

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Status sestry dnes a v budoucnosti

Diplomová práce

Autor: Bc. Martina Kozáková
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Valérie Tóthová, PhD., RN
Datum odevzdání: květen 2007

Abstract

In the Czech Republic nowadays the status of a medical nurse represents a fairly actual topic. It is a profession where many changes had to be undertaken during a few years beginning with scholars education up to a graduation of a nurse and their responsibilities. Many changes are also taking place currently in the public image of a nurse, although Czech nurses in comparison with their western European colleagues are by far under-rated professionally. A nurse not only plays the role of a caretaker and a helper but is also an individually thinking and decision-making professional who has received a proper education and has his or her competence bound by the jurisdiction.

The theoretical part focuses on the status of a nurse from the sociological viewpoint, on its development from a historical perspective, on changes taking place in the present and stretching to the future and on the trends we might expect in this profession. The practical part contains information obtained by the research which focused on the perception of the status of a nurse by patients, nurses and physicians.

The aim of this graduation research was to question nurses in the Czech Republic about their contentment with their current status and explore their future visions, furthermore to obtain opinions on the topic from both patients and physicians. The H1 hypothesis was: nurses are not content with their current social status. The H2 hypothesis was: the ideas of a nurse about his or her future status in the society are positive. The H3 hypothesis was: the assessment of the status of a nurse by a patient is negative. The H4 hypothesis: physicians do not follow the current status of a nurse. The H5 hypothesis was: physicians do not display any interest in following the status of a nurse in the future.

The primary aims laid out were accomplished during the research. The H1 hypothesis proved correct since the results obtained showed that nurses were not content with neither physicians' nor patients' approach towards nurse's profession. The H2 hypothesis proved correct. Nurses have positive ideas about their profession in the future, feel confident in their skills and abilities and in accepting a new future competence. The H3 hypothesis did not prove correct. The research showed that nearly half of the patients had no specific ideas about the current issues in nursing and the

status of a nurse. The rest of the subjects in this group, however, perceive the profession as an important one. The H4 hypothesis proved to be correct. Physicians do not deal with nursing. They rather see a medical nurse as not being currently eligible for accepting new responsibilities, and perceive the present position of a nurse as an adequate one. The H5 hypothesis proved correct. The physicians are not interested in the status of a nurse and mostly expect nurses to be subordinate to a physician in the future.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citovaných použitých zdrojů.

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

3. 5. 2007 v Českých Budějovicích

.....

Martina Kozáková

Poděkování:

Děkuji doc. PhDr. Valérii Tóthové, PhD, R.N. za laskavé vedení mé práce, odborné konzultace a cenné rady k mé práci.

Obsah:

Úvod	3
1 Současný stav.....	4
1.1 <i>Pojem status.....</i>	4
1.1.1 Status sestry.....	4
1.1.1.1 Faktory ovlivňující status sestry.....	6
1.1.1.2 Požadavky na výkon povolání.....	7
1.1.2 Status sestry v minulosti.....	8
1.2 <i>Stručná historie sesterského povolání.....</i>	9
1.2.1 Historie ve světě.....	10
1.2.2 Historie v českých zemích.....	12
1.3 <i>Genderová problematika vztahu pohlaví a postavení.....</i>	13
1.4 <i>Výběr povolání sestry.....</i>	15
1.5 <i>Role sestry.....</i>	16
1.5.1 Role sestry v současnosti.....	17
1.5.2 Osobnost sestry.....	20
1.6 <i>Etický kodex sestry.....</i>	22
1.7 <i>Pracovní vztahy.....</i>	23
1.7.1 Změna vztahu sestra – lékař.....	24
1.7.2 Změna vztahu sestra – pacient.....	24
1.8 <i>Image sestry.....</i>	25
1.8.1 Interní image.....	25
1.8.2 Externí image.....	26
1.8.3 Ideální image	26
1.9 <i>Vývoj profesionalizace a transformace v ošetrovatelství.....</i>	27
1.9.1 Profesionalizace sester.....	28
1.9.2 Transformace ošetrovatelství.....	29
1.9.3 Profesní organizace.....	31
1.10 <i>Koncepce českého ošetrovatelství.....</i>	32

1.10.1 Legislativa určující výkon profese.....	33
1.10.2 Aktuální problémy ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	34
1.11 Strategie pro změnu statutu sester.....	34
1.12 Sestra budoucnosti.....	35
2 Cíle práce a hypotézy.....	39
2.1 Cíle práce.....	39
2.2 Hypotézy.....	39
3 Metodika práce a charakteristika souboru.....	40
3.1 Metoda a technika výzkumu	40
3.2 Charakteristika výzkumných souborů.....	40
4 Výsledky.....	42
4.1 Výsledky souboru A.....	42
4.2 Výsledky souboru B.....	49
4.3 Výsledky souboru C.....	57
4.4 Porovnání souborů.....	65
5 Diskuse.....	70
6 Závěr.....	78
7 Seznam použitých zdrojů.....	79
8 Klíčová slova.....	84
9 Přílohy.....	85

Úvod

Pro téma Status sestry dnes a v budoucnosti jsem se rozhodla na základě mého zájmu o tuto problematiku během celého studia ošetrovatelství. Považuji ho za velice atraktivní a zejména adekvátní dnešní době, kdy ošetrovatelství prochází v naší zemi převratným vývojem, sestry získávají nové kompetence a stávají se partnery lékařů. Stále vychází nové legislativní předpisy týkající se povolání sestry, je snaha o zvýšení prestiže sester a tím i zvýšení jejich vzdělání.

Při bližším zkoumání statutu sestry v České republice se však zdá, že jak laická, tak i lékařská veřejnost stále nepostřehla, že sestra není pouze ošetrovatelkou a robotem plnícím požadavky lékaře, ale též samostatně myslící, rozhodující bytostí, vzdělanou, se svými legislativně podpořenými kompetencemi. Toto by si měly sestry uvědomit a pracovat na vhodné prezentaci na veřejnosti, zejména v médiích, která obraz našeho povolání dosti zkreslují, bohužel však negativním směrem.

Po nastudování problematiky statutu sester se domnívám, že jsem pronikla dosti hluboko, abych nastínila hlavní problémy sester v České republice související s jejich statutem a porovнала se zahraničím. Touto prací bych chtěla pomoci při propagaci našeho povolání na veřejnosti tak, aby se sestry staly plnohodnotným členem zdravotnického týmu.

V teoretické části jsem se zaměřila na status sestry ze sociologického hlediska, na jeho vývoj v historickém kontextu, na změny probíhající v současnosti a dopadající na budoucnost a také na předpokládaný rozvoj profese v budoucnosti.

Praktická část obsahuje informace získané ve výzkumu zaměřeného na vnímání statutu sester pacienty, sestrami a lékaři. Zpracovala jsem zde cíle a hypotézy, na něž navazuje sama výzkumná činnost.

1 Současný stav

1.1 Pojem status

Status označuje postavení člověka ve společnosti, jeho pozici v sociální struktuře. Mezi různými statusy panují různé vztahy, ty určuje sociální role. (36)

Je to míra prestiže, to znamená společenské úcty a důstojnosti, jakou požívá určitá skupina v očích ostatních členů společnosti. Bývá spojována s charakteristickým životním stylem či způsobem chování, který je od členů té které skupiny očekáván ostatními. Někteří autoři považují prestiž spíše za jeden z ukazatelů statutu, spolu s profesí, příjmem, vzděláním, atd. (14, 19)

Rozeznáváme status vrozený (pohlaví, rasa), dále status připsaný, což je postavení získané bez vlastního přičinění, např. šlechtický predikát; a neposlední řadě statutem získaným se rozumí socioekonomická pozice jedince ve společnosti, např. zaměstnání, dosažené vzdělání. (36)

Sociální postavení je určováno různými, pro společnost však významnými hledisky. Míra prestiže je relativně nezávislá na politické a ekonomické moci (např. lékař má ve společnosti vyšší status než majitel nightclubu, ačkoliv má nižší příjmy). Ovlivňuje ji však např. dosažené vzdělání, vliv, moc, dosahované příjmy, životní styl, apod. (19)

1.1.1 Status sestry

Status sester určuje jejich postavení ve společnosti, vychází z vnímání jejich profese společností. Je ovlivněn několika souvislostmi. Ty se vyskytují v různých kombinacích a síle. Jedná se o moc sester, jejich postavení, dominantní postavení lékařů, ekonomické zdroje. Vyskytující se relativní nedostatek sester je možné vysvětlit i nízkou prestiží profese. V sociologických šetřeních zaměřených na prestiž se však sestry umísťují na předních místech v žebříčku – toto značí jeho vysokou pozici i prestiž, i když celková image se mění jen pomalu. Sestry musí pracovat na upevnění

současné pozice a zároveň na změně image. Musí své povolání rozvíjet na takové profesionální úrovni, aby zvládly novou roli sesterské profese. (12)

Povolání je zdrojem postojů, které k jedinci zastává okolí, zejména při prvním setkání a ve veřejném prostoru. (35)

Se společenským statutem také souvisí, jak jsou sestry ve svém povolání spokojeny. Většinou se svou prací spokojeny jsou, a to zejména starší sestry s praxí, zaměstnané v soukromém sektoru. Nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje spokojenost v práci, jsou dobré vztahy na pracovišti. Nespokojenost naopak vyvolává špatné finanční ohodnocení. To stojí za úvahu stran managementu nemocnic, neboť spokojenost s prací přímo ovlivňuje kvalitu práce sester, snižuje riziko chyb, kterých se mohou v rámci výkonu povolání dopustit a ovlivňuje i jejich celkové postoje k povolání. Sestry nespokojené s prací se mohou chovat neadekvátně, mít špatnou pracovní morálku, odpor ke změnám v rozvoji ošetrovatelství nebo mohou podat výpověď. (6)

Ve vnímání statusu sestry začíná v dnešní době hrát roli také globalizace v ošetrovatelství. Po celém světě se šíří infekční nemoci, roste konzumace zdravotní péče zejména v oblasti chirurgie, atd. V důsledku toho se zvyšuje mobilita pacientů, kteří cestují buď za kvalitnější, či levnější zdravotnickou péčí. Na druhé straně roste i mobilita zdravotníků, jak sester, tak lékařů, kteří směřují z méně rozvinutých oblastí do oblastí vyspělejších. Zdravotníci mají jistá očekávání, která by jim měla nová země splnit. Ta často zůstávají nenaplněna. Takto vznikají nerovnosti ve zdravotní péči a zklamání sester. (13)

„Ustarané a nešťastné sestry nechtějí být propuštěny, a také nebudou propuštěny, protože jsou ignorovány.... Zvětšující se komplex z role sestry, alarmující poměr pomocného personálu vůči sestrám, a další problémy. Tyto faktory by měly působit na členy zdravotnického týmu – ti by se měli zajímat o hledání řešení vzrůstajících problémů ve zdravotnických zařízeních.“ Tento článek byl otisknut v roce 1966 v Ohio Nurses Review. A i po takové době sestry stále řeší tytéž problémy. Jejich místa jsou v zahraničí obsazována levnějším a méně vzdělaným pomocným personálem

bez registrace. Registrované sestry nejsou dostatečně ohodnoceny a oceněny. Jediná skupina, která tento stav může změnit, jsou samy sestry. (15)

Dle výzkumu Bártlové, publikovaném v roce 2005 s počtem 1040 respondentů v České republice hodnotí sestry svůj status takto: vlastní životní úroveň vnímají jako průměrnou. Jako statisticky významná se zde projevila vazba na vzdělání, jelikož sestry s vyšším vzděláním častěji označují svou životní úroveň jako spíše vyšší. Společenskou prestiž povolání hodnotí polovina dotázaných sester jako průměrnou. Snaha o zvyšování prestiže sester jako sociální skupiny je spojena s požadavkem vysokoškolské kvalifikace. Nová koncepce vzdělávání sester (zákon 96/2004, viz příloha č.3) vychází ze snahy o profesionalizaci profese sestry, která je spojena i s vyšší prestiží povolání. (6)

O zvýšení prestiže své sociální skupiny však musí sestry bojovat samy svým odpovědným a odpovídajícím chováním, neboť prestiž musí být vybojována, nikoliv přidělena! (40)

Je potřeba, aby se provedla opatření ve třech hlavních oblastech – zlepšování veřejného zdraví, zajištění dostupnosti péče pro všechny, nabídka nadstandardní péče za úhradu. Ve všech těchto oblastech musí hrát důležitou roli sestry, které však musí být dostatečně a kvalitně vzdělané, které mohou dosahovat nejen uspokojení z práce, ale budou i kvalitněji pracovat a zvyšovat standard kvality ošetrovatelské péče. (13)

1.1.1.1 Faktory ovlivňující status sestry

Status sestry je ovlivněn několika faktory. Prvním je ekonomika státu. Neexistuje přímá úměra mezi rozsahem ošetrovatelské praxe a sociálně ekonomickým vývojem země. Jsou chudé rozvojové země, kde hlavní roli hraje ošetrovatelství, sestry poskytují samostatně primární péči a řídí zdravotnické služby, stejně tak však jsou i země na stejné úrovni ekonomiky, kde sestry jsou využity minimálně. Stejná situace je i v zemích ekonomicky rozvinutých, někde mají sestry nízké vzdělání a jsou prakticky bez pravomocí, jinde zase najdeme ošetrovatelství na vysoké úrovni. (27)

Druhým faktorem jsou požadavky konzumentů ošetrovatelské péče. Lidé jsou dnes vzdělanější a mají více informací než v minulosti. Více se zapojují do rozhodování o ošetrovatelské péči. (24)

Status sester také ovlivňuje počet lékařů a rozsah jejich praxe. V oblastech, kde je lékařů nadbytek, jsou pravomoci a role sester potlačeny. Tam, kde je lékařů málo, stoupá význam ošetrovatelské profese, jelikož sestry zajišťují primární péči samostatně.

Dalším problémem je nedostatek moci = schopnosti ovlivňovat chování jiných. Sestry nejsou přizvány k plánování a realizaci na všech úrovních systému zdravotní péče, ačkoliv tento požadavek je zakotven v několika rezolucích WHO. Na většinu rozhodujících funkcí jsou dosazováni lékaři. Vliv ošetrovatelství na vládní úrovni je dobrým indikátorem formální moci, jejíž nedostatek je zřejmý i v dalších oblastech zdravotnického systému, např. v rozhodování ve zdravotnickém týmu. Sestry by měly hledat příležitost k zapojení se do rozhodování například v členství v profesních organizacích, v komunitě, v postupu na vlastním pracovišti, atd. (27, 24)

Dalšími faktory je legislativa v daném státě, demografické složení obyvatelstva, apod. (24)

1.1.1.2 Požadavky na výkon povolání

Sesterské povolání je povolání regulované – jedná se o tak náročnou profesi, že ji může vykonávat pouze jedinec odpovídající přísným požadavkům na vzdělávání i výkon profese, tyto kritéria jsou vymezena zákonnými normami. Týkají se oprávnění k výkonu povolání, které získá adept ve vzdělávací instituci ošetrovatelství – VŠ, VOŠZ. Další kritérium je požadavek celoživotního vzdělávání a odborné náplně práce. Také musí splňovat zdravotní způsobilost a bezúhonnost, což prokazuje výpisem z trestního rejstříku. (45, 47)

Registrace opravňuje k výkonu povolání bez odborného dohledu. Tuto způsobilost získá sestra po prokázání praxe a předložení 40 kreditů z účasti na celoživotním vzdělávání. Osvědčení se vydává na dobu 6 let. Absolventky VŠ či

VOŠZ ho do 18 měsíců od získání kvalifikace dostávají ihned bez získaných kreditů, ale pouze na dobu 4 let. (47)

1.1.2 Status sestry v minulosti

V historii bylo ošetřovatelství velice málo prestižní s nízkým sociálním postavením pečovatelů. Tento stav byl zapříčiněn zejména jeho charitativním zaměřením postrádajícím profesionalitu. Stavovský status nebyl reprezentován ani uniformou – její vznik se datuje do období 18. stol. a vzniku prvních nemocnic. Ještě po roce 1945 bylo v platnosti vládní nařízení z roku 1927, které nařizovalo neomezenou pracovní dobu, nízký plat, povinné bydlení a strava v nemocnici. (8)

Od 19. stol. se začíná rozvíjet profesionalizace povolání, o emancipaci a společenskou prestiž. Proto bylo nutné s rozvíjením vzdělávání ošetřovatelek, k zdůraznění etické stránky povolání. Postupem času se začaly zlepšovat sociální podmínky sester. Ošetřovatelství se začalo rychle rozvíjet, vzdělávání dostalo systematický charakter, do vedoucích pozic byly delegovány vzdělané ošetřovatelky a skupina se začala stavovsky reprezentovat užíváním jednotného pracovního oděvu – uniformy. V českých zemích začaly uniformy nosit první civilní sestry, absolventky dvouleté Státní ošetřovatelské školy v roce 1918. Do práce používaly uniformu pracovní – bílé šaty se zástěrou a čepcem s černými punčochami a botami, a také uniformu slavnostní – tmavé šaty s bílým čepcem (tuto uniformu nosily též sestry vrchní a představené). Uniformy byly nošeny velice hrdě, jelikož sestry byly velice pyšné na svou profesi a hrdě se k ní hlásily. (40)

Důležitou roli ve vzestupu statusu ošetřovatelství hrálo vzdělání. Diplomované sestry trvale usilovaly o zvyšování kvality jak vzdělání, tak ošetřovatelské péče, snažily se zlepšit sociální podmínky. Vzhledem k jejich kultivovanému chování, píli a profesionalitě a také silné stavovské základně skutečně získaly velice vysokou společenskou prestiž. Té napomáhala také jejich samostatná odborná práce v terénu. (40)

Po roce 1918 se profese sestry výrazně formovala, ačkoliv rozvoj byl komplikován názorem společnosti, že ošetřovatelka potřebuje minimální vzdělání

pro výkon povolání, jelikož se jedná vlastně o charitativní činnost. Nebylo stanoveno legislativou, kdo může tuto profesi vykonávat. (40)

Další rychlý vývoj následoval po roce 1945. Vývoj medicíny a ošetrovatelství vyžadoval profesionalizaci ošetrovatelek, odborné vzdělání a stanovení odborných kompetencí. Došlo k rozdělení ošetrovatelského personálu podle pracovní náplně na řeholní sestry, diplomované sestry, ošetrovatelky. Také se diferencovala samotná ošetrovatelská péče – nemocniční, domácí, péče o dítě, atd. Do roku 1948 se dovršil vývoj profese sestry – stal se moderním oborem. Po roce 1948 se v důsledku politických změn narušil i další pokrok ošetrovatelství, sestry začaly působit zejména v nemocnicích. Důsledkem všech změn byla stagnace vývoje profese. (40)

V období po roce 1948 ošetrovatelské školy zanikly a byly nahrazeny zdravotními, kde se vzdělávaly žákyně ve věku 15 let. Hlavním politickým cílem bylo zastavit všechny stavovské buržoazní znaky a projevy, proto ze svých funkcí byly odvolávány vzdělané sestry, vnější znaky profese byly zrušeny – slavnostní uniforma i oficiální titul Diplomovaná sestra – ošetrovatelka nemocných. Uniforma začala sloužit jako prostý pracovní oděv, pozvolna bylo vytlačováno stavovské povědomí a hrdost k povolání. Ošetrovatelství bylo transformováno v servis pro lékaře zaměřený zejména instrumentálně. Samostatně pracující sestra se stala minulostí. Společenská prestiž profese zmizela. (40)

1.2 Stručná historie sesterského povolání

Současné postavení sester má své opodstatnění v minulosti. Je třeba historii ošetrovatelství znát, jinak nemůžeme pochopit a rozvíjet současné ošetrovatelství. Historie ve většině zemí má společné znaky, ale samozřejmě se i v některých věcech liší. Na rozvoji se podílelo několik faktorů – bylo to zejména náboženství, ale i kultura, sociální změny, rozvoj medicíny, vznik a působení Mezinárodního červeného kříže, ekonomika, politická situace a změny, a v neposlední řadě i války. (20)

1.2.1 Historie ve světě

Současné postavení sester vychází z částečně z historického kontextu. V minulosti bylo ošetrovatelství ovlivněno mnoha směry, zejména náboženskými, kulturními a politickými faktory. Vývoj se nejrychleji projevoval v období válek, vliv měly též vědecké objevy. (12)

Funkci sester zřejmě jako první vykonávali chrámoví sluhové v období rozvoje společnosti, kdy nemocní přicházeli do chrámů, kde se za jejich vyléčení modlili kněží. Další ošetrovatelská péče byla poskytována v rodině matkami, v bohatších rodinách otroky. (12)

Další rozvoj probíhal v období počátků křesťanství v 1. stol. n. l., kdy věřící, kteří chtěli sloužit Bohu, tím vlastně člověku, pomáhali nemocným a nemohoucím lidem. Během 4. st. n. l. se tato péče soustředila do klášterů a členky vyšších společenských vrstev zde pečovaly o pacienty. První řád sester ošetrovatelek (Augustiniánské sestry) byl založen ve středověku – byla to první organizace specializovaná pouze na ošetrovatelské služby. Další a další kláštery byly zakládány při církevních řádech, jejichž členové v nich poskytovali péči, a to tělesnou, psychickou i sociální. (24)

Velký rozkvět ošetrovatelství proběhl za křížáckých válek, kdy vznikaly vojenské ošetrovatelské řády, které poskytovaly péči jak náboženskou, tak i ošetrovatelskou, avšak za velmi přísných vojenských pravidel. Do té doby o raněné vojáky pečovali otroci. (46)

V 17. stol. n. l. vznikl ve Francii založen Sv. Vincentem a Louise de Gras řád charitativních sester, kde probíhalo již i školení ošetrovatelek, zejména venkovských dívek, a to v domácím ošetrovatelství, ošetrovatelských postupech a etice.

Ještě rozšířenější vzdělání rozvinul řád Diakonek, které absolvovaly lékařsky vedenou teoretickou a praktickou průpravu a skládaly zkoušku z farmacie. (20)

Vedle církevních řádů začaly od 17. stol. existovat též nemocnice, které sloužily kromě léčení také ke studiu nemocí a výuce mediků. Sloužily v nich na pozici ošetrovatelek členové nižších vrstev za nízký plat a nízké společenské postavení.

Neprocházeli žádným školením, učili se za provozu od zkušenějších kolegů. Podle toho zde vypadala i péče, kterou mnohdy poskytovali jedinci primitivní či alkoholici. Tyto opatrovníci museli bez výhrad plnit přání lékaře a pečovali hlavně o neduhy tělesné.(20)

Tato péče však nestačila rozvoji medicíny, proto začal být potřeba nový model ošetrovatelství, a to inteligentní pečovatelky schopné se postarat též o duševně nemocné. Proto od konce 18. stol. začíná jakési organizované vzdělávání ošetrovatelek.(20)

Nejdůležitější osobností, která ovlivnila moderní ošetrovatelství, byla Florence Nightingelová (1820 – 1910). Pocházela z bohaté anglické rodiny, měla velice kvalitní vzdělání. Florence i přes zákaz rodiny docházela za nemocnými a studovala zdravotní péči. Nejvíce se její snaha uplatnila v Krymské válce, kde se jí zdařilo snížit počet mrtvých vojáků, a to hygienickými reformami, stravou a výcvikem nemocničních zřízenců. Po návratu založila Školu při nemocnici Sv. Tomáše v Londýně a sepsala učebnici Poznámky o ošetrovatelství. Propagovala systematické vzdělávání sester. Nightingelová povýšila ošetrovatelství na povolání i pro ženy středních vrstev. (24, 39)

Ve stejné době prosazoval myšlenku využít ženy na bojišti jako ošetrovatelky ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810 - 1881). O jejich významu píše ve svém deníku z doby krymské války. Také nesmí být opomenut Henri Dunant (1828 - 1910), který po bitvě u Solferina (1859), který zřizoval lazaret a první pomoc mobilizováním všeho přítomného obyvatelstva. Jeho zkušenost byla podnětem k založení mezinárodního Červeného kříže (1864). V Čechách byl Červený kříž založen v roce 1868, v té době zajišťoval hlavně odbornou průpravu opatrovnic pro službu v rodinách a ve špitálech. (42)

Podle vzoru londýnské školy začaly vyrůstat další podobné ústavy v dalších zemích jak v Evropě, tak v USA. Vyškolené sestry začaly rychle měnit tvář ošetrovatelství, vzrůstala kvalita péče, zvyšoval se počet vyléčených pacientů. Jako následek tohoto pokroku však začal boj o zlepšení společenských podmínek sester, které byly v tristním stavu. Proto se sestry začaly sdružovat do profesních organizací, které měly větší moc než jednotlivci. (12)

1.2.2 Historie v českých zemích

V českém ošetrovatelství vývoj probíhal podobně jako v celé Evropě. Velkou postavou v českých zemích byla Anežka Přemyslovna, která ve 13. stol. n. l. založila v Praze několik klášterů se špitálem. (20)

Dalším mezníkem bylo v 19. stol. silné emancipační hnutí v čele se spisovatelkou Karolinou Světlou, které podnítilo vznik první ošetrovatelské školy v Rakousku Uhersku v Praze (1874). Zde se ošetrovatelky vzdělávaly v teorii i praxi pod vedením lékařů učitelů na lékařské fakultě UK. Po několika kurzech však z národnostních a finančních důvodů zanikla. (20)

V období 1873 – 1881 byly otevírány různé několikátýdenní ošetrovatelské kurzy, organizátorem byl Ženský výrobní spolek, podporovaný Americkým klubem dam. Potom byla příprava ošetrovatelek přerušena. (27)

Až v r. 1916 byla v Praze otevřena další škola – Státní dvouletá ošetrovatelská škola, která byla vzorem pro vznik dalších českých ošetrovatelských škol. Tato škola měla perfektní odbornou úroveň, ale málo absolventek. V nemocnicích proto pracovaly spolu s řádovými sestrami a ošetrovatelkami zacvičenými v nemocnici. Jejich sociální postavení bylo velice nízké, proto absolventky školy založily r. 1921 Spolek absolventek ošetrovatelské školy (později Spolek diplomovaných sester), který bohatou činností zajistil sestrám zlepšení postavení – úprava pracovní doby, dovolené, ubytovny, apod. Poskytoval však i vzdělávací aktivity, pomáhal při zakládání dalších ošetrovatelských škol. Vzdělané absolventky školy velice rychle zvyšovaly společenskou prestiž profese, zde se angažovaly i Alice Masaryková a Hana Benešová.

Do rozvoje českého ošetrovatelství zasáhla 2. sv. válka, která zastavila činnost Spolku a otvírání nových ošetrovatelských škol. V nemocniční péči se však přesto udály změny – vznikla funkce hlavní sestry, byly vypracovány organizační řády a pracovní náplně sester. Lékaři začali sestry uznávat jako významné spolupracovnice. (20)

Velký vliv na profesi ošetrovatelství měl rok 1948, který zastavil obrovský rozmach profese. Spolek diplomovaných sester se sloučil s ROH, čímž přišel o členství v ICN a tím zanikla i jeho činnost, která navázala až v r. 1968 vytvořením České

společnosti sester pod hlavičkou České lékařské společnosti. Významné osobnosti, které v předcházejících letech významně posunuly české ošetrovatelství dopředu, bylo sesazeno z funkcí, na jejich místa přišly nové pracovnice a členky KSČ, které neměly dostatečné dovednosti k výkonu těchto funkcí. Ošetrovatelské školy se přetransformovaly na Střední zdravotnické školy, kde studovali žáci již od 14 let. Výsledkem byla nedostatečná profesní příprava a odbornost českých sester v důsledku přizpůsobení výuky nízkému věku. Péče se zaměřila více na instrumentální stránku, nedbala na lidský aspekt. (20)

S postupujícím vývojem medicíny rostly také požadavky na ošetrovatelství, tím pádem i na odbornou přípravu a odbornost učitelek ošetrovatelství. Proto byl v roce 1960 otevřen magisterský program pro sestry. (27)

Další rozvoj probíhá od roku 1990 až do dnešní doby, schvalovány jsou nové koncepce podle požadavků Evropské unie, sestry dostávají nové kompetence, rozvíjí se odborná příprava vysokoškolsky vzdělaných sester, atd. Sestry zavádějí ošetrovatelský proces, hodnotí svoji práci, asistence lékaři už je pouze částí jejich nezávislé práce, sestry se stávají samostatnými a rovnocennými členkami multidisciplinárního zdravotnického týmu. (27)

1.3 Genderová problematika vztahu pohlaví a postavení

Trh práce je rozdělen na spíše mužská a spíše ženská povolání. To má i mocenský a ekonomický dosah, jelikož „ženská povolání“ mají ve společnosti většinou nižší prestiž a finanční ohodnocení, než je tomu u povolání „smíšených“ se stejnými požadavky na schopnosti a vzdělání.(35)

Povolání sestry je vykonáváno ve valné většině ženami. To s sebou nese základní znaky ženských profesí, jako je nízký plat, nízké společenské postavení, špatné pracovní podmínky, mnohdy i nedostatečné vzdělání.(35)

Dalším úskalím je dominantní postavení lékařů, kteří figurují i ve vedoucích funkcích institucí či ministerstev, apod. Sestry jsou často považovány za pomocníky lékařů, není doceněna práce sester. (27)

Postavení sester vyjadřuje do značné míry postavení žen ve společnosti. V historii, a to i zcela nedávné, nebyly jejich znalosti, vědomosti a dovednosti uznávány. Někde dosud přetrvává představa sestry jako pomocnice k rukám lékaře. V mnoha zemích a z historických důvodů jsou za zdraví rodiny či komunity stále formálně odpovědní lékaři, přestože mnohé činnosti v péči o zdraví patří do oblasti výkonu profese sestry. (28)

Schopnost uplatňovat svůj vliv při práci a v sociálním a politickém prostředí závisí na úrovni vzdělání. To však, z části díky historickým a kulturním faktorům, jako je vědomá diskriminace dívek a mladých žen v příležitostech absolvovat vzdělání druhého a třetího stupně, je v některých zemích nedostatečné. V českých zemích však bylo vzdělání pro ženy dostupné, již od dob Jana Amose Komenského, který hlásal, že vzdělání má být dostupné i pro dívky. Následně Marie Terezie v roce 1774 zavedla povinnou školní docházku pro všechny děti. Středoškolská studia však mohly dívky absolvovat až v 19. stol., vysokoškolská dokonce až od 20. stol. (28, 11)

Do přelomu 19. a 20. stol. neměly ženy ani základní občanská práva (např. volební právo). Změnu v postavení žen a snahy o jejich emancipaci urychlovaly zejména válečné události, projevila se však také ekonomická situace. Ve druhé polovině 19. st. se začíná rozšiřovat tradiční ženská role matky a manželky o roli profesionální – s ekonomickou aktivitou. Tím se porušilo výsadní postavení muže jako jediného živitele rodiny. Rozvoj začíná u žen z nechudších vrstev, které musely nastoupit do továren a přivydělávat peníze. Ženská mzda byla však o mnoho nižší než mužská, hlavně z důvodu odborné nepřipravenosti k práci. Ženy s vyšších kruhů se mohly začít odborně vzdělávat, měly však omezený výběr mezi povoláním sestry, učitelky nebo úřednice. Do začátku 20. stol. nebylo možné, aby žena studovala vysokou školu. (28)

Po válečných konfliktech zůstával velký počet vdov, které musely uživit rodinu. od 19. stol. se začínaly emancipovat, snažily se o vzdělání a odbornou přípravu. Nejvhodnější a nejpotřebnější se zdála profese sestry, vzhledem k nedostatku ošetrovatelek vojáků. Při 1. sv. válce nastává další emancipační vlna, kdy ženy musely nasazené muže ve válce nahradit v továrnách, v zemědělství, atd. (28)

Po druhé sv. válce se rozmáhá vzdělávání žen, a to i vysokoškolské. Tímto okamžikem začínají problémy s chápáním rolí – genderu. Podle stavu na trhu práce a dat Českého statistického úřadu z roku 2005 bylo prokázáno, že zdravotnictví spolu se školstvím jsou jediná dvě odvětví, kde neklesá zaměstnanost žen, ale naopak stoupá. Ošetřovatelství je tzv. typicky ženské odvětví, jehož prefeminizace je způsobena specifickým charakterem pozice – péče je spíše doménou žen, ale zejména dlouhodobě nízkou úrovní mezd kvalifikovaného zdravotnického personálu. (26)

V politické sféře je normální praxí, že se ministři pravidelně radí s asociacemi lékařů; s asociacemi sester se radí nepravidelně či vůbec, a často jen v době krizí. V dnešní době by však sestry měly být začleňovány do vládních výborů zabývajících se zdravotní péčí o obyvatelstvo. Přetrvávající diskriminace podle pohlaví a diskriminace v zaměstnání vyžaduje rozhodné akce na všech úrovních společnosti, zejména ve všech zdravotnických organizacích. Sestry, porodní asistentky a lékaři by společně měli být politicky angažováni na rozvoji primární zdravotní péče, proto je nutné, aby se v tomto úsilí spojili. (11)

1.4 Výběr povolání sestry

Na volbu povolání mají vliv jisté vlivy: individuální (vlohy, schopnosti, vlastnosti a zájmy, životní hodnoty jedince, jejichž část je vrozená a část získaná), sociální (aktuální okolí jedince, které od něj očekává určité chování – projevují se zde společenské normy, hodnoty a stereotypy) a kulturní (hodnoty, normy a stereotypy širokého prostředí). Volba by měla být odpovědná, jelikož pro naši kulturu má práce velký význam. Z pracovního uplatnění se odvozuje také sociální status. Ve volbě povolání se projevují i generové stereotypy, proto je nyní sesterská profese vykonávána většinou ženami. (35)

Cesta k tomuto povolání byla odhalena jako sled rozhodnutí, omezení a uvolnění, kde jsou klíčovými pojmy zdroj nápadů, samostatnost, prestiž, touha být „někým“, mateřství a další. K rozhodnutí sester pro své povolání přispívá i jeho

charakter, možnost snadné identifikace s ním již v dětství. Pozornost je věnována i prezentaci vlastní biografie a legitimizaci rozhodnutí.(26)

Velkou roli ve výběru povolání hrají i osobní hodnoty, které odráží i kulturní obzor. Zejména osoby orientované na oblast poskytování služeb se stávají studenty ošetrovatelství s vizí pomáhat uzdravovat nemocné.(24)

Ve většině vyspělých států je v současné době pocíťován nedostatek sester. V USA díky novým zákonům přijatým v roce 2005 patří diplomované sestry k osobám, jejichž imigrace je žádoucí. V amerických nemocnicích jich chybí 126 000. I přes stoupající porodnost počet studujících ve zdravotních školách klesá. Zhruba 20 % amerických sester ukončí svou kariéru předčasně a přechází do jiných povolání. Toto povolání není pro mladé lidi přitažlivé ani v dalších zemích, neboť potenciální adepti mají pocit, že zde nenacházejí dostatečnou seberealizaci. Počet kvalifikovaných sester však úzce souvisí s pozitivními výsledky zdravotní péče a s vyšší bezpečností léčby. Je dokázáno, že vyšší počty sester snižují průměrnou dobu hospitalizace, snižují počet komplikací a nozokomiálních infekcí. Vysoce kvalitní péče sester pomáhá udržet chronicky nemocné v domácí péči a zabraňuje tak zvýšení nákladů na dlouhodobou hospitalizaci. (37)

Podle výzkumu Sylvy Bártlové v České republice bylo z okruhu 1040 respondentek zjištěno, že výběr sesterského povolání je u většiny dotázaných ovlivněn rodinnou tradicí a vazbami na zdravotnické prostředí. Po vystudování oboru je však vnímání společenské prestiže vlastní profese chápáno jako průměrné. Pozitivněji vnímají společenské hodnocení své profese mladší sestry s praxí v oboru do 3 let. (5)

1.5 Role sestry

Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Nevztahuje se jen k chování jedince, ale i k jeho prožívání, se kterým jsou spojeny emoce a postoje a hodnotový systém. Profesní roli ovlivňuje image, kterou profese představuje ve společnosti. Jde o komplex názorů, pocitů a postojů společnosti a jednotlivce k určité profesi. (27)

Role sestry má určité charakteristiky – patří sem ohleduplnost, laskavost, individuální přístup k pacientovi, holistické zaměření, a to i na rodinu a společnost. Součástí je též výchova. (24)

Ošetrovatelství je věda, ale také umění. Zaměřuje se na zlepšování, udržování a znovunavrácení zdraví, ale také na péči o umírající. Zaměřeno je na nemocné i zdravé, novorozence, děti i dospělé. (24)

Roli sestry ovlivňuje tzv. profesionální socializace. Je to proces, během kterého se hodnoty stávají vnitřní součástí jedince, odráží se v jeho chování a v osobnosti. Jsou během něj vyžadovány vědomosti, dovednosti a postoje dané určité profesí. Jedná se o proces učení se nové roli – roli sestry. Jedinec se na svou novou roli adaptuje a stává se z něj člen společenské skupiny. Dle Dreyfusových lze tento proces rozčlenit na 5 fází – nováček, pokročilý začátečník, kompetentní, výkonný, expert. Sestry expertky mají velice dobře vyvinutou percepční rozeznávací schopnost, která jim umožňuje orientovat se i v situacích, ve kterých se ocitnou poprvé. (24)

1.5.1 Role sestry v současnosti

Sesterská profese se skládá ze systému rolí a rolových chování, které vychází ze společenského statutu povolání. Tyto role jsou určeny společností, jsou podmíněné historicky. (12)

Mezi některými znaky role sestry existují jisté rozpory – ve společnosti ne příliš vysoký kredit profese je v rozporu s prestiží profese v rámci jiných povolání. (12)

Ovlivňována je mnoha vlivy – např. změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky, nové technologie, zdravotní stav obyvatel, apod. V dnešní době je kladen důraz na působení sester na všech úrovních zdravotní péče, jejich orientaci na podporu zdraví a komunitní ošetřování. (12)

Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala legislativou požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala

registrovanou sestrou a/nebo sestrou s pravoplatnou licenci k výkonu ošetrovateľskej praxe. (11)

Akademická úroveň odborné kvalifikácie sestry musí byť na úrovni univerzitnej hodnosti v obore ošetrovateľstvá. Musí existovať pouze jedna úroveň kvalifikovanej sestry, ktoré môže byť k dispozícii zdravotnícky asistent. (11)

Sestry tvoria najpočetnejšiu skupinu pracovníkov ve zdravotníctví. Uplatňujú se ve všech složkách péče – v nemocnici, ambulanci, primární péči, atd. Ošetrovateľská profesie je tedy ve společnosti velmi významná. (4)

Při svojí práci vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů. Má schopnost zabezpečit mu pocit jistoty. Je emocionálně neutrální. (40)

Nejčastější role sestry jsou: poskytovatelka ošetrovateľské péče (v nemocniční i terénní péči, identifikace problému klienta a tvorba ošetrovateľského plánu), manažerka, edukátorka, advokátka (v případech, kdy klient není schopen vyjádřit své potřeby, stává se jeho mluvčím), nositelka změn, výzkumnice, koordinátorka (spolupráce na realizaci péče spolu s dalšími členy zdravotnického týmu), asistentka (podíl na diagnosticko terapeutické péči). (40)

Sestry pomáhají pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a pomáhají jim jej udržovat v prostředí, v němž pacienti žijí a pracují. Hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence. Praxi mohou vykonávat v nemocnicích a v komunitách. Jsou oprávněny pracovat samostatně/autonomně a jako členky zdravotnického týmu. Za určitých okolností mohou delegovat péči na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost za péči si však ponechávají, provádějí v případě nutnosti dozor a jsou odpovědné za svá rozhodnutí a jednání. (24)

Podporují aktivní zapojení pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovala k sebedůvěře a samostatnému rozhodování. Pracují jako partnerky jiných profesí, které se zabývají zdravím. Přijímají zodpovědnost za přímé poskytování ošetrovateľské péče a jsou v tomto výhradní autoritou. Jsou samostatnou pracovnící zodpovědnou za péči, kterou poskytují.

Zodpovídají též za své další vzdělání (management, výzkum, pedagogika, klinická praxe). (27)

Práce sester spočívá i v kontaktu se všemi částmi komunity, včetně sociálně slabých skupin, bezdomovců, uprchlíků a lidí s poruchami duševního zdraví. Sestry spolupracují se svými pacienty a klienty a vystupují jako jejich zastánci a průvodci v bludišti zdravotních a sociálních služeb. Díky svému postavení a důvěře široké veřejnosti mohou uplatnit svůj vliv k lepšímu přijetí různých veřejnosti nabízených služeb, které jsou poskytovány v rámci programů zdravé výživy, zdravého těhotenství a nekuřáctví. Jsou samozřejmě schopny udělovat rady k problematice zdraví, jak v klinickém prostředí, ale i prostřednictvím programů orientovaných na určité skupiny obyvatel. (11)

Ve společnosti panují různé názory na to, jakou roli plní ošetrovatelská profese, která nemůže být zcela oddělena od postavení a role ženy. Fungují 3 základní představy: sestra jako náhrada milující a pečující matky, sestra jako pomocnice lékaře, plníci jeho nařízení a úkoly v rámci diagnostiky a léčení a sestra rozhodující nezávisle na základě svých vědomostí, dovedností s profesionální odpovědností. Všechny představy obsahují legitimní a hodnotné prvky. (27)

Toto povolání v minulosti prodělalo a stále prodělává mnoho změn, zejména v oblasti profesionální, právní, vzdělání, pracovních podmínek, apod. Dříve byla sestra členem týmu, který poskytuje pacientovi zejména fyzickou péči. V dnešní době je v zájmu společnosti péči orientovat holisticky, to znamená péči o celek člověka v jeho biopsychosociální jednotě. (24)

Sestra se nově angažuje v psychické pomoci během boje s nemocí, vystupuje v roli vychovatelky a edukuje pacienta v nové situaci plné stresů, a samozřejmě se kontinuálně vzdělává v oblasti nových poznatků medicíny a ošetrovatelství. (24)

Zvyšuje se standard výkonu ošetrovatelské profese, a tím se zvyšují požadavky na sestry, na jejich dovednosti, které v minulosti nebylo nutné ovládat. Jedná se například o poznatky ze sociologie, nutné pro rozpoznání postojů a hodnot jednotlivců či skupin, jejich zdravotních potřeb. Nově jsou důležité také poznatky

z multikulturního ošetřování tak, aby sestra byla schopna poskytnout péči v rámci kulturního prostředí pacienta. (4)

V materiálech WHO je věnována velká pozornost problematice ošetřovatelství a postavení sestry v systému zdravotnické péče, kde je kladen důraz na profesionalizaci sesterského povolání. Pro ni jsou důležité následující znaky: systematická teorie, o kterou se opírá výkon profese, profesní autorita, systém profesních asociací, které pečují o růst kvalifikace svých členů, a zejména profesní etikou normující vztahy profesionála ke klientům. (4)

Obor ošetřovatelství však bohužel stále nemá jasnou identitu a sestry se s velkými obtížemi prosazují. Proto je potřebné posílení jejich organizace. Je třeba vytvořit odpovídající legislativní a regulační rámec k ochraně veřejnosti, který by sestrám zaručil pravomoc a odpovědnost, aby si mohly vybudovat svou vlastní profesní identitu, uskutečňovat svůj potenciál a tím se mohly angažovat v poskytování zdravotní péče. (11)

1.5.2 Osobnost sestry

Rozšíření samostatných činností sestry je závislé na dodržování etických zásad (viz příloha č.2). Jedná se o větší osobní zodpovědnost sestry za pacienta a ošetřovatelskou péči, ochota aktivně hájit zájmy a práva pacienta, s čímž souvisí i respektování jeho studu a zachování intimity. Dodržováním etických zásad vůči pacientům vzrůstá důvěra klienta a jeho rodiny k sestře, což je nesmírně důležitý požadavek pro realizaci ošetřovatelského procesu. (27)

Důvěryhodnost sestry silně ovlivňuje i názor společnosti na profesi a spoluvytváří její společenskou prestiž. Jsou důležité zejména tyto vlastnosti – vztah k povolání, kultivovanost, odbornost, zevnějšek. (27)

Kvalita práce sester je ovlivněna jak stran klienta, tak i veřejnosti zejména chováním a jednáním, které doprovází její činnost. Interpersonální dovednosti jsou velice bedlivě a kriticky hodnoceny. Pokud sestra komunikuje vhodně, získá spíše pacientovu důvěru, odhalí jeho problémy a potřeby a naváže podnětný pracovní vztah.

To urychluje edukační a terapeutický efekt. Naopak nevhodné chování sestry její povolání v očích veřejnosti a klienta devaluje a ošetrovatelskou péči komplikuje. O zvýšení prestiže musí sestry bojovat samy svým adekvátním chováním, neboť prestiž musí být vybojována, nikoliv přidělena. (40)

Sesterské stavovské ctnosti, to znamená morální ideál péče, jsou vlastnosti, které inspirují sestry, aby své povolání braly vážně a mohly je opravdověji vykonávat. Ctnost = zběhlost v konání dobra, působí potěšení z dobrých skutků, které vykonává ve své práci. Patří sem láska k nemocnému, odpovědnost, trpělivost, obětavost, vlídnost, sociální cítění, nezištnost, velkorysost, taktnost, ohleduplnost, diskrétnost, poctivost, spolehlivost, ochota, optimismus, sebeovládání, tvořivost, cílevědomost, předvídavost, radost, kolegiálnost. Všechny tyto vlastnosti jsou pro sestry důležité proto, aby dynamicky vstřícně reagovaly na problémy v jejich ošetrovatelské praxi. Sestra musí mít dostatečný intelekt k řešení složitých a akutních situací, k absorbování a zapamatování si velkého množství informací. Musí mít tvořivý přístup k práci. Musí být vnímavá, zvládat vysoké pracovní nasazení. Také se musí umět ovládat. Znakem toho, že je osoba na správném místě, je pocit uspokojení a radosti z práce. (16, 23)

Sestra by v dnešní době měla splňovat některé požadavky. Zejména být emancipovaná ve smyslu pracovat samostatně a převzít více odpovědnosti; být vzdělaná tak, aby byla uznávána jak ze strany pacientů, tak i lékařů; být angažovaná ve svém povolání a hledat nové směry péče; být důvěryhodná, začlenit se do sesterských organizací; aplikovat nové vědecké poznatky, na výzkumu se také podílet. (40)

Při delším vykonávání velice obtížné sesterské profese však může dojít i k profesionální deformaci – syndromu vyhoření. Tento syndrom se projevuje ztrátou lidské účasti, lhostejností, nevnímáním jeho potřeb, nevrlostí i ke kolegům, chybováním v práci. Za vznikem této deformace stojí většinou rozčarování z povolání. Tento syndrom je třeba včas řešit, nejenom že má vliv na duševní zdraví sestry, ale i pacienta. Takováto sestra potom nedělá čest své profesi, v očích veřejnosti poškozují sesterské povolání. (16)

1.6 Etický kodex sestry

Etický kodex má za cíl, aby sesterské povolání bylo vykonáváno s ohledem na etické a morální zásady a zejména aby byly dodržovány zákony a práva pacientů. Je to základní standard pro jednání sester s nemocným a jeho rodinou. Jsou to obecná pravidla, která by měla každá sestra vnitřně respektovat a uznávat. (32)

Etický kodex sester vychází z Hippokratovy přísahy, z její tradice. Sestry musí brát v potaz následky svých rozhodnutí, nést za ně odpovědnost, ale hlavně musí ctít morální hodnoty, které tvoří základ jejich chování. Patří sem zejména úcta k člověku. (30)

Cíle etických kodexů v ošetrovatelství jsou tyto: vytvořit základnu vztahů mezi sestrami, pacienty, spolupracovníky i profesní organizací, také vytvářet standardy k objektivnímu hodnocení chování sester, tvořit základnu pro profesionální zaměření sestry a pro orientaci sester absolventek v praxi. Také však pomoci veřejnosti k porozumění profesionálnímu chování sestry. (24)

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, zatím poslední revize byla provedena v roce 2000 (viz příloha č. 2). (11)

Mezi všeobecné zásady chování sester patří povinnost převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Jelikož potřeba zdravotní péče je všeobecná, se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení. (11)

Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Etický kodex sestry se zabývá vztahem sester a spoluobčanů, kde je zdůrazněn respekt k víře jednotlivce a jeho životním hodnotám, zejména však k ochraně osobních informací o pacientovi. (11)

Další článek, sestra a péče v praxi ukládá sestře celoživotně se vzdělávat a tak udržovat kvalitu péče na nejvyšší možné úrovni. Ve své funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání. (32)

Sestra a společnost je třetí část kodexu, která zdůrazňuje iniciativu sester ve věci zdravotního a sociálního zabezpečení.

V části sestra a spoluzaměstnanci je rozebírána zodpovědnost za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií, kde sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana. (32)

Sestra a povolání se věnuje realizaci vysokého standardu péče, a v rámci odborové organizace stanovení přiměřeného platu a pracovních podmínek. (32)

1.7 Pracovní vztahy

Se statutem sester souvisí i druh atmosféry, která panuje na pracovištích sester. Jedná se o pracovní vztahy mezi sestrami a lékaři, sestrami a pacienty, ale i sestrami a sestrami. Jejich důležitost tkví v ovlivňování spokojenosti v zaměstnání a tím podněcují profesionální pracovní výkon a pracovní výsledky, z čehož profituje i postavení sester ve společnosti. (5)

Z výzkumu Bártlové prezentovaném v březnu 2007 vyplývá, že atmosféra na většině pracovišť je příznivá – přátelská a kooperativní. ve spolupráci sester a lékařů vznikají neshody v důsledku nadměrného pracovního zatížení a pověřování úkoly, které nejsou v kompetenci sestry. Vztah sester a pacientů je narušen zejména nedůvěrou klientů ke schopnostem sester, a také nevhodným chováním jak pacientů, tak jejich blízkých. Problémy se vyskytují i ve vztahu sester se sesterským managementem, kde je největším problémem zatěžování sester pracemi v kompetenci sanitářů (úklid, příprava jídel, apod.). Takto je nahrazován chybějící pomocný personál. (5)

1.7.1 Změna vztahu sestra - lékař

Pracovní vztah sestra – lékař je základním vztahem, který má vliv na léčbu a uspokojování potřeb klienta. Pokud je tento vztah bezproblémový, je kvalitní i jejich spolupráce a tím i péče o nemocného. Pokud se zde vytváří negativní emoce, je předpoklad, že budou mít vliv na výkonnost a kvalitu péče. (9)

V historii byla sestra či ošetřovatelka zcela podřízena lékaři, byla závislá na jeho rozhodnutích. Její jediná pracovní náplň bylo uspokojování pacientových základních potřeb. Toto bylo zapříčiněno také postavením ženy ve společnosti – žena byla zcela závislá na muži. Až s rozvojem vzdělání a růstem společenského kreditu povolání v období po roce 1945 se začíná stávat spolupracovnící lékaře. V České republice je však až do dnešní doby ve většině zdravotnických zařízeních považována za pomocnici lékaře, bez svých kompetencí. Zde je potřeba urychlit vývoj a dostat se na úroveň západních států. (28, 43)

Kvalita ošetřování závisí také na dobré spolupráci s lékařem. Budování mezilidských vztahů totiž je základnou pro zvyšování prestiže. Tento vztah však může být ovlivněn několika aspekty – nejčastější příčinou rozkolu bývá nervozita v jejich jednání plynoucí z pracovního přetížení. Dalším bodem neshod je delegování činností, které nespadají do kompetencí sestry (např. transfúze, i.v. injekce, výkony administrativní, apod.). (5)

1.7.2 Změna vztahu sestra – pacient

Na chování zdravotníka k pacientovi má velký vliv chápání role nemocného ve společnosti. Změna v pojetí jeho role se promítá i do chování k němu. Toto chování má dvě dimenze – profesionální – tato dimenze převládala až do poloviny 50. let 20. stol. Zde převládá submisivní chování pacienta bez možnosti spolurozhodovat o své léčbě. Teprve po vyhlášení práv pacientů (po 2. sv. válce) se toto podřízené postavení změnilo. Do chování k pacientům se začala promítat i dimenze sociální, která byla definována v 50. letech 20. stol. Pacient se začal dostávat do partnerského vztahu

se zdravotníky. Tento partnerský vztah sestry a pacienta se nutně musí promítnout i do vztahu lékaře a sestry, kteří by též měli spolupracovat jako partneři. (16)

Vztah sestry k pacientovi je velice významný – sestra s ním tráví nejvíce času, je mu oporou, rádkyní, „matkou“. Důležitý je individuální a psychologický přístup ke klientovi. (16)

Sestry jako největší problém v jednání s pacienty uvádí nevhodné chování příbuzných a blízkých pacienta, dále porušování zdravotního řádu a podceňování schopností sestry. (5)

1.8 Image sestry

Image je obraz, dojem, představa, podoba. Image sester je úzce spojena s konceptem role a identity sestry. (14, 19)

Transformace českého ošetrovatelství vyžaduje také razantní změnu image profese a sester. Budování nové image by mělo být jednou z priorit i sesterských profesních organizací. (31)

Nová image sestry přinese i zájem veřejnosti o sesterskou profesi, usnadní a zkvalitní se nábor zájemců o studium ošetrovatelství, změní se i vnímání sebe sama na profesionála, sestry budou mít rovnocenné místo v multidisciplinárním zdravotnickém týmu. Dojde k obsazení rozhodujících míst ve zdravotnictví sestrami. A důležité je i odstranit mýty, které o sestrách přezívají. (31)

1.8.1 Interní image

Interní image je individuální pohled sestry na sebe sama a na ošetrovatelství jako profesi. Je velice důležitá, protože věří-li sestra ve svou profesi a vnímá-li sebe jako vlivnou, potom toto vyzařuje z její osobnosti. Zdravé sebevědomí je nesmírně důležité – sebedůvěra, sebeúcta, solidnost, vážnost, skromnost. (43)

1.8.2 Externí image

Externí image je představa laické veřejnosti o ošetrovatelství, která je ovlivněna prezentací sester na veřejnosti /masmédia, zdravotní školy/. Jsou to různé pohledy na roli sestry, např. pohled studentek, pohled pojišťoven, pacientů. Tyto názory se mění v čase, v různých kulturách a společnostech, apod. Sestry jsou různě vnímané, jelikož se nachází na různých pracovištích a v různých rolích. (43)

Ve společnosti se objevují dva základní obrazy sestry - obětavá žena, soucitná, která dává sama sebe oproti vzdělané profesionálce, řídící se rozumem, spolehlivá. Většina sester se pohybuje mezi těmito dvěma představami. (27)

Vliv na externí image mají masmédia. Dle výzkumu Kalisheových z r. 1982, kteří prostudovali množství materiálů týkajících se image sester, prošla od počátků ošetrovatelství tato image 5 stádií vývoje: anděl milosrdenství /do konce 1. sv. války/, sestra je zosobněna F. Nightingelovou, vznešená, morální, věřící, advokátka, výzkumnice, bojovnice proti nepochopení lékařů, následuje fáze dívka pro všechno /do 2. sv. války/, oddaná služebná, ochotná, skromná. Došlo zde k deprofesionalizaci povolání díky špatným podmínkám k edukaci sester, sestra byla považována za levnou pracovní sílu. Třetí stadium byla sestra hrdinka /během 2. sv. války/ - měla jasně určené role a kompetence, možnost samostatného rozhodování. V 50. letech se objevuje další představa - matka, obětavá, sympatizující, pasivní. V USA měla sestra vysoký status. Další fází je sestra jako sexuální objekt, senzuální, romantická, sebestředná, nespolehlivá, frivolní. (43, 17)

V dnešní době se můžeme setkat s různým vnímáním sesterského povolání, mohou se objevit všechny z výše uvedených výkladů. (43)

1.8.3 Ideální image

Ideální image vzdělané sestry profesionálky, progresivní, asertivní, autonomní, vzdělaná a vzdělávající se, která se snaží dosáhnout co nejvyšší úrovně ošetrovatelské péče. (43)

V rozvinutých západních zemích již veřejnost začíná sestru takto vnímat či již vnímá. V ČR přetrvává představa sexuálního objektu spolu s nálepkou dívky pro všechno, která slouží pacientům a svědomitě plní příkazy nadřízených bez možnosti spolurozhodovat. (43)

1.9 Vývoj profesionalizace a transformace v ošetrovatelství

V 80. letech 20. stol. nastaly převratné změny v oblasti ošetrovatelství, které vycházely z nových požadavků na výkon profese. Největší změny zaznamenalo vzdělávání sester. Ve většině vyspělých zemí bylo v podstatě přesunuto na univerzity, byl zaveden radikálně změněný syllabus pro vzdělávání sester, které žádaly o státní registraci. (4)

Přesto je ošetrovatelství v podstatě podřízenou profesí medicíně, jelikož za diagnózu, léčbu a podobně je zodpovědný lékař, a tímto má velký vliv na ošetrovatelskou praxi. Další omezení profese spočívá v tom, že při dnešním trendu poskytovat ekonomicky efektivní zdravotnické služby nelze dostatečně aplikovat uspokojování biopsychosociálních potřeb, jelikož pacient v nemocnici zůstává krátký časový úsek. (4)

V mnoha členských státech zůstává obor ošetrovatelství i nadále objektem lékařské dominance, má slabé postavení a postrádá autoritu, moc a vliv. Toto se odráží v potížích při náboru a stabilizaci pracovníků. V zemích střední a východní Evropy lékaři nadále převládají v oblasti tvorby koncepcí na příslušných ministerstvech zdravotnictví, ve funkci ředitelů škol ošetrovatelství nacházíme lékaře nebo učitele, kteří nemají vůbec obor ošetrovatelství vystudovaný. Projevuje se i nedostatek připravených pedagogů a kompetentních vůdčích osobností. (11)

I přes tyto negativa se profese sester stále rozvíjí, je kladen požadavek na profesionalizaci sestry. (11)

1.9.1 Profesionalizace sester

Profese je povolání, odbornost či odborná příprava na požadované povolání. Vztahuje se zejména k pracovním rolím, k jejichž výkonu je omezený a regulovaný přístup (sestrou se může stát pouze absolvent tříletého studia na VOŠZ či VŠ). (19)

Profese musí mít jisté znaky, zejména musí mít vlastní systematickou teorii, o kterou se opírá výkon profese. Aby si sestra osvojila svou práci, musí nejprve zvládnout teorii. Má proto vědomosti, které obyčejný člověk neví, a tím vzniká profesní autorita sestry. Dalším znakem je existence profesní asociace, která plní více funkcí, zejména však vzdělávací. Profesní etika zase určuje vztahy sestry vůči klientům i spolupracovníkům. Mezi další znaky můžeme zařadit např. pocit závaznosti k profesi, neostře ohraničení pracovní doby, atd. (4)

Ošetrovatelství v boji o autonomii povolání naráží na profesi lékařskou, která působí na jeho poli. Nemělo by však docházet ke konfrontaci, ale naopak ke spolupráci, která může oběma stranám přinést prospěch. Sbližování statusu lékařů a sester může zvýšit citlivost v jejich vzájemných vztazích. (4)

Profesionální příprava sester v ČR je nyní podle zákona 96/2004 Sb. (viz příloha č. 3) zpravidla tříletá, organizovaná na VOŠZ nebo VŠ. Zde absolvent získá způsobilost k výkonu profese = kvalifikační příprava. Dále lze studovat navazující programy magisterské či doktorandské. Čím vyšší stupeň univerzitního vzdělání, tím výraznější specializace. (4)

Dalším typem vzdělávání je specializační příprava, v dnešní době spíše uzpůsobena pro absolventy SZŠ, jedná se o pomaturitní studium. V zahraničí se specializují pouze sestry 1. kategorie, ostatní pracují v pozici asistenta. Sestry se mohou vzdělávat i trvale kontinuálně, tento typ bývá zakončen certifikátem či atestační zkouškou, souvisí s kreditním systémem. (27)

1.9.2 Transformace ošetrovatelství

Metodickým východiskem společné cesty ke zdraví se stal dlouhodobě pojatý programový proces, založený na validním informačním a výzkumném základě a systémové teorii řešení problémů. Tyto metodiky se začaly uplatňovat ve všech oblastech práce WHO od počátku 70. let 20. st. (30)

Pro profesi sester bylo vytvořeno několik důležitých rezolucí, které upevnilly jejich pozici ve zdravotnickém systému.

Historická rezoluce (WHA 3043) v roce 1977 formulovala základní cíl na příštích 20 let, kterým bylo dosažení zdraví všech občanů světa na takovou úroveň, aby jim byl umožněn společensky a ekonomicky produktivní život. (46)

Druhá rezoluce z roku 1977 (WHA 3038) deklarovala význam sester a porodních asistentek v primární péči. Neboť sestry tvoří velkou skupinu zdravotnických odborníků Evropského regionu s nezastupitelnou rolí v oblasti zdravotní péče. To uznalo Evropské společenství ve směrnici Rady o všeobecné ošetrovatelské péči. Členské státy měly prostudovat role sester a naplánovat jejich adekvátní počet tak, jak která země potřebuje primární péči. (12)

V r. 1978 se mezinárodní konference v Alma Atě zaměřila na nové pojetí základní zdravotní péče, s čímž souviselo i vymezení rolí zdravotnických profesí v péči o zdraví. Sestra získala primární roli v péči a sekundární roli v léčbě a diagnostice.

V dokumentu Globální strategie zdraví pro všechny do roku 2000 (WHA 34) přijatém roku 1981 byla věnována pozornost odborné přípravě zdravotnických profesí. Ministerstva měla za úkol přehodnotit dosavadní systém, zreformovat výuku na lékařských fakultách a dalších institucích tak, aby studenti byly seznámeni i s filosofií rozvoje zdraví. (46)

Roku 1986 se konala v Ottawě 1. mezinárodní konference O podpoře zdraví, kde byl položen hlavní důraz na zdraví místo na nemoci.

V roce 1988 se ve Vídni konala 1. evropská konference O ošetrovatelství, která se týkala rozvoje služeb v primární péči. Zde byla poprvé formulována nová koncepce profesionálního ošetrovatelství a hovořilo se o nutných změnách ve vzdělávání

kvalifikovaných sester. Toto bylo zpracováno ve Vídeňské deklaraci. Tato konference se stala mezníkem vývoje profese sester a porodních asistentek. Schválila orientaci vzdělávání a praxi sester zaměřenou k podpoře změn ve zdravotnictví a naplňování cílů WHO koncepce Zdraví pro všechny. Výkon profese byl nově orientován na primární zdravotní péči, s pomocí dostupných technologií, výzkumu a praxe a mezioborovou a mezinárodní spoluprací. Zásadní přínos ošetrovatelství pro kvalitu zdraví byl v plném rozsahu potvrzen. (46, 34)

Sestry a porodní asistentky se několikrát pokusily o dosažení závazků přijatých ve Vídni. Přes povzbudivé pokroky, jichž některé země dosáhly, byla úspěšnost těchto iniciativ limitována. (34)

V roce 1989 vydalo 42. světové zdravotnické shromáždění rezoluci O posílení ošetrovatelství a porodní asistence. Byla vydána v rámci podpory strategií Zdraví pro všechny do roku 2000. Členské státy byly vyzvány k podněcování a podpoře jmenování sester a porodních asistentek do vedoucích funkcí a usnadňovaly jejich účast na plánování a realizaci péče v dané zemi.(46)

Roku 1992 vydalo 45. světové zdravotnické shromáždění rezoluci Důraz na řízení ošetrovatelství sestrami. Tím byl uznán význam vedoucích funkcí sester – v těchto funkcích mají působit vysokoškolsky vzdělané sestry.(46)

Další evropská konference O ošetrovatelství se konala roku 2000 v Mnichově, kde vznikla i tzv. Mnichovská deklarace (viz příloha č. 1). Druhá konference ministrů o ošetrovatelství a porodní asistenci v Evropě pořádaná WHO se zabývala jedinečnou rolí a příspěvkem šesti milionů evropských sester a porodních asistentek k rozvoji zdraví a poskytování zdravotnických služeb. Bylo deklarováno, že sestry hrají klíčovou roli v úsilí společnosti vypořádat se s úkoly veřejného zdravotnictví dnešní doby. Byly vytyčeny úkoly – určit překážky v náborové strategii, v problematice vztahu pohlaví a postavení, poskytovat příležitost pro karierní postup, podporovat výzkum v ošetrovatelství, atd. (viz příloha č. 1). (29)

1.9.3 Profesní organizace

Profesní organizace reprezentují sesterskou profesi, jejich dalším úkolem je předávání informací mezi příslušníky profese.

Českou profesní organizací sdružující sestry, studující a další pracovníky ve zdravotnictví je Česká asociace sester (ČAS). Za cíle si stanovila zejména růst morální a etické úrovně profese, změnu image a postavení sester ve společnosti, rozvoj kvalitní ošetrovatelské péče, rozvoj ve vzdělávání a výzkumnou činnost včetně zapojení se do mezinárodních projektů a zkvalitnění pracovních podmínek. Tato organizace má kořeny již v roce 1921, kdy vznikl Spolek diplomovaných sester, který sdružoval absolventky Státní dvouleté ošetrovatelské školy, jehož činnost byla přerušena po 2. sv. válce. Až v roce 1968 vznikla v rámci Lékařské společnosti J. E. Purkyně Československá společnost sester, která roku 1982 byla přijata do Mezinárodní rady sester (ICN). (40)

Největší mezinárodní organizací, která sdružuje více než 160 národních sesterských organizací z celého světa, je Mezinárodní rada sester, International Council of Nurses (ICN) se sídlem v Ženevě. Vznikla roku 1899 na návrh sestry Ethel Gordon-Bedford Fenwick, která se stala 1. prezidentkou společnosti. Tato organizace má za cíl podporovat sesterskou profesi a vybudovat jí místo ve společnosti, ale také zkvalitnění ošetrovatelské péče a vytvoření teoretické základny ošetrovatelství včetně provádění výzkumů. (39)

V Radě Evropy jsou sestry zastupovány organizací s názvem Stálý výbor sester Rady Evropy (PCN), který vznikl v roce 1971 a prosazuje zde zájmy profese.

Třetí důležitou skupinou je Pracovní skupina evropských sester pracujících ve výzkumu (WENR), která pracuje od roku 1978. Ta se zabývá prací pro rozvoj a zkvalitnění ošetrovatelství a organizuje práci sester výzkumnic. (40)

V USA jsou sestry sdruženy do Americké asociace sester (ANA), což je jediná profesní organizace, která poskytuje kompletní služby a také reprezentuje 2,9 milionů registrovaných sester. Dělí se na 54 členských organizací. Byla založena roku 1896 jako Sdružení absolventek ošetrovatelství v USA a Kanadě. ANA napomáhá rozvoji

sesterské profese tím, že podporuje a vyžaduje vysoké standardy výkonu ošetrovatelství, prosazuje celkovou, zejména ekonomickou péči o sestry v pracovním prostředí, vytváří pozitivní pohled na ošetrovatelství, atd. Patří mezi nejsilnější profesní organizace v USA, předstihla Americkou asociaci lékařských fakult, americkou akademii rodinných lékařů, Americkou asociaci zubařů a další. (3, 24)

1.10 Koncepce českého ošetrovatelství

Koncepce českého ošetrovatelství vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní rady sester a Evropské unie. Schválena byla 9. dubna 1998 Ministerstvem zdravotnictví ČR jako oficiální směr rozvoje českého ošetrovatelství. Za cíl má vytvoření nové, kvalifikovanější kategorie sester. Také určuje základní vývoj českého ošetrovatelství k takovému modelu, kde sestra pracuje samostatněji a péče je orientovaná na podporu zdraví člověka a jeho potřeby. Za cíl si klade vhodnými metodami systematicky uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení zdraví nebo pozměněné nemoci. Charakteristické rysy jsou tyto: sestra poskytuje aktivní, individualizovanou péči založenou na vědeckých poznatcích, tato má preventivní charakter; klienta chápe jako biopsychosociální celek. (22,38)

Samostatně pracují pouze sestry registrované v Centrálním registru, které vlastní Osvědčení o výkonu povolání bez odborného dohledu. Sestry, které nesplňují požadavky nutné k registraci, musí pracovat pod odborným dohledem sestry registrované. (38)

Péče je poskytována za pomoci ošetrovatelského procesu (systematický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování klienta rozdělený do 5 kroků – anamnéza, diagnostika, plánování, realizace, hodnocení péče). Je založená na ošetrovatelských standardech (dohodnutá profesní norma kvality), které stanovují měřitelná kritéria.

V terénní péči se rozšiřují samostatné činnosti sestry, samostatná práce je možná v preventivní péči, v edukaci, v péči o chronicky nemocné. Komunitní ošetrovatelství je podporováno MZČR. (22,38)

Důležitou složkou koncepce je výzkum, o jehož výsledky se opírá rozvoj oboru. Je soustředěn na univerzitách a vzdělávacích institucích. (38)

1.10.1 Legislativa určující výkon profese

Nejdůležitějším zákonem zabývajícím se povoláním sestry, je zákon 96/2004 Sb. (viz příloha č. 3) Upravuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu povolání a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Také zaručuje, že se sestry musí celoživotně vzdělávat. (47)

Stanovuje, že sestra musí být absolventkou nejméně tříletého akreditovaného bakalářského oboru připravujícího sestry, či vyšší odborné školy. (47)

Nutné je celoživotní vzdělávání v oboru. Pod tímto pojmem rozumíme průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností. Toto vzdělávání probíhá formou různých kurzů nebo stáží, účastí na konferencích, patří sem publikační a výzkumná činnost a studium literatury. (47)

Součástí zákona je i pasáž o registraci sester. Registrace je základem regulace profese a zároveň podmínkou pro samostatný výkon povolání. Pomocí registrace se zajistí vysoká úroveň zdravotní péče. Také je potřebná k jednoduššímu uznání vzdělání v ostatních zemích Evropské unie. K zaregistrování je potřeba mít čistý trestní rejstřík, dostatečný zdravotní stav a způsobilost k výkonu povolání (vzdělání). (47)

Další legislativní normou je vyhláška 424/2004 (viz příloha č. 4), která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků – ten poskytuje péči v souladu s právními předpisy a standardy. Sestra poskytuje či zajišťuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Dále vede sestry, které nejsou způsobilé k práci bez odborného dohledu. Na základě indikace lékaře se také podílí na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. (45)

Podle kompetencí dle ICN je sestra oprávněná se zapojovat 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 praxe, plně se zapojovat do zdravotnického týmu, dohlížet na pomocné pracovníky v ošetrovatelství a školit je a také se zapojovat do výzkumu. Mezi tyto kompetence patří profesionální, etická a zákonná praxe, poskytování a management péče, profesionální rozvoj. (1)

1.10.2 Aktuální problémy ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Z koncepce českého ošetrovatelství vyplývají některé problémy, které je nutné vyřešit tak, aby byl podpořen rozvoj ošetrovatelství a zároveň vzrůstal společenský status profese sestry. Patří sem zejména standardizace terminologie ošetrovatelství, ověřování efektivity různých přístupů ve výuce ošetrovatelství pro profesionální způsob práce, ověřování různých ošetrovatelských modelů v návaznosti na zvyšování kvality poskytované péče a efektivity nákladů, vývoj nástrojů pro měření kvality péče, podpora účasti žen na výzkumu a vývoji ve zdravotnictví, zajištění péče efektivním způsobem ohroženým skupinám (staří lidé, děti s vrozenými vývojovými vadami, mentálně postižení, kulturní a etnické skupiny, aj.), vývoj výzkumu. Cílem je zlepšit péči o zdraví z hlediska holistického pojetí člověka, přispět k rozvoji teorie a vědecké báze poznatků ošetrovatelství, rozšiřovat vědomosti o poskytování kvalitní péče. (2)

1.11 Strategie pro změnu statutu sester

Je nutná změna pohledu na ošetrovatelství a samu sebe, neboť každá sestra nese odpovědnost za zlepšení sesterského statutu. Proto má vystupovat tak, aby budila respekt u veřejnosti a pacientů a spolupracovníků a efektivně komunikovat, což je jednou z nejdůležitějších dovedností sestry. Pozitivní vnímání sebe sama je nanejvýš důležité – pokud sestra věří ve své schopnosti, potom i její přístup k pacientům bude toto sebepojetí vyzařovat. (43)

Edukace o profesní image by se měla zařadit jako předmět na ošetrovatelské školy, jelikož studenti by měli vnímat, že ošetrovatelství je profese a kariéra. Učebnice i výukový materiál by měl odrážet roli sester dneška. S tím je spojen i požadavek

na učitele na zdravotních školách, musí mít vyšší ošetrovateľské vzdelání a být modelem žákům. Získání vyššího vzdelání a špičkové znalosti v klinické oblasti, komunikační a manažerské dovednosti podporují pozitivně růst profesního statutu. S tím souvisí i zapojení sester do klinického výzkumu.(43)

Nutná je monitorace masmédií a toho, jak prezentují sestry na veřejnosti, jelikož mají moc ovlivňovat myšlení společnosti. Musí reagovat na negativní či zlehčující představování ošetrovatelství a sester a podporovat pozitivní představu o sobě.

Důležitým předpokladem pro úspěšné zlepšování postavení sester je jejich sjednocení do profesních organizací, které hájí jejich práva a podporují profesní image. Základním kamenem úspěchu je však proaktivní přístup sester ke změně. Sebezviditelnění jako je publikační činnost sester, přednášková činnost jak u odborné, tak laické veřejnosti je nutné pro šíření informací o sesterské profesi mezi občany. Spolupráce s médii a reakce na prezentaci sester v médiích. (43)

Sestry by měly pochopit dva základní principy - princip přesvědčení, kdy naše sebehodnocení se odráží v tom, jak nás vnímají ostatní a proto sestry mají mít pozitivní představy o svém povolání, aby i veřejnost měla tuto představu, a také princip vztahu mezi odpovědností a úspěchem, jelikož úspěch se nedostaví bez ochoty převzít odpovědnost za vlastní život.(43)

1.12 Sestra budoucnosti

Dnešní ošetrovatelství se v uplynulých padesáti letech velmi změnilo, a je tedy potřeba živé představivosti pro to, abychom mohli předvídat, jaký bude nadále jeho vývoj v dnešním velice rychle se měnícím světě. Pochopit ošetrovatelství dneška a dokázat nastínit jeho budoucnost a připravit se na ni vyžaduje poznat a pochopit jeho minulost, ale také se vžít do současné ošetrovateľské praxe a sociologických faktorů, které jej utváří. (24)

Ošetrovatelství jako obor, kde se těsně spojuje teorie s praxí, se dostává do nové vývojové etapy, kterou si musí uvědomovat i sestry. Nutná je totiž změna v jejich celkovém přístupu a myšlení. Pozitivní vnímání sebe sama je základním předpokladem

ke změně statusu – pokud sestra věří ve své schopnosti, potom bude toto sebepojetí vyzařovat na veřejnost. (44, 43)

Nové trendy v ošetrovatelství žádají do budoucnosti od sester změny v těchto oblastech: v ošetrovatelství musí být prvořadě vědomosti a výuka studentů ošetrovatelství vedena na odborné úrovni. Titul sestra musí být vyhrazen pouze pro tuto profesionální skupinu, nesmí se používat pro ostatní personál. Sestry musí disponovat vysokou inteligencí a motivací pro službu veřejnosti. Musí být vytvořeno jádro odborníků. Profesionál bude mít schopnost sebeformování a sebeřízení. Nedílnou součástí je změna vztahu ošetrovatelství k veřejnosti, je nutné rozvinout politickou aktivitu do veškerého dění ve společnosti. Ošetrovatelské výkony by měly být vyčísleny samostatně k přímému proplácení služeb a následnému zvyšování kvality péče. Nezbytné je rozšíření a posílení primární role sestry v prevenci onemocnění. (24)

Pokud se budou české sestry řídit strategií, uvedenou v předchozí kapitole, mohou v několika málo letech dosáhnout takového statutu, jakou mají kolegyně např. v USA. Půjde však o dlouhodobý a nekonečný proces, jelikož stále je co zlepšovat. Musíme si uvědomit, že nestačí tento vývoj si přát, ale musíme na něm pracovat – musí být výsledkem celého souboru našeho chování. (31)

Nutné je dosáhnout změny – je integrální součástí ošetrovatelství. Jedná se o dynamický proces, během kterého se lidé rozvíjejí a přizpůsobují. Můžeme jej rozdělit na 6 stádií – identifikace toho, co potřebuje změnu, diagnostika problému, výběr řešení, plánování, zavedení změny, vyhodnocení. Tuto teorii musí sestry poznat a aplikovat ve své praxi, na vládní úrovni, v profesních organizacích i ve společnosti. Plánování změny patří mezi zdroje moci, která je pro ošetrovatelství velice cenná. (24)

Pokud budeme přistupovat ke změně image zodpovědně, důsledně a nadšeně, potom zajistíme, že nás bude veřejnost vnímat jako jednu z nejdůležitějších složek zdravotnictví a rovnocenné členky multidisciplinárního zdravotnického týmu. (43)

Sestry musí pracovat na upevnění svého nynějšího postavení, ale také na změně image sesterského povolání. Musí ho rozvíjet na takové profesionální úrovni, aby stoprocentně zvládly novou roli sesterské profese. O zvýšení prestiže své sociální

skupiny musí sestry bojovat samy, zejména odpovědným chováním, jelikož prestiž musí být vybojována, nikoliv přidělena! (40, 12)

Globalizace v ošetrovatelství se začíná ve vnímání statusu sestry v dnešní době velice projevovat. Dochází k šíření nemocí v celosvětovém měřítku, počet konzumentů zdravotní péče vzrůstá, objevují se nové civilizační choroby, atd. V důsledku toho se zvyšuje mobilita pacientů, kteří cestují za zdravotnickou péčí, mobilita sester za prací se také rozmáhá. Proto je potřeba provést opatření ve třech oblastech – zlepšování veřejného zdraví, zajištění dostupnosti péče pro všechny, nabídka nadstandardní péče za úhradu. Ve všech těchto oblastech musí hrát důležitou roli sestry, které však musí být dostatečně a kvalitně vzdělané, které mohou dosahovat nejen uspokojení z práce, ale budou i kvalitněji pracovat a zvyšovat standard kvality ošetrovatelské péče. (13)

Sestry tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví. Uplatňují se ve všech složkách péče – v nemocnici, ambulanci, primární péči, atd. Ošetrovatelská profese je tedy ve společnosti velmi významná. V materiálech WHO je věnována velká pozornost problematice ošetrovatelství a postavení sestry v systému zdravotnické péče, kde je kladen důraz na profesionalizaci sesterského povolání. Pro ni jsou důležité následující znaky: systematická teorie, o kterou se opírá výkon profese, profesní autorita, systém profesních asociací, které pečují o růst kvalifikace svých členů, a zejména profesní etikou normující vztahy profesionála ke klientům. (4)

Zvyšuje se standard výkonu ošetrovatelské profese, a tím se zvyšují požadavky na sestry, na jejich dovednosti, které v minulosti nebylo nutné ovládat. Jedná se o poznatky například z oblasti behaviorálních věd, nutné pro rozpoznání postojů a hodnot jednotlivců či skupin, jejich zdravotních potřeb. Nově jsou důležité také poznatky z multikulturního ošetrování tak, aby sestra byla schopna poskytnout péči v rámci kulturního prostředí pacienta. Tento požadavek vyplývá právě z globalizace v konzumaci zdravotní péče. (4)

Sestra budoucnosti musí splňovat některé požadavky - být emancipovaná, pracovat samostatně a převzít více odpovědnosti; být vzdělaná a uznávaná ze strany pacientů i lékařů; být angažovaná ve svém povolání a hledat nové směry péče; být

důvěryhodná, začlenit se do sesterských organizací; aplikovat nové vědecké poznatky a podílet se na výzkumu v ošetrovatelství. (40)

Nutná je změna externí image v pozitivním smyslu, zejména prezentací sester na veřejnosti /masmédia, zdravotní školy/. (43)

Jiný přístup je třeba využívat u komunikace s pacientem, protože je-li spokojen, spokojena je i jeho rodina. Tímto se utváří základna advokátů sester. A vzhledem ke vstupu České republiky do Evropské Unie by sestry měly začít usilovat o to, aby si vydobýly stejný status, jaký mají sestry jinde v Evropě. (31)

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Prvním cílem mé diplomové práce bylo prozkoumat spokojenost sester v ČR se současným statutem a odhalit jejich vize do budoucnosti; druhým cílem bylo zjistit názory pacientů na současný status sester ve společnosti; a třetím cílem bylo ověřit názory lékařů na status sestry v současnosti a ověřit jejich vize o sestrách pro budoucnost.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry nejsou spokojeny se svým statutem v současnosti.

H2: Vize sestry o jejich budoucím statutu ve společnosti jsou pozitivní.

H3: Pacienti negativně hodnotí status sestry v ČR.

H4: Lékaři status sestry v současnosti nesledují.

H5: Lékaři o sledování statutu sestry v budoucnosti nejeví zájem.

3 Metodika práce a charakteristika souboru

3.1 Metoda a technika výzkumu

Při pilotáži bylo využito metody nestandardizovaného rozhovoru s 5 klienty, 5 sestrami a 2 lékaři na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, což posloužilo k ověření správnosti výběru tématu a vypracování dotazníku na zjištění statutu sester. Rozhovor byl proveden na téma „status sestry“.

Vlastní výzkum byl proveden na základě vlastního dotazníku vztahujícího se ke statutu sester v dnešní době a v budoucnosti. Tento dotazník byl vytvořen ke kvantitativnímu výzkumu.

Dotazník A, B a C není totožný, liší se v otázkách 12 až 15 (respektive 17). Všechny otázky jsou uzavřené, identifikační jsou dvě. Pro soubor A má 15 otázek, pro soubor B má 17 otázek, pro soubor C má 15 otázek zaměřených na vnímání statutu sestry a status sestry v budoucnosti. Výběr odpovědí byl limitován pouze jednou odpovědí k dané otázce.

Dotazník A byl distribuován mezi pacienty, dotazník B mezi sestry a dotazník C byl distribuován mezi lékaře.

3.1 Charakteristika výzkumných souborů

K výzkumu byli vybráni respondenti starší 18 let. Určeny byly soubory – soubor A – pacienti, soubor B – sestry, soubor C - lékaři. Výzkum byl proveden během dubna a května 2007. Výběr byl proveden náhodně bez určitých kritérií, tedy prostým náhodným výběrem. Bylo distribuováno 150 dotazníků pro pacienty, 150 dotazníků pro sestry a 150 dotazníků pro lékaře na různých odděleních nemocnic v Českých Budějovicích a Táboře. Vráceno bylo 103 vyplněných dotazníků od souboru A (pacientů), 121 od souboru B (sestry) 86 dotazníků od souboru C (lékaři). Výzkumný soubor A tedy tvořilo 103 respondentů, soubor B 121 respondentů a soubor 86

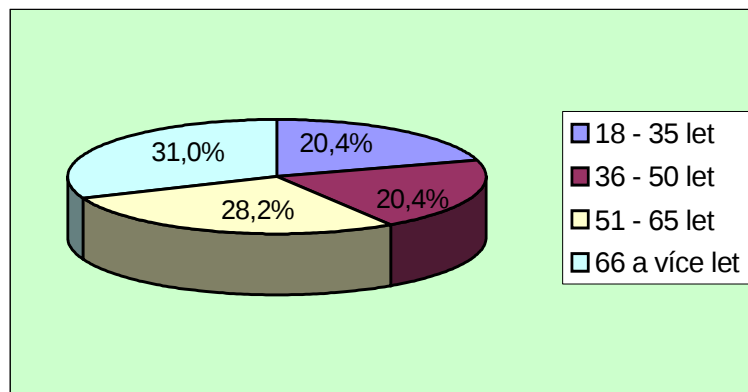
respondentů. Návratnost činila 68,7 % u respondentů souboru A, 80,7 % u souboru respondentů B a 57,3 % u souboru C.

Dotazník byl distribuován v Nemocnici České Budějovice a Okresní nemocnici Tábor na různých lůžkových odděleních.

4 Výsledky

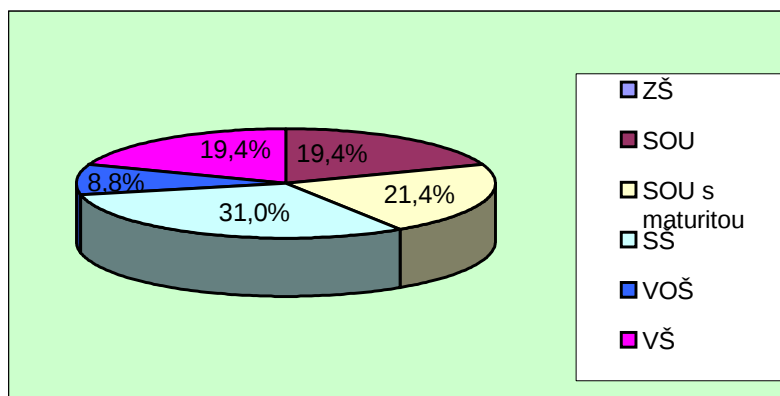
4.1 Výsledky souboru A

Graf 1 Věkové složení respondentů (otázka č. 1, dotazník A)



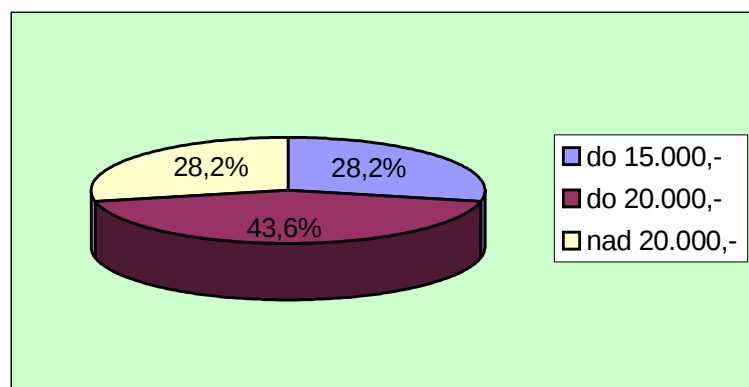
Výzkumu se zúčastnilo 103 (100 %) pacientů nemocnic v Českých Budějovicích a Táboře. Ve věkovém rozmezí 18 – 35 let je 21 (20,4 %) pacientů, věk 36 – 50 roků má 21 (20,4 %) pacientů, ve věku 51 – 65 let je 29 (28,2 %) pacientů, starších než 66 let je 32 (31 %) pacientů.

Graf 2 Vzdělání respondentů (otázka č. 2, dotazník A)



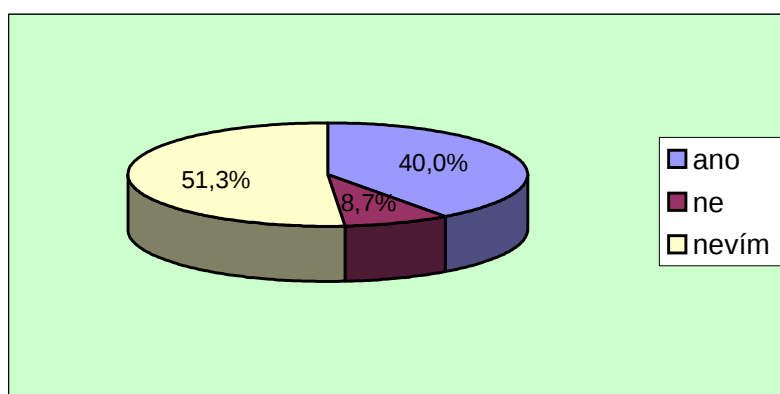
Ze 103 (100 %) respondentů souboru A má střední odborné vzdělání 20 (19,4 %) pacientů, střední odborné vzdělání s maturitou 22 (21,4 %) pacientů, středoškolské vzdělání 32 (31 %) pacientů, vyšší odborné 9 (8,8 %) pacientů a vysokoškolské vzdělání získalo 20 (19,4 %) pacientů.

Graf 3 Platové ohodnocení profese sestry (čistý plat) (otázka č. 3, dotazník A)



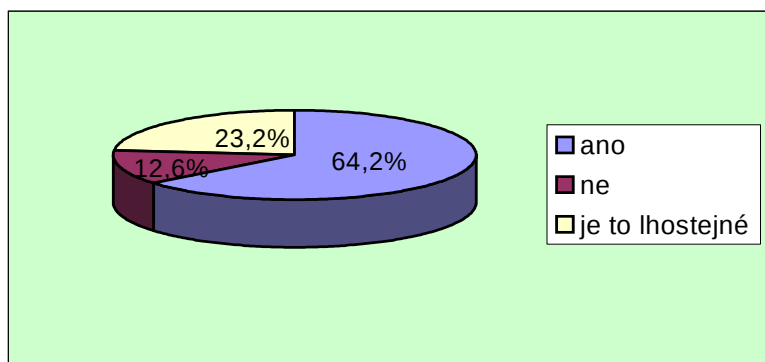
Ze 103 (100 %) respondentů souboru A by sestrám 29 (28,2 %) pacientů přidělilo podprůměrný čistý plat do 15.000,-, 45 (43,6 %) pacientů průměrný čistý plat mezi 15.000,- a 20.000,- a 29 (28,2 %) pacientů nadprůměrný čistý plat vyšší než 20.000,-.

Graf 4 Přijetí nových kompetencí sestrami na základě VŠ profesní přípravy (otázka č. 4, dotazník A)



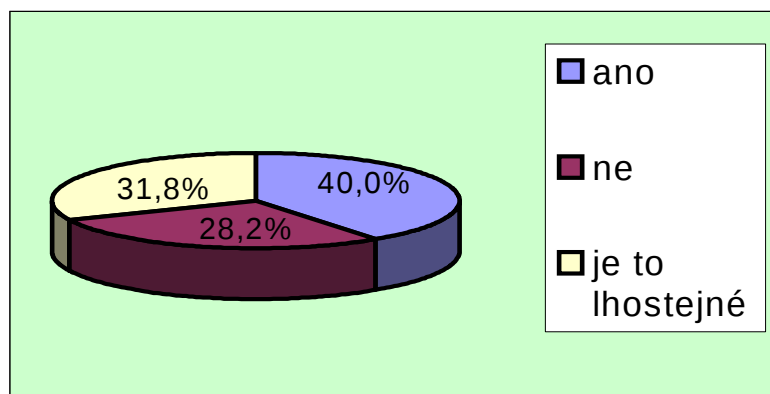
Ve schopnost sester přijmout na základě nynější vysokoškolské profesní přípravy nové, rozšířené kompetence věří 43 (40,0 %) pacientů. Naopak že sestry nejsou tyto kompetence schopny převzít si myslí 9 (8,7 %) pacientů. Odpověď nevím udalo 54 (51,3 %) pacientů.

Graf 5 Důležitost celoživotního vzdělání sester (otázka č. 5, dotazník A)



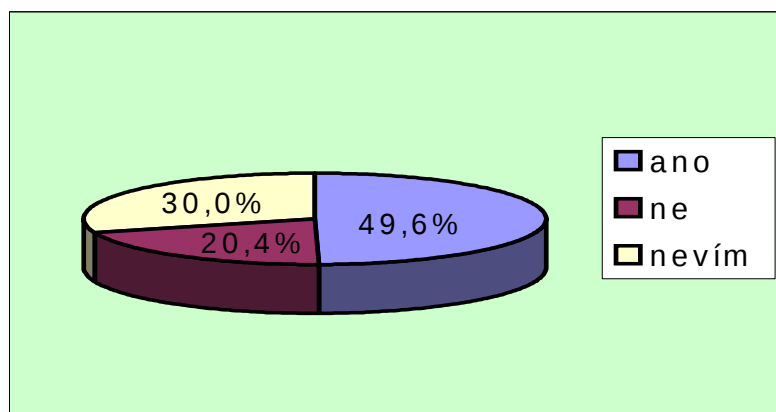
Celoživotní vzdělání sester považuje za důležité 68 (64,2 %) pacientů. O celoživotním vzdělání sester se vyjádřilo jako o zbytečném 13 (12,6 %) pacientů. Lhostejné je vzdělání sester 25 (23,2 %) pacientů.

Graf 6 Sestry ve vedoucích pozicích úřadů, na vládní úrovni ve zdravotnictví (otázka č. 6, dotazník A)



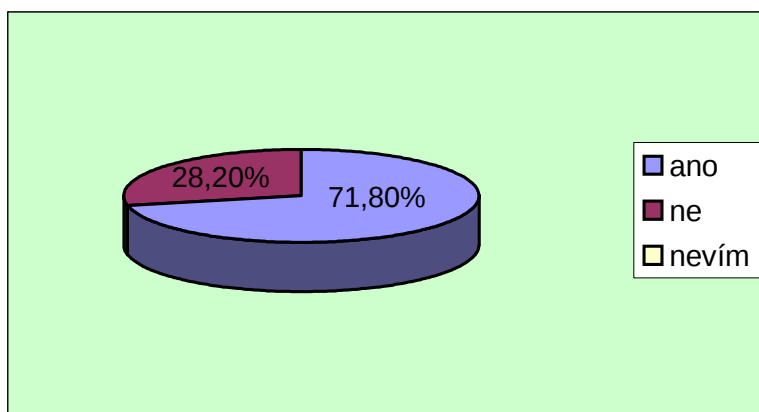
43 (40 %) respondentů souboru A se domnívá, že by sestry měly působit ve vedoucích místech úřadů a taktéž na vládní úrovni v oblasti zdravotnictví. Naopak 29 (28,2 %) respondentů souboru A jejich činnost v těchto úřadech odmítá. Lhostejné je dosazení sester do vedoucích pozic 34 (31,8 %) respondentům souboru A.

Graf 7 Výkon terénní sestry na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou (otázka č. 7, dotazník A)



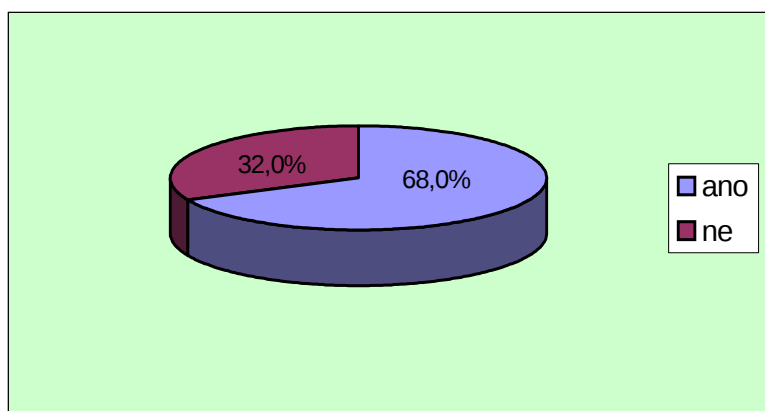
Pro reálnost samostatného výkonu funkce terénní sestry a činnosti v její kompetenci na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou se vyslovilo 53 (49,6 %) pacientů, jako nereálnou tuto možnost označilo 21 (20,4 %) pacientů. 32 (30,0 %) pacientů odpovědělo, že neví, zda je to možné.

Graf 8 Stejná důležitost ošetrovatelské a lékařské dokumentace (otázka č. 8, dotazník A)



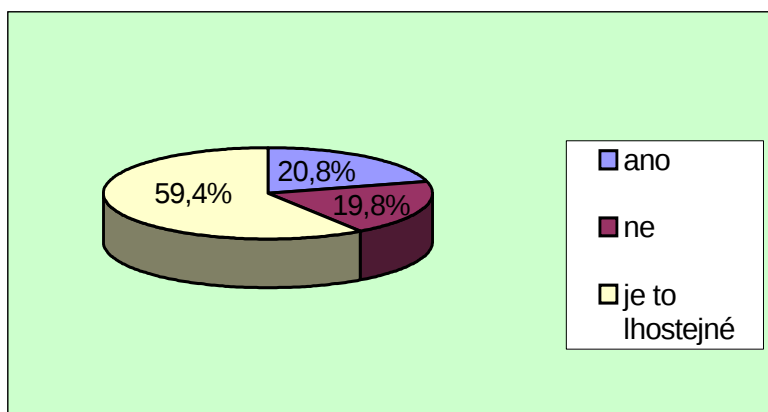
Pro stejnou důležitost ošetrovatelské a lékařské dokumentace se vyslovilo 74 (71,8 %) respondentů souboru A, jako méně důležitou ji hodnotí 29 (28,2 %) respondentů souboru A, odpověď nevím neudal žádný z respondentů (0 %).

Graf 9 Výkon profese sestry muži v budoucnu (otázka č. 9, dotazník A)



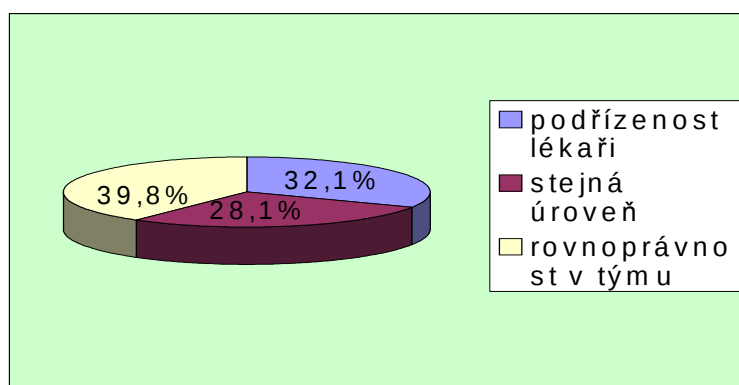
Názor, že v budoucnu budou vykonávat povolání sestry běžně muži, má 70 (68 %) pacientů. V tento názor však nevěří 33 (32 %) pacientů.

Graf 10 Výzkum sester ve zdravotnictví (otázka č. 10, dotazník A)



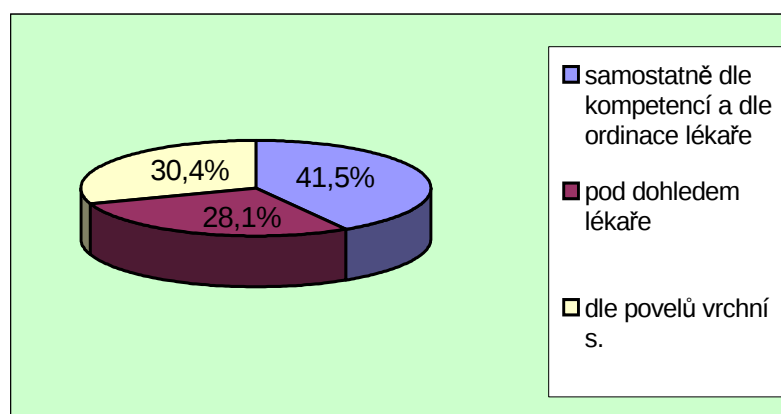
Pro názor, že by se sestry měly angažovat ve výzkumu ve zdravotnictví, se vyslovilo 22 (20,8 %) respondentů souboru A, naopak 21 (19,8 %) respondentů souboru A si myslí, že by se sestry ve výzkumu ve zdravotnictví angažovat neměly. Lhostejná je práce sester ve výzkumu 63 (59,4 %) respondentů souboru A.

Graf 11 Budoucnost sesterské profese (otázka č. 11, dotazník A)



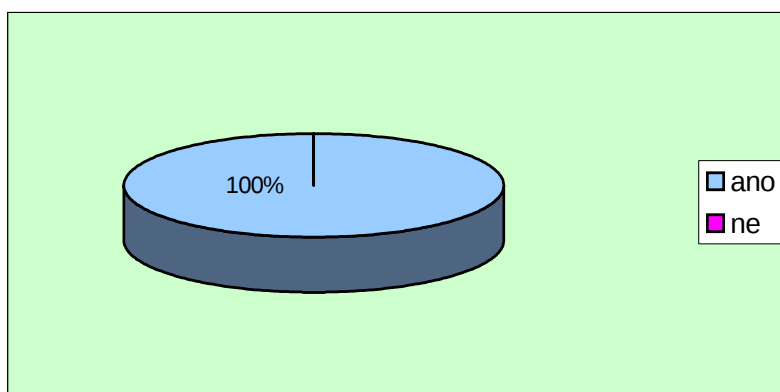
Zde 33 (32,1 %) pacientů předpokládá, že v budoucnu bude sestra podřízena lékaři. 29 (28,1 %) pacientů si myslí, že povolání sestry bude v budoucnu na stejné úrovni jako v dnešní době. A 41 (39,8 %) pacientů se domnívá, že sestra bude v budoucnu rovnoprávným členem zdravotnického týmu.

Graf 12 Kompetence práce sestry (otázka č. 12, dotazník A)



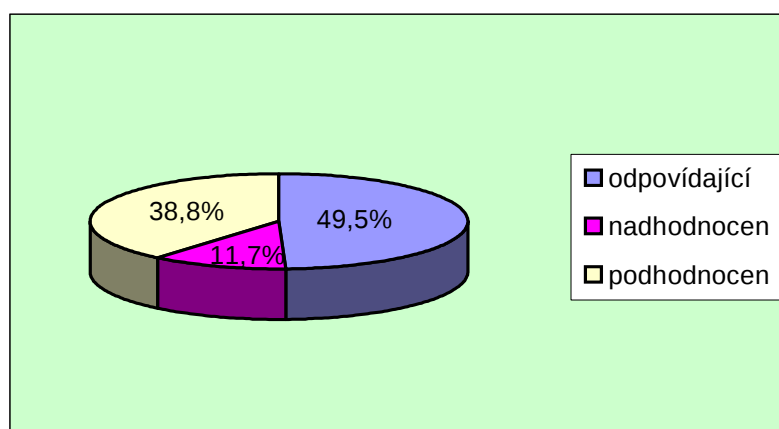
Podle názoru 43 (41,5 %) pacientů pracuje sestra samostatně dle svých kompetencí, a dle ordinace lékaře. 29 (28,1 %) pacientů se vyjádřilo, že sestra pracuje pod dohledem lékaře a na jeho příkaz. 31 (30,4 %) pacientů si myslí, že sestra pracuje dle povelů vrchní sestry.

Graf 13 Důležitost povolání sestry (otázka č. 13, dotazník A)



Všichni respondenti souboru A 103 (100 %) hodnotí povolání sestry jako důležité pro společnost.

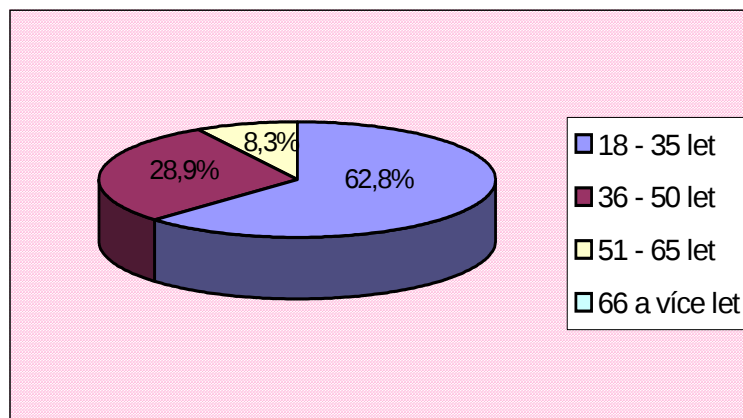
Graf 14 Status sestry (otázka č. 14, dotazník A)



Status sestry jako odpovídající jejich práci a schopnostem hodnotí 51 (49,5 %) respondentů souboru A. Jako nadhodnocený ho vidí 12 (11,7 %) respondentů souboru.

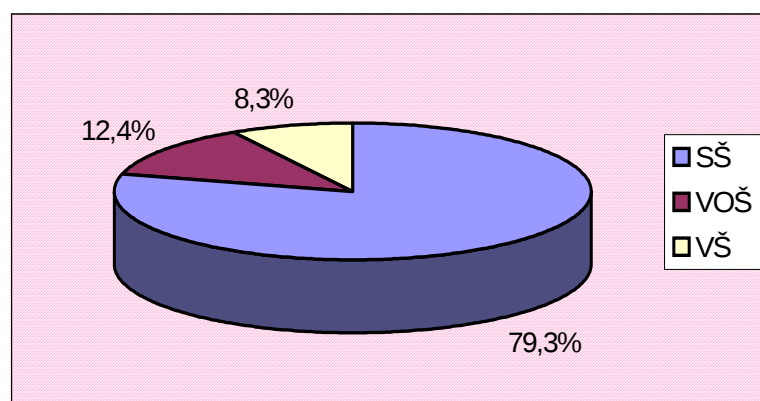
4.2 Výsledky souboru B

Graf 15 Věkové složení respondentů (otázka č. 1, dotazník B)



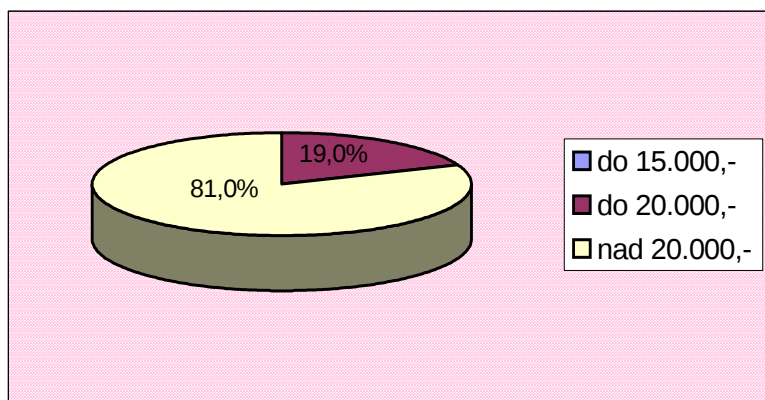
Výzkumu se zúčastnilo 121 sester (100 %) z nemocnice v Českých Budějovicích a Táboře. Ve věkovém rozmezí 18 – 35 let je 76 (62,8 %) sester, věk 36 – 50 roků má 35 (28,9 %) sester, ve věku 51 – 65 let je 10 (8,3 %) sester, starších než 66 let je 0 (0 %) sester.

Graf 16 Vzdělání respondentů (otázka č. 2, dotazník B)



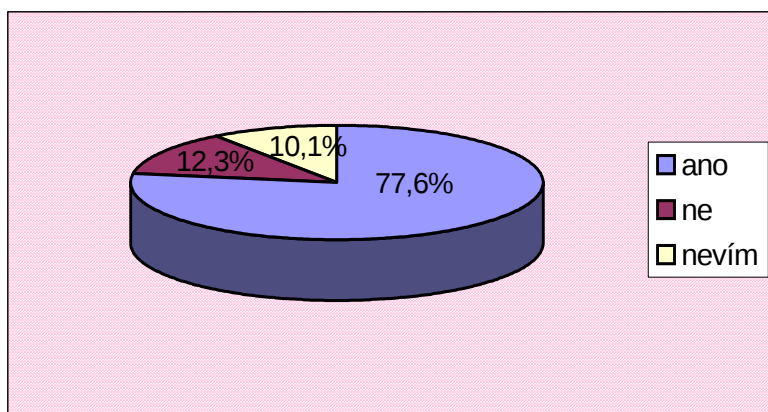
Ze 121 (100 %) respondentů souboru B má středoškolské vzdělání 96 (79,3 %) sester, vyšší odborné získalo 15 (12,4 %) sester a 10 (8,3 %) je vysokoškolsky vzděláno.

Graf 17 Platové ohodnocení profese sestry (otázka č. 3, dotazník B)



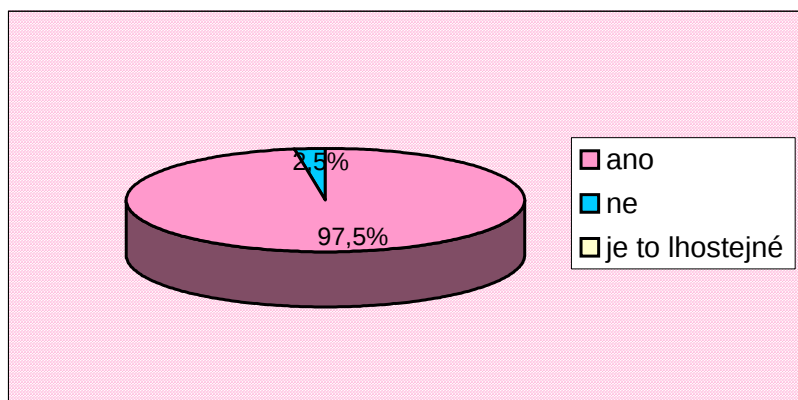
Ze 121 (100 %) respondentů souboru B svou práci ohodnotilo 0 (0 %) sester podprůměrným platem, 23 (19 %) platem průměrným a 98 (81 %) platem nadprůměrným.

Graf 18 Přijetí nových kompetencí sestrami na základě VŠ profesní přípravy (otázka č. 4, dotazník B)



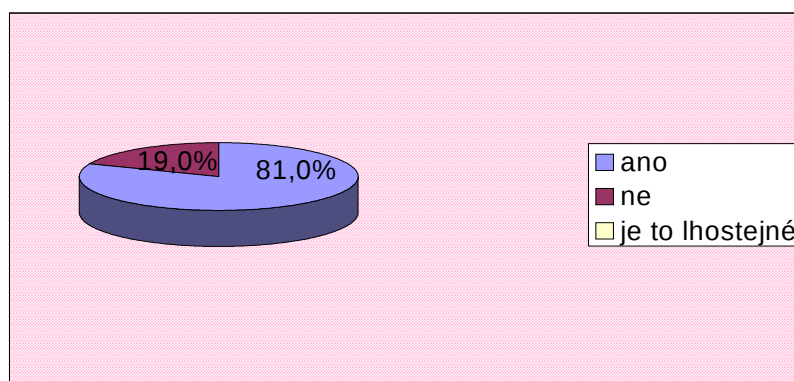
Ve schopnost sester přijmout na základě nynější vysokoškolské profesní přípravy nové, rozšířené kompetence věří 94 (77,6 %) sester. Naopak že sestry nejsou tyto kompetence schopny převzít si myslí 15 (12,4 %) sester. Odpověď nevím udalo 12 (10,1 %) sester.

Graf 19 Důležitost celoživotního vzdělání sester (otázka č. 5, dotazník B)



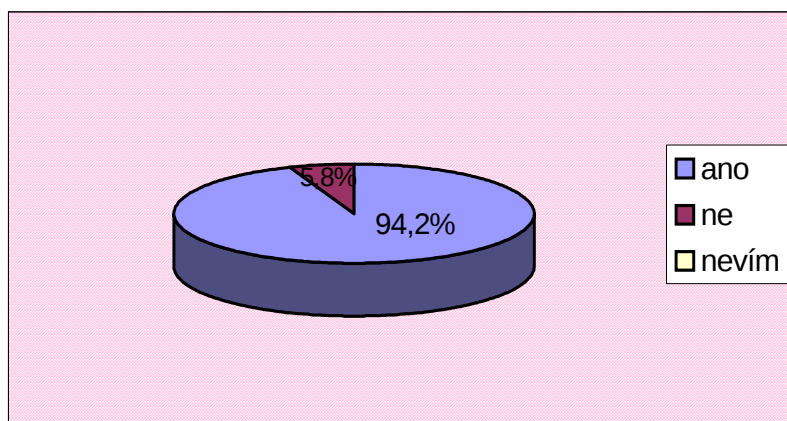
Celoživotní vzdělání sester považuje za důležité 118 (97,5 %) sester. O celoživotním vzdělání sester se vyjádřily jako o zbytečném 3 (2,5 %) sestry. Lhostejné je vzdělání 0 (0 %) sestrám.

Graf 20 Sestry ve vedoucích pozicích úřadů, na vládní úrovni ve zdravotnictví (otázka č. 6, dotazník B)



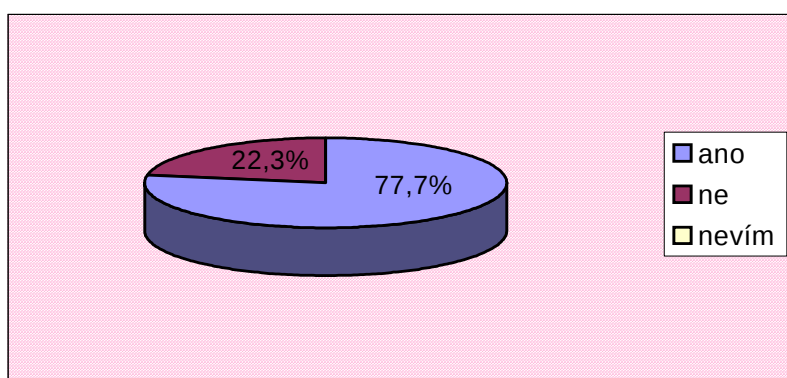
98 (81 %) respondentů souboru B se domnívá, že by sestry měly působit ve vedoucích místech úřadů a taktéž na vládní úrovni v oblasti zdravotnictví. Naopak 23 (19 %) respondentů souboru B jejich činnost v těchto úřadech odmítá. Lhostejné je dosazení sester do vedoucích pozic 0 (0 %) sester.

Graf 21 Výkon terénní sestry na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou (otázka č. 7, dotazník B)



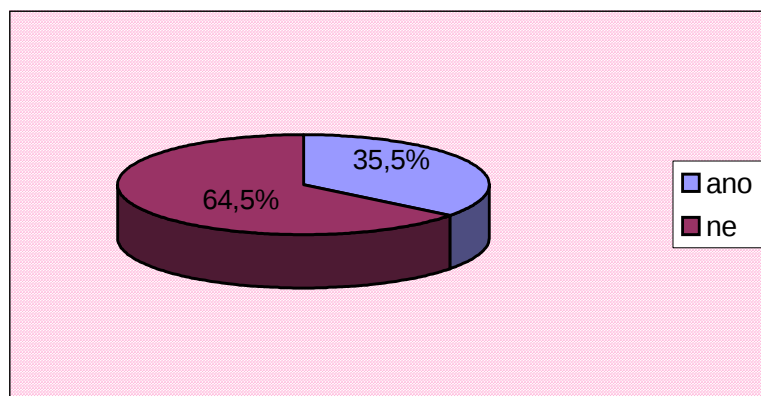
Pro odpověď, že je reálné, aby sestra vykonávala samostatně funkci terénní sestry a činnosti v její kompetenci na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, se vyslovilo 53 (49,6 %) pacientů, 114 (94,2 %) sester a ... (... %) lékařů. Jako nereálnou tuto otázku označilo 21 (20,4 %) pacientů, 7 (5,8 %) sester a ... (...%) lékařů.

Graf 22 Stejná důležitost oš. a lékařské dokumentace (otázka č. 8, dotazník B)



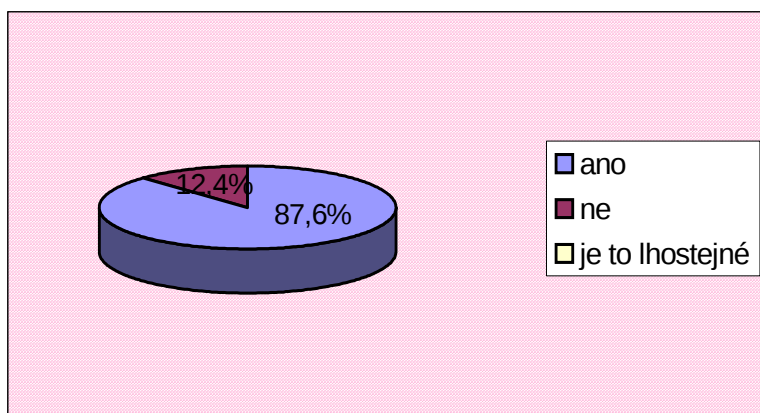
Pro stejnou důležitost ošetrovatelské a lékařské dokumentace se vyslovilo 94 (77,7 %) respondentů souboru B. Jako méně důležitou ji hodnotí 27 (22,3 %) respondentů souboru B. Odpověď nevím neudal žádný (0 %) respondent souboru B.

Graf 23 Výkon profese sestry muži v budoucnu (otázka č. 9, dotazník B)



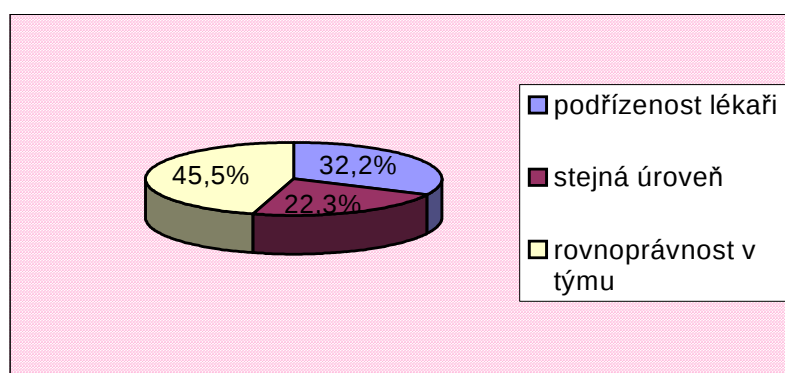
Názor, že v budoucnu budou vykonávat povolání sestry běžně muži, má 43 (35,5 %) sester. V tento názor však nevěří 78 (64,5 %) sester.

Graf 24 Výzkum sester ve zdravotnictví (otázka č. 10, dotazník B)



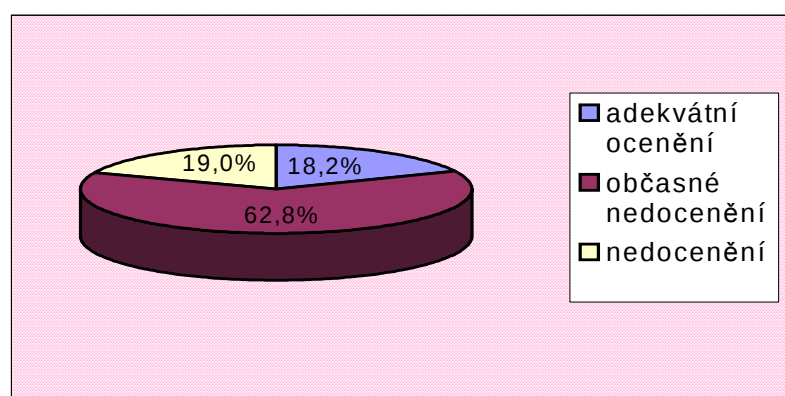
Pro názor, že by se sestry měly angažovat ve výzkumu ve zdravotnictví, se vyslovilo 106 (87,6 %) respondentů souboru B, naopak 15 (12,4 %) respondentů souboru B si myslí, že by se sestry ve výzkumu ve zdravotnictví angažovat neměly. 0 (0 %) respondentů souboru B není k této otázce lhostejných.

Graf 25 Budoucnost sesterské profese (otázka č. 11, dotazník B)



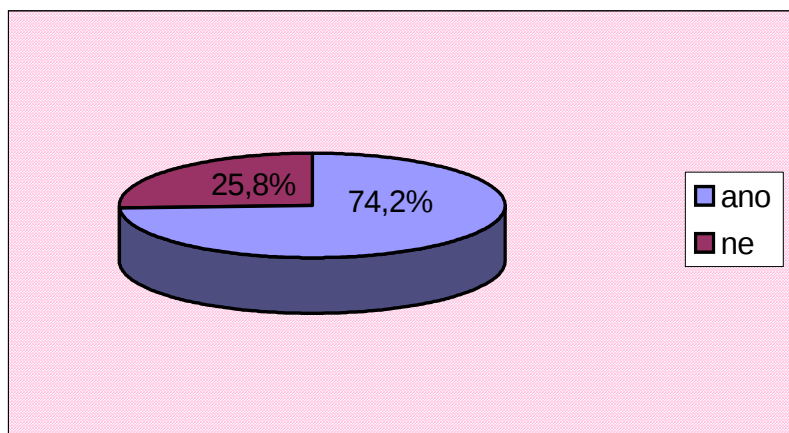
Zde 39 (32,2 %) sester předpokládá, že v budoucnu bude sestra podřízena lékaři. 27 (22,3 %) sester si myslí, že povolání sestry bude v budoucnu na stejné úrovni jako v dnešní době. A 55 (45,5 %) sester se domnívá, že sestra bude v budoucnu rovnoprávným členem zdravotnického týmu.

Graf 26 Přístup lékařů k sestrám (otázka č. 12, dotazník B)



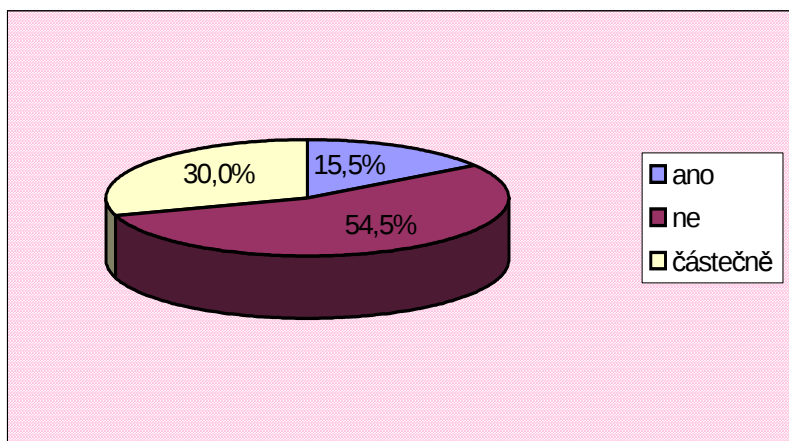
Přístup lékařů k sestrám hodnotí respondenti souboru B takto – 22 (18,2 %) se cítí být adekvátně lékaři oceněno, 76 (62,8 %) sester se cítí být občas nedoceněno a 23 (19 %) se jich cítí být zcela nedoceněných.

Graf 27 Sestra budoucnosti jako partnerka lékaře (otázka č.13, dotazník B)



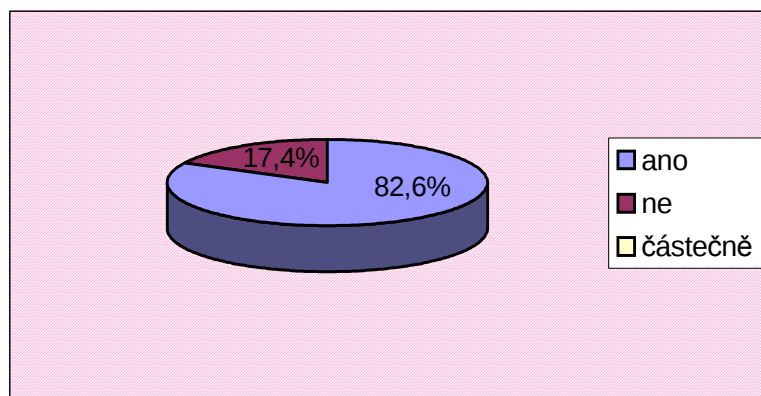
90 (74,2 %) sester se domnívá, že je reálné, aby v budoucnu sestra byla rovnocennou partnerkou lékaře. Jako nereálné toto hodnotí 31 (25,8 %) sester.

Graf 28 Orientace v ošetrovateľskej legislatíve (otázka č. 14, dotazník B)



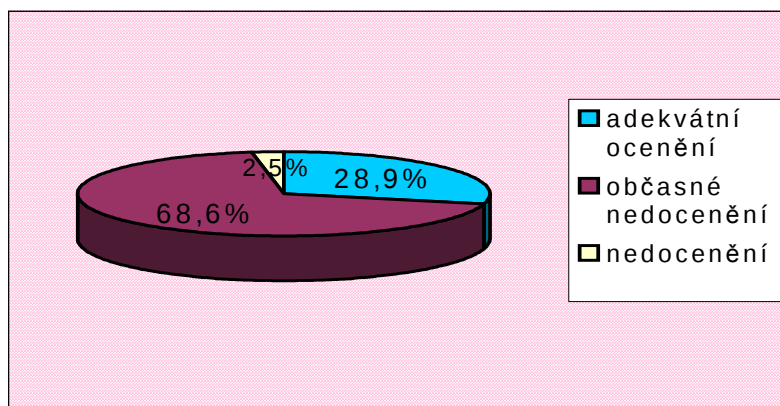
V legislativě zabývající se ošetrovatelstvím se orientuje 19 (15,5 %) sester. Neorientuje se v ní 66 (54,5 %) sester. Částečně se v legislativě orientuje 36 (30 %) sester.

Graf 29 Zájem o nové informace z ošetrovatelství (otázka č. 15, dotazník B)



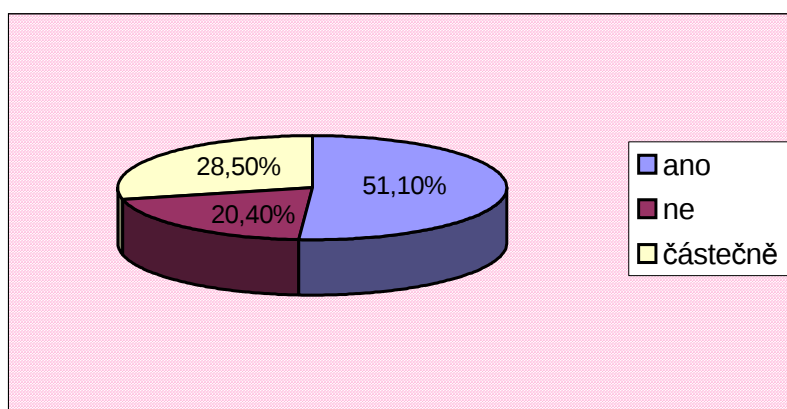
O nové informace z ošetrovatelství se zajímá 100 (82,6 %) sester. Částečně se o nové informace z ošetrovatelství zajímá 21 sester (17,4 %) 0 (0 %) sester se o novinky z ošetrovatelství nezajímá.

Graf 30 Přístup pacientů k sestrám (otázka č. 16, dotazník B)



Adekvátně oceněno pacienty se cítí být 35 (28,9 %) sester. 83 (68,6 %) se cítí být občas nedoceněno. 3 (2,5 %) sestry se cítí být pacienty zcela nedoceněny.

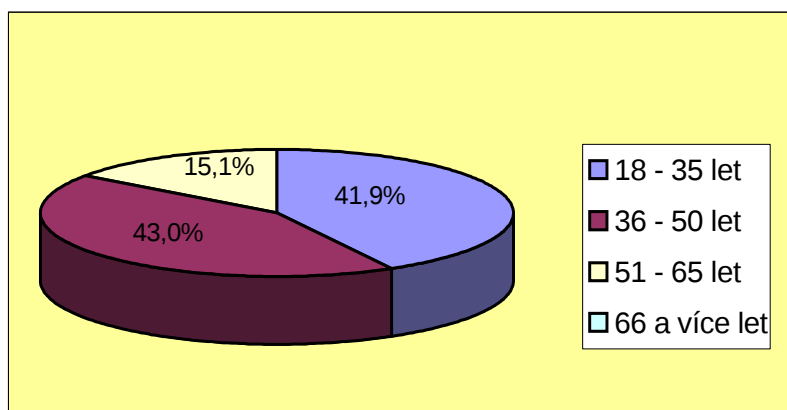
Graf 31 Spokojenost sester s prací (otázka č. 17, dotazník B)



62 (51,1 %) sester se vyjádřilo, že je se svou prací spokojeno, naopak 25 (20,4 %) sester je se svou prací nespokojeno. Částečně je se svou prací spokojeno 34 (28,5 %) sester.

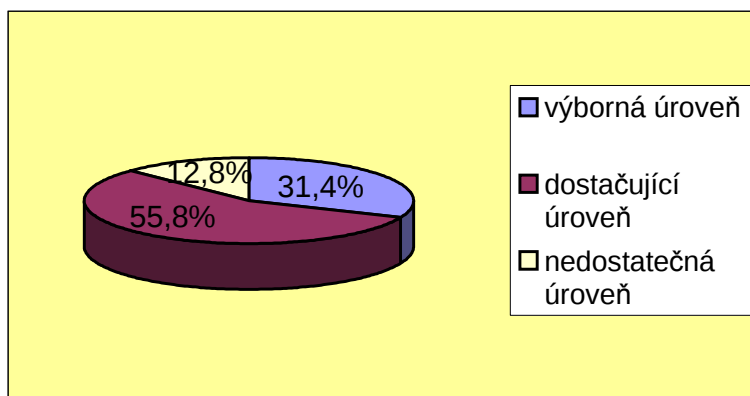
4.3 Výsledky souboru C

Graf 32 Věkové složení respondentů (otázka č. 1, dotazník C)



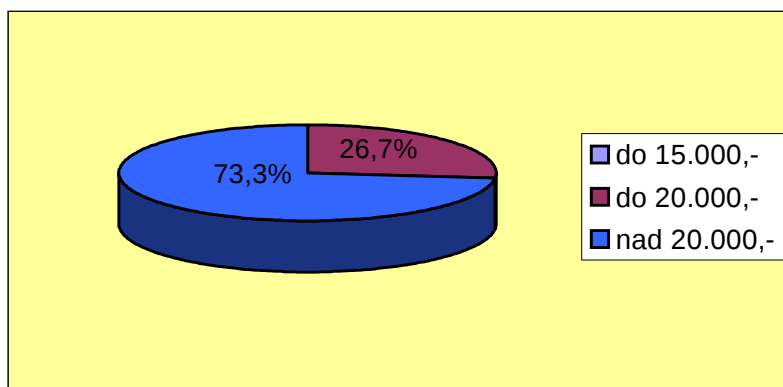
Výzkumu se zúčastnilo 86 respondentů souboru C z nemocnic v Českých Budějovicích a v Táboře. Ve věku do 35 let je 36 (41,9 %) lékařů, věkové rozmezí 36 – 50 let má 37 (43 %) lékařů a mezi 51 – 65 lety je 13 (15,1 %) lékařů. Starší 66 let je 0 (0 %) lékařů.

Graf 33 Úroveň dovedností a znalostí sester (otázka č.2, dotazník C)



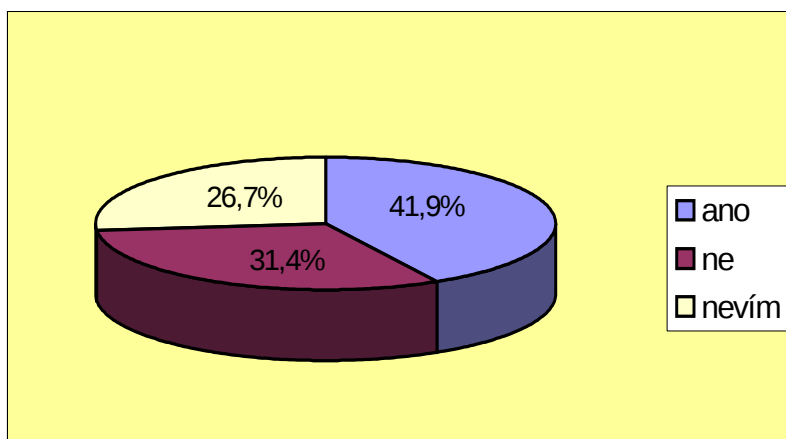
27 (31,4 %) lékařů hodnotí dovednosti a znalosti výborně. Dostačující úroveň vyjádřilo 48 (55,8 %) lékařů. Dovednosti a znalosti sester jako nedostatečné označilo 11 (12,8 %) lékařů.

Graf 34 Platové ohodnocení profese sestry (otázka č. 3, dotazník C)



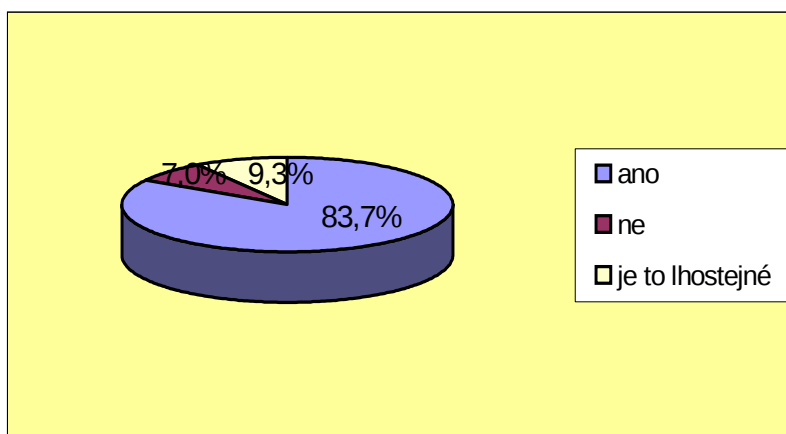
Soubor C s 86 (100 %) respondenty by za výkon práce sestry poskytl plat podprůměrný v počtu 0 (0 %) lékařů, průměrný v počtu 23 (26,7 %) lékařů a nadprůměrný v počtu 63 (73,3 %) lékařů.

Graf 35 Přijetí nových kompetencí sestrami na základě VŠ profesní přípravy (otázka č. 4, dotazník C)



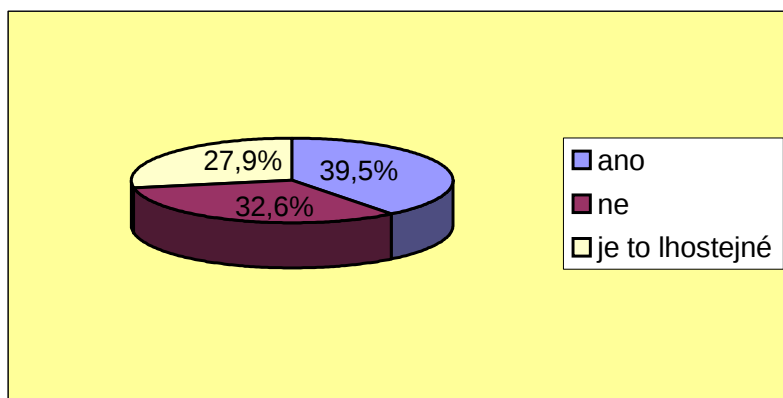
Ve schopnosti sester přijmout na základě nové profesní přípravy nové kompetence se vyslovilo 36 (41,9 %) lékařů. 27 (31,4 %) lékařů si myslí, že sestry nové kompetence nejsou schopny přijmout. Nerozhodných je 23 (26,7 %) lékařů.

Graf 36 Důležitost celoživotního vzdělání sester (otázka č. 5, dotazník C)



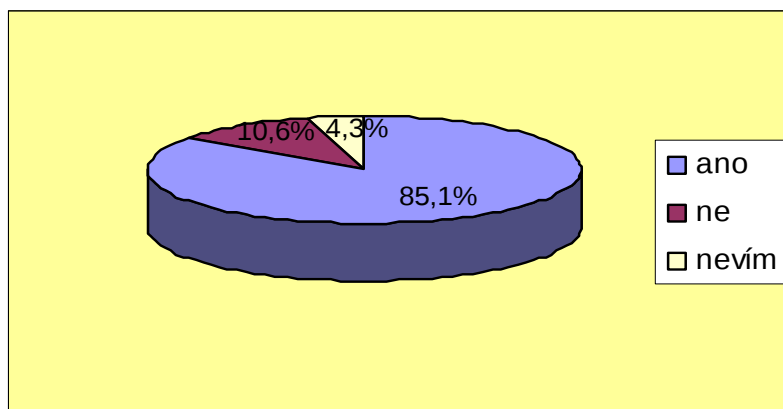
Celoživotní vzdělání sester považuje za důležité 72 (83,7 %) lékařů. O celoživotním vzdělání sester se vyjádřilo jako o zbytečném 6 (7 %) lékařů. Lhostejné je vzdělání sester 8 (9,3 %) lékařů.

Graf 37 Sestry ve vedoucích pozicích úřadů (otázka č. 6, dotazník C)



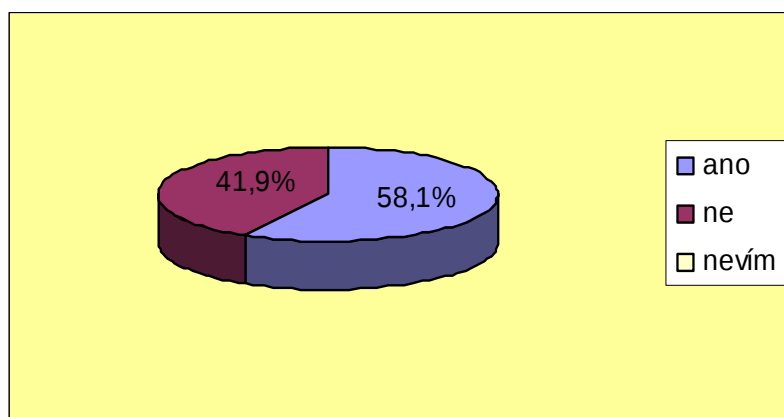
34 (39,5 %) respondentů souboru C se domnívá, že by sestry měly působit ve vedoucích místech úřadů a taktéž na vládní úrovni v oblasti zdravotnictví. Naopak 28 (32,6 %) respondentů souboru C jejich činnost v těchto úřadech odmítá. Lhostejné je dosazení sester do vedoucích pozic 24 (27,9 %) respondentům souboru C.

Graf 38 Výkon terénní sestry na základě smlouvy se ZP (otázka č. 7, dotazník C)



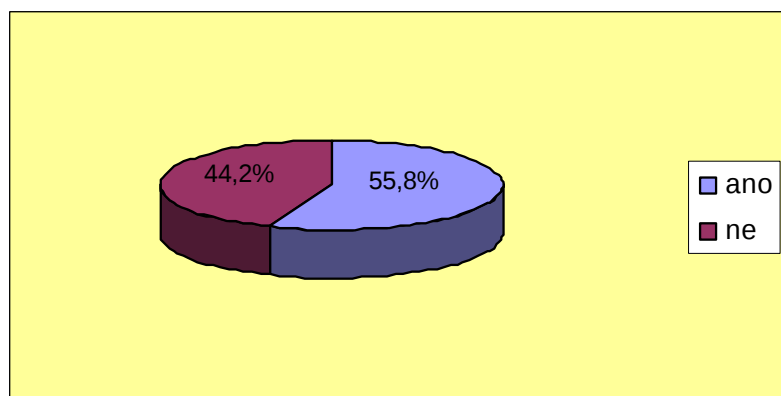
Pro odpověď, že je reálné, aby sestra vykonávala samostatně funkci terénní sestry a činnosti v její kompetenci na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, se vyslovilo 75 (87,1 %) lékařů. Jako nereálnou tuto možnost označilo 9 (10,6 %) lékařů. V této otázce neví 2 (2,3 %) lékaři.

Graf 39 Stejná důležitost ošetř. a lékařské dokumentace (otázka č. 8, dotazník C)



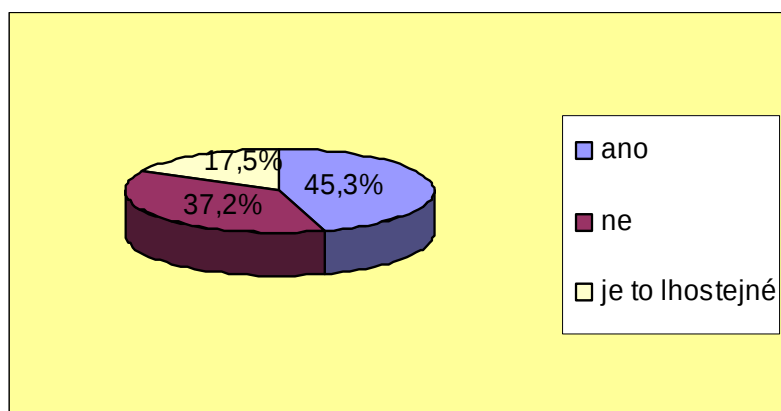
Pro stejnou důležitost ošetrovatelské a lékařské dokumentace se vyslovilo 50 (58,1 %) respondentů souboru C. Jako méně důležitou ji hodnotí 36 (41,9 %) respondentů souboru C. V této otázce odpověď nevím neoznačil žádný (0 %) respondent souboru C.

Graf 40 Výkon profese sestry muži v budoucnu (otázka č. 9, dotazník C)



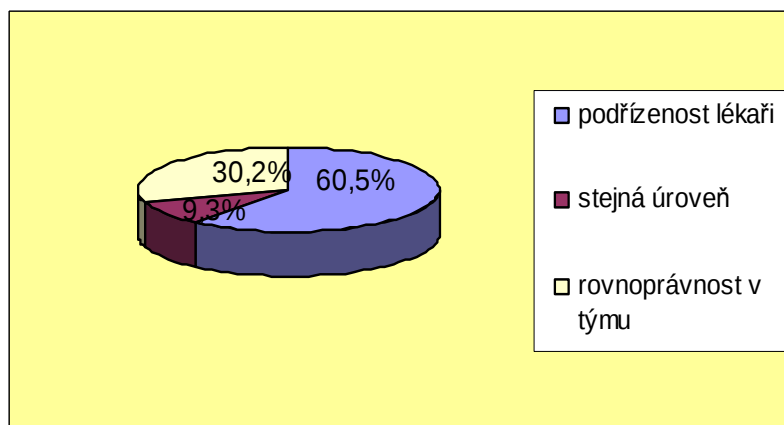
Názor, že v budoucnu budou vykonávat povolání sestry běžně muži, má 48 (55,8 %) lékařů. Ve výkon této profese muži nevěří 38 (44,2 %) lékařů.

Graf 41 Výzkum sester ve zdravotnictví (otázka č. 10, dotazník C)



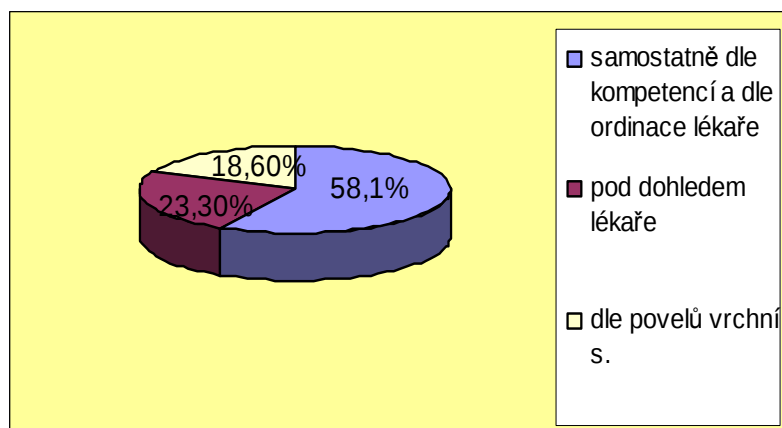
Pro názor, že by se sestry měly angažovat ve výzkumu ve zdravotnictví, se vyslovilo 39 (45,3 %) respondentů souboru C. Naopak 32 (37,2 %) respondentů souboru C si myslí, že by se sestry ve výzkumu ve zdravotnictví angažovat neměly. 15 (17,5 %) respondentů souboru C uvedlo, že jim je práce sester ve výzkumu lhostejná.

Graf 42 Budoucnost sesterské profese (otázka č. 11, dotazník C)



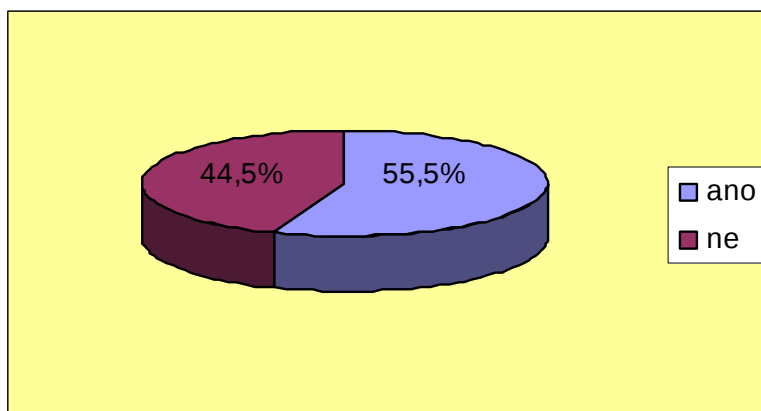
Zde 52 (60,5 %) lékařů předpokládá, že v budoucnu bude sestra podřízena lékaři. 8 (9,3 %) lékařů si myslí, že povolání sestry bude v budoucnu na stejné úrovni jako v dnešní době. A 26 (30,2 %) lékařů se domnívá, že sestra bude v budoucnu rovnoprávným členem zdravotnického týmu.

Graf 43 Kompetence práce sestry (otázka č. 12, dotazník C)



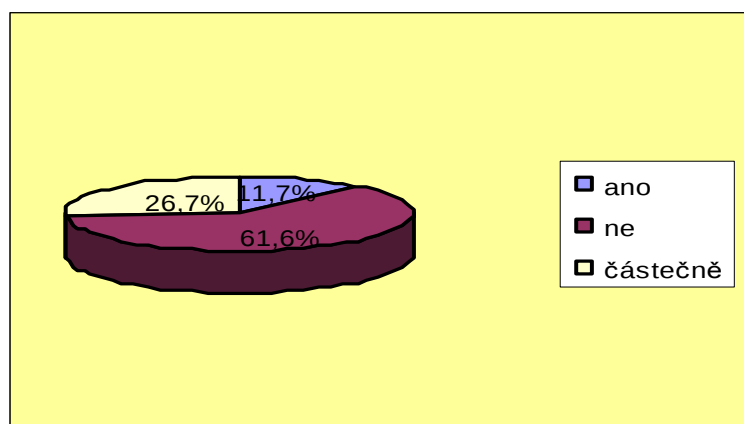
Podle názoru 50 (58,1 %) lékařů pracuje sestra samostatně dle svých kompetencí a dle ordinace lékaře. 20 (23,3 %) lékařů se vyjádřilo, že sestra pracuje pod dohledem lékaře a na jeho příkaz. 16 (18,6 %) lékařů si myslí, že sestra pracuje dle povelů vrchní sestry.

Graf 44 Sestra jako partnerka lékaře (otázka č. 13, dotazník C)



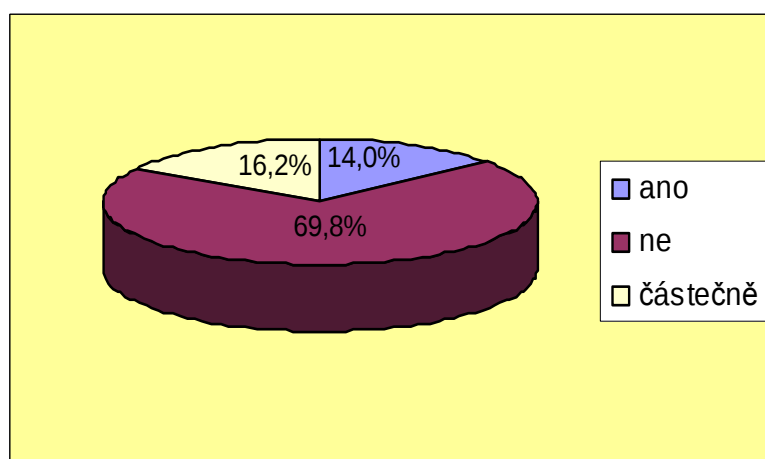
48 (55,5 %) lékařů se domnívá, že vysokoškolsky vzdělaná sestra v budoucnu bude pracovat jako rovnocenná partnerka lékaře. 38 (44,5 %) lékařů se naopak domnívá, že toto možné nebude.

Graf 45 Orientace v ošetrovateľskej legislatíve (otázka č. 14, dotazník C)



V legislatíve zabývajúci sa ošetrovateľstvom sa orientuje 10 (11,7 %) lekárov. Neorientuje sa v ní 53 (61,6 %) lekárov. Častečne sa v legislatíve orientuje 23 (26,7 %) lekárov.

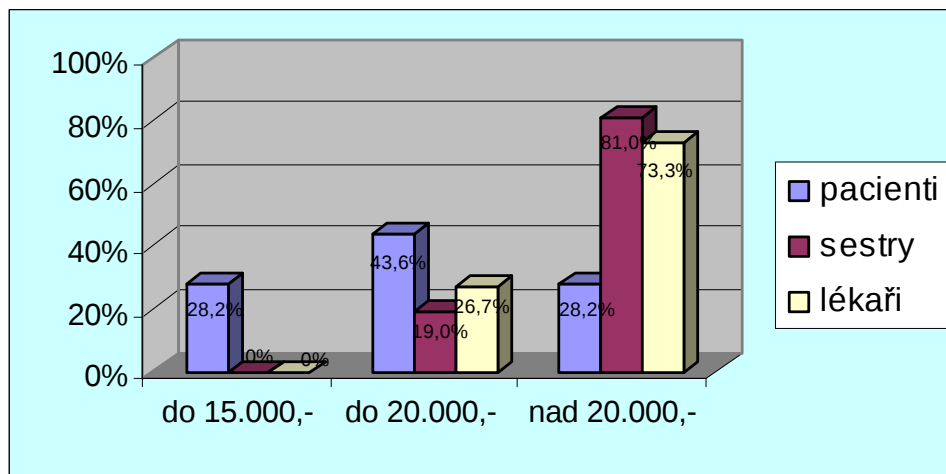
Graf 46 Zájem o nové informace z ošetrovateľství (otázka č. 15, dotazník C)



O nové informácie z ošetrovateľství sa zaujíma 12 (14,0 %) lekárov. Naopak 60 (69,8 %) lekárov sa o novinky z ošetrovateľství nezaujíma. Častečne sa o ň zaujíma 14 (16,2 %) lekárov.

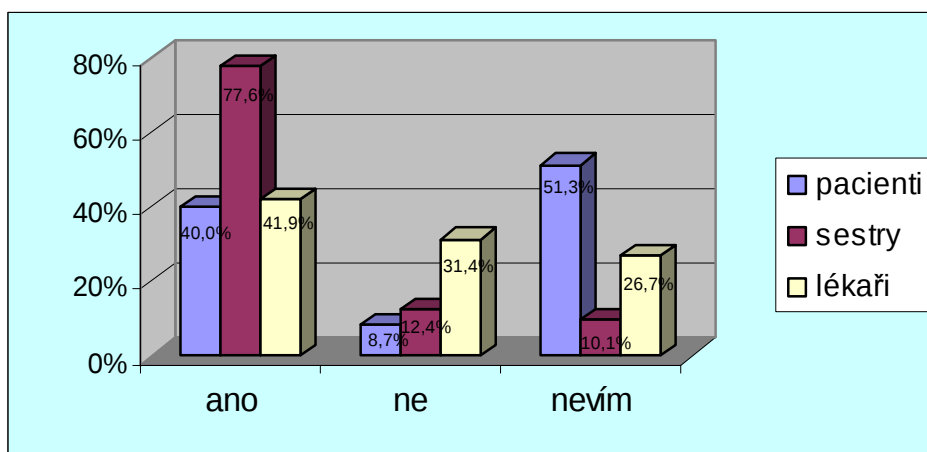
4.4 Porovnání souborů

Srovnávací graf 47 Platové ohodnocení profese sestry



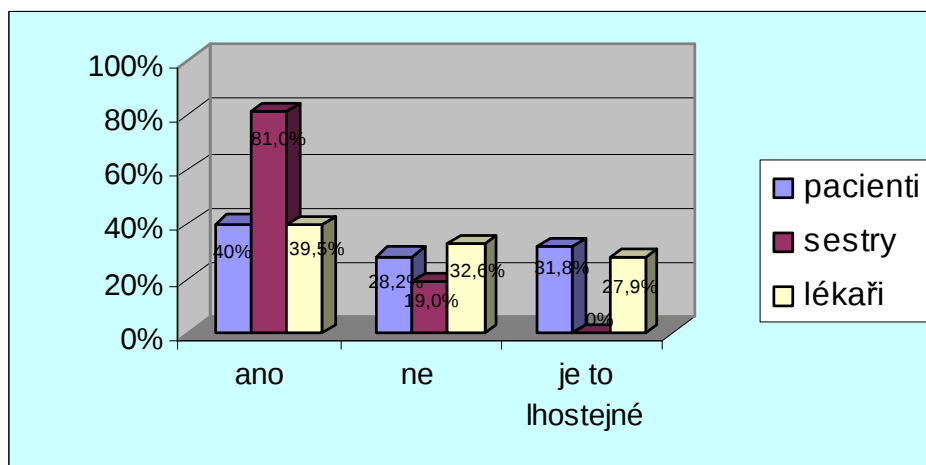
Podprůměrným platem by ohodnotilo sesterskou práci 29 (28,2 %) pacientů, a 0 (0 %) sester a lékařů. Plat průměrný označilo 45 (43,6 %) pacientů, 23 (19 %) sester a 23 (26,7 %) lékařů. Nadprůměrným platem by sestry ohodnotilo 29 (28,2 %) pacientů, 98 (81 %) sester a 63 (73,3 %) lékařů.

Srovnávací graf 48 Přijetí nových kompetencí sestrami na základě VŠ přípravy



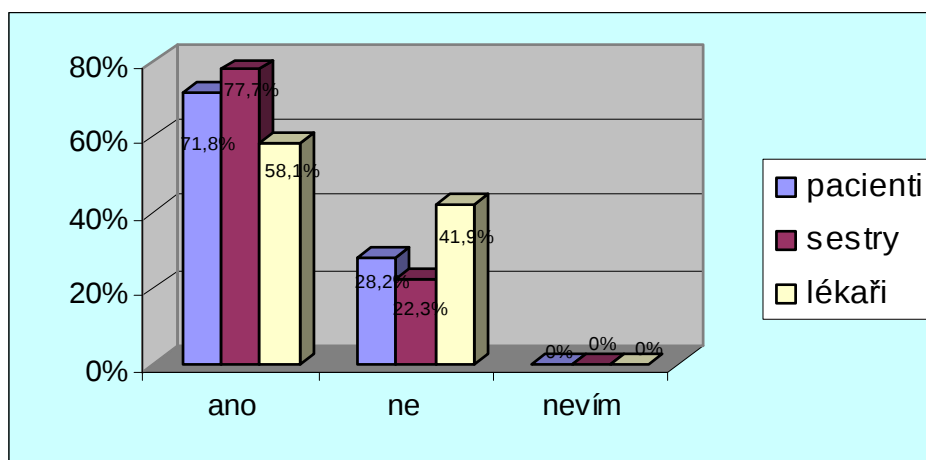
Při porovnání odpovědí, zda jsou sestry schopny přijmout na základě své nové VŠ přípravy nové kompetence, se pro odpověď kladnou vyjádřilo 43 (40,0 %) pacientů, 94 (77,6 %) sester, 36 (41,9 %) lékařů. Záporně se vyjádřilo 9 (8,7 %) pacientů, 15 (12,4 %) sester a 7 (31,4 %) lékařů. Nevím odpovědělo 54 (51,3 %) pacientů, 12 (10,1 %) sester a 23 (26,7 %) lékařů.

Srovnávací graf 49 Sestry ve vedoucích pozicích



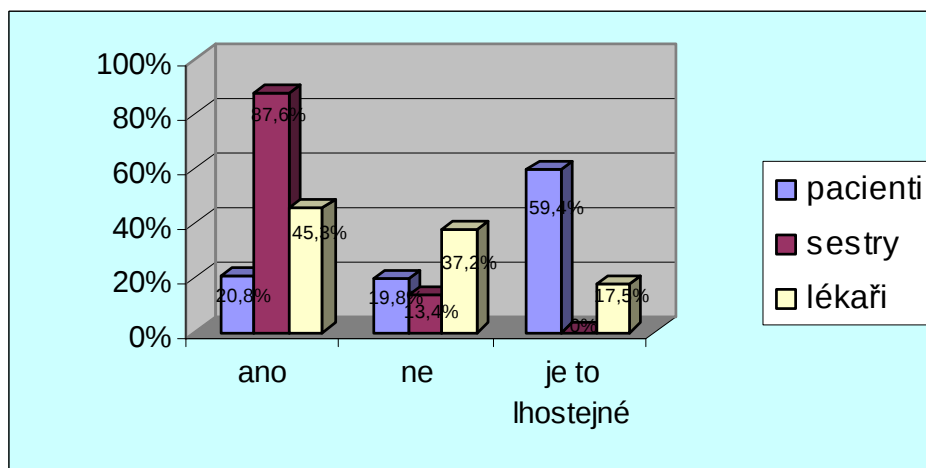
43 (40,0 %) pacientů, 98 (81,0 %) sester a 34 (39,5 %) lékařů si myslí, že by se sestry měly angažovat na vedoucích místech úřadů či na vládní úrovni ve zdravotnictví. To si nemyslí 29 (28,2 %) pacientů, 23 (19 %) sester a 28 (32,6 %) lékařů. Lhostejné to je 34 (31,8 %) pacientům, 0 (0 %) sestrám a 24 (27,9 %) lékařům.

Srovnávací graf 50 Stejná důležitost ošetrovatelské a lékařské dokumentace



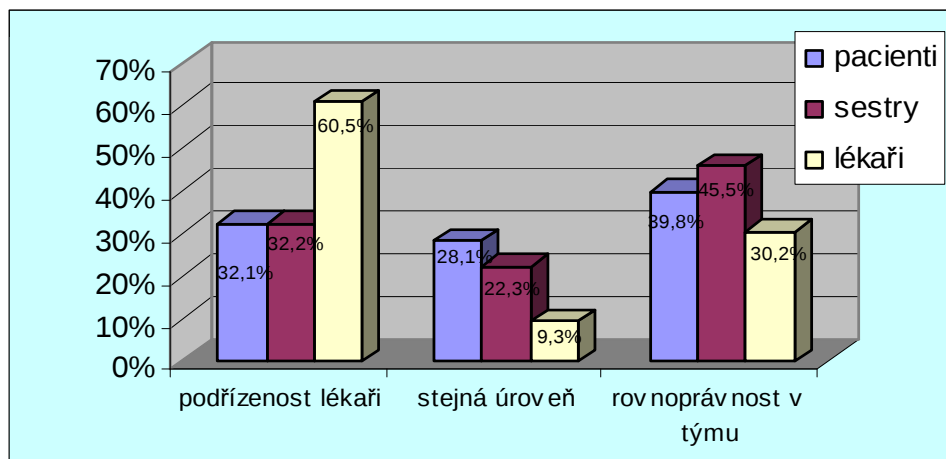
Pro stejnou důležitost lékařské a ošetrovatelské dokumentace se vyslovilo 74 (71,8 %) pacientů, 94 (77,7 %) sester, 50 (58,1 %) lékařů. Jako méně důležitou ji hodnotí 29 (28,2 %) pacientů, 27 (22,3 %) sester a 36 (41,9 %) lékařů. Nevím odpovědělo 0 (0 %) pacientů, sester i lékařů.

Srovnávací graf 51 Výzkum sester ve zdravotnictví



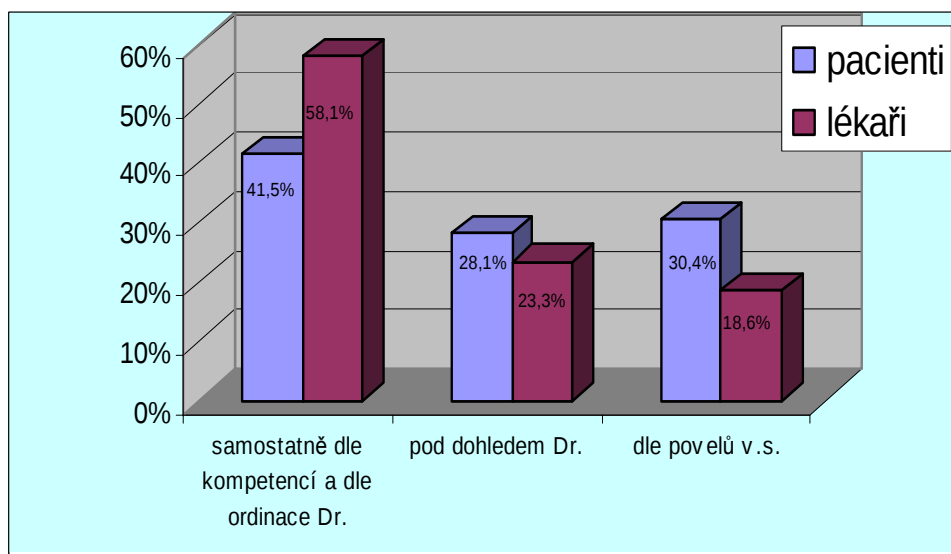
Pro to, aby se sestry zapojily do výzkumu ve zdravotnictví, je 22 (20,8 %) pacientů, 106 (87,6 %) sester, 39 (45,3 %) lékařů. Naopak pro to není 21 (19,8 %) pacientů, 15 (12,4 %) sester, 32 (37,2 %) lékařů. Lhostejné je toto téma 63 (59,4 %) pacientům, 0 (0 %) sestrám a 15 (17,5 %) lékařům.

Srovnávací graf 52 Budoucnost sesterské profese



33 (32,1 %) pacientů, 39 (32,2 %) sester, 52 (60,5 %) lékařů předpokládá, že v budoucnu bude sestra podřízena lékařům. 29 (28,1 %) pacientů, 27 (22,3 %) sester a 8 (9,3 %) lékařů se domnívá, že bude na stejné úrovni jako dnes. 41 (39,8 %) pacientů, 55 (45,5 %) sester a 26 (30,2 %) lékařů vyjadřuje názor, že sestra bude rovnoprávným členem zdravotnického týmu.

Srovnávací graf 53 Kompetence práce sestry



Podle názoru 43 (41,5 %) pacientů a 50 (58,1 %) lékařů pracuje sestra samostatně dle svých kompetencí a dle ordinací lékaře. Podle 29 (28,1 %) pacientů a 20 (23,3 %) lékařů pracuje pod dohledem lékaře. 31 (30,4 %) pacientů a 16 (18,6 %) lékařů se vyjádřilo, že sestra pracuje dle povelů vrchní sestry.

5 Diskuse

První signál, vypovídající o vnímání statutu sester, byla návratnost. Sestry odevzdaly 121 vyplněných dotazníků, pacienti 106 vyplněných dotazníků, avšak ze souboru lékařů bylo doručeno pouze 86 dotazníků. Za zmínku také stojí fakt, že více než třetinu lékařů jsem musela oslovit osobně a o vyplnění prosit, jelikož jeví minimální ochotu spolupracovat na výzkumu sestry o sestřích. Postoj lékařů, kteří vyplnit dotazník odmítli, se dá shrnout tak, že sesterský výzkum považují za zcela zbytečný a nevalidní, který je pouze obírá o čas.

V souboru A byli zastoupeni respondenti s různými typy vzdělání, nejčastěji zastoupeni byli středoškolsky vzdělaní respondenti (31 %). Ve věkovém rozmezí 18 - 35 let je 20,4 % pacientů, věk 36 – 50 roků má 20,4 % pacientů, ve věku 51 – 65 let je 28,2 % pacientů, starších než 66 let je 31 % pacientů.

Dotazník A pro soubor A obsahoval v první části otázky zaměřené na zjištění vnímání statutu sester v současnosti. Jednalo se o otázky zaměřené na plat, kompetence, vzdělávání, ošetrovatelskou dokumentaci, výzkum sester, důležitost tohoto povolání a vnímání jejich statutu.

Z výsledků Grafu 3 vyplývá, že pacienti by téměř z poloviny (43,6 %) ohodnotili sestru platem průměrným, do výše 20.000,-. To potvrdilo, že nepřisuzují ošetrovatelskému povolání takovou důležitost a zodpovědnost, aby jim přiznali plat nadprůměrný.

V otázce nových kompetencí či výzkumu sester ve zdravotnictví – Grafy 4 a 10 – byli respondenti souboru A ve většině nerozhodní – Graf 4 51,3 % a Graf 10 59,4 %. Souhlasnou odpověď k přijetí nových kompetencí podalo 40 % respondentů, k výzkumu sester ve zdravotnictví 20,8 %.

U vzdělání, jak ukazuje Graf 5, většina respondentů potvrzuje důležitost celoživotního vzdělání (64,2 %). Stejnou důležitost ošetrovatelské a lékařské dokumentace by uvítalo 71,8 % pacientů – viz. Graf 8. Z toho vyplývá, že pacienti chtějí být v péči sestry vzdělané, jejíž péče je pro ně stejně důležitá jako péče lékaře. Proto i dokumentaci hodnotí stejnou vahou.

V Grafu 13 je vidět, že respondenti souboru A považují ve 100 % povolání sestry za důležité.

Otázka č. 14 na status sestry byla vyhodnocena takto – polovina (49,5 %) dotázaných ho považuje za odpovídající, ale 38,8 % pacientů za podhodnocený – viz Graf 14. Tento výsledek naznačuje, že pacienti jsou si vědomi nedocení sester a jejich obtížné a odpovědné práce.

Budoucnosti profese se věnoval Graf 7 ukazující možnost výkonu funkce terénní sestry, která by pracovala samostatně na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou a bez dohledu lékaře. Polovina dotázaných (49,6 %) odpověděla kladně, ačkoliv v České republice tato funkce od 50. let 20. století nefunguje, a respondenti tedy neměli adekvátní představu o této funkci. Tento výsledek mě překvapil, jelikož jsem očekávala spíše strach pacientů z něčeho nového.

Pacienti nemají ani předsudky o ošetrovatelství jako o práci pro ženy. Graf 9 ukazuje, že většinou (68 %) předpokládají, že v budoucnu bude tato profese vykonávána běžně muži.

Zajímavý výsledek přináší i Graf 11 zabývající se přímo budoucností profese. Většina (39,4 %) respondentů uvedla, že sestra bude rovnoprávným členem zdravotnického týmu.

Dotazník B pro soubor B byl distribuován sestrám s různým typem vzdělání s převahou středoškolaček (79,3 %). 62,8 % respondentů byl ve věku 18 – 35 let, 28,9 % ve věku 36 – 50 let, 8,3 % ve věku 51 – 65 let.

Současným statutem se zabývaly otázky ke zjištění adekvátního platu, kompetencí, vzdělávání, dokumentací, zájmem o ošetrovatelství a jeho legislativu, výzkumem a přístupem lékařů a pacientů k sestrám a samozřejmě i spokojeností v práci. Zde jsem pro srovnání použila výzkum Bártlové z března 2006 (6), který zkoumá spokojenost sester s prací. Bylo zde zjištěno, že sestry jsou většinou se svou prací spokojeny. Nejvíce spokojeny jsou starší sestry s větší praxí, zaměstnané v soukromém sektoru, a to zejména v ordinacích praktických lékařů. I v Grafu 31 bylo zjištěno, že se svou prací je spokojeno 51,1 % sester, částečně 28,5 % sester.

Výsledky Grafů 26 a 30 o přístupu lékařů a pacientů k sestrám ukazují, že 81,8 % sester se cítí být lékaři mírně či zcela nedoceno. Nedocnění mírné či úplné ze strany pacientů vyjádřilo 71,1 % sester. Z výzkumu Bártlové z března 2006 bylo zjištěno, že za nejdůležitější faktor, přispívající ke spokojenosti sester s prací, uvádějí zdravotní sestry dobré vztahy na pracovišti. Výsledky tedy prokazují, že se svým statutem nejsou sestry spokojeny a ocenily by jeho zvýšení. To by se samozřejmě odrazilo i ve větším ocenění sester jak ze strany pacientů, tak lékařů.

Graf 18 ukazuje, že sestry jsou připravené přijmout nové kompetence (77,6 %), nastoupit na vedoucí místa úřadů (81 %), zapojit se do výzkumu (87,6 %). To znamená, že věří ve vlastní schopnosti a dovednosti a také ve zvýšení statutu do budoucna. Požadují však adekvátní plat nad 20.000,- (81 %) viz. Graf 17. Dle výše zmíněného výzkumu je nespokojenost sester vyvolána zejména špatným finančním ohodnocením jejich práce.

Sestry žádají rovnoprávnost jejich dokumentace s lékařskou (77,7 %), viz. Graf 22. Jsou si tedy vědomy důležitosti svých ošetrovatelských zásahů ve srovnání s lékařskými a jejich zaznamenáním do dokumentace.

Nepodceňují ani své vzdělání – celoživotní vzdělávání považuje za důležité 97,5 % sester. 82,6 % sester se zajímá o nové informace z ošetrovatelství. V ošetrovatelské legislativě se však orientuje či částečně orientuje pouze 45,5 % sester. To dokazuje, že sestry se ve své profesi chtějí rozvíjet a dobře a dle nejnovějších poznatků pracovat. Tím se samozřejmě zvyšuje i jejich statut.

Budoucnosti profese je věnován Graf 21 o výkonu terénní sestry, kde se 94,2 % sester vyjádřilo pro reálnost této funkce, což svědčí pro důvěru ve své povolání a ve víru ve schopnosti sester.

Dále Graf 23 o tom, zda budou v budoucnu vykonávat profesi sestry běžně muži, kde se 64,5 % sester vyjádřilo záporně. Mezi sestrami zřejmě stále panuje názor, že se jedná spíše o ženské povolání, kde jsou vyžadovány i některé z typicky ženských vlastností.

Budoucnost sesterské profese vidí sestry tak, jak je znázorněno v Grafu 25 – 32,2 % jich předpokládá, že sestra bude podržena lékaři. 45,5 % sester si myslí,

že budou rovnoprávným členem zdravotnického týmu. Tento výsledek mě negativně překvapil. Domnívám se, že sestry se stále bojí vyrovnat se lékařům a považuje je za mnohem důležitější, než jsou samy, včetně toho, že mají právo řídit práci sester. K této otázce se vztahuje i Graf 27 o tom, zda sestra v budoucnu bude působit jako rovnocenná partnerka lékaře. Zde 74,2 % sester odpovídá kladně, ale 25,8 % sester záporně. Je zde sice neshoda v počtu kladných odpovědí, ale projevuje se patrná nedůvěra v to, že sestra je stejně důležitá jako lékař.

V souboru C byli zastoupeni lékaři = respondenti s vysokoškolským vzděláním. Ve věkovém rozmezí 18 – 35 let bylo 41,9 % lékařů, věk 36 – 50 roků má 43 % lékařů, ve věku 51 – 65 let je 15,1 %.

Současnosti profese se týkaly otázky dotazující se na znalosti a dovednosti sester, kde nadpoloviční většina lékařů hodnotí sestry dostačující úrovní, pouze 31,4 % jako výbornou – viz. Graf 33. Ve schopnosti sester přijmout na základě nové profesní přípravy nové kompetence se vyslovilo 41,9 % lékařů. 31,4 % lékařů si myslí, že sestry nové kompetence nejsou schopny přijmout, jak ukazuje Graf 35. Tyto výsledky dokazují, že ačkoliv v zahraničí jsou naše sestry hodnoceny nadprůměrně, část našich lékařů je podceňuje.

Ve vedoucích funkcích by sestry rádo vidělo 39,5 % respondentů souboru. Naopak 32,6 % respondentů souboru C jejich činnost v těchto úřadech odmítá, jak je patrné z Grafu 37. Graf 41 ukazuje, že lékaři propagují angažování sester do výzkumu ve 45,3 %. 37,2 % respondentů souboru C si myslí, že by se sestry ve výzkumu ve zdravotnictví angažovat neměly. Domnívám se tedy, že tyto výsledky ukazují na nedůvěru lékařů v sestry a nevědomost v oblasti nové přípravy sester a obsahu učiva na zdravotnických školách.

Pro stejnou důležitost ošetrovatelské a lékařské dokumentace se vyslovilo 58,1 % respondentů souboru C. Jako méně důležitou ji hodnotí 41,9 % lékařů. Tyto výsledky napovídají, že lékaři sesterskou práci uznávají a chápou nutnost ošetrovatelské dokumentace.

Za výkon práce sestry by lékaři poskytli ve většině nadprůměrný čistý plat nad 20.000,-. Jsou si tedy vědomi obtížnosti a náročnosti profese. Proto i celoživotní

vzdělání sester považuje za důležité 83,7 % lékařů, jak ukazuje Graf 36. Je patrné, že chtějí spolupracovat s vzdělanými a informovanými spolupracovníci.

Zajímavé výsledky ukazuje Graf 43. Podle názoru 58,1 % lékařů pracuje sestra samostatně dle svých kompetencí a dle ordinace lékaře. Ale 23,3 % lékařů se vyjádřilo, že sestra pracuje pod dohledem lékaře a na jeho příkaz. 18,6 % lékařů si myslí, že sestra pracuje dle povelů vrchní sestry. Tyto výsledky ukazují, že někteří lékaři ani přesně nevědí, v čem práce sestry spočívá, nerozlišují mezi činnostmi závislými a nezávislými. Ukazuje, že se o ošetrovatelskou profesi ani její status nezajímají. To prokazují i výsledky otázky č. 15 na zájem o nové informace z ošetrovatelství a otázky č. 14 na znalost legislativy zabývající se ošetrovatelstvím. V legislativě zabývající se ošetrovatelstvím se orientuje pouze 11,7 % lékařů. O nové informace z ošetrovatelství se zajímá jenom 14,0 % lékařů. Zde je patrné podcenění profese a negativní názor, že lékař se nemusí starat o tento obor, jelikož se v něm nic zajímavého nedozví.

Budoucnosti se věnovala otázka na výkon terénní sestry, kde se pro možnost této funkce vyslovilo překvapivých 85,1 % lékařů.

Graf 42 ukazuje výsledky otázky na budoucnost profese. Zde 60,5 % lékařů předpokládá, že v budoucnu bude sestra podřízena lékaři. A 30,2 % lékařů se domnívá, že sestra bude v budoucnu rovnoprávným členem zdravotnického týmu. Předpokládám tedy, že lékaři nevěří v úspěšnost vysokoškolské přípravy a rádi by působili jako nadřízení sestry. Proto i graf 44 ukazuje, že pouze 55,5 % lékařů se domnívá, že vysokoškolsky vzdělaná sestra v budoucnu bude pracovat jako rovnocenná partnerka lékaře.

Zajímavé informace z výzkumu dostaneme, pokud porovnáme odpovědi všech souborů u nejpodstatnějších otázek.

Otázka č. 3 zobrazená v Grafu 47 zjišťovala, jak vysoký čistý plat by si respondenti představovali jako adekvátní k práci sestry. Většina pacientů (43,6 %) označila plat do výše 20.000,-. Lékaři (73,3 %) i sestry (81 %) by ve většině sesterskou práci ohodnotili platem nad 20.000,-. Z toho lze usuzovat, že zdravotníci jsou si vědomi obtížnosti a zodpovědnosti v péči o zdraví, a podle toho by sestru i hodnotili z finančního hlediska. Pro srovnání lze uvést výzkum Bártlové z roku 2005 (6),

kde bylo zjištěno, že vlastní životní úroveň hodnotí sestry jako průměrnou. Jako statisticky významná se ukázala vazba na vzdělání. Sestry s vyšším vzděláním častěji označují svou životní úroveň jako spíše vyšší.

Otázka č. 4 dotazníku zněla, zda jsou vysokoškolsky vzdělané sestry schopny na základě nové profesní přípravy na VŠ přijmout nové, rozšířené kompetence. Graf 48 nám ukazuje, že více než 2/3 sester (77,6 %) jsou připraveny tyto kompetence přijmout. Avšak kladnou odpověď na tuto otázku podalo méně než polovina pacientů (40 %) i lékařů (41,9 %). Soubor pacientů byl spíše nerozhodný (51,3 %), ale 1/3 lékařů (31,4 %) není pro rozšíření sesterských kompetencí. Tyto výsledky napovídají, že pacienti se zřejmě tolik neorientují ve zdravotnických tématech a problematiku statutu sestry nesledují, u lékařů však předpokládám strach z lépe připravených sester.

Otázka č. 6 dotazníku zjišťovala, zda respondenti jsou pro to, aby se sestry angažovaly do vedoucích pozic na úradech či ve vládní úrovni. V Grafu 49 vidíme, že odpovědi pacientů se rozptýlily prakticky rovnoměrně do všech odpovědí – ano, ne, je mi to lhostejné. Obdobné výsledky jsou i v souboru lékařů, kde však velmi mírně převažovaly kladné odpovědi (39,5 %). Pouze soubor sester odpověděl kladně ve vysokém počtu (81 %). Tento graf tedy ukazuje, že ani veřejnost, ani lékaři zřejmě nezaregistrovali změnu ve vzdělávání sester, a to na vysokoškolské úrovni, která sestrám umožňuje plně se zapojit i do nejvyšších složek v rozhodování ve zdravotnictví. Domnívám se, že stále panuje všeobecný názor na sestru jako na středoškolsky vzdělanou „pomocnici“ vysokoškolsky vzdělaného lékaře, která nemá schopnosti či kompetence posunout se v kariérním žebříčku na vysoká místa.

Další důležitá otázka pro posouzení statutu sestry ve společnosti je č. 8. Téma otázky je, zda ošetrovatelská dokumentace má mít stejný význam jako dokumentace lékařská. Ani jeden z respondentů zde neuvedl nerozhodnou odpověď. Předpokládám tedy, že jde o adekvátní otázku vzbuzující zájem jak laiků, tak odborníků. Většina dotázaných uvedla, že by ošetrovatelská dokumentace měla mít stejnou důležitost jako dokumentace lékařská – 71,8 % pacientů, 77,7 % sester a 58,1 % lékařů.

Zajímavé výsledky přinesl i Graf 51 k otázce č. 10, který ukazuje odpovědi na to, zda by se sestry měly angažovat ve výzkumu ve zdravotnictví. Tato otázka

je lhostejná 59,4 % pacientů. Naopak sestry v 87,6 % uvedly, že by se měly účastnit ve zdravotnickém výzkumu. Skoro polovina lékařů (45,3 %) také odpověděla kladně, ale přesto 37,2 % jich odpovědělo, že by se sestry ve výzkumu angažovat neměly. Opět výsledek napovídá, že pacienti se v těchto otázkách moc neorientují a nezabývají se jimi. A potvrzuje se i myšlenka, že lékaři sestry podceňují a nedovedou si představit příspěvek sester k výzkumu a potřebu výzkumu v ošetrovatelství.

Z výsledků tedy vyplývá, že sestry začínají být připravené na změnu image a přijetí nových kompetencí a nové role. Z jejich odpovědí je patrné zvýšení sebevědomí a důvěra ve své znalosti a dovednosti. Chápou nutnost vzdělávání a rozvíjení dovedností. Na základě vyhodnocení Grafů 17, 19, 22, 24, 26, 28, 29 a 30 **byla potvrzena hypotéza H1, v níž jsem předpokládala, že sestry nejsou spokojeny se svým statutem v současnosti.** Sestry vidí své povolání v budoucnu pozitivně, mají víru ve své schopnosti a převzetí nových kompetencí. **Hypotéza H2 předpokládala, že vize sester o jejich budoucím statutu ve společnosti jsou pozitivní. Tato hypotéza byla potvrzena** za pomoci výsledků Grafů 18, 20, 21, 23, 25, 27.

Pacienti však zřejmě nepřisuzují ošetrovatelskému povolání takovou důležitost a zodpovědnost. V otázce nových kompetencí či výzkumu sester projevili v odpovědích nezájem a nejistotu, proto si myslím, že se příliš nezajímají o problematiku ošetrovatelství. Avšak ti, kteří dali jasnou odpověď, mají většinou k sestrám a jejich schopnostem důvěru. Určitě také chtějí být ošetřováni vzdělaným a zkušeným personálem, a jistě by si neuměli představit pobyt ve zdravotnickém zařízení bez ošetrovatelství. Status sestry hodnotili respondenti ve většině jako odpovídající či podhodnocený. Je to snad první signál toho, že si lidé začínají uvědomovat obtížnost povolání a nároky na sestru. Proto podle výsledků Grafů 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13 a 14 **hypotéza H3, v níž jsem předpokládala, že pacienti negativně hodnotí status sestry v ČR, nebyla potvrzena.**

Výsledky souboru lékařů ukazují na jistou nedůvěru v sestry a nevědomost v oblasti nové přípravy sester a obsahu učiva na vysokých školách. Podle mého názoru české sestry podhodnocují. Jsou si vědomi obtížnosti a náročnosti profese a chtějí spolupracovat se vzdělanými spolupracovníci. Bohužel se prokázal i fakt, že lékaři

ani přesně nevědí, v čem práce sestry spočívá. Ukazuje, že se o ošetrovatelskou profesi ani její status nezajímají. To prokazují i výsledky otázek na zájem o nové informace z ošetrovatelství a znalost legislativy zabývající se ošetrovatelstvím. Zde je patrné podcenění profese a negativní názor, že lékař se nemusí starat o podřadný obor, jelikož důležitý je ten jeho. **Proto hypotéza H4, která předpokládala, že lékaři status sestry v současnosti nesledují, byla potvrzena** výsledky Grafů 33, 41, 43, 45 a 46. **Hypotéza H5, v níž jsem předpokládala, že lékaři o sledování statutu sestry v budoucnosti nejeví zájem, byla potvrzena** Grafy 35, 37, 42 a 44.

Lékaři status sestry spíše nesledují a doufají, že v budoucnu bude sestra podřízena lékaři. Pouze polovina lékařů si myslí, že vysokoškolsky vzdělaná sestra bude moci pracovat jako jejich rovnocenná partnerka.

6 Závěr

Jako cíl výzkumu jsem si stanovila prozkoumat spokojenost sester v ČR se současným statutem a odhalit jejich vize do budoucnosti; dále zjistit názory pacientů na současný status sester ve společnosti; a také ověřit názory lékařů na status sestry v současnosti a ověřit jejich vize o sestrách pro budoucnost. Vytýčené cíle jsem splnila.

Na základě těchto cílů jsem si stanovila pět hypotéz. Hypotéza H1 zněla: Sestry nejsou spokojeny se svým statutem v současnosti. Tato hypotéza byla splněna.

Hypotéza H2 zněla: Vize sestry o jejich budoucím statutu ve společnosti jsou pozitivní. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza H3: Pacienti negativně hodnotí status sestry v ČR nebyla potvrzena.

Hypotéza H4 zněla: Lékaři status sestry v současnosti nesledují. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza H5: Lékaři o sledování statutu sestry v budoucnosti nejeví zájem byla potvrzena.

Status sestry je v České republice v nynější době velice zajímavým a aktuálním tématem. Jedná se totiž o profesi, ve které se během několika let muselo vykonat mnoho změn. Dochází také ke změnám ve vnímání postavení povolání sestry, ačkoliv české sestry nejsou ani zdaleka tak doceněny, jako jejich kolegyně ze západní Evropy. Pro zvýšení statutu sester v České republice bude zapotřebí ještě spousta práce a úsilí všech sester.

Abychom se dostaly na úroveň našich zahraničních kolegyně, bude třeba udělat ještě spoustu kroků. Z výsledků výzkumu vyplývá, že sestry by měly prezentovat své povolání na veřejnosti, aby se společnost více zajímala o toto téma. Dále je potřeba zvyšovat si kvalifikaci a vystupovat jako vzdělané, zručné profesionálky, vhodně komunikovat jak s pacienty a jejich rodinou, tak i s lékaři. Vhodné je i zapojení do profesních organizací a v nich vystupovat jednotně a s cílem zvýšit status sester v České republice.

Abych přispěla ke zvýšení statutu sester, chtěla bych tyto výsledky prezentovat na ošetrovatelských konferencích a seznamovat české sestry s tímto tématem.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) Alexander, M. F., Runciman, P. J. Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN. 1. vyd. NCONZO, Brno, 2003. 57 s. ISBN 80 – 7013 – 392 – 9.
- 2) Aktuální problémy ve zdravotnictví. http://www.mzcr.cz/toCP1250/data/c998/lib/III-prilohaRPV_1206031.rtf, October 27, 2006.
- 3) ANA Nursing World. <http://nursingworld.org/about>, September 12, 2006.
- 4) Bártlová, S. Je povolání sestry autonomní profesí? Sociální práce. Praha: 2005, roč. 4, č. 3, s. 108 – 113. ISSN 1213 – 2330.
- 5) Bártlová, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. Sestra. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14 – 17. ISSN 1210 – 0404.
- 6) Bártlová, S. Spokojenost zdravotních sester v České republice. (online) <http://www.zcr.cz/Stranky/archiv.htm#09>, January 4, 2007.
- 7) Bártlová, S. Zdravotní sestry v ČR: Tradice, životní úroveň a prestiž povolání. Zdravotnictví v ČR. Praha: 2005, roč. 8, č. 2, s. 64 – 67. ISSN 1213 – 6050.
- 8) Bártlová, S., Štěpánková, O. Změny v profesi sestry v letech 1945 – 1950. Ošetřovatelství. Praha: , roč. 7, č. 1 – 2, s. 4 – 6. ISSN 1212 – 723X.
- 9) Brožová, L., Tóthová, V. Vztah lékař – sestra a jeho vliv na kvalitu ošetřovatelské péče. IN Nové trendy v ošetřovatelství II., Jihočeská univerzita, ZSF, 2003. 1. vyd. ISBN 80 – 7040 – 636 – 4.

- 10) Etický kodex sester vypracovaný mezinárodní radou sester. (online) http://www.cnna.cz/doc/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf. October 16, 2006.
- 11) Evropská strategie SZO, vymezující směry vzdělávání v oborech ošetrovatelství a porodní asistence. (online) http://www.mzcr.cz/data/c305/lib/cEvropska_strategie.rtf, February 14, 2007.
- 12) Farkašová, D. Ošetrovatelství – teorie. 1. vyd. Osveta, Martin, 2006. 211 s. ISBN 80 – 8063 – 227 – 8.
- 13) Gibbs, A. Evropská kultura kvality pro ošetrovatelství. IN Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství. Opava, Slezská univerzita v Opavě, Ústav ošetrovatelství. 1.vyd. ISBN 80 – 7248 – 388 – 9.
- 14) Giddens, Anthony. Sociologie. 1. vyd. Nakl. Argo, Praha, 1999. 595 s. ISBN 80 – 7203 – 124 – 4.
- 15) Glaser, G. The Time Is Now – How? (online) http://nursingworld.org/ojin/tpclg/leg_5.htm, December 11, 2006.
- 16) Gulášová, I. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. Sestra. Praha: 2004, roč. 14, č. 6. s. 8 – 9. ISSN 1210 – 0404.
- 17) Image. (online) <http://www.nursing-informatics.com/visiblenurse7.html>, February 18, 2007.
- 18) Janoušková, H., Mellanová, A. Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví. Sestra. Praha: 2005. Roč. 15, č. 11, s. 22 – 23. ISSN 1210 – 0404.

- 19) Jandourek, Jan. Sociologický slovník. 1. vyd. Nakl. Portál, Praha, 2001. 288 s. ISBN 80 – 7178 – 535 – 0.
- 20) Kafková, V. Z historie ošetrovatelství. 1. vyd. Brno: IDVZP, 1992. 154 s. ISBN 80 – 7013 – 123 – 3.
- 21) Koncepce českého zdravotnictví. (online)
http://www.msmt.cz/Files/VedaAVyzkum/Odbor_34/Koncepce_resortu/Koncepce_MZd.htm, January 12, 2007.
- 22) Koncepce ošetrovatelství. http://www.mzcr.cz/data/c1254/lib/koncepce_oseetrovatel.rtf, December 20, 2006.
- 23) Kořenek, J. Sesterské stavovské ctnosti. Sestra. Praha: 2002. Roč. 12., č 7 – 8, s.13. ISSN 1210 – 0404.
- 24) Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R. Ošetrovatelstvo 1. Vyd. 1. Vydavatelstvo Osveta, Martin, 1995. 836 s. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0.
- 25) Krause, D. Moderní společnost a její proměny: Gender v managementu. (online)
http://www.vupsv.cz/fulltext/VZ_178.pdf, December 20, 2006.
- 26) Malečková, H. (online) http://iss.fsv.cuni.cz/index.php?module=work&action=work&id_work=179&lng=cs_CZ, March 1, 2007.
- 27) Mastiliaková, D. Úvod do ošetrovatelství, 1 díl. Vyd. 1. Nakl. Karolinum, Praha, 2002. 187 s. ISBN 80 – 246 – 0429 – 9.
- 28) Mellanová, A. Mění se mužská a ženská role a její vliv na kvalitu vztahu sestra – lékař. Ošetrovatelství, roč. 6, č. 1 – 2, s. 5 – 7. ISSN 1212 – 723X.

- 29) Mnichovská deklarace všeobecné sestry a porodní asistentky pro zdraví.
<http://www.mzcr.cz/data/c305/lib/aMnichov1.rtf>, January 25, 2007.
- 30) Munzarová, M. Zdravotnická etika od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 153 s. ISBN 80 – 247 – 1024 – 2.
- 31) Prudíková, O. Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost. Sestra. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 21. ISSN 1210 – 0404.
- 32) Rada pro rozvoj ošetrovatelství. Zajišťování kvality oš. péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů. České ošetrovatelství 2. Vyd. 1. Brno: IDVZP, 1998. 47 s. ISBN 80 – 7013 – 270- 1.
- 33) Rozsypalová, M., Svobodová, H., Zvoníčková, M. Sestry vzpomínají. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 86 s. ISBN 80 – 247 – 1503 – 1.
- 34) Salvage, J. Ošetrovatelství v akci. Vyd. 1. Praha: Česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 92 – 890 – 1312 – 5.
- 35) Smetáčková, I. Gender a volba povolání. (online) <http://www.osops.cz/download/files/gender/14gender-a-volba-povolani.pdf>, March 3, 2007.
- 36) Sociální status. (online) http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD_status. October 21, 2006.
- 37) Sreekanth Chatuturu, Snigdha Vallabhaneni: Aiding and Abetting – Nursing Cirises at Home and Abroad. (online) <http://www.pace.cz/article.php?id=109>, November 20, 2006.

- 38) Staňková, M. Koncepce českého ošetrovatelství – základní terminologie. České ošetrovatelství 1. Vyd. 1. Brno: IDVZP, 1998. 50 s. ISBN 80 – 7013 – 263 – 9.
- 39) Staňková, M. Galerie historických osobností. České ošetrovatelství 7. Vyd. 1. Brno: IDVZP, 2001. 86 s. ISBN 80 – 7013 – 329 – 5.
- 40) Staňková, M. Sestra – reprezentant profese. České ošetrovatelství 11. Vyd. 1. Brno: IDVZP, 2002. 78 s. ISBN 80 – 7013 – 368 – 6.
- 41) Šimek, J. Image sestry, sociálně psychologické aspekty sesterské profese. In: Marečková, J, Vránová, V. Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí. Nakl. Galén, 2000, s. 119 – 121. ISBN 80 – 86257 – 21 – 5.
- 42) Škochová, D. Od Florence k dnešku. Florence, Praha: 2005, roč. 1, č. 1, s. 15. ISSN 1801 – 464X.
- 43) Škrála, P, Škrlová, M. Kreativní ošetrovatelský management. Vyd. 1. Praha: Advent – Orion s. r. o., 2003. 477 s. ISBN 80 – 7172 – 841 – 1.
- 44) Tóthová, V. Vztah sester, lékařů a nemocných k ošetrovatelskému procesu. IN Nové trendy v ošetrovatelství. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2002. 1. vyd. ISBN 80 – 7040 – 578 – 3.
- 45) Vyhláška č. 424/04, (online) <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/67457229.html>, January 25, 2007.
- 46) WHO, LEMON 1., vyd. 1. Brno: IPDVPZ, 1997. 184 s. ISBN 80 – 7013 – 234 – 5.
- 47) Zákon č. 96/2004, (online) http://www.clk.cz/zakpred/zakon_96-2004-3.html, January 25, 2007.

8 Klíčová slova

status

sestra

kompetence

profesionalizace

ošetřovatelství

vzdělání sester

historie ošetřovatelství

sestra budoucnosti

9 Přílohy

Příloha č. 1 Mnichovská deklarace

Příloha č.2.....Etický kodex sestry

Příloha č. 3.....Zákon č. 96/2004

Příloha č. 4..... Vyhláška č. 424/2004

Příloha č.5.....Dotazník pro pacienty ke zjištění statutu sestry

Příloha č. 6Dotazník pro sestry ke zjištění statutu sestry

Příloha č. 7.....Dotazník pro lékaře ke zjištění statutu sestry

Příloha č. 1: Mnichovská deklarace

MNICHOVSKÁ DEKLARACE VŠEOBECNÉ SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY PRO ZDRAVÍ 17. ČERVNA 2000

Druhá konference ministrů o ošetřovatelství a porodní asistenci v Evropě pořádaná WHO se zabývá unikátní rolí a příspěvkem šesti milionů evropských sester a porodních asistentek k rozvoji zdraví a poskytování zdravotnických služeb. Od první konference ministrů pořádané WHO ve Vídni před více než deseti lety byly v Evropě učiněny některé kroky k posílení statutu a k plnému využívání potenciálu sester a porodních asistentek.

Jakožto ministři zdravotnictví členských států WHO v evropském regionu, zúčastnění na mnichovské konferenci:

VĚŘÍME, že sestry a porodní asistentky mají klíčové a stále významnější role v úsilí společnosti chopit se současných úkolů a výzev ve veřejném zdravotnictví, stejně jako v zajišťování vysoce kvalitních, dostupných, spravedlivých, efektivních a citlivých zdravotnických služeb, které zajišťují kontinuitu péče a reflektují práva a měnící se potřeby lidí.

NALÉHÁME na všechny příslušné úřady v evropském regionu WHO, aby zvýšily své úsilí k posílení ošetřovatelství a porodní asistence:

- zajištěním podílu ošetřovatelství a porodní asistence při rozhodování na všech úrovních vytváření a implementace politik
- zaměřením se na překážky zejména v oblastech personální politiky, otázkách pohlaví a stavu a lékařské dominance
- vytvářením finanční motivace a příležitostí k profesnímu postupu
- zlepšováním vstupního a kontinuálního vzdělávání a přístupu k vysokoškolskému vzdělávání v ošetřovatelství a porodní asistenci
- vytvářením příležitostí pro společnou výuku sester, porodních asistentek a lékařů na pregraduální a postgraduální úrovni, směřující ke kooperativnější a více interdisciplinární práci v zájmu lepší péče o pacienty

- podporou výzkumu a šíření informací pro rozvoj báze znalostí a evidencí pro praxi v ošetrovatelství a porodní asistenci
- hledáním příležitostí pro vytváření a podporu programů a služeb komunitního ošetrovatelství a porodní asistence zaměřené na rodinu, zahrnujících, kde je to vhodné, i rodinné sestry
- posilováním rolí sester a porodních asistentek ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a v komunitním rozvoji.

UZNÁVÁME, že závazek a vážné úsilí směřující k posílení ošetrovatelství a porodní asistence v našich zemích by měl být podporován:

- vytvářením komplexních strategií plánování pracovních sil k zajištění odpovídajících počtů vzdělaných sester a porodních asistentek
- zajištěním funkce potřebných legislativních a regulačních mechanismů na všech úrovních systému péče o zdraví
- umožněním účinné a účelné práce sester a porodních asistentek s plným využitím jejich odborného potenciálu, jako nezávislých profesionálů i ve vzájemné závislosti s ostatními profesemi

ZARUČUJEME, že budeme na realizaci cílů této deklarace pracovat v partnerství se všemi příslušnými ministerstvy a orgány, statutárními i nevládními, na národní, subnárodní i mezinárodní úrovni.

VYZÝVÁME Regionální úřadovnu WHO pro Evropu, aby poskytla strategické vedení a pomohla členským státům vyvinout koordinační mechanismy pro společnou práci s národními a mezinárodními organizacemi k posílení ošetrovatelství a porodní asistence a

ŽÁDÁME regionálního ředitele WHO, aby Regionální komisi WHO pro Evropu pravidelně předkládal zprávy a aby v roce 2002 zorganizoval první setkání k monitorování a hodnocení implementace této deklarace.

Andrea Fischer,
Ministryně zdravotnictví
Spolková republika Německo

Dr. Marc Danzon,
Regionální ředitel pro Evropu
Světová zdravotnická organizace

Příloha č.2: Etický kodex sestry

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Příloha č. 3: Zákon 96/2004 (výňatky)

ZÁKON ze dne 4. února 2004

o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

**PODMÍNKY ZÍSKÁVÁNÍ A UZNÁVÁNÍ ZPŮSOBILOSTI K VÝKONU
NELÉKAŘSKÝCH ZDRAV. POVOLÁNÍ A K VÝKONU ČINNOSTÍ
SOUVISEJÍCÍCH S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE**

HLAVA I OBECNÁ USTANOVENÍ

§ 1 Předmět úpravy

(1) Tento zákon upravuje

- a) podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče,
- b) celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a vzdělávání jiných odborných pracovníků,
- c) podmínky uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států Evropské unie, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v jiném členském státě než v České republice, a podmínky uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče pro státní příslušníky mimo členské státy Evropské unie a pro absolventy akreditovaných zdravotnických studijních programů v České republice v jiném jazyce než českém.

(2) Tento zákon se nevztahuje na podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, které stanoví zvláštní právní předpis.¹⁾

§ 2 Vymezení základních pojmů

§3 Způsobilost k výkonu povolání zdr. pracovníka a jiného odborného pracovníka

(1) Způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka má ten, kdo

- a) má odbornou způsobilost podle tohoto zákona,
- b) je zdravotně způsobilý,
- c) je bezúhonný.

(2) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek³⁾ o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař, u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče. Seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek, včetně rozsahu odborných vyšetření, a náležitosti lékařského posudku zdravotnických pracovníků, stanoví ministerstvo prováděcím právním předpisem. Zdravotnický pracovník a jiný odborný pracovník je povinen podrobit se lékařským prohlídkám za účelem posouzení zdravotní způsobilosti, a to

- a) v termínech stanovených prováděcím právním předpisem,
- b) v odůvodněných případech na vyžádání
 - 1. zaměstnavatele, jde-li o zaměstnance,
 - 2. správního úřadu, který zdravotnickému pracovníkovi, poskytujícímu zdravotní péči vlastním jménem, vydal oprávnění k provozování zdravotnického zařízení podle zvláštního právního předpisu.⁴⁾

(3) Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin nebo za trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen.⁵⁾

Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší 3 měsíců.

(4) Na způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, kteří jsou státními příslušníky členských států Evropské unie, se vztahuje hlava VII.

§ 4 Výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka

(1) Za výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka se považuje výkon činností stanovených tímto zákonem a prováděcím právním předpisem, a dále řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče.

(2) Pokud tento zákon stanoví požadavky na délku výkonu zdravotnického povolání, rozumí se tím výkon povolání v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby.⁶⁾ Pokud zdrav. pracovník nebo jiný odborný pracovník vykonává povolání v nižším rozsahu než v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby, potřebná délka výkonu povolání se úměrně prodlužuje. Do doby výkonu povolání se započítá doba pracovní neschopnosti a doba rodičovské dovolené, nejvýše však 14 týdnů v kalendářním roce. Vojenská činná služba se započítává, byla-li vykonávána v příslušném povolání podle tohoto zákona.

(3) Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdrav. pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta; tento zákon a prováděcí právní předpis stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat i bez indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Součástí výkonu povolání bez odborného dohledu je též kontrolní činnost podle zvláštního právního předpisu.⁷⁾

(4) Za výkon povolání pod odborným dohledem se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý 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.

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

HLAVA II ZÍSKÁVÁNÍ ZPŮSOBILOSTI ZDRAV. PRACOVNÍKA

Díl 1 Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti

§ 5 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

- (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním
- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,
 - b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,
 - c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,
 - d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
 - e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/ /2004,

- f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo
 - g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.
- (2) Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle věty první se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření.
- (3) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.
- (4) Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.

HLAVA VI. OSVĚDČENÍ K VÝKONU ZDRAVOTNÍHO POVOLÁNÍ BEZ ODBORNÉHO DOHLEDU

Osvědčení k výkonu zdrav. povolání bez odborného dohledu a podmínky vydání

§ 66

Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (dále jen "osvědčení") se získává oprávnění

- a) k výkonu povolání bez odborného dohledu (§ 4 odst. 3),
- b) k vedení praktického vyučování ve studijních oborech a v akreditovaných

kvalifikačních kurzech, ve specializačním vzdělávání a v certifikovaných kurzech.

§ 67

(1) Ministerstvo vydá osvědčení zdravotnickému pracovníkovi na základě jeho písemné žádosti, pokud splnil podmínky pro výkon povolání bez odborného dohledu stanovené tímto zákonem. To se nevztahuje na státní příslušníky členských států Evropské unie, u nichž osvědčení nahrazuje rozhodnutí ministerstva o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání vydané podle § 81 odst. 5 nebo rozhodnutí o uznání odborné kvalifikace podle zvláštního právního předpisu.

(2) Obsahem žádosti o osvědčení jsou

- a) u zdravotnického pracovníka, který požádal o vydání osvědčení do 18 měsíců ode dne získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, doklady o
 - 1. získané způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru,
 - 2. zdravotní způsobilosti,
 - 3. bezúhonnosti,
- b) u ostatních zdravotnických pracovníků, kteří požádali o vydání osvědčení po uplynutí 18 měsíců ode dne získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, doklady
 - 1. uvedené v písmenu a),
 - 2. o výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru minimálně 1 rok z období posledních 6 let v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby⁶⁾ nebo minimálně 2 roky výkonu zdravotnického povolání z období posledních 6 let v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby,⁶⁾ a dále získání 40 kreditů z celoživotního vzdělávání, nebo
 - 3. o složení zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu v souladu s nejnovějšími poznatky v oboru, pokud zdravotnický pracovník nesplnil podmínky uvedené v bodu 2 tohoto písmene.

§ 68

- (1) Osvědčení se vydává na období 6 let, pokud není dále stanoveno jinak.
- (2) Ministerstvo rozhodne o vydání osvědčení do 30 dnů, v případě konání zkoušky do 90 dnů, po obdržení žádosti.
- (3) Zdravotnický pracovník, který získal osvědčení, může ke svému označení odbornosti připojit též označení "Registrovaný/á".

§ 69 Prodloužení platnosti osvědčení

Platnost osvědčení může být zdravotnickému pracovníkovi prodloužena, jsou-li splněny podmínky podle § 67 odst. 2 písm. b), na období dalších 6 let, pokud požádá o jeho prodloužení nejpozději 120 dnů před skončením platnosti osvědčení.

§ 70 Zamítnutí a odejmutí osvědčení

Ministerstvo rozhodne o zamítnutí nebo odejmutí osvědčení, jestliže zdravotnický pracovník nesplňuje nebo přestal splňovat podmínky pro jeho vydání.

§ 72 Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu

Příloha č. 4: Vyhláška 424/04

VYHLÁŠKA ze dne 30. června 2004,

kterou se stanoví činnosti zdravotnických 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.

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,
- e) 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,
- h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, 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,
- k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce 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,
- f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, 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,
- g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

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

ČÁST ČTVRTÁ ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ SPECIALIZOVANÉ ZPŮSOBILOSTI

Hlava I Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí

§ 48 Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

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

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 - 1. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
 - 2. sleduje a vyhodnocuje stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení,
 - 3. koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
 - 4. hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
 - 5. provádí ošetrovatelský výzkum, zejména identifikuje oblasti výzkumné činnosti, realizuje výzkumnou činnost a vytváří podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
 - 6. připravuje standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
 - 7. vede specializační vzdělávání v oboru své specializace;
- b) na základě indikace lékaře
 - 1. provádí přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovází je a asistuje během výkonů, sleduje je a ošetřuje po výkonu,
 - 2. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

§ 49 Sestra pro intenzivní péči

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

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

4. provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
 1. provádí měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
 2. provádí katetrizaci močového měchýře mužů,
 3. zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let,
 4. provádí výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let;
- c) pod odborným dohledem lékaře
 1. provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,
 2. provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií, předchází případným komplikacím, rozpoznává je a řeší,
 3. aplikuje transfuzní přípravky¹⁶⁾ a krevní deriváty¹⁵⁾;
- d) pod přímým vedením lékaře
 1. provádí punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,
 2. provádí extubaci tracheální rourky.

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

- a) přijímá, eviduje a vyhodnocuje tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečuje odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- b) provádí telefonní instruktáž k poskytování laické první pomoci a poskytuje další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu,
- c) aktivuje krizové typové a traumatologické plány při řešení zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof a na svém úseku zabezpečuje jejich realizaci s využitím všech možností integrovaného záchranného systému.

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

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 1. poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestezie,
 2. zajišťuje stálou připravenost anesteziologického pracoviště;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace
 1. připravuje pacienta, léčivé přípravky¹³⁾ a vybavení k jednotlivým způsobům a

- technikám celkové i místní anestezie a asistuje při jejich provedení,
 - 2. provádí činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením metod léčby bolesti;
- c) pod přímým vedením lékaře se spec. způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace
 - 1. provádí tracheální intubaci,
 - 2. podílí se na vedení anestezie.
- (4) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou UPV vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací.
 - a) bez odborného dohledu a bez indikace připravuje pacienty a osoby jimi určené na provádění umělé plicní ventilace v domácí péči;
 - b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
 - 1. poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům před a po závažných operačních výkonech, transplantacích a traumatech,
 - 2. zajišťuje a připravuje technické vybavení pro provádění umělé plicní ventilace v domácí péči.
- (5) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s akutním a chronickým selháním ledvin a dalšími stavy, které vyžadují léčbu hemodialýzou, peritoneální dialýzou, hemoperfuzí a dalšími očišťovacími metodami krve. Přitom zejména
 - a) bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem
 - 1. hodnotí funkci a kvalitu cévních přístupů pro mimotělní oběh, informuje pacienty a osoby jimi určené o zásadách péče o arterio-venózní spojku a dodržování léčebného režimu, pečuje o cévní přístup po ukončení mimotělního oběhu,
 - 2. sleduje zadané parametry na přístrojích pro eliminační metody krve během léčby a rozpoznává vznik technických komplikací,
 - 3. provádí výměnu přístroje při vzniku vážné technické komplikace během léčby,
 - 4. provádí dezinfekci přístrojového vybavení pro eliminační metody krve;
 - b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
 - 1. připravuje technické vybavení a nastavuje požadované parametry na přístroji,
 - 2. provádí napojení pacientů na mimotělní oběh podle typu cévního přístupu a zahájí vlastní léčbu,
 - 3. provádí peritoneální dialýzu,
 - 4. ukončuje mimotělní oběh a hodnotí stav pacientů bezprostředně po ukončení léčby;
 - c) pod odborným dohledem lékaře provádí první napojení pacientů na mimotělní oběh.

§ 50 Sestra pro perioperační péči

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 - 1. připravuje instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
 - 2. provádí specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
 - 3. zajišťuje manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
 - 4. provádí antisepsi operačního pole u pacientů,
 - 5. provádí ve spolupráci s lékařem-operátérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťuje stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
 - 1. zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
 - 2. provádí zarouškování pacientů,
 - 3. instrumentuje při operačních výkonech.

§ 51 Dětská sestra

(1) Dětská sestra vykonává činnosti podle § 48 při péči o zdravé i nemocné děti, včetně novorozenců a adolescentů, s výjimkou péče o děti, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí nebo mají patologické změny psychického stavu, které vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 - 1. vytváří stimulující výchovné a léčebné prostředí, připravuje a provádí výchovná zaměstnání,
 - 2. připravuje stravu novorozencům, kojencům a batolatům,
 - 3. vede matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte, edukuje matky v technice kojení a dohlíží na jeho správné provedení,
 - 4. provádí psychickou přípravu dítěte na diagnostické a léčebné výkony a ošetrovatelskou péči o děti v jejich průběhu a po jejich skončení s ohledem na vývojové zvláštnosti dětské psychiky,
 - 5. sleduje psychomotorický vývoj dětí, vede o něm písemný záznam, činí opatření k zamezení vzniku psychických deprivací, retardací psychomotorického vývoje dítěte, vhodným výchovným přístupem předchází negativním vlivům v dalším vývoji dítěte, rozvíjí komunikační schopnosti dítěte,
 - 6. vyhledává rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte,

7. provádí první ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace, zajišťuje screeningová vyšetření, učí matky správnému ošetřování novorozence,
 8. poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci primární péče, zejména vykonává návštěvní službu, hodnotí prostředí z hlediska zajištění zdravého vývoje dítěte, poskytuje rady a pomoc v oblasti péče o dítě, tj. ve výživě, kojení, hygieně, v ošetrování dětí, zajišťuje dodržování plánu povinného očkování a preventivních prohlídek,
 9. edukuje rodiče ve výchově a péči o děti v jednotlivých vývojových obdobích, pomáhá jim řešit zdravotní i sociální problémy v rámci školního poradenství, spolupracuje s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu, zejména sociálními a vzdělávacími zařízeními a správními úřady;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
1. aplikuje intravenózní injekce a infuze novorozencům a dětem do 3 let,
 2. provádí katetrizaci močového měchýře dívek do 10 let,
 3. zavádí nazogastrické a jejunální sondy dětem při vědomí,
 4. provádí výplach žaludku u dětí při vědomí.
- (2) Dětská sestra se zaměřením na oš. péči v dětské psychiatrii vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o děti s duševní poruchou nebo mentálním handicapem.
- a) bez odborného dohledu a bez indikace
1. utváří vhodné sociální léčebné prostředí a rozvíjí schopnosti dětí tak, aby bylo dosaženo optimálního stavu v aktivitách každodenního života,
 2. provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a resocializace dětí, koordinuje spolupráci mezi lůžkovým zařízením a terénními službami, spolupodílí se na vytváření podmínek pro návrat dítěte do vlastního sociálního prostředí;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo dětská a dorostová psychiatrie, klinického psychologa nebo dětského klinického psychologa
1. účastní se terapeutických aktivit dětí, adolescentů i jejich rodičů,
 2. poskytuje poradenství a pomoc v rámci krizové intervence,
 3. pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo dětská a dorostová psychiatrie, klinického psychologa nebo dětského klinického psychologa se podílí na provádění psychoterapie.
- (3) Dětská sestra se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o děti zaměřenou na posilování zdravého psychického, somatického i sociálního vývoje. Přitom zejména bez odborného dohledu a bez indikace
- a) metodicky vede a organizuje výchovnou péči o děti do 3 let věku, vypracovává programy výchovné péče a výchovná zaměstnání,

- b) zajišťuje odborné poradenství pro děti se zdravotním znevýhodněním, doporučuje úpravu prostředí, vhodné hračky a výchovné pomůcky.
- (4) Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči ve vybraných klinických oborech vykonává činnosti podle odstavce 1 a podle § 53 při péči o děti a adolescenty v oboru svého zaměření.
- (5) Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o děti a adolescenty, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, s výjimkou nedonošených dětí. Přitom vykonává činnosti sestry pro intenzivní péči podle § 49 u dětí, s výjimkou zavádění močového katétru u chlapců.
- (6) Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o novorozence a kojence, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, včetně nedonošených dětí. Přitom vykonává činnosti sestry pro intenzivní péči podle § 49 u dětí, s výjimkou zavádění močového katétru u chlapců. Přitom bez odborného dohledu a bez indikace
- a) zajišťuje první ošetření rizikovému novorozenci na porodním sále a zajišťuje jeho transport na následná pracoviště,
- b) zajišťuje termoneutrální prostředí a vytváří podmínky pro bezproblémovou poporodní adaptaci a zdárný růst a vývoj dítěte.

§ 52 Komunitní sestra

Komunitní sestra vykonává činnosti podle § 48 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 - 1. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinuje poskytovanou integrovanou péči,
 - 2. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých¹⁹⁾ z hlediska ošetrovatelské péče, realizuje poradenství pro skupinu občanů a spolupracuje s odpovědnými orgány;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví
 - 1. podílí se na hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a na sestavování priorit při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů,
 - 2. připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování.

§ 56 Psychiatrická sestra

(1) Psychiatrická sestra vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty s duševní poruchou a mentálně retardovanými. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 - 1. provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,
 - 2. koordinuje spolupráci mezi lůžkovým zařízením a terénními službami, aktivně pracuje s osobami určenými pacientem, společně vytváří podmínky pro návrat pacientů do vlastního sociálního prostředí,
 - 3. sleduje chování pacientů z hlediska včasného zachycení nastupující krize;
- b) pod odborným dohledem lékaře nebo klinického psychologa
 - 1. podílí se na krizové intervenci,
 - 2. podílí se na psychologické pomoci rodině.

(2) Psychiatrická sestra se zaměřením na psychoterapii vykonává činnosti podle odstavce 1 a dále se v rámci psychoterapeutického týmu podílí na zabezpečení psychoterapeutické péče. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje psychoterapeutickou podporu;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, dětská psychiatrie nebo gerontopsychiatrie nebo na základě indikace klinického psychologa
 - 1. provádí pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,
 - 2. zajišťuje psychoterapeutický režim oddělení;
- c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, dětská psychiatrie nebo gerontopsychiatrie nebo klinického psychologa provádí skupinovou psychoterapii.

(3) Psychiatrická sestra se zaměřením na komunitní péči vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o pacienty s duševní poruchou nebo mentální retardací v jejich vlastním sociálním prostředí. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 - 1. koordinuje spolupráci mezi lůžkovými a terénními službami, včetně služeb sociálních a svépomocnými skupinami,
 - 2. podílí se na začlenění pacientů s duševním onemocněním do vlastního sociálního prostředí i za využití komplementárních center (ubytovny, domovy, chráněná bydlení, chráněné dílny, kontaktní centra a denní centra);

Příloha č.5: Dotazník pro pacienty ke zjištění statutu sestry

Vážený respondente/ respondentko,

dostává se Vám do rukou dotazník zkoumající status sester v České republice. Výsledky tohoto dotazníku budou využity v mé diplomové práci na téma „Status sestry dnes a v budoucnosti“ na Zdravotně – sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Ošetrovatelství. Dotazník je zcela anonymní. Předem děkuji za jeho vyplnění a odevzdání.

S pozdravem Martina Kozáková

Odpovědi prosím zakřížkujte do políček.

1.- Věk:

18 – 35 let

☐

51 – 65 let

☐

36 – 50 let

☐

66 a více

☐

2.- Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní

☐

středoškolské

☐

střední odborné

☐

vyšší odborné

☐

střední odborné s maturitou

☐

vysokoškolské

☐

3.- Jak vysoký plat (čistý) by podle Vašeho mínění byl pro výkon profese sestry odpovídající?

průměrný (do 15.000,-)

☐

mírně nadprůměrný (do 20.000,-)

☐

nadprůměrný (nad 20.000,-)

☐

4.- Jsou podle Vás sestry schopny na základě nynější profesní přípravy (VŠ studia) přijmout nové, rozšířené kompetence (=právo vykonávat určité činnosti)?

ano

☐

ne

☐

5.- Považujete za důležité, aby se sestra celoživotně vzdělávala?

ano

☐

ne

☐

6.- Myslíte si, že sestry jsou schopny pracovat ve vedoucích pozicích úřadů i na vládní úrovni v oblasti zdravotnictví?

ano

☐

ne

☐

7.- Je podle Vás reálné, aby sestra vykonávala samostatně funkci obvodní sestry (bez dohledu lékaře) na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou? /vykonávala zde činnosti v její kompetenci a na doporučení lékaře – např. měření tlaku, aplikace injekcí, odběry krve, infúzní léčba, edukační činnost, preventivní péče, atd./

ano

☐

ne

☐

8.- Měla by mít ošetrovatelská dokumentace stejnou důležitost jako lékařská?

ano ☐ ne ☐

9.- Myslíte si, že v budoucnu bude povolání sestra vykonáváno běžně muži?

ano ☐ ne ☐

10.- Domníváte se, že by se sestry měly angažovat ve výzkumu ve zdravotnictví?

ano ☐ ne ☐

11.- Jakou budoucnost bude podle Vás mít profese sestry?

bude podřízena lékařům

☐

bude na stejné úrovni jako dnes

☐

bude rovnoprávným členem zdrav. týmu

☐

12.- Dle Vašeho názoru sestra:

pracuje samostatně (v rámci svých kompetencí) a dle ordinací lékařů

☐

pracuje pod dohledem lékaře a na jeho příkaz

☐

pracuje dle povelů vrchní sestry

☐

13.- Je podle Vás pro společnost důležité povolání *sestra*?

ano ☐ ne ☐

14.- Jaký je podle Vás v současnosti status sestry?

odpovídající jejich práci a schopnostem

☐

je nadhodnocen

☐

je podhodnocen

☐

Pokud chcete vyjádřit Vaše další názory k tématu, máte zde možnost:

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

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A PŘEJI HEZKÝ DEN!

Příloha č. 6: Dotazník pro sestry ke zjištění statutu sester

Vážený respondente/ respondentko,

dostává se Vám do rukou dotazník zkoumající status sester v České republice. Výsledky tohoto dotazníku budou využity v mé diplomové práci na téma „Status sestry dnes a v budoucnosti“ na Zdravotně – sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v oboru Ošetrovatelství. Dotazník je zcela anonymní. Předem děkuji za jeho vyplnění a odevzdání.

Odpovědi prosím zakřížkujte do políček.

S pozdravem Bc. Martina Kozáková

1.- Věk:

18 – 35 let

☐
☐

51 – 65 let

☐
☐

36 – 50 let

66 a více

2.- Nejvyšší dosažené vzdělání:

středoškolské

☐
☐
☐

vyšší odborné

vysokoškolské

3.- Jak vysoký by podle Vás byl pro výkon profese sestry adekvátní plat (čistý)?

průměrný (do 15.000,-)

mírně nadprůměrný (do 20.000,-)

nadprůměrný (nad 20.000,-)

☐
☐
☐

4.- Jsou podle Vás sestry schopny na základě nynější profesní přípravy (VŠ studia) přijmout nové, rozšířené kompetence (=právo vykonávat určité činnosti)?

ano

☐

ne

☐

5.- Považujete za důležité, aby se sestra celoživotně vzdělávala?

ano

☐

ne

☐

6.- Myslíte si, že by sestry měly pracovat ve vedoucích pozicích úřadů i na vládní úrovni v oblasti zdravotnictví?

ano

☐

ne

☐

7.- Je podle Vás reálné, aby sestra vykonávala samostatně funkci terénní sestry na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou? /vykonávala činnosti v její kompetenci a na doporučení lékaře–např. měření TK, aplikace injekcí, odběry krve, infúzní léčba, edukační činnost, preventivní péče, atd.../

ano

☐

ne

☐

8.- Má mít podle Vás ošetrovatelská dokumentace stejnou důležitost jako lékařská?

ano

☐

ne

☐

9.- Myslíte si, že v budoucnu bude povolání sestra vykonáváno běžně muži?

ano ☐ ne ☐

10.- Domníváte se, že by se sestry měly angažovat ve výzkumu ve zdravotnictví?

ano ☐ ne ☐

11.- Jakou budoucnost bude mít podle Vašeho názoru povolání sestra?

bude podřízena lékařům

bude na stejné úrovni jako dnes

bude rovnoprávným členem zdravotnického týmu

☐
☐
☐

12.- Jak hodnotíte přístup lékařů k sestrám?

cítím se adekvátně oceněn/a ☐

cítím se občas nedoceněn/a ☐

necítím se oceněn/a ☐

13.- Je podle Vás reálné, aby v budoucnu VŠ vzdělaná sestra byla rovnocennou partnerkou lékaře?

ano ☐ ne ☐

14.- Orientujete se v legislativě zabývající se ošetrovatelstvím?

ano ☐ ne ☐

15.- Zajímáte se o nové informace z ošetrovatelství?

ano ☐ ne ☐

16.- Jak hodnotíte přístup pacientů k sestrám?

cítím se adekvátně oceněn/a ☐

cítím se občas nedoceněn/a ☐

necítím se oceněn/a ☐

17.- Jste spokojen/a se svým povoláním?

ano ☐ ne ☐

Pokud chcete vyjádřit Vaše další názory k tématu, máte zde možnost:

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

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A PŘEJI HEZKÝ DEN!

Příloha č. 7: Dotazník pro lékaře ke zjištění statutu sester

Vážený respondente/ respondentko,

dostává se Vám do rukou dotazník zkoumající status sester v České republice. Výsledky tohoto dotazníku budou využity v mé diplomové práci na téma „Status sestry dnes a v budoucnosti“ na Zdravotně – sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v oboru Ošetrovatelství. Dotazník je zcela anonymní. Předem děkuji za jeho vyplnění a odevzdání.

S pozdravem Martina Kozáková

Odpovědi prosím zakřížkujte do políček.

1.- Věk:

24 – 35 let ☐
36 – 50 let ☐

51 – 65 let ☐
66 a více ☐

2.- Jak hodnotíte dovednosti a znalosti sester?

výborná úroveň ☐
dostačující úroveň ☐
nedostatečná úroveň ☐

3.- Jak vysoký plat (čistý) by podle Vašeho mínění byl pro výkon práce sestry adekvátní?

průměrný (do 15.000,-) ☐
mírně nadprůměrný (do 20.000,-) ☐
nadprůměrný (nad 20.000,-) ☐

4.- Jsou podle Vás sestry schopny na základě nynější profesní přípravy (VŠ studia) přijmout nové, rozšířené kompetence?

ano ☐ ne ☐

5.- Považujete za důležité, aby se sestra celoživotně vzdělávala?

ano ☐ ne ☐

6.- Myslíte si, že by sestry měly pracovat ve vedoucích pozicích úřadů i na vládní úrovni v oblasti zdravotnictví?

ano ☐ ne ☐

7.- Je podle Vás reálné, aby sestra vykonávala samostatně funkci terénní sestry na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou? /vykonávala činnosti v její kompetenci a na doporučení lékaře–např. měření TK, aplikace injekcí, odběry krve, infúzní léčba, edukační činnost, preventivní péče, atd./

ano ☐ ne ☐

8.- Má mít ošetrovatelská dokumentace stejnou důležitost jako je lékařská?

ano ☐ ne ☐

9.- Myslíte si, že v budoucnu bude povolání sestra vykonáváno běžně muži?

ano ☐ ne ☐

10.- Domníváte se, že by se sestry měly angažovat ve výzkumu ve zdravotnictví?

ano ☐ ne ☐

11.- Jakou budoucnost bude mít podle Vašeho názoru povolání sestra?

bude podřízena lékaři

bude na stejné úrovni jako dnes

bude rovnoprávným členem zdravotnického týmu

☐
☐
☐

12.- Dle Vašeho názoru sestra:

pracuje samostatně (v rámci svých kompetencí) a dle ordinací lékaře

pracuje pod dohledem lékaře a na jeho příkaz

pracuje dle povelů vrchní sestry

☐
☐
☐

13.- Je podle Vás reálné, aby v budoucnu VŠ vzdělaná sestra byla rovnocennou partnerkou lékaře?

ano ☐ ne ☐

14.- Orientujete se v legislativě zabývající se ošetrovatelstvím?

ano ☐ ne ☐

15.- Zajímáte se o nové informace z ošetrovatelství?

ano ☐ ne ☐

Pokud chcete vyjádřit Vaše další názory k tématu, máte zde možnost:

.....

.....

.....

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A PŘEJI HEZKÝ DEN!