

Všeobecná sestra očima klientů domácí péče

Markéta Pírková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta PÍRKOVÁ**
Osobní číslo: **H10121**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Všeobecná sestra očima klientů domácí péče**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí péče, vzdělání všeobecných sester, koncepce ošetrovatelství.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu u klientů agentur domácí péče dotazníkovou formou.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. Ošetrovatelství v komunitní péči. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.

BARTOŠOVÁ, Vlasta, 1968. Některé otázky přípravy a vzdělávání sester pro práci na nemocničním oddělení. Československé zdravotnictví. Roč. 16, č. 11. ISSN 1801-1349.

BRADÁČOVÁ, Marcela, 2003. Vzdělávání sester ve všeobecném lékařství. Ano či ne? Jak a kdy a kým? Forum medicinae, č. 1. ISSN 1212-4230.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kolektiv, 2007. Komunitní ošetrovatelství. Martin: Osveta. ISBN 97880-8063-251-7.

KAFKOVÁ, Vlastimila, 1992. Z historie ošetrovatelství. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-123-3.

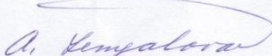
KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. Historie ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petr Snopek, DiS.**
Ústav ošetrovatelství


Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 4. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15. 3. 13

..... Biat

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na klienty domácí péče, jejich pohled na všeobecnou sestru a informovanost klientů o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. V teoretické části definuji pojem domácí péče, popisuji koncepce ošetřovatelství a zaměřuji se také na historii vzdělávání sester. V praktické části pak popisuji a podrobně rozebírám poznatky z dotazníkového šetření, ve kterém jsem se zaměřila na to, co považují klienti za důležitější při ošetřování, zda je to vzdělání sestry, či její osobnost. A také, do jaké míry jsou ovlivněni médii.

Klíčová slova: všeobecná sestra, domácí péče, koncepce ošetřovatelství, vzdělávání zdravotníků, historie ošetřovatelského vzdělávání.

ABSTRACT

Thesis focuses on home care clients, their view of general nurse and their knowledge of medical workers' education. The theoretical part defines the term home care, describes the concept of nursing and focuses on the history of nursing education. The practical part describes findings from the survey with focus on what home care clients consider to be more important, whether it's nurse's education or his/her personality. Moreover, to what extent they are influenced by the media.

Keywords: general nurse, home care, nursing concepts, medical education, history of nursing education.

Chtěla bych poděkovat Mgr. Petru Snopkovi, DiS., za jeho rady a připomínky a také trpělivost a vstřícnost, které mi projevovat při vedení mé bakalářské práce. Dále také děkuji klientům a sestřím domácí péče, ve které jsem prováděla svůj výzkum, za jejich laskavost a spolupráci. Velký dík patří mé rodině, za ochotu mne podporovat, dodávat mi sílu a pomáhat v době mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

„Starajíce se o štěstí druhých nacházíme své vlastní.“

Platón (© 2009-2013)

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DOMÁCÍ PÉČE	13
1.1 DEFINICE DOMÁCÍ PÉČE.....	13
1.2 VYMEZENÍ ČINNOSTÍ DOMÁCÍ PÉČE	13
1.2.1 Legislativa související s poskytováním domácí péče.....	14
1.2.2 Financování domácí péče	14
1.3 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	17
1.3.1 Rozvoj domácí péče	17
1.3.2 Hlavní cíle domácí péče	18
1.4 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	19
1.4.1 Preventivní domácí péče	19
1.4.2 Jednorázová domácí péče.....	19
1.4.3 Akutní domácí péče.....	19
1.4.4 Dlouhodobá domácí péče	19
1.4.5 Domácí hospicová péče.....	20
1.5 PRÁCE SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI	21
1.5.1 Aktivity sestry	21
1.5.2 Příprava všeobecné sestry na návštěvu	21
1.5.3 Ošetrovatelská péče v domácích podmínkách	22
2 KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ	23
2.1 KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ Z ROKU 1998.....	23
2.2 KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ Z ROKU 2004.....	24
2.2.1 „ Malá novela“	25
3 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER	26
3.1 HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	26
3.1.1 Ošetrovatelské vzdělávání v 19- 20. století.....	27
3.1.2 Ošetrovatelské vzdělávání po 2. světové válce	28
3.2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER KONCEM 20. STOLETÍ A VE 21. STOLETÍ.....	28
3.2.1 Středoškolské vzdělávání	28
3.2.2 Vysokoškolské vzdělávání	29
3.2.3 Specializační vzdělávání	30
3.3 NÁRODNÍ KURIKULUM.....	30
3.3.1 Regulace profese	30
3.3.2 Celoživotní vzdělávání.....	31
3.3.3 Registrace sester	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 METODIKA	33

4.1	METODA PRÁCE.....	33
4.2	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	34
4.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	34
4.4	CÍLE PRÁCE	35
4.5	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	35
5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
5.1	JEDNOTLIVÉ VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	36
5.1.1	Dotazník pro klienty domácí péče.....	36
6	DISKUZE	60
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
	SEZNAM GRAFŮ	73
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je pohled na všeobecnou sestru očima klientů domácí péče. Jelikož sama v agentuře domácí péče pracuji, setkávám se často s tím, že pacienti neznají rozdíly mezi všeobecnou sestrou, pečovatelkou či fyzioterapeutem. Nechají se ošetřit od každého kdo je k nim z agentury vyslán. Agentury domácí péče většinou poskytují komplexní podporu pacientů a jejich rodin, je zde nutnost holistického přístupu. Práce sester v těchto agenturách bývá často znevažována, sestry jsou často brány jen jako pečovatelky či pomocnice v domácnosti, ale není tomu tak, vzhledem k tomu, že práci v agenturách mohou zastávat jen sestry registrované, žádá často i management těchto institucí praxi u lůžka v délce pěti let. Vzhledem k tomu, že v terénu je sestra odkázána jen na vlastní úsudek, pohotovost a schopnost jednat v krizových situacích operativně, zastávám názor, že zde mohou pracovat sestry, které jsou na vysoké profesionální úrovni a ze své předešlé praxe kvalitně připraveny na to, tuto práci zastávat co nejlépe.

Cílem mé práce je zjistit, co pacienti vědí o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, zda je pro ně vzdělání ošetřující sestry nějak důležité a na co nejvíce kladou důraz při svém ošetřování. Ráda bych svojí práci klienty oslovila a osvětlila jim jak historii a současné trendy ve vzdělávání zdravotnických pracovníků, tak i charakterizovala domácí péči a popsala legislativu.

„Naší povinností je činit druhé šťastnými.“

Svatá Alžběta Duryňská (Kutnohorská, 2010, s. 23)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

V poslední době domácí péči využívá stále více klientů, ať už je to proto, že chtějí být v době nemoci či umírání se svými blízkými, nebo chtějí být příbuzní nablízku nemocnému členu rodiny. Dalším důvodem je také zkracování doby hospitalizace, jejímž důvodem je zřizování akutních lůžek, ale také navyšující se poplatky za hospitalizaci. Pacienti proto raději uvítají ošetření a aplikaci terapie doma, dojde tak k ušetření nákladů za hospitalizaci a cestování na návštěvy za hospitalizovaným příbuzným. Předpokladem pro kvalitní práci je holistický přístup. Sestra by se měla vyvarovat používání odborné terminologie a vždy by se měla přesvědčit, zda pacient či příbuzní, jejímu výkladu rozuměli. Měla by být také dobrým pedagogem, jelikož je velmi často potřeba edukací, ať už v dodržování léčebného či hygienického režimu, ale také v oblasti pohybové, či prevence dekubitů. Vzhledem k tomu, že je pacient v domácím prostředí, vylučuje se tak riziko vzniku nozokomiálních nákaz, které často při hospitalizaci pacienty ohrožují.

1.1 Definice domácí péče

Odborná domácí zdravotní péče, na základě indikace praktického lékaře, která je poskytována pacientům v jejich domácím prostředí, je ve většině případů zcela hrazena zdravotními pojišťovnami. Je zaměřena především na navrácení a udržení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných a s tím souvisejícího zajištění klidného umírání a smrti. Domácí péče je nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice. Zdravotní péče je přesunuta z péče ústavní do péče primární a tak se adaptuje na změny, kterými společnost mění svůj postoj ke kvalitě života jedince a kvalitě a efektivitě péče. Kontakty na agenturu zprostředkovává sociální pracovnice při propuštění klienta z ústavní péče, praktický lékař, ale také se o agenturu mohou klienti dozvědět z informačních letáků či z kladných referencí. Cílem domácí péče je poskytnutí maximální dostupnosti, kvality a efektivnosti zdravotní péče a pomoci pacientům, která je poskytována ve vlastním sociálním prostředí klientů.

1.2 Vymezení činností domácí péče

Jedná se o samostatně vykonávanou komplexní péči o pacienta. Součástí komplexní domácí péče jsou, zdravotní péče, péče sociální a služby doplňkové. Agentury úzce

spolupracují s orgány státní správy a samosprávy a dalšími subjekty v sociální a zdravotní sféře a také s nevládními organizacemi.

1.2.1 Legislativa související s poskytováním domácí péče

Agentury domácí péče se musí řídit zákony a právními předpisy, které stanovují jednotný postup při ošetřování klientů, rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě zákona ze zdravotního pojištění hrazeny a poskytovány zdravotní služby, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie. Výčet legislativních dokumentů souvisejících s poskytováním domácí péče, viz příloha I.

1.2.2 Financování domácí péče

Domácí péče je pacienty přijímána velmi kladně a vliv má na to jistě i skutečnost, že výkony v ošetrovatelské službě, které indikuje lékař pacienta, jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Podle vyhlášky MZČR 331/2007 Sb., je domácí péče evidována jako odbornost 925- sestra domácí zdravotní péče, v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (Česko, 2007)

Časové kódy:

06311 Zavedení, ukončení domácí péče - 60 minut

Jedná se o první a poslední návštěvu u klienta v domácí péči a její administrativní zpracování do dokumentace pacienta. Na základě indikace ošetřujícího nebo praktického lékaře klienta je sestrou komplexně posouzen stav pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí.

06313 Ošetrovací návštěva domácí péče I. - 30 minut

Na základě indikace ošetřujícího nebo praktického lékaře je pravidelně prováděna ošetrovatelská návštěva pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí a to zejména u klientů odkázaných na pomoc jiné osoby pro částečnou imobilitu, inkontinenci, dezorientaci,

kontrolu zajištění léčebného režimu či hodnot FF. Výkon je zapsán do dokumentace pacienta, při změnách zdravotního stavu sestra okamžitě informuje lékaře.

06315 Ošetrovací návštěva domácí péče II. - 45 minut

Pravidelná ošetrovatelská návštěva pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí na základě indikace praktického nebo ošetřujícího lékaře a to u klientů odkázaných na pomoc jiné osoby pro částečnou imobilitu, inkontinenci či dezorientaci. Provádí se za účelem zajištění pohybové aktivizace pacientů, nácvik sebedpěče či zajištění převazů chronických ran či stomií. Administrativní zpracování do dokumentace pacienta. Sestra při změnách zdravotního stavu informuje lékaře.

06317 Ošetrovací návštěva domácí péče III. - 60 minut

Ošetrovatelská návštěva pacienta na základě indikace ošetřujícího či praktického lékaře. U klientů odkázaných na pomoc jiné osoby pro částečnou či úplnou imobilitu, inkontinenci či dezorientaci. V této návštěvě je prováděna např. aplikace infuzní terapie, nebo pohybová aktivizace spojená s převazy. Tato návštěva je buď časově, či fyzicky náročnější. Opět je nutné vše řádně zapsat do dokumentace pacienta a při změnách ve zdravotním stavu je nutné informovat lékaře.

06318 Ošetrovací návštěva domácí péče IV. - 15 minut

Na základě indikace lékaře je u klientů imobilních, dezorientovaných, nebo těch, kteří nejsou schopni zajistit si sami dodržování léčebného režimu, prováděn tento typ návštěvy. Většinou se jedná o aplikaci inzulínu, nízkomolekulárního heparinu, aplikaci vitamínů, nebo podání per orální terapie. Zpracování dokumentace. Změny zdravotního stavu sestra hlásí lékaři.

06319 Fyzická asistence při domácí péči - 30 minut

Na základě indikace ošetřujícího nebo praktického lékaře je pro fyzickou náročnost při péči o imobilního pacienta delegován další pracovník agentury, za účelem asistence při výkonu. Jedná se většinou o zajištění celkové hygieny.

Kódy výkonů:

Tyto kódy se přičítají k časovým kódům ošetrovatelských návštěv. Jedná se o vykázání nákladů na použitý materiál.

06327 Ošetření stomie

06329 Lokální ošetření

06331 Klyzma, výplachy, cévkování, ošetření permanentních katétrů

06333 Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m.

06335 Nácvik a zaučování aplikace inzulínu

06321 Vyšetření stavu pacienta sestrou /glykémie glukometrem, EKG/

06323 Odběr biologického materiálu

06325 Aplikace parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti

Výkony převzaté z odbornosti 911:

Tyto výkony jsou prováděny na základě indikace lékaře. Přičítají se k časovým kódům výkonu. Nejedná se o samostatný výkon.

06137 Práce sestry v sobotu, neděli a ve svátek

06135 Práce sestry v době od 22 hodin do 6 hodin

Signální kód:

Tento kód umožňuje zrušení frekvence výkonů, jedná-li se o pacienta v terminálním stádiu choroby. Frekvence návštěv je pak stanovena indikujícím lékařem, podle aktuálního stavu pacienta.

06349 Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu

Další možnosti financování DP:

Existuje více možností financování domácí péče, a to např. přímou platbou klienta, sponzorskými dary, platbami pojišťoven, nebo příspěvky od obcí.

Platby pojišťovnami jsou prováděny na základě indikace praktického lékaře, do počtu maximálně tří návštěv za den.

Zřizovateli agentur domácí péče mohou být právnické nebo fyzické osoby.

Na kvalitu poskytované péče dohlíží Asociace domácí péče, členství v této asociaci je pro agentury nepovinné.

Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, stanovuje technické a materiální vybavení, likvidaci odpadů a další. (Česko, 1993)

1.3 Historie domácí péče

Od nejstarších dob je domácí péče přirozený způsob péče o člověka. Lidé v rodinném kruhu prožívali radosti i starosti. Doma se rodilo i umíralo za účasti celé rodiny. Domácí péče má hluboké historické kořeny, počátky se datují před období raného křesťanství. (Krátká, 2008, s. 82)

1.3.1 Rozvoj domácí péče

Před obdobím raného křesťanství, byla péče o nemocné svěřena ženám, většinou bylinkářkám. Ve středověku byl založen první řád řeholních sester Augustínek a Vincentek, tyto se specializovaly na ošetrovatelské služby v rodinách.

V Anglii v roce 1859 vznikla moderní koncepce domácí péče, Viliam Rathbon, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu, společně s Florence Nightingelovou založili první ošetrovatelskou školu pro sestry návštěvní služby, které poskytovaly služby chudým a nesoběstačným nemocným. (Misconiová, © 2006)

V Americe byly učiněny první pokusy s domácí péčí v roce 1885 v Buffalo, v roce 1887 ve Philadelphii a o rok později v Bostonu, v roce 1893 byla zřízena ošetrovatelská služba pod záštitou Ministerstva zdravotnictví pod vedením Lilian Waldové Mary Bewsterové, které založili školu zaměřenou na domácí péči. V Evropě nastává prudký rozvoj domácí péče koncem devatenáctého století. Tato byla zaměřená na péči poskytovanou především starým lidem, s výjimkou Holandska, kde byla poskytována péče všem, bez ohledu na věk, od narození až po smrt. V 70. letech 20. století se ve světě hledaly možnosti snížení nákladů na ošetrovatelskou péči a jednou s možností byla domácí péče. (Krátká, 2008, s. 82)

V České republice zajišťovaly až do roku 1950 tuto péči sestry a ošetrovatelky ČČK, byla založena Masarykova škola zdravotní péče, která připravovala první poskytovatelky domácí péče. Od roku 1952 převzal odpovědnost za domácí péči stát a je začleněna do péče zdravotní, kterou poskytují zdravotní obvody formou návštěvních služeb, následně jsou zřízeny geriatrické sestry v rámci obvodních středisek. Po roce 1989 nastává zlom v poskytování zdravotní péče. Od roku 1990 vzniká první středisko ošetrovatelské péče při

České katolické charitě a pečuje o 18 nemocných v domácím prostředí. V roce 1991 vzniká první agentura domácí péče při nemocnici v Pardubicích, která byla financovaná z rozpočtu nemocnice. Do konce roku 1991 bylo v České republice 26 agentur, 451 pracovníků pečovalo o 1459 klientů. Ve Zdravotním řádu jsou definována jako zvláštní forma zdravotní péče. MZČR povolilo tento experiment na dva roky, po tuto dobu pracovalo 40 agentur. V roce 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky, která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče. V lednu 1994 bylo registrováno celkem 353 agentur poskytujících domácí péči, zaměstnávajících 3632 odborníků. V několika centrech byl aplikován nový model hospicové péče o klienty v terminálním stádiu života. Do podvědomí obyvatelstva vniká domácí péče díky projektu Hippokrates, postupně došlo k nasycení poptávky péče v domácím prostředí, takže nárůst již nebyl tak velký. V roce 2005 bylo registrováno 494 pracovišť, 88 % bylo dostupných 24 hodin denně. Služby v tomto roce využilo 142,5 tisíc klientů a bylo uskutečněno více jak 6 milionů návštěv. (Krátká, 2008, s. 82- 83)

V současnosti již nedochází k výraznějšímu nárůstu počtu poskytovatelů domácí péče, vzrůstá ale počet ošetřovaných klientů a počet uskutečněných návštěv. Ve zlínském kraji je ve čtyřech okresech k datu 7. 5. 2013 registrováno celkem 23 agentur poskytujících rehabilitační a ošetrovatelskou péči klientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Seznam agentur, viz příloha II.

1.3.2 Hlavní cíle domácí péče

Domácí prostředí má pozitivní vliv na psychiku klienta, proto je cílem domácí péče to, aby mohl nemocný co nejdéle zůstat doma, nebo se mohl co nejdříve navrátit z hospitalizace do domácího prostředí. Pracovníci domácí péče mají za úkol pomoci klientům a jejich rodinám při přechodu do domácího prostředí, provádět správnou edukaci klienta či rodiny o volbě vhodných pomůcek, uspořádání bytu, životosprávě, ošetřování, apod., tak aby co nejdříve klient dosáhl soběstačnosti v denních činnostech, poskytují komplexní zdravotní a ošetrovatelskou péči osobám v rekonvalescenci, nebo nemocnému poskytují co nejlepší péči, nachází-li se v terminálním stádiu života. V neposlední řadě je to také psychická podpora klienta a pečujících osob. Dříve patřilo narození, nemoc, uzdravování i smrt ke každodennímu životu rodin, proto berme domácí péči jako symboliku návratu současné společnosti k tradicím našich předků. K rychlejšímu uzdravování klienta jistě napomáhá také pozitivní vliv domácího prostředí.

1.4 Formy domácí péče

Dle aktuální potřeby jsou klientům poskytovány různé formy domácí péče. Forma péče musí být volena vždy tak, aby byla co nejlépe přizpůsobena momentálnímu stavu klienta.

1.4.1 Preventivní domácí péče

Rozsah a frekvence návštěv je indikována lékařem, za účelem kontroly fyziologických funkcí, kontroly dodržování léčebného režimu, otoků dolních končetin, apod. Je určena nejen těm klientům, u nichž je vhodná terciární prevence, která je zaměřena na zabránění vzniku nežádoucích komplikací při již existujícím onemocnění, ale i všem klientům, kterým lékař doporučí preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu.

1.4.2 Jednorázová domácí péče

Většinou je tato péče lékařem indikována při zhoršené mobilitě pacienta, za účelem odběru biologického materiálu, nebo aplikace injekcí. Sestra zajistí transport materiálu do laboratoře, došlé výsledky pak konzultuje s lékařem, který doporučí další postup a terapii, ordinovanou medikaci pak sestra pro klienta zajistí a řádně klienta poučí o dávkování a popřípadě další kontrole či odběru biologického materiálu.

1.4.3 Akutní domácí péče

Při akutním krátkodobém onemocnění, např. bolesti zad, kdy není potřeba hospitalizace, sestra dochází aplikovat na základě indikace lékaře infuzní či injekční terapii. Tato forma domácí péče je klienty v současnosti velmi kladně přijímána. Jak jsem psala výše, pacienti volí tento způsob léčby a podání terapie ve vlastním prostředí, před péčí za hospitalizace, nejsou vytrženi ze svého prostředí, stále jsou na blízku své rodině a v neposlední řadě je to i finanční úspora za hospitalizaci a cestování.

1.4.4 Dlouhodobá domácí péče

S touto formou péče se setkáváme nejčastěji, je určena pro chronicky nemocné, kteří potřebují pravidelně kvalifikovanou péči, bývá indikována lékařem na řadu měsíců, ale i let. Se vzrůstajícím věkem populace se předpokládá, že bude této péče potřeba více. V dlouhodobé péči provádí sestry jak komplexní ošetrovatelskou péči, ošetřování chronických ran či stomií, tak i pohybovou aktivizaci pacientů po cévní mozkové příhodě, pacientů s roztroušenou sklerózou, ale i pravidelný dohled na dodržování léčebného režimu

u pacientů s inzulinoterapií, antikoagulační léčbou, či u pacientů se stařeckou, nebo Alzheimerovou demencí. Zohledněna zde musí být ochota a možnost příbuzných pečovat o stárnoucí členy rodiny.

1.4.5 Domácí hospicová péče

Je indikována u klientů v preterminálním a terminálním stádiu života. Jedná se o nejtěžší fázi života člověka. Je zaměřena na tlumení bolesti, doporučení vhodných nutričních náhrad, prevenci poruch integrity kůže, pohybovou aktivizaci a ostatní aktivity s tímto stavem spojené. Je poskytována klientům, u kterých lékař předpokládá úmrtí do šesti měsíců. Umírání je spojeno s řadou projevů a má několik stádií, tyto ovlivňují kvalitu života nemocného a jeho blízkých, proto je nutné věnovat při návštěvách čas na psychickou podporu nemocného a jeho rodiny.

Pět fází umírání dle modelu Kübler- Rossové, který je známý také jako pět fází smutku:

1. fáze- **popírání/ šok**- popírání je pro nemocného dočasnou obranou, jde o šokovou situaci, kdy si pacient nepřipouští, že toto se může dít zrovna jemu.
2. fáze- **hněv/ agrese**- v této fázi mohou nemocní přestat spolupracovat, uvědomuje si, že nemůže pokračovat v popírání, přemýšlí, kdo za vzniklou situaci může.
3. fáze- **smlouvání**- dochází k hledání zázračného léku, či nadějí smrt oddálit. Často se nemocní obrací k „vyšší moci“.
4. fáze- **deprese**- jedná se období smutku, které musí proběhnout, nedoporučuje se nemocného v tomto období rozveselovat. Umírající si uvědomuje blížící smrt a v některých případech je nutno podat psychofarmaka.
5. fáze- **smíření**- v této fázi se nemocný začíná se smrtí vyrovnávat, začíná spolupracovat. Přijetí vyjádřené souhlasem. (Zacharová, 2007, s. 100)

Kübler- Rossová model zavedla poprvé v roce 1969 a byl založen na jejím výzkumu, který prováděla na základě rozhovorů s pěti sty umírajícími klienty. Popisuje pět fází procesu, ve kterém se lidé vyrovnávají s tragédií a smutkem, zvláště při takové diagnóze, jakou smrtelné onemocnění bezesporu je. Klade ale také důraz na to, že i zde záleží na osobnosti a jedinečnosti každého nemocného a že ne každý musí projít jednotlivými stádii, nebo že stádia na sebe navazují tak, jak jsou výše popsána, nebo že může k opakování jednotlivých stádií docházet pořád dokola. Původně byl model vytvořen a aplikován na umírající,

později byl však aplikován i na jiné stresové situace života, jakými jsou například rozvod, neplodnost či ztráta zaměstnání. (Kübler- Rossová, 1993, s. 35-36)

1.5 Práce sestry v domácí péči

Práce sestry v domácí péči je velmi specifická, musí se vypořádat s přesuny v terénu, povětrnostními vlivy, domácím prostředím pacientů. Jelikož do rodiny dochází dlouhodobě, je často brána jako člen domácnosti, klienti navazují úzký vztah, proto je nutné, aby byla sestra empatická, ale zároveň se citově nevázala.

1.5.1 Aktivity sestry

Péče je multioborová, sestry provádějí rehabilitační ošetřování, nácvik soběstačnosti, připravují a aplikují injekční, infuzní, inhalační i lokální terapii. Připravují tablety do dávkovače léků, nebo k přímému podání u klienta. Dále provádějí komplexní péči o pacienty imobilní či v terminálním stadiu nemoci. Ošetření akutních i chronických ran, stomií, tracheostomických kanyl a jejich výměnu, katetrizaci močového měchýře u žen, péči o močové katetry či drény. Odběry biologického materiálu a transport do laboratoře. Edukují pacienty a příbuzné. Tuto péči nazýváme jako přímou. Sestry dále úzce spolupracují s praktickými a odbornými lékaři a jinými specialisty. Plánují a koordinují péči. Musí provádět úkony spojené s dezinfekcí, sterilizací a likvidací infekčního materiálu. Vše je nutno důkladně, důsledně a čitelně zaznamenávat do dokumentace a dokumentaci řádně vést. Tuto péči pak nazýváme jako nepřímou.

1.5.2 Příprava všeobecné sestry na návštěvu

Sestra se musí seznámit se zdravotnickou dokumentací a stavem pacienta, sestaví si harmonogram práce na den, naplánuje trasu, připraví ošetřovatelskou dokumentaci, do které pak zaznamenává aktuální stav klienta a výkony u něj provedené. K vybavení sestry do terénu patří brašny, jedna je „převazová“, v této je uložen materiál potřebný k převazům a jinému lokálnímu ošetření kůže či invazivních vstupů. Box na infekční materiál, rukavice a dle potřeby i jiné ochranné pomůcky potřebné k bariérovému způsobu ošetřování. V druhé brašně má pak sestra, tonometr, fonendoskop, glukometr, teploměr, pomůcky k odběrům krve a aplikaci injekční terapie, katetrizaci močového měchýře a jiné. Materiál by měl být rozdělen na sterilní a nesterilní. Dle indikace lékaře, stavu a potřeby ošetření pacienta, si pak sestra do terénu ještě připraví například infuzní stojan, odsávačku hlenů či

irigátor k výplachům. K dispozici má pak sestra také mobilní telefon a osobní automobil, po návratu z terénu je proto nutné vést pečlivě knihu jízd.

1.5.3 Ošetrovatelská péče v domácích podmínkách

I v domácí péči je péče poskytována formou ošetrovatelského procesu. Při první návštěvě sestra provede tzv. sociální šetření, ve kterém zhodnotí zdravotní stav klienta, stanoví ošetrovatelské diagnózy, naplánuje způsob ošetření tak aby mohlo dojít k co nejlepší implementaci, zhodnocení se provádí většinou jednou měsíčně, nebo při změně zdravotního stavu klienta. Sestra úzce spolupracuje s rodinou klienta, doporučuje přizpůsobení podmínek, např. vhodné umístění lůžka a je-li to možné, jeho přístupnost ze čtyř stran. Odstranění prahů či kobereců, jako prevenci pádu. Bezbariérové přístupy do koupelny a na toaletu, doporučení instalace madla, či nástavce na WC. Obstarání potřebných kontaktů na firmy zabývající se přestavbami bytů pro handicapované klienty. Zajištění kompenzačních pomůcek a nákup pomůcek potřebných k ošetrování.

Sestra v domácí péči musí mít dobré praktické a organizační schopnosti a dovednosti. Musí trvale samostatně rozhodovat, řešit situace bez možnosti okamžitého zkonzultování. Vzhledem k tomu, že neustále prožívá situace nemocného a jeho rodiny, je vyvíjen tlak na její psychiku a má velký pocit zodpovědnosti, toto bývá často důvodem odchodu z domácí péče. Proto jsou nutné např. supervize a zvyšování a prohlubování kvalifikace tak, aby byla sestra dobře připravena na řešení těchto obtížných situací.

„V domácí péči jsi v první řadě člověkem- teprve potom klientem, nebo profesionálem.“
(Domácí péče© 2006)

2 KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelská péče je soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, které mají společné sociální prostředí. (Plevová, 2011, s. 60)

Koncepce vznikly jako metodická opatření, pro zajištění jednotného postupu, při poskytování ošetřovatelské péče prostřednictvím standardů a akreditací, stanovuje hodnocení péče prostřednictvím auditů. U zrodu stála docentka PhDr. Marta Staňková, CSc., Jindra Pavlicová a MUDr. Zuzana Roithová.

2.1 Koncepce ošetřovatelství z roku 1998

Vznikla na doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie. Stanovuje definice a cíle ošetřovatelství. Určuje vývoj ošetřovatelství a ukazuje směr k dokončení transformace vzdělávání ošetřovatelských pracovníků. Zdůrazňuje nutnost zavedení ošetřovatelského procesu, který bude doplněn ošetřovatelskou dokumentací. Navrhuje systém registrace sester. Definiuje cíle ošetřovatelství, dělí typy zdravotnických pracovníků podle dosaženého stupně vzdělání. Podporuje ošetřovatelský výzkum.

Ošetřovatelství je definováno jako systém typicky ošetřovatelských činností, týkajících se jednotlivce, rodiny a skupiny, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. (Koncepce ošetřovatelství, 2004)

Pracovníci v oboru a jejich vzdělávání- sestra typu „A“, „B“ a ošetřovatelský pracovník typu „C“.

A= sestra se specializací, VOŠ, Bc. nebo Mgr. oboru ošetřovatelství, pracuje samostatně a vede práci sester „B“ a pracovníků „C“.

B= všeobecná sestra, pracuje jako sestra v týmu a je vedena sestrou „A“.

C= nižší ošetřovatelský pracovník, vykonává jednoduché práce pod vedením sester „A“ a „B“.

Registr sester- 5 let.

Hodnocení kvality ošetřovatelské péče- profesionální přístup sester k nemocným.

Chybí hodnocení ošetřovatelské péče.

V roce 2000 dostala PhDr. Ivanka Kohoutová za úkol sladit legislativu českého ošetrovatelství s unijní a připravit zákon 96 z roku 2004.

2.2 Koncepce ošetrovatelství z roku 2004

V metodickém pokynu MZ z roku 2004 se upřesňuje registrace a kompetence sester, kreditní systém kontinuálního vzdělávání a fáze a průběh ošetrovatelského procesu. K této koncepci se vztahuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. (Česko, 2004a)

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Vyhláška stanovuje činnosti jednotlivých kategorií. (Česko, 2004b)

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti - kvalifikační vzdělání - VZŠ a VŠ a dále pak celoživotní vzdělávání a vzdělávání specializační.

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením - kvalifikační vzdělání – SZŠ, akreditované kvalifikační kurzy a dále pak celoživotní vzdělávání.

Definice ošetrovatelství- ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování bio, psycho, sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. (Plevová, 2011, s. 60)

Pracovníci v oboru a jejich vzdělávání- zdravotničtí pracovníci pracující bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

Registr sester- 6 let, od roku 2011 let 10.

Hodnocení kvality ošetrovatelské péče- profesionální přístup ošetrovatelského personálu k nemocným.

Ošetrovatelský proces je součástí hodnocení ošetrovatelské péče.

2.2.1 „Malá novela“

Zákon číslo 105/2011 Sb., kterým se mění zákon 96/2004 Sb., vstoupil v platnost a nabyl účinnosti dnem 22. dubna 2011. (Česko, 2011a). Jeho vydáním sledovalo MZ cíle, které jsou vesměs aktuální i v dlouhodobější perspektivě. Novela ruší různé druhy sanitářů a ponechává sanitáře jako jeden univerzální obor. Sestra pro intenzivní péči, která pracuje alespoň polovinu týdne jako člen výjezdové skupiny po dobu 5 let v posledních šesti letech, může získat kvalifikaci zdravotnického záchranáře. Zdravotnický asistent poskytuje ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, ošetrovatelskou péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů může zdravotnický asistent provádět bez odborného dohledu. Touto novelou se zároveň prodlužuje registrační období na 10 let a snižuje se poplatek za vydání osvědčení na 100 Kč. Registrace zdravotnických pracovníků je dobrovolná, povinná je jen pro ty, kteří pracují bez odborného dohledu.

Kompetence sester jsou stanoveny vyhláškou č. 55/2011 Sb. (Česko, 2011b), dříve 424/2004 Sb.

3 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER

Historie ošetřovatelství má hluboké kořeny, již svatá Anežka Česká položila základy ošetřovatelství v Čechách, sepsala první etický kodex zásad ošetřovatelské péče v raném středověku. Nejvíce však ovlivnila ošetřovatelství v celém světě Florence Nightingelová, která je považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství. Opatrovnickou činnost změnila na činnost ošetřovatelskou. 15. 6. 1860 byla při nemocnici svatého Tomáše v Londýně otevřena „Škola Florence Nightingelové pro zdravotní sestry. Absolventky této školy odcházely do celého světa, kde pak zakládaly své vlastní ošetřovatelské školy. Nightingelová pro absolventky své ošetřovatelské školy složila slib diplomovaných sester, který v současnosti absolventky na některých zdravotnických školách, po vzoru Florence Nightingelové přednášejí. Slib sester, viz příloha III. (Kutnohorská, 2010, s. 47)

Florence Nightingelová kladla důraz na prostředí, čistý vzduch, funkční odpady, čistotu a světlo - jedná se o environmentální koncept zdraví Florence Nightingelové. V roce 1864 byl založen Mezinárodní červený kříž, za jeho zakladatele je považován Jean Henry Dunant, v Čechách sahá historie Červeného kříže až do roku 1868, kdy byl založen Vlastenecký pomocný spolek pro Království české, který byl součástí Rakouské společnosti Červeného kříže, vznik Československého červeného kříže je spojen až s obdobím samostatné Československé republiky a jeho vznik je datován k 6. 2. 1919. (Kutnohorská, 2010, s. 51)

3.1 Historie vzdělávání v České republice

Ošetřovatelské vzdělávání v Čechách prošlo v několika posledních stoletích výraznými změnami ve vývoji. Z roku 1620 je nejstarší zmínka o ošetřovatelském vzdělávání na území českých zemí, v Praze byla Na Františku otevřena nemocnice Milosrdných bratří, která byla určena pouze pro mužské pacienty a pro novice zde byla zřízena škola, poskytující jim vzdělání v opatrovnické činnosti. Nařízení Marie Terezie rozšířilo vzdělání opatrovníků, na lékařské fakultě v Praze se mohli účastnit přednášek ranhojiči a porodní báby. Na lékařské fakultě se snažil tuto výuku prosadit V. J. Vrabec. Tyto přednášky však byly dekretem v roce 1789 zastaveny a už nikdy nebyly obnoveny. Do dějin opatrovnictví se také zapsala kniha F. CH. Krugelsteina o všeobecném opatrovnictví, vydaná v roce 1807 ve Frankfurtu. Jejím rozšíření ale zabránila jak na tu dobu vysoká cena, tak i negramotnost opatrovníků. Vrabcovým pokračovatelem se stal v letech 1799 až 1808 lékař Antonín Holý, který přednášel na lékařské fakultě o opatrování nemocných, o fyzické

výchově dětí, jak si udržet zdraví, přednášek se však nesměly zúčastňovat ženy. (Kutnohorská, 2010, s. 57)

3.1.1 Ošetřovatelské vzdělávání v 19- 20. století

Bylo ovlivněno hlavně touhou žen po vzdělání. Tato touha byla ovlivněna národnostním uvědoměním. Lidé si také více uvědomovali důležitost hygieny a jejího vlivu na zdraví a prevenci nemocí. Zahájení ošetřovatelského vzdělání bylo umocněno jazykovým nacionalismem. Za nejvýznamnější osobnosti byly v tomto směru považovány Karolína Světlá, Eliška Krásnohorská nebo Eliška Lamblová. První česká ošetřovatelská škola vznikla v roce 1874 v Praze, tato škola vznikla dříve než ve Vídni a zřejmě to bylo umocněno národní pýchou. Poslední kurz byl na této škole uspořádán v roce 1881, ukončení se vysvětluje různě. (Kutnohorská, 2010, s. 58-63)

V dalších letech si pak nemocnice zacvičovaly své ošetřovatelky. V soukromých službách byla péče poskytována laickými sestrami Červeného kříže, anebo sestrami řádovými. Roku 1916 byla v Praze otevřena česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola. Významnou úlohu zde zastávala Alice Masaryková, která povolala z Ameriky tři ošetřovatelky, aby pomohly s řízením školy a zvedly úroveň ošetřování u nás. Po jejich odjezdu byla ředitelkou školy jmenována Sylva Macharová, která zřídila školní stanice. Ještě po dlouhou dobu pak v nemocnicích pracovaly tři kategorie ošetřovatelského personálu. Diplomované ošetřovatelky, řádové sestry a pomocné ošetřovatelky zacvičené na nemocničním oddělení. V roce 1918 otevřena v Praze Vyšší sociální škola, tato připravovala v jednoletém studiu sociálně orientované pracovníky a později diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu. V roce 1921 založily první absolventky státní ošetřovatelské školy Spolek absolventek školy ošetřovatelské (SAŠO), pod jeho vlivem se začaly budovat sesterské ubytovny a došlo k úpravě pracovní doby. V roce 1928 se přejmenoval na Spolek diplomovaných sester (SDS). V této době byly odznaky označeny registračním číslem, pokud jej sestra ztratila, jiný už nedostala. SDS navázal spolupráci se sesterskými organizacemi v zahraničí. V roce 1929 zavedl ČSČK organizovanou ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách /OZSR/, sestry v ní pracovali zcela samostatně na základě smlouvy s pojišťovnami. V roce 1933 byl Spolek diplomovaných sester ČSR přijat do Mezinárodní rady sester, činnost byla násilně ukončena v roce 1941 a obnovena již nebyla. V roce 1923 byla v Americe na Yale otevřena první škola pro sestry na vysokoškolské bázi. (Kutnohorská, 2010, s. 66-79)

3.1.2 Ošetrovatelské vzdělávání po 2. světové válce

Po roce 1945 se zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Rozšiřovala se rychle síť státních ošetrovatelských škol. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetrovatelská škola a po vzoru Sovětského svazu vznikly střední odborné školy. V roce 1948 se Spolek diplomovaných sester spojil s ROH a tak ztratil nárok na členství v Mezinárodní radě sester. Dvouleté ošetrovatelské školy se změnilly na tříleté zdravotní a později na čtyřleté zdravotnické, zakončené maturitou. To však bylo nedostatečné a proto v roce 1960 vznikly Instituty pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě. Dosavadní vyšší sociálně zdravotní školy byly v roce 1951 přejmenovány na Střední zdravotnické školy, studium bylo zkráceno na tři roky, aby mohl být urychlen nástup do praxe a tak mohl být doplněn chybějící zdravotní personál. V roce 1953 bylo studium opět prodlouženo na čtyři roky. Zavedení pomaturitního dvouletého studia v oborech zdravotní sestra, porodní asistentka, rentgenologický laborant a rehabilitační pracovník se datuje do roku 1956. Školní stanice začaly vznikat v roce 1957. Zahájení pětiletého vysokoškolského studia při zaměstnání na Filozofické fakultě Univerzity Karlovi, pro učitelky odborných předmětů na SZŠ je datováno k roku 1960. Od roku 1980 i studium denní. V roce 1973 vznikla Československá společnost sester, která byla přijata v roce 1982 do Mezinárodní rady sester. (Staňková, 1988, s. 64) V letech 1987 až 1994 na FF UK jednooborové Studium péče o nemocné, zaměřené na ošetrovatelskou výchovu a vzdělávání dospělých, teorii a praxi řízení. Studium bylo určeno pro vrchní a hlavní sestry s nejméně pěti lety praxe, studium bylo dálkové.

3.2 Vzdělávání sester koncem 20. století a ve 21. Století

V současnosti probíhá vzdělávání všeobecných sester na vyšších zdravotnických školách a školách vysokých, důvodem je nejenom vyhovět požadavkům EU a WHO, ale také dlouhodobá kritika nízkého věku zdravotnických pracovníků. Ošetrování pacientů v terminálním stadiu či těžkých stavech, bylo pro ně psychicky velmi zatěžující a sestry nebyly mnohdy schopny zvládat dobře komunikaci s pacientem a jeho rodinou.

3.2.1 Středoškolské vzdělávání

V devadesátých letech dvacátého století se na středních zdravotnických školách studovali tyto obory: všeobecná sestra, zdravotní laborant, farmaceutický laborant, zubní technik. Počátkem 21. století prošly středoškolské obory významnými změnami. Největší změnou

prošlo studium oboru zdravotní sestra v roce 2004, poslední studenti absolvovali obor všeobecná sestra v roce 2007. Tento obor byl nahrazen oborem zdravotnický asistent, tito vykonávají svoje činnosti pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry nebo lékaře. Jejich kompetence jsou stanoveny vyhláškou č. 55/2011Sb. (Česko, 2011b)

Tak jako byl obor všeobecná sestra nahrazen oborem zdravotnický asistent, zubní techniky nahradil asistent zubního technika, obor zdravotní laborant nahradil laboratorní asistent, farmaceutický laborant byl na střední škole zrušen bez náhrady, nyní jej lze studovat v bakalářské formě studia. Do asistentských oborů nastoupili první studenti ve školním roce 2004/2005.

Vyšší zdravotnické školy (VOŠ) vznikly v roce 1996 a byly určeny pro absolventy SZŠ. Otevíralo se zde studium diplomovaná všeobecná sestra, diplomovaná dětská sestra, diplomovaná sestra pro intenzivní péči, diplomovaný fyzioterapeut, diplomovaný zdravotní laborant, diplomovaný zubní technik, diplomovaný radiologický asistent, diplomovaný farmaceutický asistent, diplomovaný ergoterapeut, diplomovaná porodní asistentka, diplomovaný zdravotnický záchranář, diplomovaný nutriční terapeut, diplomovaný dentální hygienista, diplomovaný oční optik. Studium je tříleté, zakončené absolutoriem a titulem diplomovaný specialista (DiS), uváděného za jménem. Absolventi jsou vyšší zdravotničtí pracovníci.

Od roku 2005 byla nabídka SZŠ rozšířena o zdravotnické lyceum, zde se studenti intenzivně připravují na další studium na vysoké škole. Studium je zakončeno maturitní zkouškou. (Kutnohorská, 2010, s. 119-120)

3.2.2 Vysokoškolské vzdělávání

Nejen vzhledem k náročnosti zdravotnického povolání ale i zvyšování kvalifikace sester jsou budoucí zdravotničtí pracovníci připravováni pro praxi ve vysokoškolských oborech bakalář a magistr ošetrovatelství. (Kutnohorská, 2010, s. 121)

V roce 1992 vznikl první ročník bakalářského studia, a následně pak navazující magisterské studium. Absolventi získají akademický titul bakalář (Bc.), nebo magistr (Mgr.) uváděný před jménem. Zejména mezi sestrami z praxe, které si chtějí prohloubit vědomosti, je o vysokoškolské studium velký zájem. V bakalářské formě se studuje obor všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapie a radiologický asistent. V magisterské

formě se studuje např. v oborech fyzioterapie, ošetrovatelská péče v interních oborech. (Bakalářské a magisterské studium, rok 2012)

3.2.3 Specializační vzdělávání

Prohlubuje všeobecnou kvalifikaci sestry. Je organizováno modulovým systémem. Každý modul je tvořen skupinou témat nebo vyučovacích předmětů, tyto jsou povinné nebo výběrové. Jsou tři typy modulů a to základní, který je společný a povinný pro všechny specializační programy, oborový, kde si studenti vybírají individuální plán studia, nebo speciální, z kterého čerpají úzké odborné zaměření. Specializační vzdělávání je jednou z forem celoživotního vzdělávání. Je zakončeno atestační zkouškou a absolvent získá diplom o specializaci v oboru. Probíhá v institucích pověřených MZČR, nyní je to NCO NZO v Brně, IPVZ v Praze, ale i zařízení s akreditací, které splnily podmínky stanovené k uskutečňování specializačního vzdělávání. (Specializační vzdělávání, © 2010)

Studijní obory se řídí nařízením vlády č. 31/2010 Sb. (Česko, 2010). Obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti specialistů jsou uvedeny v tabulce, viz příloha IV.

3.3 Národní kurikulum

Vyhláška č. 39/2005 (Česko, 2005) a tzv. národní kurikulum stanovuje a upravuje minimální požadavky na studijní programy, podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, uznávání odborné kvalifikace. Určuje obsah studia, počet hodin teoretické a praktické části výuky. Stanovuje odbornou způsobilost.

3.3.1 Regulace profese

Jde o vnesení určitého řádu a systému do vzdělávání a ošetrovatelské praxe. Účelem regulace je zajištění správné ošetrovatelské péče a ochrana veřejnosti, podpora rozvoje profese, dosažení odpovědnosti a odpovídajícího statusu sester včetně jejich ekonomického zajištění. Cílem je zajistit kvalitní péči, zlepšování ošetrovatelské praxe a rozvíjení teorií oboru. Mezinárodní rada sester (ICN) je organizací, která se touto otázkou již mnoho let zabývá. ICN je nejstarší a nejsilnější mezinárodní profesní sesterská organizace, výkonný výbor sídlí v Ženevě a sdružuje více jak 120 světových sesterských organizací. Hlavním cílem ICN je podporovat celosvětově rozvoj ošetrovatelství, sester a zdraví. ČAS je členem ICN od roku 1994. S definicí pojmu regulovaná činnost se setkáváme až se vstupem ČR do

EU. V regulovaném povolání zákon určuje přípravu na povolání a získání oprávnění k jeho výkonu, ale také povinnosti pracovníků a právní postih při nedodržení podmínek. Dále se také zabývá celoživotním vzděláváním, udržováním odborných znalostí a kompetencemi ošetrovatelských pracovníků. (Kutnohorská, 2010, s. 123)

3.3.2 Celoživotní vzdělávání

Celoživotním vzděláváním je myšleno kontinuální zvyšování schopností, dovedností, vědomostí a získávání nových poznatků a výzkumů v oboru. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky, kteří pracují bez odborného dohledu a jeho cílem je vedení k profesionalitě, týmové práci, rozvoji znalostí a dovedností, zapojení se do výzkumné činnosti, managementu, či výuky ve svém oboru. Do forem celoživotního vzdělávání patří: specializační vzdělávání, certifikované a inovační kurzy, účasti na školících akcích a odborných kongresech, konferencích a sympoziích, odborné stáže, pedagogická, publikační a vědecko-výzkumná činnost, studium a samostudium. Řídí se vyhláškou č. 39/2005 Sb (Česko, 2005).

3.3.3 Registrace sester

Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků je založena na systému celoživotního vzdělávání a řídí se zákonem č. 105/2011 Sb (Česko, 2011a).

Vzhledem k tomu, že se až 70 % sester po maturitě nevzdělávalo, byl navržen kreditní systém, který stanovil počet bodů nutných pro zaregistrování. Udělení registrace je podmíněno vydáním Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Poté je pracovník zapsán do registru a je mu přiděleno registrační číslo. Osvědčení se vydává na dobu 10 let a držitel musí získat za toto období 40 kreditních bodů. Všeobecná sestra musí vykonávat povolání minimálně tři roky, z toho minimálně jeden rok v posledních šesti letech. Jak je uvedeno výše, je registrace povinná jen pro pracovníky, kteří pracují bez odborného dohledu.

Registraci sester provádí na základě pověření MZČR NCO NZO v Brně a v současné době je zaregistrováno více než 100 tisíc všeobecných sester, což je jednoznačně nejvíce mezi zdravotníky, které NCO NZO registruje v dalších oborech. (Statistika, rok 2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA

4.1 Metoda práce

Ke sběru dat byla použita kvantitativní metoda- dotazníkové šetření. Jedná se o standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na formuláři. V dotazníku byla ke zjištění stanoviska v uzavřených otázkách použita Likertova škála.

Dotazník může být buď anonymní, nebo neanonymní. Jedná-li se o dotazník neanonymní, je potřeba mít informovaný souhlas. Dotazník má obsahovat podstatné problémy a měl by zahrnovat celou šíři problematiky, tak abychom našli hledané odpovědi. Skládá se z tzv. nezávisle proměnné a závisle proměnné. Nezávisle proměnné jsou identifikační znaky respondenta. Závisle proměnné pak představují hlavní část dotazníku. Výhodou dotazníku je jednoduchá formulace otázek a následně pak možnost snadného počítačového zpracování. Nevýhodou však je, že při neporozumění otázkám, nelze podat vysvětlení. Nevýhodou může být i možnost nízké návratnosti dotazníků. Dotazník by měl být vhodně graficky upravený, důležitá je i délka dotazníku a měl by být přiložen i doprovodný dopis. (Kutnohorská, 2009, s. 41-42)

Dotazník byl určen pro klienty domácí péče. Zvoleno bylo šetření pomocí anonymního dotazníku, proto bylo nutno znát prostředí, ve kterém byl výzkum prováděn a také byl proveden předvýzkum. Dotazník obsahuje 18 otázek, úvod obsahuje název práce a důvod šetření. Jsou zde pokyny pro vyplnění dotazníku a je zde zdůrazněna anonymita. Dělí se na dvě části. V první části se zjišťují sociodemografické údaje. Druhá část zjišťuje údaje, které se vztahují k stanoveným cílům. Dotazníky obsahují otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Uzavřené otázky jsou takové, na které si respondent vybírá vhodnou odpověď z nabízených možností a vztahují se k otázkám č. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 15. Polouzavřené otázky jsou takové, kde respondent může doplnit i jinou odpověď, než je nabízena a respondent tak může vyjádřit svůj názor. V mém dotazníku se polouzavřené otázky vztahují k položkám č. 6, 8, 9, 14, 17. Otevřené otázky jsou ty, na které může odpovědět respondent dle vlastního uvážení, v dotazníku jsou to položky č. 12, 16, 18.

4.2 Charakteristika položek

Položky číslo 1, 2, 3. se zabývají sociodemografickými údaji. Jsou zaměřeny na pohlaví, věk respondenta a nejvyšší dosažené vzdělání. V položkách č. 4, 5, 6, 7, 8, 10. je zjišťováno, zda klienti vědí, jaké jsou v současnosti možnosti ve vzdělávání sester a jaký je jejich názor na vysokoškolské vzdělávání sester. Otázka č. 9 poukazuje na zdroje, ze kterých klienti získávají informace o vzdělávání a legislativě ve zdravotnictví. Položky č. 11, 12 a 13. jsou pak zaměřeny na to, zda klienti vědí něco o registraci sester a myslí si, že je registrace důležitá a proč. Otázkami číslo 14, 15, 16, 17. zkoumám, zda klienty zajímá, jaké má sestra, která je chodí ošetřovat vzdělání, co ovlivňuje přístup sester k pacientům, co od sester očekávají a zda si myslí, že je přístup sester k pacientům nějak ovlivněn jejich věkem. V otázce č. 18 mě zajímá, jaký mají pacienti názor na to, že práci všeobecné sestry v současnosti vykonávají i muži.

4.3 Organizace šetření

Před začátkem šetření byl vypracován dotazník pro klienty domácí péče. Po konzultaci dotazníku s vedoucím práce, došlo k úpravě některých otázek. Koncem února byla započata pilotní studie, byly rozdány tři dotazníky klientům DP a tři dotazníky byly rozdány i sestrám v DP, současně byla podána i žádost o umožnění dotazníkového šetření v agentuře domácí péče. Vzhledem k tomu, že se vyskytlo několik nedostatků a to hlavně u klientů, kteří některým otázkám neporozuměli, došlo k přeformulování otázek a rozšíření možností odpovědí. Sestry otázkám porozuměly, ale uvítala jsem jejich spolupráci a připomínkování dotazníku. Díky jejich poznatkům, jsem byla schopna dotazník přestylovat tak, aby byl srozumitelný pro pacienty. V březnu jsem poté požádala sestry v DP o distribuci 50 dotazníků pacientům, kteří byli požádáni o spolupráci. Z celkového počtu padesáti dotazníků, jsem nazpět obdržela 45 dotazníků, návratnost tedy činila 90 %. Někteří pacienti se do projektu zapojili s nadšením, někteří spíše s obavou o svou anonymitu a hlavně se strachem z nevědomosti. Sestry se rády zapojily do rozdávání dotazníku a s napětím očekávaly vyhodnocení dotazníků. Samotné je velmi zajímavé, co pacienti vědí o vzdělání sester, zda je zajímá, kdo je chodí ošetřovat a co je pro pacienty důležité ze strany sestry.

4.4 Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit, zda jsou klienti dostatečně informovaní o vzdělání všeobecných sester a o tom, jaké vzdělání je v současnosti potřebné k výkonu povolání všeobecné sestry (dále VS).

Dílčí cíle:

1. Zjistit jaký mají klienti DP názor na vysokoškolské vzdělávání sester.
2. Zjistit, zda respondenti považují celoživotní vzdělávání sester za přínosné.
3. Zjistit z jakých zdrojů se respondenti dozvídají o vzdělávání VS.
4. Zjistit, zda se klienti zajímají o vzdělání sestry, která je ošetřuje.
5. Zjistit, jestli klienti vědí, co je registrace sester.
6. Zjistit, zda si klienti myslí, že je přístup k pacientům nějak ovlivněn věkem VS.
7. Zjistit, co nejvíce pacienti při ošetřování od sester očekávají.
8. Zjistit názor pacientů na muže, kteří vykonávají povolání VS.
9. Seznámit klienty se strukturou domácí péče, s koncepcí ošetřovatelství a historií ošetřovatelského vzdělávání.

4.5 Zpracování dat

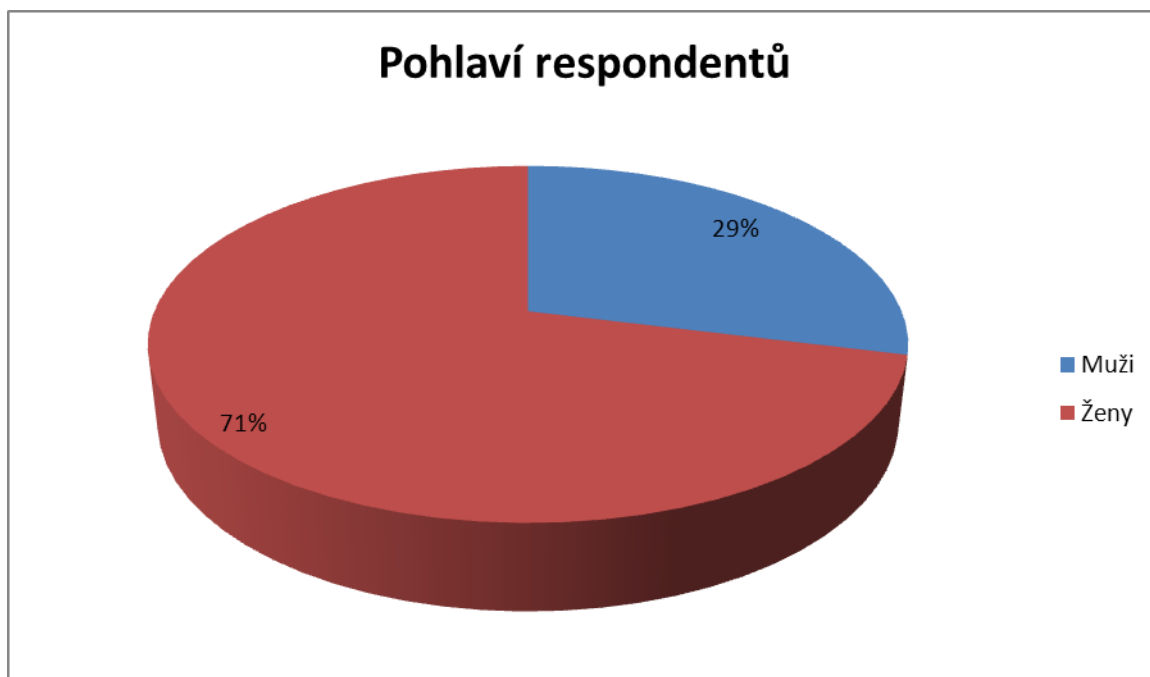
Šetřením získaná data, byla zpracována písemně a následně vložena do počítače. Uspořádání grafů a tabulek bylo zpracováno pomocí programu Microsoft Excel. Je proveden dvojitý výpočet položek a to výpočet absolutní četnosti a četnosti relativní, která je uvedena v procentech.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Jednotlivé výsledky šetření

5.1.1 Dotazník pro klienty domácí péče

Položka č. 1- Pohlaví respondentů



Graf č. 1- Pohlaví

Z uvedeného grafu č. 1 vyplývá, že muži se zúčastnili výzkumu v počtu 29 % a ženy v 71 %.

Tabulka č. 1- Pohlaví

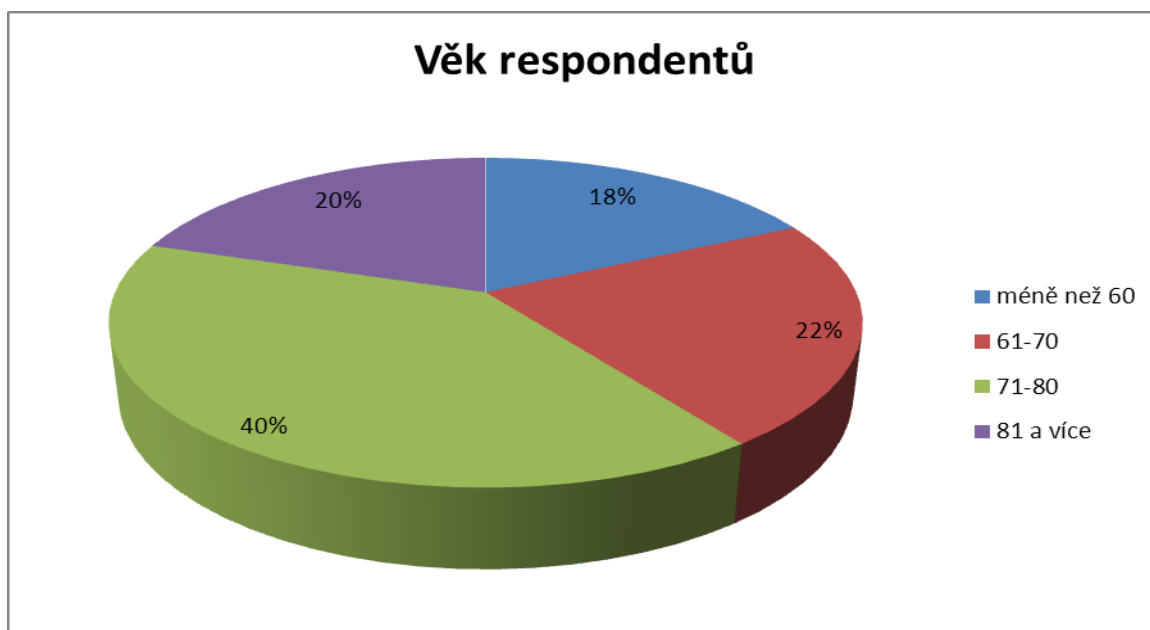
Počet	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	13	29 %
Ženy	32	71 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Z tabulky pak vyplývá, že celkový počet mužů byl 13 a žen 32.

Položka č. 2- Kolik je Vám let?

Pozn.: vzhledem k vyššímu věku klientů domácí péče, je uvedeno toto věkové rozmezí.



Graf č. 2- Věk

V grafu č. 2 je uveden přehled věku respondentů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 71- 80 let a to 40 %. Nejméně respondentů bylo ve věku pod 60 let a to 18 %. Respondentů ve věku nad 81 let bylo 20 % a 22 % bylo respondentů ve věku 61- 70 let.

Tabulka č. 2- Věk

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
méně než 60	8	18 %
61-70	10	22 %
71-80	18	40 %
81 a více	9	20 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Z tabulky č. 2 pak plyne, že odpovídalo 8 klientů ve věku pod 60 let. Klientů mezi 61 a 70- ti lety bylo 10. 18 klientů pak bylo ve věku 71- 80 let a klientů, kterým bylo více než 81 let bylo celkem 9.

Položka č. 3- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*Graf č. 3- Vzdělání**Tabulka č. 3- Vzdělání*

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	17	38 %
Vyučená/ý	13	29 %
S maturitou	11	24 %
Vysokoškolské	4	9 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Z grafu č. 3 a tabulky č. 3 vyplývá, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Vzdělání základní má 38 % dotazovaných, vyučeno je 29 % respondentů, 24 % respondentů má maturitu a jen 9 % má vzdělání vysokoškolské.

Položka č. 4- Myslíte si, že víte, jaké musí mít v současnosti všeobecná sestra vzdělání pro výkon svého povolání?



Graf č. 4- Vzdělání sester v současnosti

Tabulka č. 4- Vzdělání sester v současnosti

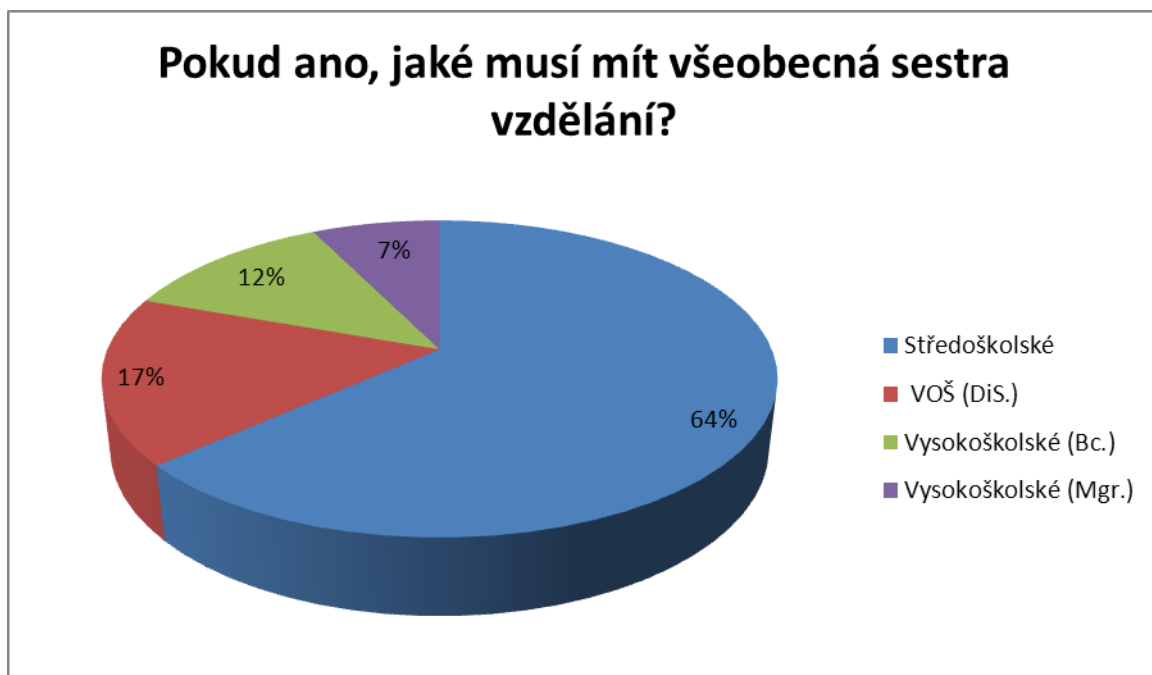
Myslíte si, že víte, jaké musí mít v současnosti všeobecná sestra vzdělání pro výkon svého povolání ?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vím	17	38 %
Spíše vím	17	38 %
Nejsem si jistá/ý	5	11 %
Spíše nevím	2	4 %
Ne, nevím	4	9 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Graf č. 4 a tabulka č. 4 nám vypovídá o tom, zda si klienti myslí, že vědí, jaké je v současnosti minimální vzdělání potřebné pro výkon povolání všeobecné sestry.

Odpovědi ano, vím a spíše vím, byly ve stejném počtu 38 %. 11 % respondentů si není jistých současným vzděláním. Spíše nevěděla 4 % respondentů a 9 % dotazovaných o současném vzdělání sester nevědělo nic.

Položka č. 5- Pokud ano, jaké musí mít všeobecná sestra vzdělání?



Graf č. 5- Specifikace předešlé otázky

Tabulka č. 5- Specifikace předešlé otázky

Pokud ano, jaké musí mít všeobecná sestra vzdělání?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Středoškolské	26	64 %
VOŠ (DiS.)	7	17 %
Vysokoškolské (Bc.)	5	12 %
Vysokoškolské (Mgr.)	3	7 %
Celkem	41	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Graf č. 5 a tabulka č. 5 specifikuje předešlou otázku. Odpovídalo 41 klientů. Přičemž 64 % respondentů si myslí, že stačí středoškolské vzdělání. 17 % udává minimálně vzdělání na vyšší odborné škole. 12 % respondentů si myslí, že je potřeba bakalářské vzdělání a 7 % dotazovaných pak udává vzdělání magisterské.

Položka č. 6- Myslíte si, že je vysokoškolské vzdělávání sester přínosné pro jejich práci?

Položka č. 6 se řadí k polouzavřeným otázkám. Dotazovaný označí jednu z uvedených odpovědí a u položek určitě ano a určitě ne, může dopsat svůj názor, proč takto odpověděl.



Graf č. 6- Názor na VŠ vzdělávání

Tabulka č. 6- Názor na VŠ vzdělávání

Myslíte, že je vysokoškolské vzdělávání sester přínosné pro jejich práci?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě ano	6	13 %
Spíše ano	18	40 %
Nevím	13	29 %
Spíše ne	7	16 %
Určitě ne	1	2 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Tato položka poukazuje na to, zda si klienti myslí, že je vysokoškolské vzdělávání pro sestry přínosné a mají také možnost napsat svůj názor.

Jak ukazují graf č. 6 a tabulka č. 6 odpovědělo 13 % dotazovaných určitě ano, tito také dopsali svůj názor, podle nich si sestry na vysoké škole zvyšují znalosti jak teoretické, tak i praktické, prohlubují si vědomosti a jsou schopny lépe porozumět problémům pacientů. 40 % respondentů odpovědělo spíše ano. 29 % respondentů neví, zda je vysokoškolské vzdělání nějak přínosné. Spíše ne odpovědělo 16 % dotázaných. Jeden respondent, tedy 2 % si myslí, že vysokoškolské vzdělání určitě ne a vysvětlil to tím, že je to zbytečné a sestrám stačí střední škola.

Položka č. 7- Myslíte si, že by se všeobecné sestry měly celoživotně vzdělávat?



Graf č. 7- Názor na celoživotní vzdělávání

Tabulka č. 7- Názor na celoživotní vzdělávání

Myslíte si, že by se všeobecné sestry měly celoživotně vzdělávat?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, všechny	33	73 %
Jen sestry z nemocnice	3	7 %
Jen sestry z domácí péče	1	2 %
Nevím	7	16 %
Ne, neměly	1	2 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Graf č. 7 a tabulka č. 7 udávají názor respondentů na celoživotní vzdělávání. 73 % respondentů uvádí, že celoživotně vzdělávat by se měly všechny sestry. O tom, že vzdělávat by se měly jen sestry z nemocnice je přesvědčeno 7 % respondentů. 2 % pak uvádějí, že celoživotně vzdělávat by se měly vzdělávat sestry v domácí péči. 16 % dotázaných neví, zda je vzdělávání tohoto typu přínosné. A jeden respondent, to jsou 2 % si myslí, že sestry by se celoživotně vzdělávat neměly.

Položka č. 8- Pokud jste odpověděli ano, jaké myslíte, že je pro sestry přínosné vzdělávání?

Položka č. 8 se řadí k polouzavřeným otázkám. Dotazovaný označí jednu či více z uvedených odpovědí.

Tato otázka je určena pro respondenty, kteří v předešlé otázce odpověděli kladně na otázku celoživotního vzdělávání. Celkem 33 respondentů.



Graf č. 8- Přínosné obory CV

Jak ukazuje graf č. 8, jako nejvíce přínosné považují respondenti semináře, tyto by volilo celkem 23 % respondentů. 18 % dotazovaných si myslí, že specializační studium je pro sestry vhodná forma celoživotního vzdělávání. Kurzy by volilo jako přínosné 16 %. Stejný počet respondentů a to 11 % by volilo vyšší odborné školy a vysokoškolské vzdělávání. A 11 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo, i když v předešlé položce odpověděli kladně. 7 % by doporučilo stáže. Naopak za nejméně přínosné považují respondenti konference a to v počtu 3 %.

Tabulka č. 8- Přínosné obory CV

Pokud jste odpověděli ano, jaké myslíte, že je pro sestry přínosné vzdělání?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Kurzy	11	16 %
Konference	2	3 %
Semináře	16	23 %
Specializace	13	18 %
Vysokoškolské vzdělání	8	11 %
Vyšší zdravotní škola	8	11 %
Stáže	5	7 %
Neodpověděl/a	8	11 %
Celkem	71	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Jak je vidět v tabulce č. 8, byl celkový počet odpovědí stran přínosnosti celoživotního vzdělávání 71. Vyjádřeno v číslech, by volilo nejvíce respondentů, tj. 16, semináře. Jen 2 respondenti by volili konference.

Položka č. 9- Z jakých zdrojů se o vzdělávání sester dozvídáte?

Položka č. 9 patří mezi polouzavřené otázky. Respondenti mohou označit více odpovědí a mají možnost odpovědi doplňující.



Graf č. 9- Zdroje informací

Graf č. 9 udává, že nejvíce respondentů, tj. 36 %, se o vzdělávání sester dozvídá z televize. Z tisku má informace 18 % dotazovaných. 16 % má informace z jiných zdrojů. Rádio jako zdroj informací uvedlo 15 % respondentů. 9 % respondentů na tuto otázku vůbec neodpovědělo. A jen 6 % dotázaných uvedlo jako zdroj informací internet.

Tabulka č. 9- Zdroje informací

Z jakých zdrojů se o vzdělávání sester dozvídáte?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Televize	20	36 %
Rádio	8	15 %
Internet	3	6 %
Tisk	10	18 %
Jiné	9	16 %
Neodpověděl/a	5	9 %
Celkem	55	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Jak ukazuje tabulka č. 9, byl celkový počet odpovědí, týkajících se zdrojů informací o vzdělávání sester 55. Na položku jiné odpovědělo celkem devět respondentů, čtyři respondenti uvádějí, že se dozívají o tomto tématu převážně z doslechu, od známých, anebo od všeobecných sester, pět respondentů uvedlo, že se o toto téma nezajímají.

Položka č. 10- Zajímá Vás, jaké má sestra, která Vás ošetřuje vzdělání?



Graf č. 10- Zájem o vzdělání sester

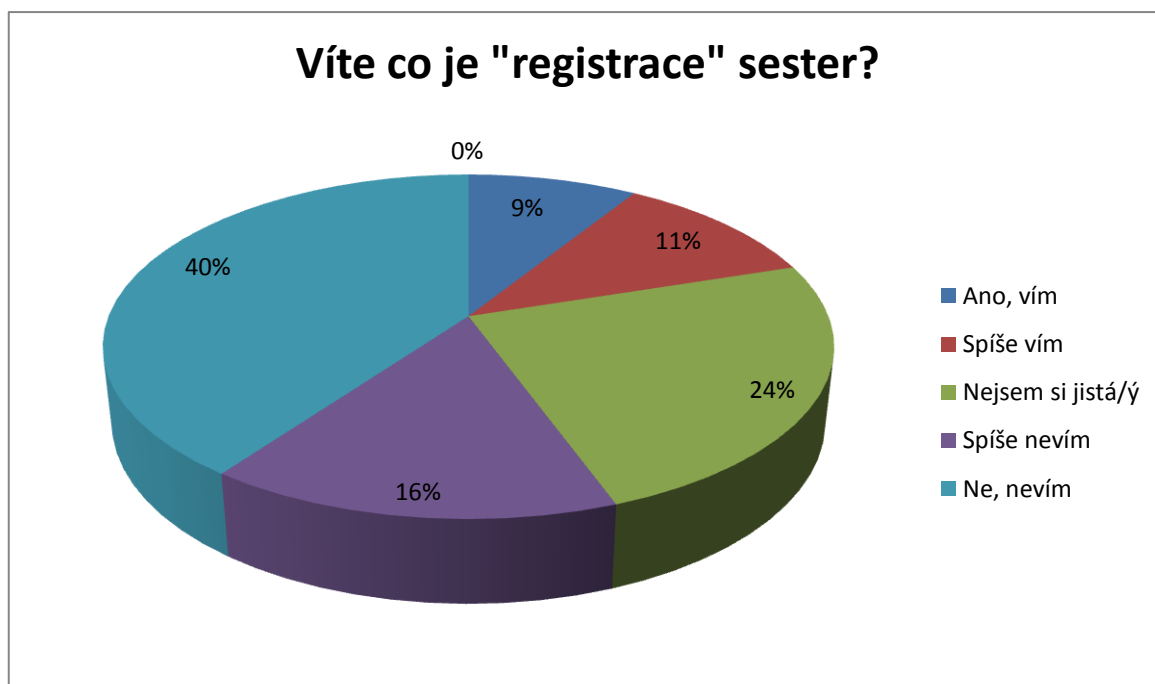
Tabulka č. 10- Zájem o vzdělání sester

Zajímá Vás, jaké má sestra, která Vás ošetřuje vzdělání?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vždy zajímá	8	18 %
Někdy zajímá	11	24 %
Nevím	9	20 %
Nikdy nezajímá	17	38 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Graf č. 10 i tabulka č. 10 dokládají zájem pacientů o vzdělání sester, které je chodí ošetřovat. Zcela překvapivě odpovědělo 17 respondentů, tj. 38 %, že se nikdy na vzdělání ošetřujícího pracovníka neptají. Někdy se zajímá 11 respondentů, tj. 24 %. 9 respondentů, tj. 20 % neví. A jen 18 %, v celkovém počtu 8 respondentů se o vzdělání zajímá vždy.

Položka č. 11- Víte co je „registrace“ sester?



Graf č. 11- Co je registrace

Tabulka č. 11- Co je registrace

Víte co je registrace sester?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vím	4	9 %
Spíše vím	5	11 %
Nejsem si jistá/ý	11	24 %
Spíše nevím	7	16 %
Ne, nevím	18	40 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Položkou č. 11 zjišťuji, zda pacienti vědí něco o registraci sester. Jak je uvedeno v grafu 4. 11 a tabulce č. 11, nejvíce respondentů, tedy 40 % neví, co je registrace sester. 24 % si není jisto, zda má správné informace. 16 % respondentů spíše neví, o co se jedná. 11 % si myslí, že spíše ví co to je registrace sester. A jen 9 % dotazovaných udává, že ví co je registrace sester.

Položka č. 12- Pokud jste odpověděli ano, napište, proč je potřebná „registrace“ zdravotnických pracovníků.

Tato položka patří mezi otevřené otázky a je určena pro respondenty, kteří na předešlou otázku odpověděli kladně. Odpovědělo šest respondentů. Čtyři respondenti, kteří na předešlou otázku odpověděli ano a dva respondenti, kteří odpovídali, spíše vím.

Zde cituji odpovědi:

„ Aby mohly sestry pracovat samostatně ve svém oboru.“

„ Aby se vědělo, kolik je sester v České republice.“

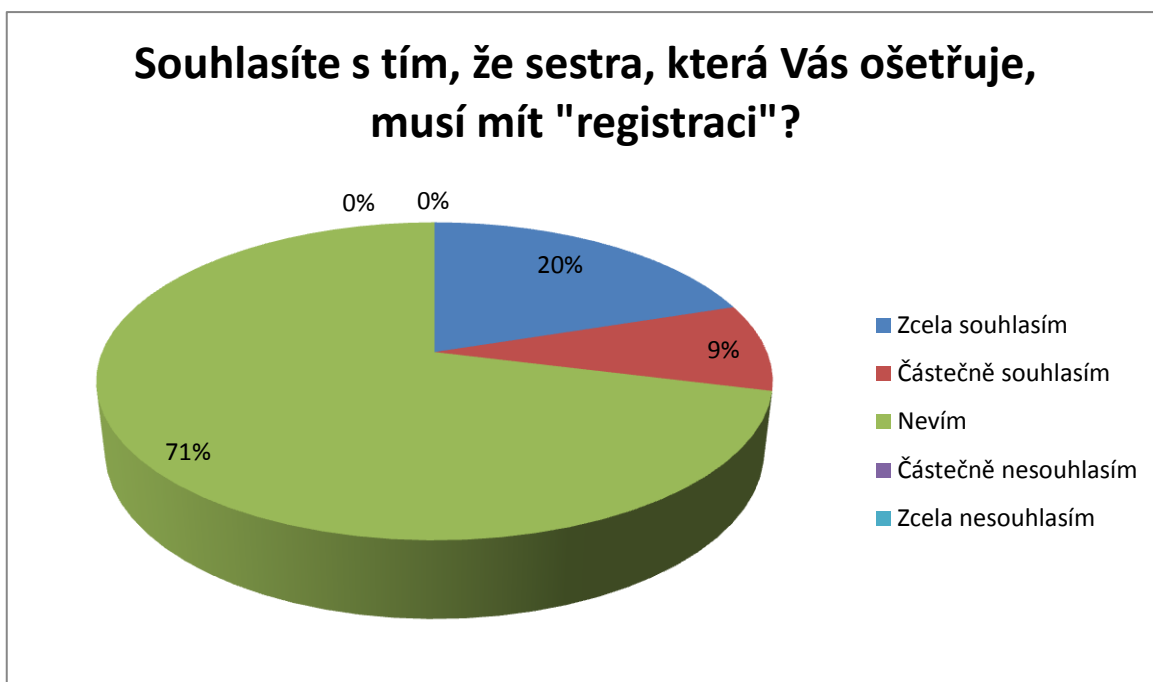
„ Registrace je nutná pro výkon sesterské práce, a aby byla kontrola jejich vzdělávání.“

„ Může pracovat samostatně.“

„ Pro přehled.“

„ Aby mohla vykonávat práci samostatně bez odborného dozoru. Díky registraci se sestra musí vzdělávat a tím si zvyšuje kvalifikaci.“

Položka č. 13- Souhlasíte s tím, že sestra, která Vás ošetřuje, musí mít „registraci“?



Graf č. 12- Potřeba registrace

Tabulka č. 12- Potřeba registrace

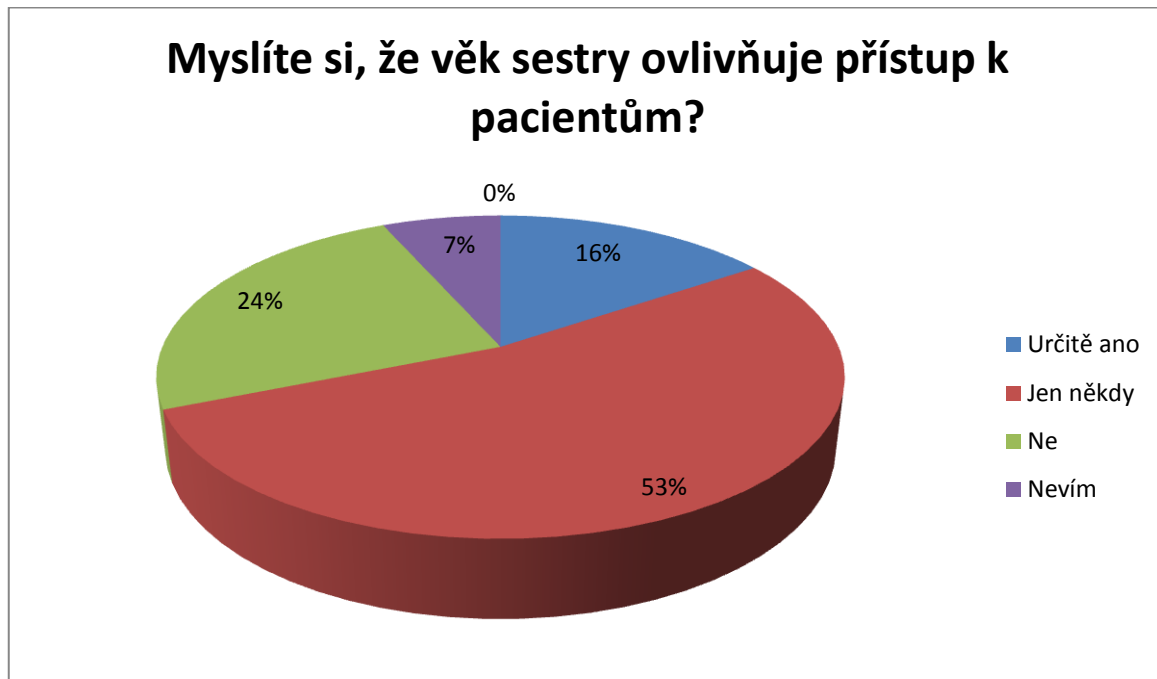
Souhlasíte s tím, že sestra, která Vás ošetřuje, musí mít registraci?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zcela souhlasím	9	20 %
Částečně souhlasím	4	9 %
Nevím	32	71 %
Částečně nesouhlasím	0	0 %
Zcela nesouhlasím	0	0 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

V grafu č. 12 a tabulce č. 12 se udává, kolik respondentů si myslí, že je registrace zdravotnických pracovníků potřebná. Na položky částečně nesouhlasím a zcela nesouhlasím, nebyly žádné odpovědi, tj. 0 %. 71 % respondentů neví, zda je registrace potřebná. S registrací zcela souhlasí 20 % respondentů. Částečně pak s registrací souhlasí 9 % dotazovaných.

Položka č. 14- Myslíte si, že věk sestry ovlivňuje přístup k pacientům?

Tato položka patří mezi polouzavřené. Dotazovaný označí jednu z uvedených odpovědí a u položky určitě ano a u položky ne, vysvětlí, proč takto odpověděl.



Graf č. 13- Věk sestry

V grafu č. 13 je uvedeno, že 53 % respondentů si myslí, že věk ovlivňuje přístup k pacientům jen někdy. O tom, že věk sester neovlivňuje přístup k pacientům, je přesvědčeno 24 % respondentů. To, že věk ovlivňuje přístup sester, si myslí 16 % dotazovaných. 7 % respondentů neví, zda je přístup ovlivněn věkem.

Tabulka č. 13- Věk sestry

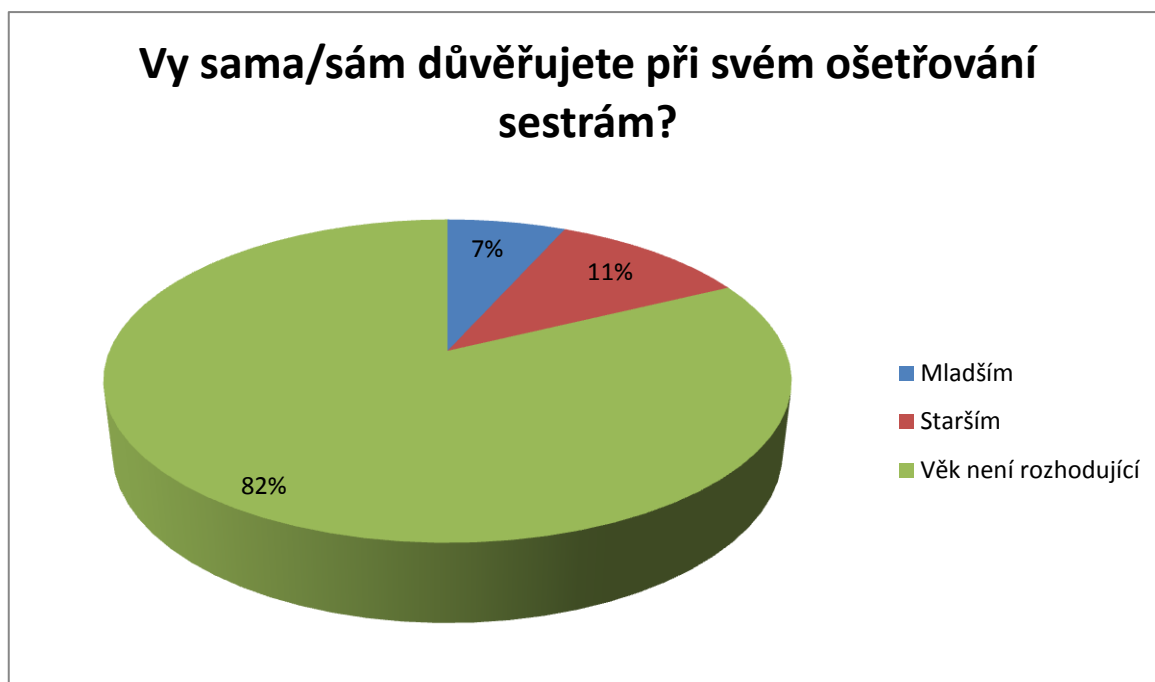
Myslíte si, že věk sestry ovlivňuje přístup k pacientům?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě ano	7	16 %
Jen někdy	24	53 %
Ne	11	24 %
Nevím	3	7 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Jako důvody, proč je věkem ovlivněn přístup k pacientům, uváděli respondenti to, že člověk se během života mění. Dále respondenti uváděli, že mladší sestry mají pochopení, optimismus, jsou klidnější a vzdělanější a v budoucnu budou pokračovat v rozšiřování své odbornosti. Naopak u starších sester uváděli respondenti to, že jsou trpělivější, mají praxi a zkušenosti.

Jako důvody, proč si myslí, že věk neovlivňuje přístup sester k pacientům, uváděli, že sestra by se měla o pacienty starat stejně ať mladší anebo starší. Že nezáleží na věku, ale na povaze sestry a také že chování a přístup je individuální a nedá se soudit podle věku.

Položka č. 15- Vy sama/ sám důvěřujete při svém ošetřování sestram?



Graf č. 14- Názor na věk/ důvěra

Tabulka č. 14- Názor na věk/ důvěra

Vy sama/sám důvěřujete při svém ošetřování sestram	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mladším	3	7 %
Starším	5	11 %
Věk není rozhodující	37	82 %
Celkem	45	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

Položka č. 15 zkoumá, zda klienti preferují některou věkovou skupinu sester, zda mají více důvěru k sestram starším, u kterých předpokládají zkušenosti, nebo raději uvítají ošetření sestrou mladší, kde mohou očekávat nově nabyté zkušenosti, nebo si myslí, že věk sestry nijak neovlivní její práci.

Graf č. 14 a tabulka č. 14 pak potvrzují, že 82 % respondentů udává, že věk ošetřující sestry není rozhodující. 7 % pak dává přednost sestram mladším a starší sestry upřednostňuje 11 % dotazovaných.

Položka č. 16- Vysvětlete proč.

Tato položka patří mezi otevřené otázky. Respondenti zde uvádějí důvody, které je vedly k odpovědi na předešlou otázku. Odpovědělo dvacet čtyři respondentů. Devatenáct respondentů, kteří na předešlou otázku odpověděli, že věk není rozhodující, čtyři respondenti, kteří odpověděli, že dávají přednost sestrám starším a jeden respondent, který označil mladší sestry.

Zde cituji odpověď respondenta, který označil mladší sestry:

„ Nejsou deformované profesí, mají větší informovanost o moderní léčbě a nových materiálech, jsou vzdělanější. Starší sestry jsou v mnohých případech vyhořelé.“

Citace odpovědí klientů, kteří označili starší sestry:

„ Mají lepší přístup.“

„ Starší jsou rozumnější.“

„ Je to lepší, starší sestra má praxi a zkušenosti.“

„ Jsou klidnější a vyzrálé.“

Zde cituji odpovědi klientů, kteří označili, že věk není rozhodující. Vzhledem k tomu, že se některé odpovědi shodují, cituji zde jen některé z nich:

„ Myslím si, že je to vždy o konkrétní osobě, jestli se na toto povolání hodí a pak věk není rozhodující.“

„ Záleží na osobním přístupu, ne na věku.“

„ Důležitý je úsměv a vlídný přístup.“

„ Starší mají zkušenosti, mladší vzdělání.“

„ Rozhoduje kvalita péče.“

„ Důležitá je profesionalita a přístup.“

„ U sester není věk rozhodující, pokud nemá pěkný přístup k pacientům v mládí, tak s přibývajícím věkem se nezmění.“

Položka č. 17- Co nejvíce očekáváte od sestry, která Vás ošetřuje?

Tato položka je také přiřazena k polouzavřeným otázkám. Respondenti si vybírají z nabídnutých možností a mohou označit více odpovědí. Jedna odpověď je doplňková.



Graf č. 15- Očekávání pacientů

Graf č. 15 udává, co nejvíce očekávají klienti od sestry, která k nim dochází a ošetřuje je. 23 % očekává laskavý přístup. Ochotu očekává 22 % respondentů. Profesionální přístup očekává 17 % dotazovaných. Optimismus označilo 12 % klientů. 10 % očekává diskrétnost. Důvěryhodnost pak považuje za nutnou 8 % dotazovaných. Vzdelání označilo 7 % respondentů. A 1 % pak označilo možnost jiné.

Tabulka č. 15- očekávání pacientů

Co nejvíce očekáváte od sestry, která Vás ošetřuje?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ochotu	34	22 %
Profesionalitu	26	17 %
Vzdělání	11	7 %
Laskavý přístup	36	23 %
Důvěryhodnost	12	8 %
Diskrétnost	16	10 %
Optimismus	19	12 %
Jiné	1	1 %
Celkem	155	100 %

Pozn. Absolutní četnost, je celkový počet všech odpovědí.

V tabulce č. 15 pak vidíme, že nejvíce respondentů v počtu 36 odpovědí očekává laskavý přístup, nejméně je pak kladen důraz na vzdělání, označeno bylo 11 odpovědí z celkového počtu 155 odpovědí. Jedenkrát byla označena odpověď jiné a zde pak respondent uvedl trpělivost.

Položka č. 18- Jaký máte názor na to, že práci všeobecné sestry vykonávají i muži?

Jedná se o otevřenou otázku, na kterou odpovědělo třicet sedm respondentů. Dvacet pět respondentů odpovědělo kladně a vítají, aby práci všeobecné sestry vykonávali muži. Proti mužům, kteří vykonávají povolání sestry je šest respondentů. A šesti odpovídajícím je to jedno.

Některé citace negativně odpovídajících respondentů:

„Styděla bych se.“

„Myslím, že tuto práci by měla vykonávat žena, je citlivější.“

„Zdá se mně to špatné, je to trapné a nepříjemné.“

Citace kladně odpovídajících respondentů. Některé odpovědi jsou si velmi podobné, proto zde uvádím jen některé:

„Mám osobní zkušenosti a tyto jsou velmi dobré.“

„Proč ne? Emancipace naopak. Někdy je potřeba i mužského elementu.“

„Pokud mají na tuto práci schopnosti, cit, trpělivost a dělají to rádi, tak proč ne?“

„Dovedou odvést dobrou práci jako ženy.“

„Myslím si, že je to dobré a může to být i přínosem.“

„Nevidím v tom problém, je to plnohodnotná práce pro ženu i muže.“

„Myslím si, že jsou stejně dobří a spolehliví jako ženy.“

„Proč ne? Pokud mají vzdělání a jejich síla je také velké plus.“

„Vůbec mi to nevadí, naopak, příjemná změna.“

„Je to správné.“

„Jsou potřeba.“

„Proč ne? Když je člověk na správném místě, má k tomu povolání dispozice, tak pohlaví nerozhoduje, je to individuální.“

6 DISKUZE

V mé bakalářské práci s názvem Všeobecná sestra očima klientů domácí péče se zabývám tím, zda jsou klienti domácí péče informováni o současném vzdělávání všeobecných sester. Stanovila jsem si 9 dílčích cílů a na jejich podkladě jsem vytvořila dotazník pro klienty v domácí péči. V položkách č. 1, 2 a 3 jsou představeni klienti domácí péče, kteří se zúčastnili průzkumu. Celkem odpovídalo 45 respondentů.

V položce č. 1 je uvedeno v jakém procentuálním zastoupení mužů a žen respondenti byli. Muži se zúčastnili výzkumu v počtu 29 % a 71 % respondentů tvořily ženy.

Položka č. 2 uvádí věk respondentů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 71- 80 let a to 40 %. Ve věku 61- 70 let bylo 22 % respondentů. Ve věku nad 81 let bylo 20 % respondentů. Nejméně respondentů bylo ve věku pod 60 let a to 18 %.

Vzdělání respondentů je uvedeno v položce č. 3 a poukazuje na to, že základní vzdělání má 38 % dotazovaných, vyučeno je 29 % respondentů, 24 % respondentů má maturitu a jen 9 % má vzdělání vysokoškolské.

Hlavní cíl: Zjistit, zda klienti vědí, jaká je současná koncepce vzdělávání všeobecných sester.

V dotazníku se k tomuto cíli vztahují položky č. 4 a 5. Klienti domácí péče se zde měli vyjádřit k tomu, zda mají informace k současnému vzdělávání sester a uvést zde, jaké si myslí, že je v současné době potřebné vzdělání všeobecných sester. Nejprve jsem zjišťovala v položce č. 4, informovanost klientů o současném vzdělávání sester. Odpovídalo všech 45 respondentů. Odpovědi ano, vím a spíše vím, zde uvedlo 38 % respondentů. Nebylo si jisto 11 % respondentů. Spíše nevěděla 4 % respondentů. 9 % dotazovaných o současném vzdělání sester, nevědělo nic. Na položku č. 5 odpovídalo 41 respondentů. Přičemž 64 % respondentů si myslí, že stačí středoškolské vzdělání. Že je potřeba vzdělání minimálně na vyšší odborné škole si myslí 17 % respondentů. Potřebu bakalářské vzdělání uvedlo 12 % respondentů a 7 % dotazovaných pak udává vzdělání magisterské.

Cíl č. 1- Zjistit jaký mají klienti DP názor na vysokoškolské vzdělávání sester.

V dotazníku se k tomuto cíli vztahuje položka č. 6. V této položce zkoumám, zda si klienti domácí péče myslí, že vysokoškolské vzdělání sester je pro sestry přínosem. Na tuto otázku odpovědělo všech 45 respondentů. Určitě ano uvedlo 13 % respondentů, tito také

dopsali svůj názor, podle nich si sestry na vysoké škole zvyšují znalosti jak teoretické, tak i praktické, prohlubují si vědomosti a jsou schopny lépe porozumět problémům pacientů. 40 % respondentů odpovědělo spíše ano. 29 % respondentů neví, zda je vysokoškolské vzdělání nějak přínosné. Spíše ne odpovědělo 16 % dotázaných. O tom, že vysokoškolské vzdělání pro sestry určitě ne si myslí 2 % respondentů a bylo to vysvětleno tím, že je to zbytečné a sestrám stačí střední škola.

Cíl č. 2- Zjistit, zda respondenti považují celoživotní vzdělávání sester za přínosné.

V dotazníku se vztahují k tomuto cíli položky č. 7 a 8. Nejprve jsem v položce č. 7 zjišťovala, zda si klienti myslí, že by se sestry měly celoživotně vzdělávat. Odpovídalo všech 45 respondentů, přičemž 73 % respondentů uvádí, že celoživotně vzdělávat by se měly všechny sestry. O tom, že vzdělávat by se měly jen sestry z nemocnice je přesvědčeno 7 % respondentů. O tom, že celoživotní vzdělání je vhodné pro sestry v domácí péči, jsou přesvědčena 2 % respondentů. Zda je vzdělávání tohoto typu přínosné neví 16 % dotázaných. A o tom, že sestry by se celoživotně vzdělávat neměly, jsou přesvědčena 2 % respondentů.

V položce č. 8 odpovídali respondenti, kteří na předešlou otázku odpovídali kladně. Tato položka se týkala formy celoživotního vzdělávání, o které se respondenti domnívají, že by mohla být pro sestry přínosem. Celkem jsem obdržela 71 odpovědí. Jako nejvíce přínosné považují respondenti semináře, tyto by volilo celkem 23 % respondentů. 18 % dotazovaných si myslí, že jako vhodná forma celoživotního vzdělávání je pro sestry specializační studium. Kurzy by jako přínosné volilo 16 %. Vyšší odborné školy, by stejně jako vysokoškolské vzdělávání volilo 11 % respondentů. Neodpovědělo 11 % respondentů, přes to, že v předešlé položce odpověděli kladně. 7 % by doporučilo stáže. Naopak za nejméně přínosné považují respondenti konference a to v počtu 3 %.

Cíl č. 3- Zjistit, z jakých zdrojů se respondenti dozvídají o vzdělávání VS.

V dotazníku se k tomuto cíli vztahuje položka č. 9. Ve které zjišťuji, z jakých zdrojů se klienti dozvídají o současném vzdělávání sester. Na tuto otázku jsem obdržela celkem 55 odpovědí. Neodpovědělo 9 % respondentů. Nejvíce respondentů, tj. 36 %, se o vzdělávání sester dozvídá z televize. Z tisku má informace 18 % dotazovaných. Z jiných zdrojů má informace 16 % respondentů. Rádio jako zdroj informací uvedlo 15 % respondentů. A jen 6 % dotázaných uvedlo jako zdroj informací internet.

Cíl č. 4- Zjistit, zda se klienti zajímají o vzdělání sestry, která je ošetřuje.

V dotazníku se jedná o položku č. 10, ve které se ptám, zda klienty zajímá to, jaké má sestra, která je ošetřuje vzdělání. Odpovědělo 45 respondentů. Přičemž 38 % respondentů odpovědělo, že se nikdy na vzdělání ošetřujícího pracovníka neptají. Někdy se zajímá 24 % respondentů. Zda je vzdělání ošetřujícího pracovníka zajímavá, neví 20 % dotazovaných. A jen 18 % respondentů se o vzdělání zajímá vždy.

Cíl č. 5- Zjistit, jestli klienti vědí, co je „registrace“ sester.

V dotazníku se k tomuto cíli vztahují položky č. 11, 12 a 13. Nejprve jsem se v položce č. 11 ptala, zda klienti vědí, co je to „registrace“ sester. Odpovídalo všech 45 respondentů. Nejvíce respondentů, tedy 40 % neví, co je registrace sester. Zda má správné informace si není jisto 24 % respondentů. O co se jedná, spíše neví 16 % respondentů. Co je registrace sester spíše ví 11 % odpovídajících. A jen 9 % dotazovaných udává, že ví co je registrace sester.

V položce č. 12 pak odpovídali ti respondenti, kteří na předešlou otázku odpověděli ano a proč si tedy myslí, že je registrace zdravotnických pracovníků potřebná. Odpověděli čtyři respondenti s předešlou kladnou odpovědí, ale i dva respondenti, kteří na předešlou otázku odpověděli, spíše vím. Jen tři odpovědi však byly správné a respondenti v nich uvedli, že je „registrace“ potřebná pro výkon povolání bez odborného dohledu.

Položkou č. 13 zkoumám, zda klienti souhlasí s tím, aby měly sestry, které je chodí ošetřovat „registraci“. Na tuto otázku odpovědělo všech 45 respondentů, i přes to, že v položce č. 11 neodpověděli kladně. Proto zřejmě 71 % respondentů neví, zda je registrace potřebná. S registrací zcela souhlasí 20 % respondentů. Částečně pak s registrací souhlasí 9 % dotazovaných.

Cíl č. 6- Zjistit, zda si klienti myslí, že přístup k pacientům je nějak ovlivněn věkem VS. V dotazníku se k tomuto cíli vztahují položky č. 14, 15 a 16. Nejprve jsem se v položce č. 14 ptala respondentů na to, zda si myslí, že je přístup sester k pacientům nějak ovlivněn věkem sester. Tato položka patří mezi polozavřené, proto tedy respondenti ještě v položce určitě ano a v položce ne, mohli blíže specifikovat svoji odpověď. Z celkového počtu 45 odpovědí si 53 % respondentů myslí, že věk ovlivňuje přístup k pacientům jen někdy. O tom, že věk sester neovlivňuje přístup k pacientům, je přesvědčeno 24 % respondentů. To, že věk ovlivňuje přístup sester, si myslí 16 % dotazovaných. 7 % respondentů neví, zda je přístup ovlivněn věkem. V položce určitě ano byly respondenty uvedeny tyto

důvody, proč si myslí, že je věkem ovlivněn přístup k pacientům. Nejčastěji uváděli respondenti to, že se člověk během života mění. Dále respondenti uváděli, že mladší sestry mají pochopení, optimismus, jsou klidnější a vzdělanější a v budoucnu budou pokračovat v rozšiřování své odbornosti. Naopak u starších sester uváděli respondenti to, že jsou trpělivější, mají praxi a zkušenosti. Jako důvody, proč si myslí, že věk přístup sester k pacientům neovlivňuje, uváděli, že sestra by se měla o pacienty starat stejně ať mladší anebo starší. Že záleží na povaze sestry a ne na věku a že chování a přístup je individuální a nedá se soudit podle věku.

Dále jsem v položce č. 15 kladla respondentům otázku, zda oni sami dávají některé věkové skupině sester přednost. Z celkového počtu 45 odpovědí vyplynulo, že si 82 % respondentů myslí, že věk ošetřující sestry není rozhodující. Mladší sestrám pak dává přednost 7 % odpovídajících a starší sestry upřednostňuje 11 % dotazovaných.

Položka č. 16 patřila mezi otevřené otázky a respondenti v ní měli možnost blíže specifikovat svoji předešlou odpověď. Odpovídalo jen 24 respondentů, devatenáct respondentů, kteří na předešlou otázku odpověděli, že věk není rozhodující, čtyři respondenti, kteří odpověděli, že dávají přednost sestrám starším a jeden respondent, který označil mladší sestry. Klienti, kteří si myslí, že věk není rozhodující, se většinou shodují na tom, že se člověk během života mění a záleží hlavně na povaze, osobním, ale i profesionálním přístupu sestry. Respondenti, kteří dávají přednost starším sestrám, pak uvádějí, že jsou klidnější, vyzrálé, mají praxi a zkušenosti a také to, že starší sestry mají podle nich lepší přístup. Respondent, který označil mladší sestry, pak toto vysvětlil tím, že nejsou deformované profesí, mají větší informovanost o moderní léčbě a nových materiálech a jsou vzdělanější. Starší sestry jsou dle něj v mnohých případech vyhořelé.

Cíl č. 7- Zjistit, co nejvíce pacienti při ošetřování od sester očekávají.

Položka, která se k tomuto cíli vztahuje, je v dotazníku pod číslem 17. V této otázce se respondentů ptám, na jejich očekávání od sester. Na tuto otázku jsem obdržela celkem 155 odpovědí. Laskavý přístup očekává 23 % klientů. Ochotu očekává 22 % respondentů. Profesionální přístup očekává 17 % dotazovaných. Optimismus označilo 12 % klientů. Diskrétnost označilo 10 % respondentů. Důvěryhodnost pak považuje za nutnou 8 % klientů. Vzdělání označilo 7 % respondentů. A 1 % pak označilo možnost jiné, kde respondent dopsal, že očekává od sestry trpělivost.

Cíl č. 8- Zjistit názor pacientů na muže, kteří vykonávají povolání VS.

V dotazníku se k tomuto cíli vztahuje otázka č. 18, která patří mezi otevřené a celkem na ni odpovědělo 37 respondentů. 25 respondentů odpovědělo kladně a vítají, aby práci všeobecné sestry vykonávali i muži. Proti mužům, kteří vykonávají povolání sestry je šest respondentů. A šesti odpovídajícím je to jedno. Respondenti, kteří na tuto položku odpověděli negativně, uváděli jako důvod toho, že by muži neměli vykonávat práci všeobecné sestry hlavně stud a že by se cítili při ošetřování trapně, také uváděli to, že ženy jsou citlivější a mají pro toto povolání větší předpoklady. Kladně odpovídající respondenti uváděli to, že mají pro toto povolání muži stejné předpoklady jako ženy a že si myslí, že muži odvádějí stejně dobrou práci a na pohlaví sestry vůbec nezáleží. Respondenti také uvádějí jako velké plus to, že jsou muži silnější a mužského elementu je někdy potřeba. Několik klientů napsalo, že mají s muži, kteří v nemocnici jako sestry pracují, osobní zkušenosti a byli s jejich prací a přístupem velmi spokojeni.

Cíl č. 9- Seznámit klienty se strukturou domácí péče, s koncepcí ošetřovatelství a historií ošetřovatelského vzdělávání.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce se zabývá pohledem klientů domácí péče na všeobecné sestry. Vzhledem k tomu, že sama pracuji v agentuře domácí péče a často se setkávám s tím, že klienti nevědí, kdo jakou práci vykonává, často vlastně nevidí ani rozdíl mezi všeobecnou sestrou a pečovatelkou. Často se sama setkám s tím, že mne samotnou nazvou „rehabilitační sestřičkou“, nebo naopak ošetřovatelkou. Proto jsem si zvolila téma, ve kterém jsem měla možnost tuto problematiku blíže prozkoumat.

Moje práce se skládá ze dvou hlavních částí a to části teoretické a části praktické. V teoretické práci definuji domácí péči, vymezení činností domácí péče, historii a formy domácí péče a popisuji práci sestry v domácí péči. V další části se pak zabývám koncepcemi ošetřovatelství a tím, k jakým změnám v průběhu posledních patnácti let díky nové koncepci došlo. V poslední části pak seznamuji s historií ošetřovatelství v průběhu posledních dvou století a vzděláváním všeobecných sester v současnosti.

V praktické části mé bakalářské práce jsem pak pomocí dotazníkového šetření chtěla zhodnotit danou problematiku. Dotazník jsem sestavila po prostudování odborné literatury. Výsledky průzkumu jsem vyhodnotila a znázornila pomocí grafů a tabulek. Ve většině případů jsem si potvrdila svou hypotézu. Svou prací jsem chtěla zjistit, zda mají klienti informace o současném vzdělávání sester, jestli se o tuto problematiku nějak zajímají a z jakých zdrojů informace na toto téma získávají. Dále jsem chtěla zjistit, zda klienti vědí, že v domácí péči musí pracovat sestry, které mají osvědčení o výkonu povolání bez odborného dohledu, tzv. „registraci“ a jestli tedy vědí, co to „registrace“ je. Další položkou, o kterou jsem se zajímala, bylo, jaký mají klienti domácí péče názor na věk sester, které jim poskytují ošetření a jestli si myslí, že věk sestry nějak ovlivňuje její práci. Dále mne pak také zajímalo, co vlastně klienti od pečující sestry očekávají. V poslední položce dotazníku jsem pak chtěla od respondentů zjistit jejich názor na to, že v současnosti vykonávají povolání všeobecné sestry i muži.

Na začátku jsem si stanovila jeden hlavní a devět dílčích cílů.

Hlavním cílem pro mne bylo zjistit, zda klienti vědí, jaká je současná koncepce vzdělávání všeobecných sester. Nejvíce respondentů sice odpovídalo, že si myslí, že jsou o současném vzdělávání informováni. Doplňující otázka ale potvrdila, že tomu tak není. Více než polovina respondentů zde odpověděla, že je dostačující středoškolské vzdělání.

V prvním cíli jsem chtěla zjistit názor respondentů na vysokoškolské vzdělání sester. Jak je již specifikováno výše, více respondentů souhlasí s tím, aby sestry byly vysokoškolsky vzdělané, ale i tak je velká část přesvědčena o tom, že vysoká škola není pro sestry nějak významná a přínosná.

V druhém cíli se pak respondenti vyjadřují k celoživotnímu vzdělávání sester. Tuto formu vzdělávání považují za přínosnou téměř tři čtvrtiny respondentů. V doplňující otázce pak označili jako nejpřínosnější způsob tohoto typu vzdělání semináře.

Ve třetím cíli jsem chtěla zjistit, jak se respondenti dozvídají o vzdělávání sester. Nejvíce respondentů se o vzdělávání dozvídá z televize, nejméně dotázaných se pak dozvídá informace z internetu, myslím, že toto se vysvětluje hlavně vyšším věkem respondentů a tím, že o toto téma není jak ze stran médií, tak i stran populace výraznější zájem. Jak je již podotknuto v hlavním cíli, lidé si všeobecně myslí, že není potřeba vysokoškolsky vzdělaných sester.

Dalším a to čtvrtým cílem pak bylo zjistit, zda se klienti zajímají o to, jaké má sestra, která jim poskytuje ošetrovatelskou péči, vzdělání. Opět se mi potvrdil předpoklad, že klienti domácí péče se o toto nezajímají. Jen necelá čtvrtina respondentů se zajímá o vzdělání sestry vždy, téměř polovina respondentů odpovídala, že se nezajímají nikdy a ostatní odpověděli, že se zajímají jen někdy anebo, že neví, zda se na toto dotazují, nebo je to zajímavé.

Pátým cílem se pak zajímám o to, jestli klienti vědí něco o „registraci“ sester a zda se domnívají, že je „registrace“ potřebná. Jen desetina klientů zde uvedla, že ví co je „registrace“ sester, ale v následující položce, která tuto otázku blíže specifikovala, jsem se přesvědčila o tom, že jen dva respondenti byli schopni správně interpretovat, o co se skutečně jedná a že jde o osvědčení pro výkon povolání bez odborného dohledu. Vzhledem k tomu, že v domácí péči sestry pracují samostatně, je pro zaměstnání v agentuře toto osvědčení podmínkou. Jak vyplynulo z předešlých otázek, téměř tři čtvrtiny klientů také v další položce uvedlo, že neví, zda je „registrace“ pro sestry pracující v domácí péči potřebná.

Šestým cílem zjišťuji, zda si myslí klienti, že věk sestry nějak ovlivňuje její práci. Polovina respondentů odpověděla, že jen někdy je ovlivněna práce sestry jejím věkem. Čtvrtina si pak myslí, že věk práci sestry neovlivňuje a necelá polovina se domnívá, že práce sestry je ovlivněna jejím věkem. V další otázce jsem se pak ptala, zda dávají klienti přednost

některé věkové skupině a zde je pak téměř jednoznačné, že klienti nepovažují věk sestry za rozhodující, a proto také věk nemá vliv na kvalitu odvedené práce. V otevřené otázce pak měli klienti možnost blíže specifikovat kterou věkovou skupinu sester a proč, by volili oni. Opět jsem se přesvědčila o tom, že věk není rozhodující. V této položce jsem se původně domnívala, že budou klienti volit sestry starší a byla jsem potěšena, že si respondenti myslí, že mladší sestry odvádějí stejně dobrou práci a nejsou tedy pro svůj věk diskriminovány.

Sedmým cílem pak zjišťuji, co nejvíce klienti očekávají od sestry, která jim poskytuje ošetrovatelskou péči. Tak jako v některých předešlých cílech se mi potvrdila moje původní domněnka, že vzdělání sester není pro klienty nijak významné a to co nejvíce od sester očekávají je hlavně laskavost a ochota, dále pak profesionalita, optimismus, diskrétnost a důvěryhodnost. Vzdělání pak označilo nejméně klientů.

V osmém cíli mne zajímal názor klientů na muže, kteří vykonávají povolání všeobecné sestry. Tuto otázku jsem zařadila do svého průzkumu hlavně proto, že se ve své praxi často setkávám s názorem klientů, že jsou rádi, že roli sester a pečovatelek zastávají převážně ženy a to hlavně z důvodu studu a také, že ženám se raději svěřují a že ženy jsou citlivější. Vzhledem k tomu, že mužský element v roli všeobecné sestry je poměrně nový a starší klienti nebyli na muže v této roli zvyklí, zajímal mě jejich názor. Proto jsem byla velmi a mile překvapena, když převážná část respondentů uvedla, že muže v roli všeobecné sestry rádi vítají a jen malá část respondentů se k této otázce stavěla negativně.

Devátým cílem jsem si stanovila seznámení klientů se strukturou domácí péče, s koncepcí ošetrovatelství a historií ošetrovatelského vzdělávání. S výsledky své práce klienty postupně seznámím a za přínosné pokládám i to, že samotné dotazníkové šetření podnítilo zájem klientů o toto téma.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

KÜBLER- ROSSOVÁ, Elisabeth, 1993. *O smrti a umírání*. Trutnov: Arica. ISBN 80-900134-5-6.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

STAŇKOVÁ, Marta, 1988. *Ošetřovatelství I*. Praha: Avicenum.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Platón, © 2009-2013. *Azcity.cz* [online]. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://azcity.cz/citaty/platon/>

ČESKO, 2007. Vyhláška č. 331/ 2007, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 46, s. 5723- 5724. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/novela-vyhlc-sb-kterou-se-vydava-seznam-zdravotnich-vykonu_2411_999_3.html

ČESKO, 1993. Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., ze dne 21. prosince 1992 O technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 75, s. 2596. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5881>

MISCONIOVÁ, Blanka, © 2006. Historie domácí péče. In: *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. Praha [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: [http://www.domaci-pece-](http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece-)

Bakalářské a magisterské studium, 2012. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. *Fakulta zdravotnických věd* [online]. Olomouc [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: <http://www.fzv.upol.cz/skupiny/zajemcum-o-studium/bakalarske-a-magisterske-studium/>

ČESKO, 2004a. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23344>

ČESKO, 2004b. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 139, s. 8096-8140. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4443>

ČESKO, 2011a. Zákon č. 105/2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 40, s. 1053-1055. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5918>

ČESKO, 2011b. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků 55/2011 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886>

ČESKO, 2010. Zákon č. 31/2010 Sb., ze dne 11. ledna 2010, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Nařízení vlády MZ ČR „Obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti specialistů“ In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 10, s. 338-347. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://www.mvcr.cz/soubor/sb010-10-pdf.aspx>

ČESKO, 2005. Vyhláška č. 39/2005 Sb., ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Nařízení vlády MZ ČR. In: *Sbírka zákonů České republi-*

ky. Částka 8, s. 189-211. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://www.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4606>

HLADÍKOVÁ, Lenka, 2010. Změny v oborech specializačního vzdělávání. *Sestra* [online]. 11. 3. 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zmeny-v-oborech-specializacniho-vzdelavani-450424>

Koncepce ošetrovatelství, 2004. In: ČESKO. *Věstník ministerstva zdravotnictví* [online]. Září 2004, částka 9 [cit. 2013-02-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

Specializační vzdělávání, 2010. *Sekce vzdělávání a uznávání kvalifikací* [online]. [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani/>

Statistika: počty registrovaných osob v jednotlivých oborech k 01.05.2013, 2013. In: *NCO+NZO* [online]. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, aktualizováno: 3.5.2013 [cit. 2013-05-10]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/statistika>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
Bc.	bakalář
CV	celoživotní vzdělávání
č.	číslo
ČR	Česká republika
DiS	diplomovaný specialista
DP	domácí péče
EU	Evropská unie
FF	fyziologické funkce
FF UK	Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
ICN	International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
i.m.	intramuskulárně (nitrosvalově)
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Mgr.	magistr
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
p.o.	per os (ústí)
SAŠO	Spolek absolventek školy ošetřovatelské
Sb.	sbírky
s.c.	subkutánně (podkožně)
SDS	Spolek diplomovaných sester
SZŠ	Střední zdravotnická škola

tj.	to je
VOŠ	Vyšší odborná škola
VS	všeobecná sestra
VŠ	vysoká škola
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1- Pohlaví</i>	36
<i>Graf č. 2- Věk</i>	37
<i>Graf č. 3- Vzdělání</i>	38
<i>Graf č. 4- Vzdělání sester v současnosti</i>	39
<i>Graf č. 5- Specifikace předešlé otázky</i>	41
<i>Graf č. 6- Názor na VŠ vzdělávání</i>	42
<i>Graf č. 7- Názor na celoživotní vzdělávání</i>	44
<i>Graf č. 8- Přínosné obory CV</i>	45
<i>Graf č. 9- Zdroje informací</i>	47
<i>Graf č. 10- Zájem o vzdělání sester</i>	49
<i>Graf č. 11- Co je registrace</i>	50
<i>Graf č. 12- Potřeba registrace</i>	52
<i>Graf č. 13- Věk sester</i>	53
<i>Graf č. 14- Názor na věk/ důvěra</i>	55
<i>Graf č. 15- Očekávání pacientů</i>	57

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1- Pohlaví</i>	36
<i>Tabulka č. 2- Věk</i>	37
<i>Tabulka č. 3- Vzdělání</i>	38
<i>Tabulka č. 4- Vzdělání sester v současnosti</i>	39
<i>Tabulka č. 5- Specifikace předešlé otázky</i>	41
<i>Tabulka č. 6- Názor na VŠ vzdělávání</i>	42
<i>Tabulka č. 7- Názor na celoživotní vzdělávání</i>	44
<i>Tabulka č. 8- Přínosné obory CV</i>	46
<i>Tabulka č. 9- Zdroje informací</i>	48
<i>Tabulka č. 10- Zájem o vzdělání sester</i>	49
<i>Tabulka č. 11- Co je registrace</i>	50
<i>Tabulka č. 12- Potřeba registrace</i>	52
<i>Tabulka č. 13- Věk sester</i>	53
<i>Tabulka č. 14- Názor na věk/ důvěra</i>	55
<i>Tabulka č. 15- Očekávání pacientů</i>	58

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: *Výčet legislativních dokumentů souvisejících s poskytováním domácí péče*

Příloha P II: *Zlínský kraj- agentury poskytující rehabilitační a ošetrovatelskou péči klientům v jejich vlastním sociálním prostředí*

Příloha P III: *Slib sester*

Příloha P IV: *Specializační vzdělávání VS*

Příloha P V: *Dotazník pro klienty DP*

PŘÍLOHA P I: VÝČET LEGISLATIVNÍCH DOKUMENTŮ SOUISEJÍCÍCH S POSKYTOVÁNÍM DOMÁCÍ PÉČE

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

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

Vyhláška MZČR č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení.

Vyhláška MZČR č. 187/2008 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Vyhláška MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008

Vyhláška MZČR č. 221/2010 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška MZČR č. 411/2011 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou, se mění vyhláška MZČR č. 134/ 1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška MZČR č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Nářízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě.

PŘÍLOHA P II: ZLÍNSKÝ KRAJ- AGENTURY POSKYTUJÍCÍ REHABILITAČNÍ A OŠETŘOVATELSKOU PÉČI KLIENTŮM V JEJICH VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ

ZLÍN:

1. Charita Svaté rodiny, Luhačovice
2. Charita, Zlín
3. Charita Svatého Vojtěcha, Slavičín
4. Československý červený kříž, Otrokovice
5. Senior, Otrokovice
6. Naděje, občanské sdružení Zlín
7. Hvězda, občanské sdružení, Zlín

KROMĚŘÍŽ:

1. Charita, Holešov
2. Oblastní Charita, Bystřice pod Hostýnem
3. Oblastní Charita, Kroměříž
4. Sociální služby města Kroměříže, Kroměříž
5. Sociální služby, Pačlavice

VSETÍN:

1. Charita, Vsetín
2. Diakonie Českobratrské církve evangelické, hospic CITADELA, Valašské Meziříčí
3. Charita, Valašské Meziříčí
4. Charita, Rožnov pod Radhoštěm

UHERSKÉ HRADIŠTĚ:

1. Agentura domácí péče, Nezdenice
2. Charitní ošetrovatelská a pečovatelská, Uherský Brod
3. Domácí ošetrovatelská péče, Korytná
4. Oblastní charita, Uherské Hradiště
5. Soukromá ošetrovatelská služba, Uherské Hradiště
6. Oblastní spolek Českého červeného kříže, Uherské Hradiště
7. Sociální služby, Uherský Brod

Zdroj: Krajský úřad Zlínského kraje.

PŘÍLOHA P III: SLIB SESTER

„Slibuji slavnostně Bohu na svou čest, za přítomnosti celého tohoto shromáždění, že povedu život mravný a své povolání budu vykonávat věrně. Zdržím se všeho zhoubného a špatného a nikdy vědomě nepodám škodlivého léku. Přičiním se, seč moje síly stačí, povznést úroveň svého povolání a zachovám tajemství o všem, co v důvěře mi bude svěřeno o osobních a rodinných záležitostech nemocných, o nichž se dozvím při své činnosti. Vynasnažím se podle svých sil podporovat loajálně lékaře při jejich práci a obětavě pečovat o blaho těch, kdož budou svěřeni mojí péči.“ (Florence Nightingelová, převzato z Kutnohorská, 2010, s. 47)

PŘÍLOHA P IV: SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ VS

Tabulka: Upozornění na změny v Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

1. Všeobecná sestra	
Obory specializačního vzdělávání	Označení odbornosti specialistů
Intenzivní péče	Sestra pro intenzivní péči
Perioperační péče	Sestra pro perioperační péči
Ošetrovatelská péče v pediatrii	Dětská sestra
Intenzivní péče v pediatrii	Dětská sestra pro intenzivní péči
Komunitní ošetrovatelská péče	Komunitní sestra
Ošetrovatelská péče v interních oborech	Sestra pro péči v interních oborech
Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech	Sestra pro péči v chirurgických oborech
Ošetrovatelská péče v psychiatrii	Sestra pro péči v psychiatrii
Perfuziologie	Sestra pro klinickou perfuziologii
Audiologie	Audiologická sestra
Práce sestry v nukleární medicíně	Sestra pro nukleární medicínu
Práce sestry v pracovním lékařství	Sestra pro pracovní lékařskou péči
Ošetrovatelská péče v transfuzní službě	Sestra pro transfuzní službu

Zdroj: Hladíková, 2010

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK PRO KLIENTY DOMÁCÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Markéta Pírková, jsem studentkou Fakulty humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Všeobecná sestra očima klientů domácí péče.“ Výsledky dotazníku budou sloužit výhradně pro účely bakalářské práce a jsou zcela anonymní. Správné odpovědi zakřížkujte, někde může být i více správných odpovědí, některé prosím doplňte. Děkuji Vám předem za věnovaný čas, poskytnuté informace a ochotu spolupracovat.

1. Jste muž žena

2. Kolik je vám let? méně než 60 61-70
 71-80 81 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní vyučená/ý s maturitou vysokoškolské

4. Myslíte si, že víte, jaké musí mít v současnosti všeobecná sestra vzdělání pro výkon svého povolání?

ano, vím spíše vím nejsem si jistá/ý spíše nevím ne, nevím

5. Pokud ano, jaké musí mít všeobecná sestra vzdělání?

Stačí středoškolské Vyšší odborné studium (DiS.) Vysokoškolské (Bc.)

Vysokoškolské (Mgr.)

6. Myslíte, že je vysokoškolské vzdělávání sester přínosné pro jejich práci?

určitě ano (napište proč).....

spíše ano

nevím

spíše ne

určitě ne (napište proč).....

7. Myslíte si, že by se všeobecné sestry měly celoživotně vzdělávat?

ano, všechny jen sestry z nemocnice jen sestry domácí péče nevím

ne, neměly

8. Pokud jste odpověděli ano, jaké myslíte, že je pro sestry přínosné vzdělávání? (možnost více odpovědí)

kurzy konference semináře specializace

vysokoškolské vzdělání vyšší zdravotní škola stáže

9. Z jakých zdrojů se o vzdělávání sester dozvídáte?

televize rádio internet tisk jiné (uved'te)

10. Zajímá Vás, jaké má sestra, která Vás ošetřuje vzdělání?

vždy zajímá někdy zajímá nevím nikdy nezajímá

11. Víte co je „registrace“ sester?

ano, vím spíše vím nejsem si jistá/ý spíše nevím ne, nevím

12. Pokud jste odpověděli ano, napište, proč je potřebná „registrace“ zdravotnických pracovníků.....

13. Souhlasíte s tím, že sestra, která Vás ošetřuje, musí mít „registraci“?

- zcela souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím
 zcela nesouhlasím

14. Myslíte si, že věk sestry ovlivňuje přístup k pacientům?

- určitě ano (vysvětlete proč).....
 jen někdy
 ne (vysvětlete proč).....
 nevím

15. Vy sama/sám důvěřujete při svém ošetřování sestrám?

- mladším starším věk není rozhodující

16. Vysvětlete proč

17. Co nejvíce očekáváte od sestry, která Vás ošetřuje? (možnost více odpovědí)

- ochotu profesionalitu vzdělání laskavý přístup
 důvěryhodnost diskrétnost optimismus jiné.....

18. Jaký máte názor na to, že práci všeobecné sestry vykonávají i muži?

.....
.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Markéta Pírková