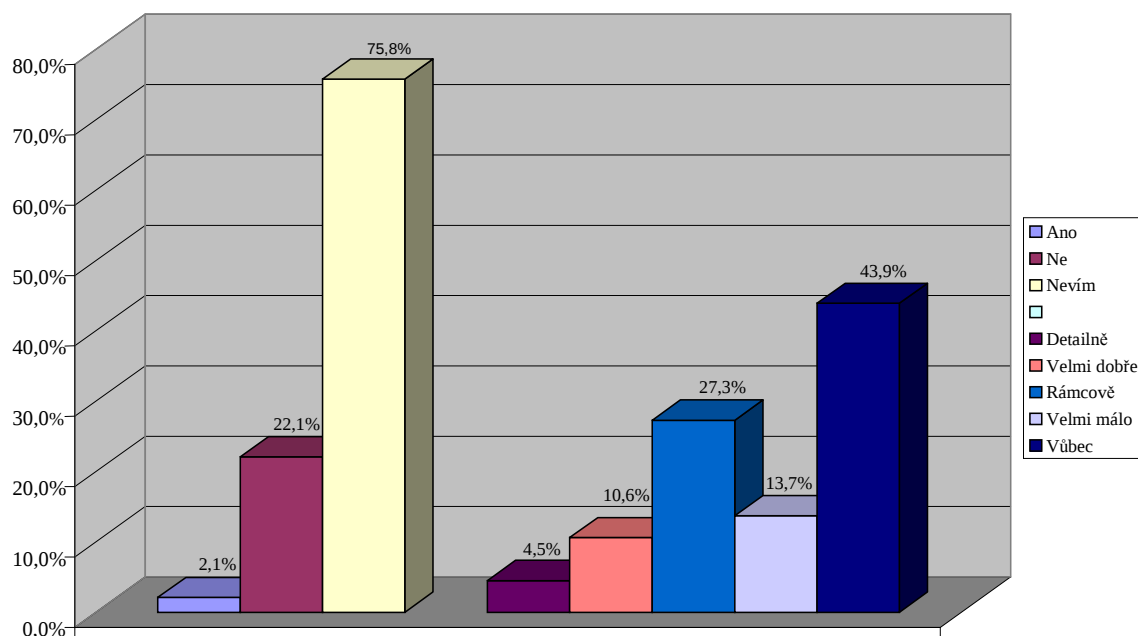
4.3 Souhrnné výsledky obou výzkumných souborů

Graf 1 Znalost existence vyhlášky



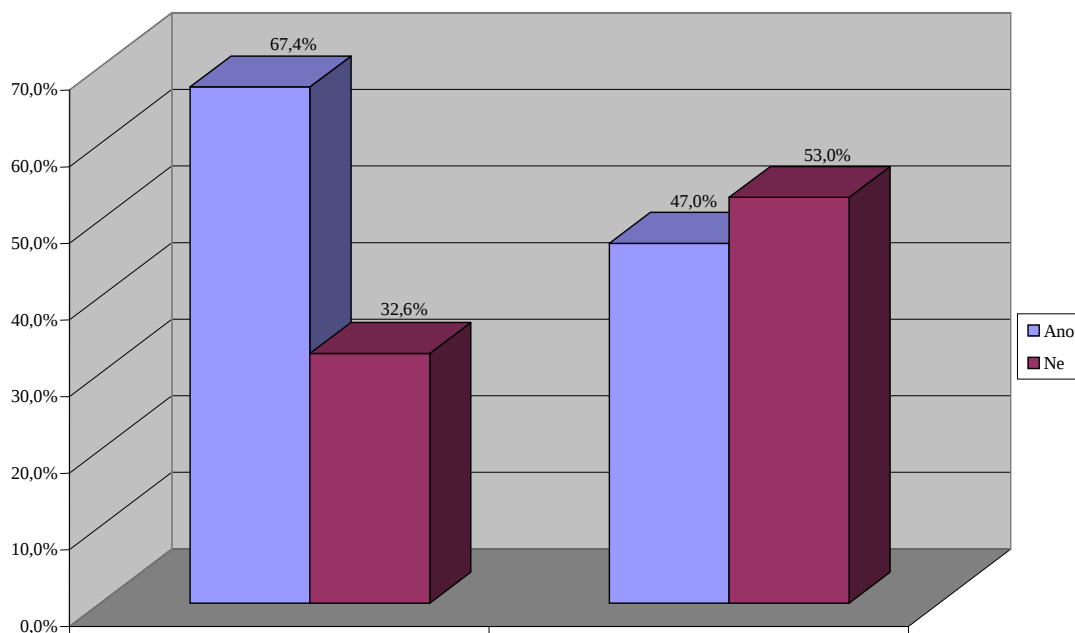
První skupina sloupců zobrazuje odpovědi sester a druhá zobrazuje odpovědi lékařů. Podle sester zná vyhlášku 424/2004 Sb. 6,9 % lékařek/řů, 26,5 % ji nezná a 66,6 % sester neví, zda ji lékařky/ři znají či ne. Vyhlášku 424/2004 zná 45,5 % lékařek/řů a 54,5 % lékařek/řů ji nezná.

Graf 2 Znalost obsahu vyhlášky



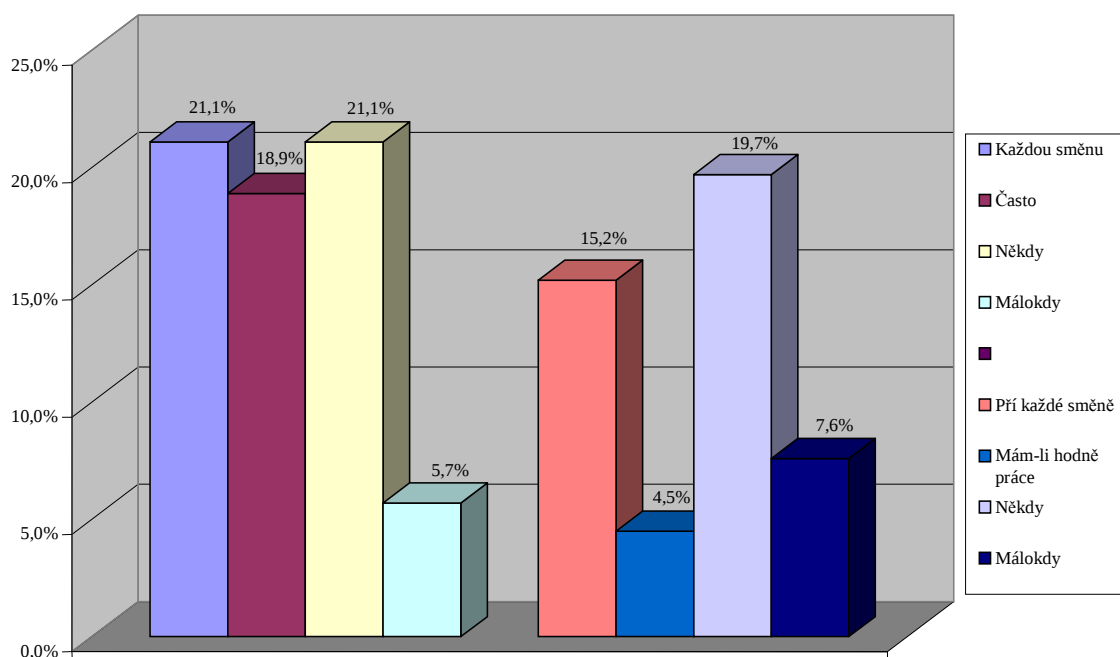
První Skupina sloupců zobrazuje odpovědi sester, druhá skupina sloupců zobrazuje odpovědi lékařek/řů. Podle sester obsah vyhlášky zná 2,1 % lékařek/řů, 22,1 % lékařek/řů obsah vyhlášky nezná a 75,8 % sester, neví jestli lékařky/ři znají nebo neznají obsah vyhlášky 424/2004 Sb. Obsah vyhlášky zná detailně 4,5 % lékařek/řů, 10,6 % obsah vyhlášky zná velmi dobře, 27,3 % rámcově, 13,7 % velmi málo a 43,9 % obsah vyhlášky nezná vůbec.

Graf 3 Přenášení kompetencí



První skupina sloupců znázorňuje odpovědi sester, druhá skupina sloupců znázorňuje odpovědi lékařek/řů. 67,4 % sester uvedlo, že na ně lékařky/ři přenášejí své kompetence a na 32,4 % sester lékařky/ři své kompetence nepřenášejí. 47 % lékařek/řů uvedlo, že přenáší na sestry své kompetence, 53 % lékařek/řů na sestry své kompetence nepřenáší.

Graf 4 Častost přenášení



První skupina sloupců znázorňuje odpovědi sester, druhá skupina sloupců znázorňuje odpovědi lékařek/řů. Podle 21,1 % sester na ně lékařky/ři přenášejí své kompetence každou směnu, podle 18,9 % často, podle 21,1 % sester někdy a podle 5,7 % sester málokdy. 15,2 % lékařek/řů přenáší na sestry své kompetence při každé směně, 4,5 % lékařek/řů pouze pokud má hodně práce, 19,7 % někdy a 7,6 % málokdy.

4.3 Vztahové tabulky výzkumného souboru lékařů

Tabulka 42 Vztah věku a znalosti zaměření vyhlášky

		Znalost zaměření vyhlášky 424/2004		Total
		Ano	ne	
Věk	25-30 let	4	17	21
	31-40 let	8	15	23
	41-50 let	7	4	11
	51-60 let	11	0	11
Total		30	36	66

Nejvíce se o zaměření vyhlášky 424/2004 zajímají lékařky/ři ve věku 51-60 (100 %) let a ve věku 41-50 (63,3 %) let.

Tabulka 43 Vztah věku a znalosti obsahu vyhlášky

		Znalost obsahu vyhlášky 424/2004					Total
		Detailně	Velmi dobře	Rámcově	Velmi málo	Vůbec	
Věk	25-30 let	0	2	4	1	14	21
	31-40 let	1	2	5	2	13	23
	41-50 let	0	1	3	5	2	11
	51-60 let	2	2	6	1	0	11
Total		3	7	18	9	29	66

Obsah vyhlášky 424/2004 Sb. znají nejlépe lékařky/ři ve věku 51-60 (90,9 %) let a ve věku 41-50 let (36,4 %). Nejméně ji znají lékařky/ři ve věku 25-30 let (28,6 %).

Tabulka 44 Vztah věku a potřeby kvalifikace pro práci sestry

		Potřeba kvalifikace pro práci sestry		
		Ano	Ne	Total
Věk	25-30 let	19	2	21
	31-40 let	23	0	23
	41-50 let	11	0	11
	51-60 let	11	0	11
	Total	64	2	66

Podle lékařek/řů ve věku 25-30 let potřebuje sestra kvalifikaci pro svou práci nejméně (90,5 %).

Tabulka 45 Vztah věku a místa pro získání kvalifikace sestry

		Místo pro získání kvalifikace sestry					
		Odpověď NE na ot. č. 11	Zdravotnické lyceum	Vyšší odborná škola	Vysoká škola-Bc.	Vysoká škola-Mgr.	Total
Věk	25-30 let	2	1	11	3	4	21
	31-40 let	0	7	12	2	2	23
	41-50 let	0	0	7	3	1	11
	51-60 let	0	3	6	2	0	11
	Total	2	11	36	10	7	66

Nejvíce lékařek/řů věku 25-30 let si myslí, že by sestra měla získávat kvalifikaci pro svou práci na vyšší odborné škole (52,4 %) a nejméně na zdravotnickém lyceu (4,5 %). Nejvíce lékařek/řů ve věku 31-40 let se domnívá, že by sestra svou kvalifikaci měla získávat na vyšší odborné škole (52,2 %) a nejméně na vysoké škole (8,7 %). Lékařky/ři ve věku 41-50 let se nejčastěji domnívají, že by sestra měla získávat kvalifikaci na vyšší odborné škole (63,6 %) nebo na vysokoškolském bakalářském studiu (27,3 %). Nejvíce lékařek/řů ve věku 51-60 let si myslí, že by sestra měla získávat kvalifikaci pro svou práci na vyšší odborné škole (54,5 %) nebo zdravotnickém lyceu (27,3 %).

Tabulka 46 Vztah věku a znalosti rozsahu kompetencí

		Rozsah kompetencí sester		Total
		Ano	Ne	
Věk	25-30 let	10	11	21
	31-40 let	10	13	23
	41-50 let	6	5	11
	51-60 let	9	2	11
Total		35	31	66

Rozsah kompetencí sester dle zákona znají nejlépe lékařky/ři ve věku 51-60 let (81,8 %). Nejméně je znají lékařky/ři ve věku 31-40 let (42,5 %).

Tabulka 47 Vztah pohlaví a znalosti zaměření kompetencí

		Znalost zaměření vyhlášky 424/2004		Total
		Ano	Ne	
Pohlaví	Muž	14	14	28
	Žena	16	22	38
Total		30	36	66

Zaměření vyhlášky 424/2004 Sb. zná polovina lékařů a méně než polovina lékařek.

Tabulka 48 Vztah Pohlaví a znalosti obsahu vyhlášky

		Znalost obsahu vyhlášky 424/2004					Total
		Detailně	Velmi dobře	Rámcově	Velmi málo	Vůbec	
Pohlaví	Muž	0	3	8	7	10	28
	Žena	3	4	10	2	19	38
Total		3	7	18	9	29	66

Obsah vyhlášky 424/2004 Sb. znají spíše ženy (44,7 %).

Tabulka 49 Vztah pohlaví a znalosti rozsahu kompetencí

		Rozsah kompetencí sester		Total
		Ano	Ne	
Pohlaví	Muž	15	13	28
	Žena	20	18	38
Total		35	31	66

Rozsah kompetencí všeobecné sestry dle zákona znají obě pohlaví skoro stejně (rozdíl je 1 %).

Tabulka 50 Vztah Počet let a znalosti zaměření vyhlášky

		Znalost zaměření vyhlášky 424/2004		Total
		Ano	Ne	
Počet let praxe	Do 5 let	8	17	25
	Do 10 let	4	7	11
	Do 20 let	9	9	18
	Do 30 let	6	3	9
	31 a více let	3	0	3
Total		30	36	66

Nejvíce se o zaměření vyhlášky 424/2004 zajímají lékařky/ři s praxí nad 31 let (100 %) a s praxí do 30 let (66,7 %). Nejméně se zajímají lékařky/ři s praxí do 5 let (32 %).

Tabulka 51 Vztah počet let praxe a znalosti obsahu vyhlášky

		Znalost obsahu vyhlášky 424/2004					Total
		Detailně	Velmi dobře	Rámcově	Velmi málo	Vůbec	
Počet let praxe	Do 5 let	0	4	6	1	14	25
	Do 10 let	1	0	3	0	7	11
	Do 20 let	0	3	3	5	7	18
	Do 30 let	0	0	5	3	1	9
	31 a více let	2	0	1	0	0	3
Total		3	7	18	9	29	66

Obsah vyhlášky 424/2004 nejvíce znají lékařky/ři s počtem let praxe 31 a více let (100 %) a s počtem let praxe do 30 let (55,6 %). Nejméně znají obsah vyhlášky 424/2004 lékařky/ři s praxí do 20 let (33,3 %).

Tabulka 52 Vztah počet let praxe a znalosti kompetencí

		Rozsah kompetencí sester		Total
		Ano	Ne	
Počet let praxe	Do 5let	10	15	25
	Do 10 let	6	5	11
	Do 20 let	9	9	18
	Do 30 let	7	2	9
	31 a více let	3	0	3
Total		35	31	66

Lékařky/ři rozsah kompetencí sester dle zákona převážně znají. Nejvíce o nich mají povědomí lékaři/ři s praxí více jak 31 let (100 %) a s praxí do 30 let (77,8 %). Nejméně znají rozsah kompetencí sester dle zákona lékaři/ři s praxí do 5 let (40 %).

Tabulka 53 Vztah počet let praxe a konzultování oš. péče

		Konzultace oš. péče		Total
		Ano	Ne	
Počet let praxe	Do 5 let	23	2	25
	Do 10 let	11	0	11
	Do 20 let	18	0	18
	Do 30 let	8	1	9
	31 a více let	3	0	3
Total		63	3	66

Ošetrovatelskou péčí o pacienty se sestrami konzultuje většina ze 66 dotazovaných lékařek/řů, nejméně často však respondenti s praxí do 30 let (88,9 %) a s praxí do 5 let (92 %).

Tabulka 54 Vztah počet let praxe a pověřování kompetencemi nad rámec

		Úkony nad rámec		
		Ano	Ne	Total
Počet let praxe	Do 5 let	11	15	26
	Do 10 let	5	6	11
	Do 20 let	13	6	19
	Do 30 let	3	6	9
	31 a více let	1	0	3
Total		33	33	66

Nejvíce pověřují sestry úkoly nad rámec jejich kompetencí lékařky/ři s praxí do 20 let (68,4 %) a nejméně s praxí do 30 let (33,3 %) a s více jak 31 lety (33,3 %) praxe.

Tabulka 55 Vztah oddělení a znalosti zaměření vyhlášky

		Znalost zaměření vyhlášky 424/2004		Total
		Ano	Ne	
Oddělení	Standardní-interna	6	17	23
	Standardní-chirurgie	4	1	5
	Dětské	3	2	5
	JIP/ARO	5	5	10
	Ambulance	7	6	13
	Operační sál	5	5	10
Total		30	36	66

Nejlépe znají zaměření vyhlášky 424/2004 Sb. lékařky/ři na standardním chirurgickém oddělení (80 %), nejméně je znám lékařkám/řům standardním interním oddělení (26,1 %).

Tabulka 56 Vztah oddělení a znalosti obsahu vyhlášky

		Znalost obsahu vyhlášky 424/2004					Total
		Detailně	Velmi dobře	Rámcově	Velmi málo	Vůbec	
Oddělení	Standardní-interna	0	2	4	4	13	23
	Standardní-chirurgie	2	0	1	1	1	5
	Dětské	0	0	3	2	0	5
	JIP/ARO	1	2	0	2	5	10
	Ambulance	0	2	5	0	6	13
	Operační sál	0	1	5	0	4	10
Total		3	7	18	9	29	66

Obsah vyhlášky 424/2004 Sb. znají nejlépe lékařky/ři na standardním chirurgickém oddělení (60 %), na dětském oddělení (60 %) a na operačních sálech (60 %). Nejméně znají obsah vyhlášky 424/2004 Sb. lékařky/ři na standardním interním oddělení (26,1 %).

Tabulka 57 Vztah oddělení a znalosti rozsahu kompetencí

		Rozsah kompetencí sester		Total
		Ano	Ne	
Oddělení	Standardní-interna	11	12	23
	Standardní-chirurgie	4	1	5
	Dětské	5	0	5
	JIP/ARO	5	5	10
	Ambulance	6	7	13
	Operační sál	4	6	10
Total		35	31	66

Nejlépe znají rozsah kompetencí všeobecné sestry dle zákona lékařky/ři na dětském oddělení (100 %) a na standardním chirurgickém oddělení (80 %). Nejméně známý je rozsah kompetencí sester dle zákona lékařkám/řům na operačním sále (40 %).

Tabulka 58 Vztah oddělení a konzultování oš. péče

		Konzultace oš. péče		Total
		Ano	Ne	
Oddělení	Standardní-interna	21	2	23
	Standardní-chirurgie	4	1	5
	Dětské	5	0	5
	JIP/ARO	10	0	10
	Ambulance	13	0	13
	Operační sál	10	0	10
Total		63	3	66

Většina lékařek/ů z uvedených oddělení konzultuje se sestrou ošetrovatelskou péči o pacienta

Tabulka 59 Vztah oddělení a pověřování kompetencí nad rámec

		Total		
		Ano	Ne	
Oddělení	Standardní-interna	14	10	24
	Standardní-chirurgie	1	2	3
	Dětské	1	4	5
	JIP/ARO	7	4	11
	Ambulance	5	8	13
	Operační sál	5	5	10
Total		33	33	66

Lékařky/ři z oddělení standardní interny (58,3 %) a z oddělení JIP/ARO (60 %) pověřují sestry úkony nad rámec jejich kompetencí nejvíce. Nejméně sestry těmito úkony pověřují lékařky/ři na dětském oddělení (20 %).

4.4. Vztahové tabulky výzkumného souboru sestry

Tabulka 60 Vztah věku a pověřování kompetencemi nad rámec

		Úkony nad rámec kompetencí					Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	1	2	3	4	
Věk	Do 30 let	10	11	13	10	20	64
	31-40 let	16	17	2	5	8	48
	41-50 let	17	4	2	10	8	41
	51-60 let	17	6	2	8	1	34
	61 a více let	2	1	0	0	0	3
Total		62	39	19	33	37	190

Nejčastěji jsou úkony nad rámec kompetencí pověřovány sestry do 30 let (84,4 %), a to objednáváním vyšetření, výkonů a podávání informací pacientům před výkonem či vyšetřením (31,3 %), administrativou a dopisováním dokumentace (15,6 %), vyndáváním drénů a šitím operačních ran (20,3 %) a nebo cévkováním muže, nabíráním arteriálního astrupa či podáváním transfúze (17,2 %). Nejméně často jsou úkony nad rámec kompetencí pověřovány sestry ve věku 31-40 let (33,3 %) a ve věku nad 61 let (33,3 %).

Tabulka 61 Vztah věku a odmítání úkonu nad rámec kompetencí

		Odmítnutí úkonu nad rámec			Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	Ano	Ne	
Věk	Do 30 let	10	29	25	64
	31-40 let	16	20	12	48
	41-50 let	17	9	15	41
	51-60 let	17	9	8	34
	61 a více let	2	1	0	3
Total		62	68	60	190

Vykonání úkonu nad rámec kompetencí všeobecné sestry odmítnou nejčastěji sestry ve věku do 30 let (45,3 %) a ve věku 31-40 let (41,7 %). Nejméně tyto úkony odmítají vykonat sestry ve věku 41-50 let (22 %).

Tabulka 62 Vztah věku a postoje k přenášení kompetencí

		Postoj k přenášení kompetencí			Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	Ano	Ne	
Věk	Do 30 let	10	47	7	64
	30-40 let	16	28	4	48
	41-50 let	17	20	4	41
	50-60 let	17	11	6	34
	61 a více let	2	1	0	3
Total		62	107	21	190

To, že lékařky/ři přenášejí své kompetence na sestry, vadí převážné většině dotázaných sester, které se s tímto problémem setkaly. Nejvíce však sestrám do 30 let (73,4 %).

Tabulka 63 Vztah vzdělání a pověřování úkony nad rámec kompetencí

		Úkony nad rámec kompetencí					Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	1	2	3	4	
Vzdělání	SŠ	33	25	7	23	17	105
	PSS	25	7	10	9	12	63
	Vyšší odborné	3	4	0	0	6	13
	Vysokoš kolské- Bc.	1	3	0	1	0	5
	Vysokoš kolské- Mgr.	0	0	2	0	2	4
Total		62	39	19	33	37	190

Nejvíce jsou pověřovány úkony nad rámec kompetencí všeobecné sestry dle zákona sestry s vysokoškolským vzděláním. Sestry s titulem Mgr. (100 %) nejčastěji vyndávají drény či šijí operační rány (50 %) a objednávají pacienty na výkony a vyšetření a před nimi je informují (50 %). Sestry s titulem Bc. (80 %) nejčastěji cévkují muže, odebírají arteriální astrup či podávají transfúze (60 %) nebo vykonávají lékařskou administrativu a dopisují dokumentaci (40 %). Nejméně jsou těmito úkony pověřovány sestry s PSS vzděláním (60,3 %)

Tabulka 64 Vztah vzdělání a odmítnutí úkonu nad rámec

		Odmítnutí úkonu nad rámec			Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	Ano	Ne	
Vzdělání	SŠ	33	39	33	105
	PSS	25	16	22	63
	Vyšší odborné	3	6	4	13
	Vysokoš kolské- Bc.	1	3	1	5
	Vysokoš kolské- Mgr.	0	4	0	4
Total		62	68	60	190

Vykonat úkon nad rámec kompetencí všeobecné sestry dle zákona odmítají nejčastěji sestry se vysokoškolským vzděláním Mgr. (100 %) nebo s titulem Bc. (60 %), méně často pak sestry s PSS, středoškolským a vyšším odborným vzděláním.

Tabulka 65 Vztah vzdělání a postoje k přenášení kompetencí

		Postoj k přenášení kompetencí			Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	Ano	Ne	
Vzdělání	SŠ	33	65	7	105
	PSS	25	26	12	63
	Vyšší odborné	3	10	0	13
	Vysokoš kolské- Bc.	1	4	0	5
	Vysokoš kolské- Mgr.	0	2	2	4
Total		62	107	21	190

Přenášení lékařských kompetencí na sestry nejvíce vadí sestrám s vysokoškolským titulem Bc. (80 %) a s vyšším odborným vzděláním (76,9 %). Nejméně to vadí sestrám s PSS vzděláním (41,3 %).

Tabulka 66 Vztah oddělení a pověřování úkony nad rámec

		Úkony nad rámec kompetencí					Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	1	2	3	4	
Oddělení	Standardní -interna	17	16	0	0	6	39
	Standardní -chirurgie	3	5	9	1	9	27
	JIP	17	11	8	18	3	57
	ARO	2	0	0	0	1	3
	Jiné	23	7	2	14	18	64
Total		62	39	19	33	37	190

Nejčastěji jsou úkony nad rámec kompetencí dle zákona pověřeny sestry na standardním chirurgickém oddělení (88,9 %) a na oddělení JIP (70 %). Nejméně často pověřují lékařky/ři sestry úkony nad rámec jejich kompetencí sestry pracující na ARO (33,3 %)

Tabulka 67 Vztah oddělení a odmítnutí úkonu nad rámec

		Odmítnutí úkonu nad rámec			Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	Ano	Ne	
Oddělení	Standardní -interna	17	13	9	39
	Standardní -chirurgie	3	14	10	27
	JIP	17	16	24	57
	ARO	2	0	1	3
	Jiné	23	25	16	64
Total		62	68	60	190

Nejčastěji odmítají lékaře/ři vykonat úkon nad rámec jejich kompetencí sestry z oddělení standardní chirurgie (51,9 %). Sestry na ARO oddělení (0) neodmítly úkony nad rámec jejich kompetencí vykonat.

Tabulka 68 Vztah oddělení a postoje k přenášení kompetencí

		Postoj k přenášení kompetencí			Total
		Odpověď NE na ot. č. 10	Ano	Ne	
Oddělení	Standardní -interna	17	21	1	39
	Standardní -chirurgie	3	18	6	27
	JIP	17	31	9	57
	ARO	2	0	1	3
	Jiné	23	37	4	64
Total		62	107	21	190

Přenášení kompetencí z lékařky/ře na sestru nejvíce vadí sestrám na oddělení standardní chirurgie (33 %). Nejméně to vadí sestrám na oddělení ARO (0).

5. Diskuze

Soubor respondentů byl vybrán v nemocnicích v Českých Budějovicích, Českém Krumlově, Jindřichově Hradci, Strakonících, Táboře, v Plzni, Praze, v Benešově a v Ústí nad Labem. Celkový počet dotazovaných byl 256 z toho 66 lékařek/řů a 190 sester pracujících v nemocničním zařízení. Získat tento počet respondentů bylo opravdu náročné. Sestry nechtěly dotazníky vyplňovat, protože jsou jimi na oddělení zaplaveny a jejich vyplňování jim zkracuje čas, kdy by si mohly v náročné dvanáctihodinové směně trochu „oddechnout“. Nejednou jsem se setkala i s názorem, že mi přece vyplněním dotazníku nepomohou k titulu a já je pak po dokončení školy připravím o práci, protože jako sestra se vzděláním budu na oddělení žádanější. Ani získat lékařky/ře ke spolupráci nebylo o nic lehčí. Někteří byli ochotní, ale většina byla příliš zaneprázdněná na to, aby mohli dotazník vyplnit. Musím podotknout, že nejvíce vyplněných dotazníků se mi vrátilo z nemocnice ve Strakonících, Táboře a Ústí nad Labem, kde jsem respondenty získávala prostřednictvím pomoci hlavních sester.

Z 66 lékařek/řů, kteří byli dotazováni, bylo 38 žen a 28 mužů. Nejčastěji byli ve věku 25 až 30 let nebo 31 až 40 let. Domnívám se, že je to dáno tím, že většina profesí se feminizuje a nejinak je tomu i v medicíně. Dávno minuly doby, kdy lékařem mohl být jen muž. Většina z respondentů má interní zaměření a pracuje na standardním interním oddělení. Praxi ve svém oboru mají do pěti nebo dvaceti let (viz tab. 3).

Sestry, které byly ve výzkumném šetření dotazovány, byly nejčastěji ve věku do 30 a 40 let. Více jak polovina všech sester má pouze středoškolské vzdělání, 1/3 sester má PSS, 13 sester má vyšší odborné vzdělání a 9 sester je vysokoškolsky vzdělaných, z toho 4 jsou magistry. Jak uvádí Jičínská nebo Haškovcová, v dnešní době by mělo být povinností sestry se vzdělávat a zvyšovat tak nejen svoji profesní úroveň ale i kvalitu ošetrovatelské péče poskytovanou pacientovi (20, 15). Domnívám se, že v dnešní době, kdy se nároky na povolání sestry stále zvyšují a samy sestry chtějí být uznávané ve svém oboru jako profesionálky, je to malé zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester. Ale vzhledem k tomu, že dotazované sestry mají většinou více let praxe, tak se domnívám, že by u nich vzdělání mohly nahradit cenné zkušenosti získané mnoholetou praxí a poznatky z celoživotního vzdělávání. To co se studentky ve škole učí v klinice, s tím ony se denně

setkávají na oddělení. Holistický přístup k pacientovi, zaměření péče na jeho individuální potřeby a poskytování péče formou ošetrovatelského procesu atd. se mohou naučit od „osvíceneckých“ sester v rámci celoživotního vzdělání. V dnešní době se za celoživotní vzdělávání považuje dlouhodobý proces od počátku přípravy na povolání, který zahrnuje vzdělávání na vyšších a častěji vysokých školách, dále vzdělávání specializační a poslední etapou tohoto procesu je kontinuální vzdělávání. Stále častěji se ale ukazuje, že nejde jen o upevnění již získaných znalostí, ale o celkový profesionální rozvoj zdravotníků, který zahrnuje nejen rozvoj komunikačních, organizačních a řídicích schopností ale i rozvoj jejich osobnosti (viz kapitola 1.1.2.1). Jak uvádějí MacMillan, Hops a MacDonald, zajištění a umožnění celoživotního vzdělání sestrám zvyšuje jejich sebedůvěru a sebeúctu (25). Samozřejmě záleží na individualitě a osobnosti sestry a na její touze se profesně zlepšovat a být v péči o pacienta co nejkvalifikovanější.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda mají lékaři povědomí o existenci a o obsahu vyhlášky 424/2004 Sb. Tento cíl byl splněn. Vyhláška 424/2004 Sb. vymezuje činnosti všeobecné sestry a jiných zdravotnických a odborných pracovníků. Také stanovuje práci sestry bez odborného dohledu, pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením (viz kapitola 1.2). Záleží na tom, zda je registrovaná a jaký má stupeň vzdělání. Zaměření této vyhlášky zná 45,5 % lékařek/řů a dle sester ho zná 6,9 % lékařek/řů (viz tab. 6, 27).

Obsah této vyhlášky je znám 45,5 % lékařek/řů, z toho 6,1 % ho zná detailně, 12,1 % lékařek/řů je znám obsah velmi dobře a 27,3 % ho zná rámcově. Podle sester zná obsah vyhlášky 2,1 % lékařek/řů, 75,8 % sester neví, jak lékařky/ři znají obsah vyhlášky 424/2004 Sb. Největší znalosti zaměření a obsahu vyhlášky mají lékařky/ři ve věku od 41 do 60 let, nejčastěji na standardním chirurgickém oddělení. Nejméně tuto vyhlášku znají lékařky/ři ve věku od 25 do 30 let, nejvíce na standardním interním oddělení. Domnívám se, že starší lékařky/ři se ve vyhlášce orientují lépe, proto že při své dlouholeté praxi a zkušenostech ji vnímají snáze než mladé/í lékařky/ři, kteří nastoupí do praxe a teprve se seznamují s prací lékaře, s nemocnými atd. K tomuto cíli jsme zvolili hypotézu „Lékaři vědí o existenci a obsahu vyhlášky 424/2004 Sb.“. Na základě získaných výsledků se hypotéza 1 nepotvrdila. Sice je zaměření a obsah vyhlášky znám 45,5 % lékařek/řů, ale stále je to málo, jelikož jej nezná ani polovina dotazovaných.

Ve výzkumném šetření jsme se dále pokoušeli zjistit názor lékařů na uvedené kompetence, význam kvalifikačního studia, které je podepřeno získáním kompetencí určených ve vyhlášce 424/2004 Sb. Rozsah kompetencí všeobecné sestry vymezený vyhláškou znají nejlépe lékařky/ři s praxí do 30 let a s praxí více jak 31 let. Ti také pověřují sestry nad rámec jejich kompetencí nejméně.

80 % lékařek/řů udává, že zaznamenalo vývoj v ošetrovatelství. Myslím si, že si nešlo nevšimnout, jakého pokroku a k jakým změnám došlo v profesi sestry. V dnešní době již sestra pouze neasistuje lékaři, ale sama na základě zjištěných informací zjišťuje potřeby nemocného, organizuje a řídí péči o pacienta, vyhodnocuje úspěšnost péče atd. Do nedávné doby byly sestře přisuzovány pouze dvě role, a to role pečovatelky a pomocnice. Ošetrovatelství 21. století je založené na spolupráci s jednotlivcem, rodinou a komunitou a přináší s sebou další role sestry. Jak uvádí Mastiliaková, je potřeba, aby byla sestra v dnešní době také učitelkou, poradkyní, obhájkyní práv pacienta, nositelkou změn a v neposlední řadě také manažerkou a výzkumnicí (27).

Na základě těchto změn také většina lékařů uznává (viz tab. 11), že sestra potřebuje pro svou profesi kvalifikaci a zná místa pro získání této kvalifikace. V dotazníkové šetření jsme se konkrétně na místa pro získávání kvalifikace neptali, nyní si uvědomujeme, že to byla tak trochu chyba, protože se tím spoléháme na pravdomluvnost lékařek/řů. Sice lékařky/ři neměli důvod, uvést nepravdivé výroky, jelikož dotazník byl anonymní, ale je to pro nás ponaučení do budoucna. Nejméně jsou pro získávání kvalifikace pro práci sestry lékařky/ři ve věku do 30 let. Domnívám se, že je to dáno jejich krátkou praxí ve zdravotnictví a menší znalostí příslušných zákonů, především zákonu 96/2004 Sb. a vyhlášky 424/2004 Sb. (viz vztahové tabulky souboru lékařek/řů 42, 43). Na otázku, kde by podle nich měla sestra kvalifikaci získávat (viz tab. 12), uvedlo 16,7 % lékařek/řů, že by podle nich stačila sestře kvalifikace získaná na zdravotnickém lyceu, 54,5 % lékařek/řů je pro získání kvalifikace sestry na vyšších odborných školách. 25,8 % lékařek/řů se domnívá, že by sestra tuto kvalifikaci měla získávat na vysoké škole, z toho 15,2 % lékařek/řů je pro bakalářský stupeň studia a 10,6 % je pro magisterský stupeň studia. Podle mého názoru je nízký počet lékařek/řů pro získávání kvalifikace sester na vysoké škole proto, že důkladně neznají obsah vyhlášky 424/2004 Sb. a neuvědomují si, že čím má sestra nyní vyšší vzdělání, tím má

více pravomocí v péči o pacienta. Přestože 97 % lékařek/řů uvedlo, že podle nich sestra kvalifikaci potřebuje, domnívám se, že plně nechápou souvislost mezi získáváním kvalifikace a stupněm získaných kompetencí. Proto si myslím, že by se měla potvrdit hypotéza H2, že lékařky/ři nejsou seznámeni s významem kvalifikačního studia, které je podepřeno získáním kompetencí určených ve vyhlášce 424/2004 Sb. Ale podle dosažených výsledků se hypotéza H2, že lékařky/ři nejsou seznámeni s významem kvalifikačního studia, které je podepřeno získáním kompetencí určených ve vyhlášce 424/2004 Sb. nepotvrdila. Osobně se domnívám, že by mohlo být velmi zajímavé toto téma zkoumat dále hlouběji.

95,5 % lékařek/řů vnímá sestru, bez ohledu na její vzdělání, jako rovnocenného partnera v péči o pacienta, z toho 33,3 % lékařek/řů uznává jako svého rovnocenného partnera pouze zkušenou sestru s delší praxí (viz tab. 14). Bez ohledu na to, 94 % lékařek/řů zajímá názor sestry na ošetrovatelskou péči o pacienta a 95,5 % lékařek/řů ošetrovatelskou péči se sestrou konzultuje. Domnívám se, že je to proto, jelikož si uvědomují, že právě sestra je ten důležitý prostředník mezi pacientem a lékařem, který je v neustálém kontaktu s pacienty, ví o nich všechno a lékařky/ři tak můžou čerpat z jejich poznatků a oba společně pak mohou zajistit pacientovi tu nejlepší možnou péči. Myslím si, že již si lékařky/ři uvědomují, že sestra je člověk, bez kterého by práce na oddělení nebyla možná. Pouze 1 lékařku/ře názor sestry na péči o pacienta nezajímá a 3 lékařky/ři se sestrou ošetrovatelskou péči nekonzultují. I když lékařky/ři uvádí, že je zajímá názor sestry na ošetrovatelskou péči a tuto péči se sestrou konzultují, není to asi dostačující. Protože jak jinak si vysvětlit, že si 72,1 % sester myslí, že lékařky/ři preferují péči sestry zaměřenou na výkon a ne na pacienta.

Přestože lékařky/ři sestru vidí jako rovnocenného partnera, nebo možná právě proto, pověřuje ji 47 % lékařek/řů úkony, které nespadají do jejich kompetencí.

Nejčastěji tyto kompetence přenášejí na sestru lékařky/ři na standardním interním oddělení a na oddělení JIP/ARO. Z výzkumu vyplynulo, že je to dáno tím, že lékařky/ři na standardním interním oddělení nejsou s obsahem vyhlášky dostatečně seznámeni (viz tab. 56 vztah mezi oddělením a znalostí obsahu vyhlášky). Myslím, že je s tím spojena i horší znalost kompetencí sester dle zákona a na základě toho častější pověřování sester kompetencemi nad rámec. Pověřování sester kompetencemi nad rámec činností

všeobecné sestry, které pracují na oddělení JIP a ARO, je podle mě dáno tím, že si lékařky/ři pracující na těchto stanicích o sestrách myslí, že jsou lepší než sestry, které pracují na běžných odděleních. Musím podotknout, že tento názor sdílí i většina sester, které na těchto odděleních pracují. Také z výsledků výzkumu vyplývá, že přenášení kompetencí nad jejich rámec na sestry nejméně vadí právě sestráh, které pracují na oddělení ARO (viz tab. 68 vztah oddělení a postoje k přenášení kompetencí). Tyto sestry také uvedly, že ani jedenkrát neodmítly lékaři vykonat úkon nad rámec jejich kompetencí. A ač výsledky ukazují, že sestry na ARO oddělení jsou lékařkami/ři pověřovány kompetencemi nad rámec jejich profese nejméně, myslím si, že to bylo dáno malým souborem sester, které z tohoto oddělení odpovídalo (viz tab. 66 souboru sester vztah mezi oddělením a úkony nad rámec kompetencí). Vycházím z toho, že jsou dle výsledků nejčastěji lékařkami/ři pověřovány a nejméně často úkony odmítají. To, že sestry pracující na JIP a ARO oddělení jsou nejčastěji lékařkami/ři pověřovány úkonem nad rámec jejich kompetencí, ukázaly i výzkumy Bártlové a Vízkové (3, 51).

Předávání kompetencí sestře praktikuje celých 47 % lékařek/řů. Z toho 15,2 % lékařek/řů to dělá dokonce pokaždé, když má směnu, 4,5 % lékařek/řů jen pokud má hodně práce, 19,7 % je na sestry deleguje jen někdy a 7,6 % lékařek/řů málokdy. A 36,4 % lékařek/řů by některé své kompetence předalo sestráh natrvalo. Ve 3 % by se jednalo o objednávání pacientů na vyšetření či výkon a administrativní práce, místo 19,7 % lékařek/řů by sestra hodnotila funkce pacienta na monitoru nebo ordinovala léky dle schématu např. inzulin a 10,6 % lékařek/řů by na sestru delegovalo aplikaci transfúzí. Dle výpovědí sester se jich 67,4 % setkalo s tím, že po nich lékařky/ři žádali vykonání úkonu nad rámec jejich kompetencí. Nejčastěji jsou sestry pověřovány cévkováním muže, nabráním arteriálního krevního tlaku či podáním transfúze. Na chirurgickém oddělení vyžadují lékařky/ři po sestráh odstraňování drénů nebo šití operační či jiné rány. 17,4 % sester se zabývá administrativou a dopisováním dokumentace a 19,5 % sester běžně objednává pacienty na konzília, vyšetření či výkony. V zákoně a ani v kompetencích lékaře jsme nenašli zmínku o tom, kdo by tyto činnosti měl vlastně vykonávat. Obecně je to v praxi bráno tak, že tyto kompetence patří do pravomoci lékaře, který je deleguje na sestru. Pokud sestra zná důvody a má od lékaře přesně stanoveny co má objednat a hovoří přitom také se sestrou, tak si myslím,

že to nelze brát jako úkon nad rámec kompetencí sester. Naproti tomu podávání pacientům o těchto zákrocích informace a sepisování s nimi informovaných souhlasů je výhradně v kompetencích lékařky/ře, protože jen oni sami mohou seznámit pacienta s léčbou, jejími riziky a prognózou. Tak jim to ukládá zákon 20 z roku 1966 Sb., O péči o zdraví lidu, novelizován zákonem č. 111/2007 Sb., a Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která vstoupila v platnost 1. října 2001. Nehledě na to, že sepsání tohoto souhlasu je právně chráněno při případných forenzních dopadech. Ale kdo ochrání sestru? Ve shodě s Úmluvou o biomedicíně musí o lékařském výkonu s pacientem komunikovat lékař, takže právní ochrana se na sestru nevztahuje (16). A většině sester, které lékařky/ři pověřili nějakým úkonem nad rámec jejich kompetencí, nebylo lékařkou/řem zajištěno efektivní proškolení. Ze statistického hlediska se hypotéza, že činnosti, které požadují lékaři po sestrách, přesahují jejich kompetence určené vyhláškou 424/2004 Sb., nepotvrdila. Jelikož na otázku, zda pověřují sestru úkony nad rámec jejich kompetencí odpověděla kladně méně než polovina lékařů. Ale z mého pohledu se domnívám, že se tato hypotéza potvrdila. Jelikož je 47 % lékařek/řů, kteří přenášejí své kompetence na sestru velké číslo a když 15,2 % lékařek/řů uvedlo, že to dělá pokaždé, když slouží, je to podle mého názoru alarmující. Vždyť tím mohou kdykoliv ohrozit život pacienta, nehledě na to že porušují jeho práva.

Toto delegování kompetencí lékařek/řů na sestry vadí většině sester, které se s tímto problémem setkaly. Nejčastěji si na přenášení kompetencí stěžují sestry do 30 let věku. Tyto sestry jsou také nejčastěji pověřovány úkony nad rámec jejich kompetencí.

Z výsledků jsme zjistili, že 35,8 % sester odmítlo lékařce/ři vykonat úkon nad rámec jejich kompetencí. Nejvíce sester, které odmítly lékařce/ři úkon nad rámec kompetencí vykonat, byly sestry vysokoškolsky vzdělané, většinou sestry magistry, méně často to byly sestry bakalářky (80 %). Myslím, že je to dáno tím, že tyto vysokoškolsky vzdělané sestry nejenže lépe znají kompetence, které jsou v jejich pravomoci a mají větší rozmezí činností, ale podle mého názoru si nemusejí zvyšovat sebevědomí jako sestry středoškolsky vzdělané tím, že dokáží zvládnout vše, o co je lékař požádá. Také si myslím, že sestry s vyšším vzděláním jsou lépe připraveny na komunikaci s lékařem a jsou „vychovávané“ k tomu, že jsou pro lékaře partnerem a ne pouze pomocnicí. Sestry, které odmítly vykonat úkon nad rámec jejich kompetencí, se shodují v tom, že většinou

byli lékařky/ři překvapení a nevadilo jim to, méně často byli nepříjemní nebo sestře vynadali. A na otázku z jakých důvodů si myslí, že na ně lékaři přenášejí své kompetence, odpovědělo 22,6 % sester, že je to tím, jelikož neznají přesné vymezení kompetencí sester dle zákona. 73,7 % sester se domnívá, že si tím lékařky/ři usnadňují práci a 3,7 % sester je přesvědčeno, že je to způsobeno nedostatkem lékařek/řů nebo tím, že si lékařky/ři myslí, že má sestra nedostatečné kompetence a umožní jí tak vykonávat specializovanější a odbornější péči o pacienta.

Také nás dále zajímalo, zda sestry to, že na ně lékařky/ři přenášejí své kompetence nějak omezuje v péči o pacienta a v uspokojování jeho potřeb. Na tuto otázku odpovídalo 107 sester (viz tab. 39). 21,6 % sester odpovědělo, že když na ně lékařky/ři delegují jejich kompetence, tak je to v péči o pacienta nijak neomezuje a mohou se plně věnovat uspokojování jeho potřeb. 15,8 % sester přenášení kompetencí na jejich osobu v péči o pacienta omezuje pouze trochu, ale na uspokojování potřeb pacienta to nemá vliv. 6,8 % sester přenášení kompetencí na jejich osobu omezuje ve vykonávání ošetrovatelské péče a 4 (2,2 %) sestry kvůli tomu nemají čas na pacienty. Jako následek toho dochází k nedostatečnému získávání informací o pacientovi a vyhodnocování jeho potřeb a neposkytování potřebné individuální péče. Tyto výsledky ukazují, že hypotéza ve které předpokládáme, že činnosti, určené lékařem přesahující kompetence sester, neumožňují sestrám poskytovat ošetrovatelskou péči zaměřenou na saturaci a uspokojování potřeb pacienta, se také nepotvrdila. Musím říci, že mne tyto výsledky velmi překvapily. Sama z praxe vím, že je práce sestry náročná i bez toho, aniž by sestra vykonávala ještě činnosti na víc. Málokdy se stane, že by sestra pečovala pouze o jednoho pacienta, a uspokojit všechny jeho potřeby, a to nesmím zapomínat na uspokojování psychických potřeb, které zaberou nejvíce času, protože pacient je v cizím prostředí, v situaci, kdy si neumí sám pomoci a je odkázán na pomoc cizího člověka, je velmi obtížné. Sami víme, jak je těžké si k někomu vybudovat důvěru a v nemocnici se to po pacientovi žádá ihned. Dále pak sestra musí zajistit přípravu pacienta na výkony, vyšetření, splnit ordinace od vizity, mnohočetnou administrativu atd. Proto bych čekala, že více sester odpoví, že přenášení kompetencí z lékařů na sestry jim komplikuje péči o pacienta a uspokojování jejich potřeb. Doufám, že jsou tyto výsledky dány tím, že dnešní sestry si umí perfektně zorganizovat péči o pacienta a zahrnout do ní

všechny činnosti, i ty nad rámec jejich pravomocí a na kvalitní uspokojování potřeb pacienta to nemá žádný vliv.

Třetím cílem stanoveným v práci bylo zjistit názor lékařů na uplatnění vyhlášky v praxi. Tento cíl byl taktéž splněn. Zjistili jsme, že 12 (18,2 %) lékařek/řů si myslí, že vyhláška 424/2004 Sb. je v praxi přínosná, protože přesně vymezuje činnosti sester, 18 (27,3 %) si jich myslí, že je přínosná, ale v praxi se úplně nedodržuje. 7 (10,6 %) lékařek/řů si myslí, že není potřeba a 29 (43,9 %) neví, protože nezná její zaměření.

Ačkoliv se najde 36,4 % lékařek/řů, kteří by na sestru delegovali některé své kompetence (viz tabulka 20), jako např. hodnocení monitoru a aplikování léků dle schématu (19,7 %), aplikace transfúze bez dohledu lékaře (10,6 %) nebo 3 % lékařek/řů by na sestru delegovalo administrativní výkony či objednávání pacientů na vyšetření, výkon. Toto téma bylo rozebíráno již výše. Ve výzkumném šetření se našly i názory ze stran lékařů/ek, že sestra naopak vykonává úkony, které přesahují rámec její profese. Tento názor sdílelo 28,8 % lékařek/řů. Nejvíce upozorňují na velké množství administrativní práce, dále pak na podávání informací pacientovi sestrou a na úkony sester pracujících u záchranné zdravotnické služby (viz tab. 22). Poslední dva úkony nebyly bohužel blíže specifikovány. Většina lékařek/řů (71,2 %) se však domnívá, že kompetence, které sestra dle zákona vykonává, nejsou nad rámec jejího vzdělání a její profese. Většina lékařek/řů (63,6 %) by ani žádné ze svých kompetencí sestrám nepředalo.

Samy sestry uvádějí, že podle nich lékaři hodnotí jejich kompetence na hodnotící škále nejčastěji jako dostačující a vhodné pro péči o pacienta. (viz tab. 30, 31). Tímto se potvrdila pátá hypotéza.

6. Závěr

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda mají lékaři povědomí o existenci a o obsahu vyhlášky 424/2004 Sb. Tento cíl byl splněn. K tomuto cíli jsme stanovili hypotézu, kde jsme předpokládali, že lékaři vědí o existenci a obsahu vyhlášky 424/2004 Sb. Ze získaných výsledků vyplývá, že hypotéza H1: Lékaři vědí o existenci a obsahu vyhlášky 424/2004 Sb. se nepotvrdila.

Druhým cílem, který jsme zjišťovali v rámci výzkumu, bylo zjistit názor lékařů na uvedené kompetence. Druhý cíl byl také splněn. K tomuto cíli jsme stanovili tři hypotézy. První hypotéza byla, že lékaři nejsou seznámeni s významem kvalifikačního studia, které je podepřeno získáním kompetencí určených ve vyhlášce 424/2004 Sb. Tato hypotéza se nepotvrdila. Hypotéza H3: Činnosti, které požadují lékaři po sestrách, přesahují jejich kompetence určené vyhláškou 424/2004 Sb., se také nepotvrdila. Hypotéza H4: Činnosti, určené lékařem přesahující kompetence sester, neumožňují sestráм poskytovat ošetrovatelskou péči zaměřenou na saturaci a uspokojování potřeb pacienta se nepotvrdila.

Třetím cílem stanoveným v práci, který se také splnil, bylo zjistit názor lékařů na uplatnění vyhlášky v praxi. Hypotéza H5: Lékaři nepocítují potřebu ke změně kompetencí sester byla potvrzena.

O výsledky šetření již projevily zájem hlavní sestry z některých nemocnic, se kterými jsme v rámci výzkumného šetření spolupracovali. Myslíme si, že by se pomocí námi zjištěných dat dalo snížit přenášení lékařských kompetencí na sestry. Samy sestry, které se na tomto šetření podílely, navrhly některá opatření proti tomuto přenášení kompetencí, která by se dala v praxi využít (viz tab. 41). My bychom na základě těchto výsledků chtěli vytvořit seznam nejčastějších kompetencí, které sestry vykonávají nad rámec svého vzdělání a poskytnout ho vrchním a staničním sestráм, které budou informovat nejen sestry ale i lékaře. Domníváme se, že si tak sestry lépe uvědomí, které kompetence mohou v rámci svého vzdělávání vykonávat a snadněji odmítnou lékaře/ři tento úkon odmítnout. A lékařky/ři si možná pak snáze uvědomí rizika spojená s delegováním jejich kompetencí na sestry.

7. Literatura

1. ALEXANDER, MARGARET F. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN : zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů : ČAS, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
2. ANDRÝSOVÁ, L. *Výzkumy prestiže*. [on line] [18.3.2009] dostupné z: http://www.sscr.wz.cz/seminarky4/andrysova_vyzkumyprestize.doc
3. BARTLOVÁ, S. *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice*. In *Sestra*, 2007. roč. 17. č. 3. s. 11. ISSN 1210-0404.
4. BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 117 s. ISBN 80-7013-391-0.
5. BARTLOVÁ, S. *Vztah sestra-lékař*. In *Sestra*, 2004. roč. 14. č. 2. s. 11. ISSN 1210-0404.
6. BARTLOVÁ, S. MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
7. BARTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2. (dotazník)
8. BIČÁKOVÁ, O. *Účast sestry na celoživotním vzdělání*. In *Sestra*. 2008. roč. 18. č. 12. ISSN 1210-0404.

9. BŘEZINOVÁ, J. *Povolání sestra*. In *Sestra*, 2006. roč. 16. č. 11. s.57 s. ISSN 1210-0404.
10. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Národní legislativa*. [on line] [15.1.2009] dostupné z: <http://www.cnna.cz/tiskoviny/narodni-legislativa>
11. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis České lékařské komory č. 10, Etický kodex*. [on line] [10.4.2009] dostupné z: <http://www.clk.cz/zakpred/predpis10.html>
12. ČTVRTLÍKOVÁ, M. *Osobnost sestry, vztah sestry k nemocnému. Ošetřovatelství na prahu 3.tisíciletí*. 1 vyd. Velká Bystřice: Galén, 2000, 142 s. ISBN 80-86257-21-5.
13. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství-Teorie*. 1 vyd., Osvěta: Martin 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
14. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5: manuálek o etice pro zdravotní sestry – praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno. 2003. 46 s.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
17. HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 583 s. ISBN 80-7367-13-9.
18. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 57 s. ISBN 80-85866-52-2.

19. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999. 122 s. ISBN 80-7042-318-8
20. JICÍNSKÁ, K. *Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry*. In: *Sestra*. 2008, roč. 18. č. 02. s. 15-16. ISSN 1210-0404.
21. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
22. KOHOUTOVÁ, I. *Koncepce ošetrovatelství. Nové trendy v ošetrovatelství III, Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, III. Jihočeské oše dny, 23.- 24. 9. 2004, ZSF JCU. České Budějovice: Jihočeský inzerť expres, 2004. ISBN 80-7040-705-0.*
23. KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2006. 142 s. ISBN 80-86429-57-1.
24. LEMON. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997, 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
25. MACMILLAN, K., HOPS, S., MACDONALD, J. *The nursing fellowship program*. The Canadian Nurse, 1994.
26. MADEJOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro bakalářské studium 1.díl*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1998. 200 s. ISBN 80-7042-316-1.
27. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, I. Díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

28. MÁDLOVÁ, I. *Vzdělávání všeobecných sester v České republice po vstupu do Evropské unie*. [on line] [cit. 30.10.2008]. Dostupné z:
<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=9>.
29. MÁŠOVÁ, H. *České zdravotnictví: vize a skutečnost: složité peripetie od plánů k realizaci*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.
30. MERHAUTOVÁ, I. *Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech*. In Sestra, 2008. roč. 18. č. 10. s. 10 ISSN 1210-0404.
31. MIČUDOVÁ, E. *Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti*. In: Sestra. 2007. roč. 17. č. 05. s. 20. ISSN 1210-0404.
32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Platná znění právních předpisů*. [on line] [25.1.2009] dostupné z:
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Categories/961-platna-zneni-pravnich-predpisu.html>
33. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Platná znění právních předpisů, zákon č. 95/2004 Sb.* [on line] [8.4.2008] dostupné z:
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/965-952004-sb.html>
34. NERUDOVÁ, I.: *Moderní sestra v moderní době*. [on line] [cit. 9.8.2008]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=161>
35. PLEVOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z historie ošetřovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.

36. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství. Koncepce českého ošetrovatelství*. 2. vydání přepracované, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
37. ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Ošetrovateľství I/1*. 2.vyd. Praha: Informatorium, 1999. 233 s. ISBN 80-86073-39-4.
38. ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing, 2006. 86 s. ISBN 80-247-1503-1.
39. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 247 s. ISBN 80-7254-424-1.
40. SCHAFFELHOFFEROVÁ, L. *Míra ošetrovateľské zátěže na Oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice, a.s.* 2007. BP. Vedoucí práce Brabcová, I.
41. SCHREIBER, V. *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje*. 1.vyd. Praha : Academia, 2000. 207 s. ISBN 80-200-0822-5.
42. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství. Jak se může registrovat v České asociaci sester*. 1. vydání, Brno: IDV PZ, 2001. s. 73. ISBN 80-7013-330-9.
43. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
44. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 41 s. ISBN 80-7013-368-6.

45. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství : Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 1996. 193 s.
ISBN 80-7184-243-5.
46. *Stavovský předpis č. 16 České lékařské komory*. [on line] [5.3.2009] dostupné z:
http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_I_D,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=81942
47. ŠIMEK, J. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí, Image sestry-Sociálně psychologické aspekty sesterské profese*. 1 vyd. Velká Bystřice: Galén, 2000, 142 s. ISBN 80-86257-21-5.
48. TABERY, P. *Prestiž povolání*. [on line] [15.2.2009] dostupné z:
http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100819s_eu80829.pdf
49. TÓTHOVÁ, V. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*. 1. vyd. Tiskárna Vlastimil Johanus, 2008. 310 s. ISBN neuvedeno.
50. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
51. VÍZKOVÁ, A. *Vztah sestra - lékař v současném systému zdravotnictví*. 2008. DP. Vedoucí práce Bártlová, S.
52. VOKURKA, S. *Kdo má patent na rozum*. In Florence 2006. roč. 2. č. 11. s. 16. ISSN 1801-464X.
53. *Vyhláška kompetence 424/2004*. [on line] [5.12.2008] dostupné z:
http://www.cszt.cz/96/424_znenie.htm

54. *Zákony ČR online. Zákon č.96 – novelizace.* [on line] [8.1.2009] dostupné z:
[http://www.zakony.cz/?sekce=zakony&akce=prihlaseniSMS&odkaz=096/2004%
20Sb](http://www.zakony.cz/?sekce=zakony&akce=prihlaseniSMS&odkaz=096/2004%20Sb)

8. Klíčová slova

Kompetence

Lékař

Sestra

Partnerství

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Část vyhlášky 424/2004 Sb.

Příloha 2 Dotazník pro lékařky/ře

Příloha 3 Dotazník pro sestry

VYHLÁŠKA

ze dne 30. června 2004,

kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. f) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních):

ČÁST PRVNÍ OBECNÁ USTANOVENÍ

§ 1

Předmět úpravy

Tato vyhláška stanoví v souladu s právem Evropských společenství¹⁾ činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

§ 2

Vymezení pojmů

(1) Pro účely této vyhlášky se rozumí

- ošetřovatelskou péčí soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb
- a) změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti,
- základní ošetřovatelskou péčí ošetřovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům nad 6 let věku, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu, pokud není dále
- b)

uvedeno jinak,

- c) specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péčí se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace, a dále základní ošetrovatelská péče podle písmene b) poskytovaná dětem do 6 let věku,
- d) vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí, a dále specializovaná ošetrovatelská péče podle písmene c) poskytovaná dětem do 6 let věku,
- e) specifickou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče (například ošetrovatelská péče poskytovaná při radiologických výkonech nebo při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy),
- f) indikací pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu,
- g) ošetrovatelským procesem zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace,
- h) specializovaným postupem postup, metoda nebo výkon při poskytování zdravotní péče, které jsou náročné z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení nebo jsou používány při zdravotní péči poskytované pacientům uvedeným v písmenu d) a kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání²⁾, včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů,
- i) standardem písemně zpracovaný postup lege artis, tj. postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředku jiného ústředního správního úřadu, správnou laboratorní praxí postup v laboratoři, který odpovídá právním předpisům, normám ČSN, případně normám CEN a ISO nebo standardům upravujícím činnosti zajišťované laboratořemi ve zdravotnických zařízeních, včetně dodržování programu zajišťování a zlepšování jakosti; toto vymezení správné laboratorní praxe se nevztahuje na správnou laboratorní praxi v oblasti léčiv, která je upravena zvláštním právním předpisem³⁾,
- k) zdravotnickým přístrojem přístroj, který je zdravotnickým prostředkem podle

zvláštního právního předpisu⁴⁾,

klinickou odpovědností za lékařské ozáření⁵⁾ odpovědnost za jednotlivé lékařské ozáření, kterou nese aplikující odborník, zahrnující zejména odpovědnost za odůvodnění lékařského ozáření, jeho optimalizaci a klinické hodnocení, praktickou spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky včetně získávání informací o předchozím vyšetření, poskytování radiologických informací nebo záznamů jiným aplikujícím nebo indikujícím odborníkům na jejich žádost, popřípadě za poskytování informací o riziku ionizujícího záření pacientům a jiným dotčeným osobám,

- l) praktickou částí lékařského ozáření konkrétní provedení lékařského ozáření a všechny podpůrné činnosti s tím související, včetně manipulace a používání radiologického vybavení, hodnocení technických a fyzikálních parametrů, včetně dávek záření, kalibrace, údržby vybavení, přípravy a podávání radiofarmak a vyvolávání filmů,

- m) aplikujícím odborníkem pro lékařské ozáření (dále jen "aplikující odborník") lékař, zubní lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který je způsobilý podle této vyhlášky nebo podle zvláštního právního předpisu⁶⁾ převzít klinickou odpovědnost za lékařské ozáření,

- n) lékařem indikujícím lékařské ozáření (dále jen "indikující lékař") každý ošetřující lékař nebo zubní lékař, který doporučuje aplikujícímu lékaři pacienta k lékařskému ozáření se svým písemným odůvodněním,

- o) zabezpečováním jakosti všechna plánovaná a systematická opatření nezbytná pro poskytnutí odpovídajících záruk za uspokojivé fungování zařízení, systémů, komponentů nebo postupů v souladu se schválenými standardy,

- p) určenou osobou zákonný zástupce pacienta nebo jiná osoba, kterou pacient nebo jeho zákonný zástupce určí.

(2) Definice výkonu činností bez odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením jsou upraveny zvláštním právním předpisem⁷⁾.

ČÁST DRUHÁ

ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,

- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy⁸⁾,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů⁹⁾, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 21 až 26 do doby získání specializované způsobilosti nebo prokázání výkonu praxe podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti uvedené v odstavci 1 pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru.

(3) Zdravotnický pracovník uvedený v § 27 až 40 po získání odborné způsobilosti¹¹⁾ pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.

(4) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené zvláštním právním předpisem¹²⁾.

§

4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské

praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),

- b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- d) zajišťuje herní aktivity dětí,
- e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování,
- h) to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce
- k) sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
- m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek¹³⁾, (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

- a) podává léčivé přípravky¹³⁾ s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u

novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

- b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře, provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou,
- f) případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵⁾, spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶⁾ a dále bez odborného
- b) dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

Zdroj: Vyhláška 424/2004 Sb. (53)

Příloha 2

Dotazník pro lékařky/ře

Vážená paní doktorko/ pane doktore,

jmenuji se Iveta Sladká a chtěla bych Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky postoje lékařů ke kompetencím sester ze zákona. Výsledky použiji pro svoji diplomovou práci v rámci studia ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dotazník je anonymní a se všemi informacemi budu nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb.

O ochraně osobních údajů. Odpovědi, prosím, zaškrtněte nebo doplňte dle nabídnutých možností a svého uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Kolik je Vám let?

- ☐ 25-30 let
- ☐ 31-40 let
- ☐ 41-50 let
- ☐ 51-60 let
- ☐ 61 a více let

2. Jste?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

3. Kolik let vykonáváte povolání lékaře/řky?

- ☐ do 5 let
- ☐ do 10 let
- ☐ do 20 let
- ☐ do 30 let
- ☐ 31 a více let

4. V jakém oboru pracujete?

- ☐ Interní obor
- ☐ Chirurgický obor
- ☐ Pediatrie
- ☐ Intenzivní medicína

5. Na jakých stanicích pracujete? Označte všechny stanice na kterých pracujete.

- ☐ Standardní – interna
- ☐ Standardní – chirurgie
- ☐ Dětské oddělení
- ☐ JIP/ARO
- ☐ Ambulance
- ☐ Operační sál

6. Jste seznámen s tím, na co je zaměřena vyhláška 424/2004 Sb.?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

7. Podle Vás jste s obsahem vyhlášky 424/2004 Sb. seznámen?

- ☐ Detailně
- ☐ Velmi dobře
- ☐ Rámcově
- ☐ Velmi málo
- ☐ Vůbec

8. Jaké má podle Vašeho názoru využití vyhláška 424/2004 Sb. v praxi?

- ☐ Je přínosná, přesně vymezuje činnosti sester
- ☐ Je přínosná, ale v praxi se úplně nedodrží
- ☐ V praxi není potřeba
- ☐ Nevím, neznám její zaměření

9. Zaznamenal jste nějaký vývoj ošetrovatelské profese při své běžné praxi?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

10. Je Vám známo, kde mohou sestry získávat kvalifikaci pro svou práci?

☐ Ano

☐ Ne

11. Myslíte si, že sestra potřebuje kvalifikaci pro svou práci?

☐ Ano

☐ Ne

12. Pokud ano, kde by ji měla podle Vás získávat?

☐ Zdravotnické lyceum

☐ Vyšší odborná škola

☐ Vysoká škola – Bc.

☐ Vysoká škola – Mgr.

13. Jste seznámen s rozsahem kompetencí všeobecné sestry dle zákona?

☐ Ano

☐ Ne

14. Vnímáte sestry jako rovnocenné partnery při péči o pacienta?

☐ Ano.....(Uveďte proč)

☐ Ne.....(Uveďte proč)

☐ Některé.....(Uveďte, prosím, které sestry)

15. Konzultujete se sestrami ošetrovatelskou část péče o pacienta?

☐ Ano

☐ Ne

16. Pokud jste odpověděl/a ANO. Zajímá Vás názor sestry?

☐ Ano

☐ Ne

17. Pověřujete sestry úkoly nad rámec jejich kompetencí?

☐ Ano

☐ Ne

18. Pokud jste odpověděl/a ANO. Jak často takto činíte?

- ☐ Při každé směně
- ☐ Mám-li hodně práce
- ☐ Někdy
- ☐ Málokdy
- ☐ Jiné

19. Předal/a byste některé své kompetence sestřám?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

20. Pokud jste odpověděl/a ANO. Uveďte, prosím, které ze svých kompetencí byste předal/a sestřám?

.....

21. Myslíte si, že sestra provádí kompetence nad rámec její profese?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

22. Pokud Ano, které kompetence tento rámec její profese přesahují?

.....

Příloha 3

Dotazník pro sestry

Vážená sestro,

jmenuji se Iveta Sladká a chtěla bych Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky postoje lékařů ke kompetencím sester ze zákona. Výsledky použiji pro svoji diplomovou práci v rámci studia ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dotazník je anonymní a se všemi informacemi budu nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů. Odpovědi, prosím, zaškrtněte nebo doplňte dle nabídnutých možností a svého uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Kolik je Vám let?

- ☐ do 30 let
- ☐ 31-40 let
- ☐ 41-50 let
- ☐ 51- 60 let
- ☐ 61 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ Středoškolské
- ☐ PSS
- ☐ Vyšší odborné
- ☐ Vysokoškolské - Bc.
- ☐ Vysokoškolské - Mgr.

3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- ☐ Do 5 let
- ☐ 6-10 let
- ☐ 11-15 let
- ☐ 16-20 let
- ☐ 21 a více let

4. Na kterém oddělení pracujete?

- ☐ Standardní - interní
- ☐ Standardní - chirurgické
- ☐ JIP
- ☐ ARO
- ☐ jiné

5. Myslíte si, že mají lékaři povědomí o existenci vyhlášky 424/2004 Sb.?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

6. Myslíte si, že mají lékaři povědomí o obsahu vyhlášky 424/2004 Sb.?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

7. Myslíte si, že lékaři preferují:

- ☐ Péči sestry zaměřenou na výkon
- ☐ Péči sestry zaměřenou na pacienta

8. Jak si myslíte, že lékaři hodnotí Vaše kompetence? Uveďte, prosím na škále. (0 – nedostačující, 10- vynikající)

0 _____ 10

9. Jak si myslíte, že lékaři hodnotí Vaše kompetence? Uveďte, prosím na škále. (0 – nevhodné, 10- maximálně vhodné pro péči o pacienta)

0 _____ 10

10. Požadoval na Vás lékař někdy výkon nad rámec Vašich kompetencí?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud jste odpověděl/a NE, pokračujte, prosím, otázkami 18 a 19.

11. Uveďte, jakými odbornými úkony, které nespádají do kompetencí všeobecné sestry, jste nejčastěji lékařem pověřená?

.....

12. V případě, že na Vás žádá lékař úkon nad rámec Vašich kompetencí daných zákonem, zajistí Vám pro to efektivní zaškolení?

☐ Ano

☐ Ne

13. Uveďte prosím, jak často na Vás lékař přenáší své kompetence?

☐ každou směnu

☐ často

☐ někdy

☐ málokdy

14. Odmítla jste někdy lékaři vykonat úkon, který nespadá do Vašich kompetencí?

☐ Ano(uveďte, prosím, který úkon)

☐ Ne(uveďte, prosím, který úkon)

15. Pokud Ano, jak se lékař zachoval po tom, co jste odmítla úkon nad rámec Vašich kompetencí vykonat?

☐ Nevadilo mu to

☐ Překvapilo ho to

☐ Byl nepříjemný

☐ Vynadal mi

☐ jiné

16. Vadí Vám, že na Vás lékaři přenášejí své kompetence?

☐ Ano

☐ Ne

17. Pokud jste odpověděl/a Ano. Omezuje Vás to nějak ve vykonávání práce, která spadá do Vašich kompetencí?

☐ Nijak mě to neomezuje

☐ Trochu mě to omezuje

- ☐ Omezuje mě to ve vykonávání ošetrovatelské péče
- ☐ Nestíhám práci v rámci svých kompetencí
- ☐ Nemám čas na pacienta

18. Z jakých důvodů podle Vás lékaři přenášejí své kompetence na sestry?

- ☐ Neznají rozsah kompetencí sester
- ☐ Usnadňuje jim to práci
- ☐ Jiné

19. Jak by se, podle Vás, dalo zabránit přenášení těchto lékařských kompetencí na sestry? Uveďte, prosím.

.....