



## UNIVERZITA KARLOVA 1. lékařská fakulta

Číslo výzvy:	02_16_015
Název projektu:	Zvýšení kvality vzdělávání na UK a jeho relevance pro potřeby trhu práce
Číslo projektu:	CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002362
Příjemce:	Univerzita Karlova
Řídící orgán:	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

# Ošetřovatelství I

### *Studijní texty*

**pro studijní programy Všeobecná sestra a Intenzivní péče**



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



# **Ošetřovatelství I**

Autor:

Mgr. Pavla Kordulová

Recenze:

Mgr. Miluše Kulhavá

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

1. lékařská fakulta

Univerzita Karlova

Rok vydání: 2020

ISBN: 978-80-270-7783-0

# Obsah

<b>1. Historie ošetřovatelství .....</b>	<b>7</b>
1.1. Ošetřovatelství ve starověkých civilizacích .....	7
1.2. Ošetřovatelství ve středověku a novověku .....	9
1.3. Významné osobnosti světového ošetřovatelství .....	13
1.4. Počátky profesionálního ošetřovatelství.....	15
1.4.1. Počátky anesteziologie a první anesteziologická sestra .....	20
1.5. Změny v kvalifikačním vzdělávání po roce 1945 .....	23
1.6. Vznik celoživotního vzdělávání.....	24
1.7. Významná osobnost českého ošetřovatelství Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.....	25
<b>2. Ošetřovatelství jako vědní obor .....</b>	<b>30</b>
2.1. Obor ošetřovatelství .....	30
2.2. Moderní ošetřovatelství.....	31
2.3. Cíle ošetřovatelství.....	31
2.4. Charakteristické rysy ošetřovatelství .....	32
2.5. Definice sestry.....	32
2.6. Koncepce ošetřovatelství.....	33
2.7. Etický kodex sester .....	33
<b>3. Potřeby nemocných v ošetřovatelství .....</b>	<b>37</b>
3.1. Základní dělení potřeb .....	37
3.2. Maslowova klasifikace potřeb a ošetřovatelství .....	39
3.3. Maslowova charakteristika seberealizované osobnosti .....	41
3.4. Proces uspokojování potřeb.....	42
3.5. Holismus.....	43
3.6. Modifikace potřeb v souvislosti s hospitalizací .....	44
3.7. Využití poznatků o potřebách lidí v práci sestry .....	45

<b>4. Ošetřovatelský proces .....</b>	<b>48</b>
4.1. Ošetřovatelský proces.....	48
4.2. Základy ošetřovatelského procesu.....	49
4.3. Proč je důležitý ošetřovatelský proces pro práci sestry? .....	50
4.4. Fáze ošetřovatelského procesu.....	50
4.4.1. Fáze I. Ošetřovatelská anamnéza .....	51
4.4.2. Fáze II. Ošetřovatelská diagnóza .....	53
4.4.3. Fáze III. Plán ošetřovatelské péče.....	54
4.4.4. Fáze IV. Realizace ošetřovatelské péče .....	56
4.4.5. Fáze V. Zhodnocení efektu poskytnuté péče.....	57
4.5. Dokumentace ošetřovatelské péče.....	58
<b>5. Právní regulace zdravotnické profese a vzdělávání sester .....</b>	<b>62</b>
5.1. Právní regulace zdravotnické profese.....	62
5.2. Vzdělávání sester .....	66
5.2.1. Kvalifikační vzdělávání.....	66
5.2.2. Celoživotní vzdělávání .....	66
5.3. Novela zákona 96/2004 Sb. v právní regulaci nelékařských pracovníků .....	69
5.4. Kompetence všeobecné sestry .....	73
5.4.1. Struktura kompetencí všeobecné sestry .....	74
5.5. Registrace sester .....	74
5.5.1. Registrace sester ve Velké Británii.....	75
5.5.2. Registrace sester ve Spojených státech amerických .....	76
5.5.3. Registrace sester v Kanadě.....	77
5.5.4. Registrace sester v Austrálii.....	77
5.6. Uznávání kvalifikací získaných mimo členské státy EU .....	78
<b>6. Výzkum v ošetřovatelství .....</b>	<b>85</b>
6.1. Charakteristika výzkumu v ošetřovatelství .....	85
6.2. Fáze výzkumu .....	86

6.3.	Druhy výzkumu ve zdravotnictví .....	87
6.4.	Zkoumaný problém .....	87
6.5.	Metody a techniky sběru dat .....	88
<b>7.</b>	<b>Základní principy teoretických modelů .....</b>	<b>92</b>
7.1.	Vysvětlení obecných pojmů .....	92
7.2.	Vznik modelů ošetrovatelství.....	93
7.3.	Moderní ošetrovatelství Florence Nightingale .....	94
7.4.	Teorie základní ošetrovatelské péče – Virginie Henderson .....	94
7.5.	Teorie deficitu sebepéče Dorothea Orem.....	95
7.6.	Model funkčních vzorců zdraví – Marjory Gordon .....	96
<b>8.</b>	<b>Edukace pacienta .....</b>	<b>99</b>
8.1.	Pojem edukace.....	99
8.2.	Co sestra poskytuje při edukaci?.....	100
8.3.	Jaké informace by měl pacient v průběhu edukace získat?.....	100
8.4.	Dělení edukace.....	101
8.5.	Cíle edukace .....	101
8.6.	Formy edukace.....	102
8.7.	Druhy edukace .....	102
8.8.	Metody edukace .....	103
8.9.	Edukační pomůcky .....	103
8.10.	Edukační bariéry.....	103
<b>9.</b>	<b>Adaptační proces .....</b>	<b>106</b>
9.1.	Adaptační proces v řízení lidských zdrojů .....	106
9.2.	Fáze adaptačního procesu .....	107
9.3.	Formální a neformální hodnocení adaptačního procesu .....	108
9.4.	Adaptační proces všeobecných sester v České republice .....	108
9.5.	Programy na podporu adaptačního procesu v zahraničí .....	110
9.6.	Mentoring v ošetrovatelství.....	111

9.6.1.	Sestra mentorka .....	111
9.7.	Koučování v ošetřovatelství .....	112

## **Seznam tabulek**

# 1. Historie ošetřovatelství

*Mgr. Pavla Kordulová*

## Obsah kapitoly

- Ošetřovatelství ve starověkých civilizacích
- Ošetřovatelství ve středověku a novověku
- Významné osobnosti světového ošetřovatelství
- Počátky profesionálního ošetřovatelství
- Změny v kvalifikačním vzdělávání po roce 1945
- Vznik celoživotního vzdělávání
- Významná osobnost českého ošetřovatelství Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.

## 1.1. Ošetřovatelství ve starověkých civilizacích

Ošetřovatelství bylo ovlivňováno kulturními, sociálními, náboženskými, politickými faktory, válkami, vědeckými objevy i osobnostmi v medicíně a v ošetřovatelství. Nemoc provází celý lidský život. Odtud pramení potřeba péče o nemocného člověka. Kvalita poskytované péče vycházela z podmínek dané civilizace, ze společenských a kulturních podmínek. Každá tendence přinášela s sebou nové objevy a možnosti pro rozvoj ošetřovatelské péče. Nebyla to vždy jen pozitiva, která by znamenala pokrok. Poznání minulosti nám umožňuje aplikovat některé historické poznatky do současnosti a vyvarovat se některých chyb (Kafková, 1992).

Léčba nemocných v **orientálních civilizacích** vycházela z empirických zkušeností pravěkého léčitelství. Vedle toho se rozvíjelo léčitelství kněžské. Kněží docílili spojení těchto dvou výchozích směrů, své poznatky o léčení nemoci předávali svým nástupcům jako přísná tajemství. Výsledkem tohoto počínu bylo nové pojetí léčení nemocného, které v sobě neslo prvky diagnostických, terapeutických a preventivních postupů (Schott, 1997).

**Lékařství starověkého Egypta** se vyznačovalo vysokou úrovní. O vědomostech lékařů vypovídají dochované papyry pocházející z 2. tisíciletí př. n. l. **Ebersův papyrus** vypovídá o

seznamu nemocí, rozdělení a léčbě. Je z něho patrné, že Egypťané znali krevní oběh. **Ve Smithově papýru** je zachována část učebnice chirurgie. Velmi obdivuhodnou znalostí byly poznatky z gynekologie a porodnictví, kdy lékaři dokázali určit délku těhotenství, k porodu využívali porodních stolic. V očním lékařství byly také nemalé poznatky. Platily tu přísné hygienické předpisy týkající se hygieny prostředí, domácnosti, potírání infekčních nemocí, které byly léčeny izolací (Schott, 1997).

**Lékařství starověkého Řecka** mělo po dlouhá staletí velký vliv na vývoj lékařství většiny evropských zemí. Řečtí lékaři – kněží se shromažďovali při chrámech **boha Asklépia**, aby udělovali rady nemocným. U některých chrámů byly budovány útulky pro nemocné. Tato "první" nemocnice se nazývala **Asklepeion**. Slavný lékař Hippokrates 460 př. n. l. sepsal knihu o určování nemocí podle pozorování nemocného. Kládl důraz na životosprávu – dietu, práci, odpočinek, přirozený způsob života. Pozornost věnoval čistotě těla. Založil vlastní nemocnici, kde pracovali vyškolení otroci. Zdraví a nemoc vysvětloval rovnováhou či narušením čtyř základních tekutin. Především kládl důraz na etiku lékařského povolání – **Hippokratova přísaha** (Schott, 1997).

**Lékařství starověkého Říma** bylo obohaceno o znalosti řeckých lékařů. Neobyčejně brzy se setkáváme s poznatkami zdravotnických **zákonů**. **Především o stanoveném zákonu o císařském řezu**. U každé těhotné ženy zemřelé během porodu, měl být plod odstraněn operací. Důležitým krokem římského zdravotnictví byla řada hygienických opatření v podobě budování vodovodů, podzemní kanalizace a s tím související vznik lázeňství. K léčbám byly používány minerální prameny a termální vřídla (Schott, 1997).

**Ve starých indických spisech** nalézáme první záznamy o lékařství a ošetřování nemocných. Péče vycházela z buddhismu, jeho aktivní přístup k bolestem a potížím nemocných, vedl Indy k tomu, že o své nemocné pečovali, poskytovali pomoc raněnému nepříteli. Péče o nemocné probíhala v buddhistických kláštrech, kde lékaři prováděli amputace, plastické operace, císařský řez aj. (Schott, 1997).

**Lékařství ve starověké Číně** vycházelo také z poznatků pravěkého léčitelství a mělo výrazný racionální charakter. Lékaři využívali hojných znalostí o blahodárném působení bylin "žen – žen". Léčilo se opakem, horečka – chladem. Velkou pozornost věnovali lékaři dodržování hygienických pravidel a pravidelnosti v činnostech. Léčebné účinky přisuzovali masáží, slunění a léčebnému tělocviku. Již ve 4. a 3. tisíciletí př. n. l. vznikly první **knihy o akupunkturu a moxibusci** (uznávané metody léčebné a profylaktické péče čínských lékařů).



V době př. n. l. vládla v čínských městech vyspělá komunální hygiena a byly zde zřizovány útulky pro nemocné. **Chirurgie a anatomie byly málo rozvinuté, jelikož tomu náboženství bránilo** (Schott, 1997).

## 1.2. Ošetřovatelství ve středověku a novověku

Choroba byla považována za "milost boží" a člověk si měl skrze ni odpykávat svá provinění. **Křesťanství velmi ovlivňovalo zdravotní péči**, neboť víra byla založena na službě bližnímu. Ujalo se tedy péče o nemocné podle příkázání křesťanské lásky a milosrdenství, ale samotné vyléčení vkládalo do rukou božích. V 1. století n. l. dobročinné osoby navštěvovaly a ošetřovaly nemocné. Navštěvující ošetřovatelkou byla **Phebe**, o které sv. Pavel tvrdil, že byla i jeho utěšitelkou. **Ve 4. století začaly vznikat špitály** a mnohé příslušnice vysokých římských vrstev se zapojovaly do péče o nemocné lidi. Mezi nejznámější se řadí **Fabiola**, která v Římě roku 390 založila **první nemocnici zvanou Nosocomea – dům pro nemocné**. Křesťanství vyznává hodnoty vyjádřené především životem v pokoře a pomoci bližnímu. Lidé, kteří ctili tyto zásady, se sjednotili do skupin, aby následovali Kristovo učení. Postupně začaly vznikat **křesťanské řády**, jejichž **posláním bylo mimo jiné pečovat o potřeby chudých, nemocných a trpících**. Rozvoj řádů byl ovlivněn rozhodnutím **papeže Řehoře Velikého v 9. století**, který řádům uložil péči o chudé, nemocné a postižené. Po příchodu křesťanství na naše území se ošetřování nemocných stává náplní církevních řádů. **Ošetřovatelství bylo v rukou mnichů a jeptišek** (Schott, 1997; Kafková, 1992).

Pozvolna začaly vznikat **první špitály**, které byly původně zařízeny jako **útulky pro nemocné kupce a poutníky**. Kláštery a špitály byly stavěny na základě pohnutek příslušníků panovnických rodů, později i šlechtou a majetnými měšťany. **V 10. století za vlády knížete Boleslava II, byl postaven první špitál v Týně**. Stál na místě dnešního Staroměstského náměstí. Byl pro 12 nemocných, které **opatrovalo 7 žen**. Jejich jména jsou uvedeny v **Hájkově kronice: Čerava, Chynica, Bolemila, Myslna, Vlastica, Krasata a Květata**. **Ve 13. a 14. století se navýšil počet špitálů spojených s kostelem nebo klášterem**. První špitály měly sociální charakter. Můžeme zde pozorovat první snahy o uspokojování tělesných, duševních i sociálních potřeb člověka u členů církevních řádů. **Významnou postavou začátků českého ošetřovatelství byla svatá Anežka Česká**. **Sv. Anežka** byla příslušnicí

panovnického rodu Přemyslovců. Narodila se v Praze v roce 1211 jako dcera Přemysla Otakara I. a jeho druhé ženy Konstancie Uherské. Vliv na její počínání měly vzory slavných zakladatelek špitálů, Alžběty Durynské a Hedviky Slezské. Více než světský lesk a sláva Anežku zajímala víra a modlitby. Odmítla sňatek a zasvětila svůj život Bohu. Na území získané darem od své matky královny Konstancie, postavila Anežka **klášter a špitál sv. Františka v Praze při kostele sv. Haštala**. Současně s ženským klášterem založila Anežka **špitální bratrstvo** 1223 n. l. vycházející z ideálů chudoby Sv. Františka z Assisi, které bylo papežem uznáno za samostatný ošetřovatelský Řád křížovníků s červenou hvězdou (Kybal, 2001; Staňková, 2001).

**Svatá Zdislava** vynikala v péči o chudé, strádající a churavé. Narodila se v roce 1220 v Křižanově na Moravě v rodině brněnského purkrabího Přibyslava a paní Sibylly, dvorní dámy královny Kunhuty. Zdislava se chtěla věnovat duchovní dráze, ale byla provdána za českého pána Havla z Markvartic. Její muž pracoval ve službách krále Václava I. a se svojí ženou se usadil na hradě Lemberku v severních Čechách. Byla matkou čtyř dětí a nadále se věnovala charitativní péči. Sv. Zdislava měla údajně prostřednictvím Boha zázračnou moc, což dokládá zápis v Dalimilově kronice: "Pět mrtvých boží mocí vzkřísila, mnoha slepým zrak vrátila, chromých a malomocných mnoho uzdravila a nad jinými ubohými veliké divy činila" (Schott, 1997).

**Křesťanství** silně ovlivnilo konání a smýšlení lidí. Zasáhlo i do otázek zdraví obyvatelstva. Středověká města byla přelidněná a měla nízkou hygienickou úroveň. **Lidé vymírali při epidemiích a hladomorech**. Koncem 13. století propukla mimořádná pohroma – hladomor spojený s epidemií. V polovině 14. století proběhla největší epidemie celé Evropy – velký mor (černá nemoc). Od 14. století byly přestávky mezi epidemiemi více než desetileté výjimkou. Snad jediným pozitivním hygienickým opatřením bylo odstraňování mrtvol z ulic a domů a kopání hromadných hrobů. **Představitelé feudální společnosti byli nuceni provést opatření**. Pražští konšelé najímali pro každé město soukromé domy jako lazarety, kde nemocné obsluhovaly 3–4 staré ženy. V dobách morových epidemií vyvstala potřeba vyššího počtu útulků pro nemocné. **Zřizovaly se špitály na zajištění potravy a přístřeší**. Celková úroveň byla velmi neuspokojivá a byla terčem kritiky v předhusitském období. Mezi obávané nemoci patřilo malomocenství, pro takto nemocné **vznikaly – leprosaria** zajišťující izolaci postižených. Osud churavých byl nepříznivý, umírali v izolaci. K opatrovnické péči se vedle členů církevních řádů začínají hlásit i osoby civilní, sluhové a služební. Byla to práce

náročná a nedocenená. Zájem o ošetřování nemocných klesal a **ošetřovatelská činnost ztrácela na důstojnosti** (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

**Období středověku přineslo založení Univerzity Karlovy v Praze**, která byla založena v roce **1348**. Lékařská fakulta vyučovala mediky a udílela akademické grády bakalářů a magistrů. Husitské války způsobily zástavu činnosti na 200 let. **Po bitvě na Bílé hoře v roce 1620 převzali Univerzitu Karlovu jezuité**. Toto období bylo ve znamení epidemie cholery a moru. **Samotná lékařská věda byla bezmocná**. Výkon chirurgické praxe byl zakázán a přešel do rukou katů, bradýřů, mastičkářů aj. (Schott, 1997).

Období 16. až 18. století bylo označováno **tmavým obdobím v historii ošetřovatelství**. Mnohé ze špitálů zanikly během 30 leté války (1618–1648), kdy bídné životní podmínky lidí připomínaly spíše živoření. Lidé žili v těžkých sociálních poměrech, utiskováni vrchností. Navíc propukla nová epidemie cholery v roce 1665 a rozsáhlá epidemie moru 1679–1680 (Kafková, 1992).

**17. století** přineslo světlou stránku ve formě poskytování péče řádem Milosrdných bratří. Úroveň péče byla na tehdejší dobu velmi pokroková. V Praze proslula **oblast Na Františku**, kde se milosrdní bratři věnovali opatrovnictví. Poskytovali péči tělesně i duševně nemocným bez rozdílu stavu, národnosti či náboženství. Již v roce 1608 založili špitál ve Valticích Na Moravě a postupně v dalších místech – Praha, Nové Město nad Metují, Prostějov, Kuks, Brno, Letovice, Vizovice. **Na základě svých bohatých zkušeností řád vypracoval zásady ošetřování nemocných** (Svobodný, Hlaváčková, 2004).

**Ošetřovatelství až do poloviny 19. století upadalo a klesalo na velmi nízkou úroveň**. Koncem 18. století pod vlivem humanismu se začíná probouzet zájem o lidské zdraví. **Na zlepšení úrovně zdravotní péče měly velký význam tereziánské a josefínské reformy**. V roce 1753 vydala Marie Terezie **Generální zdravotní řád pro země české**. Podle kterého se lékařská fakulta stala důležitým orgánem zdravotní politiky státu a nejvyšším zdravotním orgánem v zemi. Měla za úkol kontaktovat veškerý zdravotnický personál, dohlížet na lékárny, na dodržování protiepidemických opatření. **V roce 1770 byla vydána norma upravující práva a povinnosti všech zdravotnických pracovníků** (Schott, 1997).

**Až do poloviny 19. století** bylo zvykem ošetřovat nemocné doma na základě tehdejšího charitativního zaměření nemocnic pro chudé obyvatelstvo. **Koncem 18. století** začaly vznikat první všeobecné nemocnice **Všeobecná nemocnice v Brně 1785, v Olomouci 1787, v Praze 1790**. **V této době se již zakládaly i první porodnice**. Péče byla rozdělena do 4

ošetřovacích tříd. **Podle rozhodnutí císaře Josefa II byly zrušeny mnohé špitály** a některé se staly součástí nemocnic. Práci zde zastávaly **řádové sestry**, jejich výcvik zajišťoval řád sám. Civilní ženy zastávaly práci o nemocné bez předešlého zaškolení. **Odborné vědomosti a praktické dovednosti získávaly až u lůžka nemocného.** Pracovní podmínky ošetřujících byly dosti těžké. **Opatrovnice spaly v pokojích nemocných, měly těžkou službu, špatně placenou, pracovaly bez dne volna.** Neměly žádné vzdělání. Ošetřovatelky byly často chudé ženy, zřekly se manželství a rodinného života. Jejich společenské postavení bylo mizerné. Zacházelo se s nimi velmi nedůstojně. **Lékařská fakulta zavedla operativní obory jako obory vědní v roce 1786 novým studijním řádem „o lékařských a ranlékařských studiích“.** Od té doby stály tedy vedle sebe „Doktor medicíny“ a „Doktor chirurgie“ (Schott, 1997).

**První dětská nemocnice byla zřízena v roce 1802 v Paříži,** v roce 1834 v Petrohradě. U nás v Praze byla **první dětská nemocnice německá,** založena v roce **1842** (Brachfeld, Černayová, 1980).

**Organizované ošetřovatelství vzniká až v druhé polovině 19. století. Zájem o nemocnice se zrodil ze zájmu o raněného vojáka a také z ochrany obyvatelstva proti epidemiím.** Právě tyto situace poukazovaly na nutnou potřebu odborné lékařské péče, ale také ošetřovatelské. **Významným mezníkem ve vývoji ošetřovatelství byla především Krymská válka.** Vedená v letech 1854–1856 mezi Anglií, Francií, Tureckem, Sardinii na jedné straně a Ruskem na **druhé straně.** Tehdy se rozhodlo o potřebě odborně připravených ošetřovatelek v péči o raněné. Rusové organizovali ošetřovatelskou službu od počátků krymské války, Angličané ji započali o rok později v důsledku neutěšených ztrát vojáků na bojišti (Kafková, 1992).

**Studijní řád Lékařské fakulty z roku 1882 unifikoval lékařská studia a zavedl jednotný titul MUDr.** (Schott, 1997).

**V průběhu 19. století se dětské lékařství rozvíjí poměrně rychle jako odvětví oddělené od vnitřního lékařství.** Podnětem k práci byla vysoká kojenecká úmrtnost, a to mezi 20–30 %! **Za začátek dětského lékařství u nás je možno pokládat rok 1884, kdy byl MUDr. Bohdan Neureutter** jmenován prvním profesorem dětského lékařství. Jako klinika sloužil dům na rohu Kateřinské a Viniční ulice. Kojenci byli ošetřováni dále v nalezinci, pod dohledem porodníka. Samostatná klinika pro kojence se oddělila až mnohem později. **K otevření české dětské kliniky došlo v roce 1891.** K vystavění české dětské nemocnice dali podnět

profesoři pražské univerzity, kteří v roce 1887 založili dobročinný spolek, jehož zásluhou byla vystavěna a v **roce 1902 otevřena Česká dětská nemocnice**. Stála na konci Sokolské nemocnice nad Nuselským údolím do r. 1970, kdy byla zbourána, a všechny kliniky byly přemístěny do nových budov v Motole. Již před první světovou válkou byly zakládány první poradny pro matky a děti v některých pražských čtvrtích a **v roce 1917 bylo zřízeno v Praze – Krči zvláštní oddělení Ochrany matek a dětí. V Bratislavě byla založena dětská nemocnice v roce 1853 a v roce 1919 otevřena dětská klinika. V roce 1922 přibyla dětská klinika v Brně**. Dětská německá nemocnice byla v Brně již od roku 1846. Se zřizováním dětských klinik přibývalo i odborných dětských lékařů. Pražská I. dětská klinika, umístěná v budovách nalezince, vystavěných v letech 1896 až 1901, byla v roce 1931 reorganizována. V Praze – Krči byly pro II. dětskou kliniku zřízeny výzkumné ústavy a později tam bylo vybudováno oddělení pro tuberkulózní děti. V některých městech českých zemí a na Slovensku (Olomouc, Frýdek, Pardubice, Košice, Bytčice u Žiliny) byla dětská oddělení, další vývoj však byl zastaven německou okupací a válkou (Brachfeld, Černayová, 1980).

### **1.3. Významné osobnosti světového ošetřovatelství**

**Nikolaj Ivanovič Pirogov** pro ošetřovatelskou péči vyškolil třicet ošetřovatelek a s jejich pomocí organizoval ošetřování raněných vojáků. Pirogov kladl důraz na dodržování hygienických zásad, jelikož epidemie způsobovaly větší ztráty na životech než válečná poranění. Při ošetřování raněných dohlížely sestry v lazaretech na čistotu, pořádek, jídlo, pití, oděvy a léčiva. Jejich práce se stala na frontách nepostradatelnou. **Sestry byly oděny jednotným stejnokrojem, který je pokládán za základ pozdější sesterské uniformy**. Pirogov si velmi vážil práce ošetřovatelek a usiloval o zvýšení jejich společenské úrovně. Pirogov měl nemalé zásluhy na rozvoj ošetřovatelství, usiloval o rovnoprávnost žen a prosazoval jejich vzdělávání (Kafková, 1992).

**Florence Nightingale** se narodila 12. 5. 1820 jako dcera v úspěšné, vlivné anglické rodině manželům Frances a Williamu Edwardu Nightingelovým. Své jméno dostala po italské Florencii. Dostalo se jí vynikajícího všeobecného vzdělání, naučila se několika světovým jazykům – latině, řečtině, francouzštině, němčině, italštině. Od šestnácti let četla Homéra a překládala pasáže z Platónova díla. Měla nadání pro matematiku a statistiku. Po celý život jí zajímaly zprávy o nemocnicích, zdravotnictví a hygienických zařízeních. Během cest po

Evropě si vymezila čas na prohlídky nemocnic, hygieny, stavebního uspořádání a také práci lékařů. V roce 1846 se jí dostala do rukou ročenka **Ústavu Protestantské Diakonie v německém Kaiserwerthu, kam v roce 1850 vstoupila jako 31 letá studentka ošetřovatelství**. Po třech měsících se vrátila zpět do Anglie, kde pokračovala ve studiu nemocnic. **V roce 1853 se stala vrchní sestrou – superintendantkou v Ústavu pro nemocné šlechtičny v Londýně**. Zde provedla úspěšné změny v podobě výtahu pro jídlo z kuchyně, signalizačního systému u lůžka pacienta, nechala zavést teplou tekoucí vodu do každého patra nemocnice, preferovala typ pavilonové nemocnice, stala se odborníkem pro nemocnice. **V roce 1848 se vydala s 48 sestrami na cestu do Scutari, do vojenské nemocnice, kde byly velmi špatné hygienické podmínky**. Ve zpuštěných místnostech leželi na špinavé podlaze ranění a nemocní vojáci, kteří neměli oblečení, dostávali pouze jedno jídlo denně. Neměli k dispozici toalety. Tyfus, cholera, průjmy zde byly velmi časté a nebezpečné než samotná zranění. Ošetřovatelky zprovoznily kuchyň a nemocní dostávali jídlo dle potřeby. Do Scutari se vydala na základě pověření anglického ministra války, **Sidneye Herberta. Během svého pobytu na frontě organizovala veškerou ošetřovatelskou službu**. Pro zlepšení hygieny uvedla do provozu prádelnu, dietní kuchyň, zajistila dostatečné zásobování potravin a lůžkovin, prádla i ostatního vybavení. Díky své inteligenci překonala překážky britské byrokracie a odpor lékařů. Úmrtnost vojáků poklesla z původních 50 % na 22 %. Po návratu z Krymské války **založila první ošetřovatelskou školu v Londýně při nemocnici Sv. Tomáše v roce 1860**. Přestože jí nedovoloval její zdravotní stav řídit školu osobně, udržovala s ní těsné spojení. **Studium sester spočívalo v ročním kurzu, který zahrnoval teoretickou výuku a praxi v nemocnici pod vedením zkušené sestry**. Poté následovaly **tři roky práce v nemocnici v roli "ošetřovatelky na zkoušku"**, sestry byly stále studentkami školy. Teprve pak mohly nastoupit do dalších nemocnic. Podle vzoru ošetřovatelské školy v Londýně, byly zakládány školy i v dalších evropských zemích. **Od této doby se datuje vznik systematického vzdělávání pro ošetřovatelskou péči**. Zasluhou Florence se ošetřovatelství stává odborným a vysoce humánním povoláním. V roce 1860 byla publikována kniha **Poznámky k ošetřování nemocných**. Kniha byla přeložena do devíti světových jazyků. **Česky vyšla v roce 1874** a vyučovalo se podle ní v první české ošetřovatelské škole. Překládala ji Paulina Králová. Kniha je návodem k ošetřování nemocných. Témata jsou stále aktuální: uspokojování hygienických potřeb, potřeba výživy, čerstvého vzduchu, odpočinku, pohodlí, podnětného a příjemného prostředí, význam

pozorování nemocného. Florence zemřela v roce 1910 ve věku 90 let. Den jejího narození, byl na její památku stanoven **Mezinárodním dnem sester** (Staňková, 2001).

**Henry Dunant v roce 1859**, pět let po Krymské válce, kde bojovala francouzsko – italská vojska proti rakouským **v bitvě u Solferina**, zahájil svou činnost **švýcarský obchodník** Henry Dunant. Podnětem Dunantovy činnosti byly jeho vlastní vzpomínky na bojiště u Solferina, kde leželi mrtví vojáci s živými. Poznal potřebu organizované činnosti dobrovolníků a sám se stal iniciátorem. Dal podnět k četným sbírkám ve prospěch péče o raněné. Jeho myšlenka zřídit v každé zemi společnost zajišťující přípravu dobrovolných ošetřovatelek pro případ války, byla impulsem k založení **mezinárodní organizace Červeného kříže v Ženevě v r. 1864**. **Cílem organizace je vyškolení dobrovolníků v základech první pomoci v době války i v době míru**. Jeho aktivita vedla jednotlivé státy k založení národních společností Červeného kříže, jejichž náplň vychází z Dunantovy myšlenky. Červený kříž byl založen v Praze v roce 1868 (Staňková, 2001).

#### **1.4. Počátky profesionálního ošetřovatelství**

**Významným zlomem ve školení ošetřovatelek u nás přinesla druhá polovina 19. století**. O rozkvět českého národa se v této době zasloužila řada umělců. **Český Červený kříž ve spolupráci s dámským komitétém při pomocné společnosti rakouského Červeného kříže zahájil odbornou průpravu opatrovnic pro službu v rodinách a ve špitálech**. Kurzy byly nepravidelné a trvaly několik měsíců. Rozvoj organizovaného ošetřovatelství je spojen se silícím emancipačním hnutím. Ženy usilovaly o rovnocenné vzdělání s muži. **V roce 1865 se stala Karolína Světlá spoluzakladatelkou spolku Americký klub dam**. Tento spolek pořádal přednášky významných lékařů a vědců. České ženy z výše situovaných rodin tak měly možnost získávat nemalé vědomosti. **Roku 1872 založila Eliška Krásnohorská a Karolína Světlá Ženský výrobní spolek český**, jehož hlavním posláním byla výchova žen k určitému povolání. Svobodné ženy, které se nerozhodly pro řeholní život, byly odkázány na milost příbuzných a život v samotě. Vzdělání žen z vyšších kruhů sice již existovalo, ale zaměstnané nebyly. Ženy z nižších vrstev pracovaly jako služebné. **Na základě lékaře Vítězslava Janovského, se brzy zrodila myšlenka odborné výchovy ošetřovatelek**. **V roce 1874 byla otevřena česká škola pro ošetřování nemocných**. Učební plán byl rozpracován podle německého vzoru a lékaři přednášeli bezplatně. Veřejnost byla informována o vzniku školy

pomocí **Ženských listů**. Kurzy byly bezplatné. Věk byl stanoven jako nejnižší na dvacet let. Posluchačky byly rozděleny na řádné a mimořádné. Řádné absolvovaly teoretickou i praktickou výuku. Mimořádné pouze teorii. Mezi mimořádné studentky se řadily ženy dychtící po ošetřovatelských vědomostech jen pro svoji potřebu. Diplom získaly pouze řádné studentky. **První ošetřovatelský kurz byl zahájen v roce 1874. Výuka zahrnovala 49 hodin teorie a 104 hodin praxe.** Teorie se přednášela v prostorách domu Ženského výrobního spolku českého, praktická část probíhala v městském chorobinci na Karlově. Výbor Výrobního spolku vypracoval a vydal Řád služby ošetřovatelské vymezující práva, včetně honorování práce, a povinnost ošetřovatelek. Za pomoci poptávkové kanceláře Ženského spolku bylo vyškoleným ošetřovatelkám zprostředkováno i jejich umístění do práce. **Proběhlo tu celkem pět ošetřovatelských kurzů, které trvaly 4 měsíce. Celkem z této školy vyšlo 234 absolventek.** Přestože byla úroveň školy vysoká, absolventky byly vyhledávanými a jejich počet zdaleka nestačil, další kurzy se již nekonaly, přestože škola zanikla, ovlivnila výrazně rozvoj ošetřovatelského školství u nás. O několik let později začal výchovu zajišťovat Ústřední spolek českých žen, ale v podobě ošetřovatelek pro domácí péči. Formou krátkého proškolení (Kafková, 1992).

V roce 1904 byl stanoven **Spolek pro povznesení stavu ošetřovatelek nemocných**. Členkami byly především absolventky zaniklé školy při Ženevském výrobním spolku českém. Cílem spolku bylo pořádání teoretických kurzů zaměřených na odborné poskytování ošetřovatelské péče. Přednášely tu první české lékařky MUDr. Anna Honzáková a MUDr. Růžena Machová. V roce 1913 došlo k prohloubení výuky navazující na poznatky sester získaných od lékařů na pražských klinikách. Praktická část probíhala na gynekologické klinice prof. Dr. Piřhy a na chirurgické klinice vedené prof. Dr. Jedličkou. Později byla studentkám k dispozici interní klinika prof. Thomayera. Významnou osobností podílející se na realizaci kurzů byla **Františka Fajfrová**, která spolupracovala s MUDr. Procházkou. Usilovala o založení městské školy pro ošetřovatelky v Praze. Otevření školy nebylo povoleno, jelikož ve Vídni bylo připraveno vše k otevření německé a české ošetřovatelské školy (Kafková, 1992; Staňková, 2001).

Ve Vídni usiloval o založení ošetřovatelské školy **Theodor Billroth**. Bohužel Vídeňský spolek mu oficiální cestou tuto organizovanou formu neumožňoval. Zřídil tedy **neoficiální kurz pro ošetřovatelky v roce 1881**. Obrat nastal později, když do Vídně přišli ranění vojáci a tyto absolventky kurzu velmi profesionálně ošetřovaly vojáky. Na základě tohoto faktu radnice



a císařský dvůr poskytly finance a **profesor Billroth v roce 1882 vybudoval ve Vídni ošetrovatelskou školu a nemocnici pro výuku sester – Rudolfinerhaus**. Byl zde kladen velký důraz potřebnosti a užitečnosti erudovaných sester. Patronem školy a nemocnice byl korunní princ Rudolf, syn Františka Josefa I. Prof. Billroth napsal učebnici **Ošetřování nemocných**, která byla v roce 1902 přeložena do češtiny, a učilo se podle ní v celém Rakousku – Uherském mocnářství (Staňková, 2001).

**Dne 25. 6. 1914 vydalo rakouské ministerstvo vnitra nařízení č. 139 o ošetřování nemocných z povolání provozovaném.** Nařízení opravňovalo ke zřizování ošetrovatelských škol a stanovilo jejich organizační jednotku a obsah výuky. Ošetrovatelská škola mohla být zřízena pouze při nemocnici zajišťující nácvik praktických dovedností. Česká ošetrovatelská škola byla založena společně s německou v roce 1914. Délka studia byla stanovena na dva roky. Bohužel otevření se oddalovalo z důvodu vypuknutí 1. světové války. **K otevření první české Státní ošetrovatelské školy došlo až v roce 1916 v Praze, v Ječné ulici.** Současně s ní byla otevřena i německá škola pro ošetřování nemocných na Karlově náměstí. **Školy byly zřízeny podle vzoru vídeňské ošetrovatelské školy – Rudolfinerhausu.** Česká škola byla zřízena při Všeobecné nemocnici v Praze a zpočátku mohla přijmout jen 15 studentek ročně. Dle přísného výběru v podobě přijímacích zkoušek z inteligence, počtů a českého jazyka. Následně musely studentky absolvovat čtyřměsíční období studia na zkoušku. Pokud během této krátké doby prokázaly žádoucí vlastnosti, byly přijaty definitivně. První představitelkou školy byla **Františka Fajfrová**. Pracovala jako odborná učitelka dívčí pokračovací školy na Královských Vinohradech. Na počátku 20. století se silně angažovala v ženském hnutí a ošetrovatelství považovala pro ženu za poslání. První rok studia byl především teoretický. Předměty přednášeli významní profesori anatomie - 30 hodin prof. Weigner, fyziologii - 30 hodin prof. Babák, patologii - 20 hodin prof. Prusík, choroby vnitřní prof. Maixner, chirurgie Doc. Dr. Horák, choroby dětské - Doc. Dr. Brlík, choroby kojenecké prim. Dr. Mann, gynekologie prof. Zikmund a další přednášky: kožní choroby, laboratorní metody, administrativa ústavů, zdravotní zákonodárství, sociální péče (Kafková, 1992; Staňková 2001).

**Jednoroční kurzy pro výcvik sester v péči o dítě – od roku 1918 byly zahájeny kurzy vedle dvouletého studia.** Vedením kurzu byla pověřena Božena Březinová. Učebnice pro ošetrovatelskou školu v této době ještě neexistovaly. Studentky se učily ze svých zápisků. Do učebních osnov nebylo možné zavést vyučování ošetrovatelské techniky, jelikož

scházela kvalifikovaná ošetřovatelka. Výuka probíhala ve škole, v nemocnici, přednáškových sálech a laboratořích lékařské fakulty. **Františka Fajfrová** si byla vědoma toho, že vedle sebe potřebuje erudované a zkušené sestry. Pro pomoc se vydala do Vídně a přivezla dvě diplomované sestry – **Annu Marii Hupkovou a Gizelu Bártovou**. Obě dvě získaly místo vrchní sestry ve Všeobecné fakultní nemocnici. Byly pověřeny výukou ošetřovatelské techniky a odpovídaly za výuku přímo na klinice. V červnu 1918 konaly první žákyně české Státní ošetřovatelské školy závěrečné zkoušky. Zkušební komise byla složena z ředitele Všeobecné fakultní nemocnice, představené školy a zástupce ministerstva vnitra z Vídně. Prvních deset absolventek uspělo a **obdrželo diplom Diplomovaná ošetřovatelka nemocných. Rovněž směly nosit odznak diplomované sestry. Absolventky skládaly mezinárodní slib Florence Nightingalové a začaly v roce 1918 nosit první uniformy.** Sociální i mzdové podmínky byly nízké. Pro pozvednutí úrovně došlo k výměnné misce sester po domluvě s Alicí Masarykovou. Americký Červený kříž k nám vyslal několik svých ošetřovatelek a pět českých sester odjelo do zámoří (Kafková, 1992).

**Ošetřovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 při Nemocnici ochrany matek a dětí v Praze – Krči.** Vedl ji od začátku **primář Quido Mann**. Škola byla zpočátku jednoroční, zkrátka z důvodu nedostatku sester zkrácena na půl roku. Samostatný obor dětská sestra vznikl pro odlišnost ošetřovatelské práce u dětí, danou věkovým rozdílem i rozličností nemocí (Brachfeld, Černayová, 1980).

**Ošetřovatelská škola ve správě Československého Červeného kříže – v roce 1920** se ujal vedení Červený kříž. V téže době přicházejí do vedení americké ošetřovatelky. Řízením školy byly pověřeny **Miss Marion G. Parsons**. Jako asistentky zde působily další dvě americké sestry **Miss A.M. Lentel a Miss B. Kacena**. Americké sestry zařídily přímo ve škole vzornou **učebnu ošetřovatelské techniky**. Měla charakter dvoulůžkového pokoje s **modelem pacientky** Mrs. Chase odpovídající výškou i hmotností člověku. Na hlavních vyučovacích klinikách – interní, chirurgické, gynekologicko – porodnické se zasloužily o zřízení školních stanic. Darem od Amerického Červeného kříže se stanice vybavily ošetřovatelskými pomůckami, prádlem, porcelánovým nádobím, příbory apod. Americké sestry pečlivě vyučovaly ošetřovatelské postupy. Zavedly používání zástěn u lůžka nemocného při provádění intimní hygieny. Podávání stravy na podnosech. Další představené české ošetřovatelské školy od roku 1948 **Sylva Macharová, E. Ruth Tobolářová** (Kafková, 1992).

Diplomované sestry usilovaly o zlepšení platových podmínek, dosažení vyšší společenské prestiže a zlepšení sociálních podmínek. Své požadavky chtěly uplatnit v podobě založení organizace, která by jim pomohla vyzdvihnout ošetřovatelské problémy a seznámit širokou veřejnost. **Založení a poslání první české sesterské organizace – Spolek absolventek školy ošetřovatelské.** V roce 1921 založily první absolventky státní ošetřovatelské školy z podnětu amerických sester, které přispěly nejen svým kapitálem, ale především zkušenostmi. Při zrodu společnosti stálo devět diplomovaných sester. Počet se neustále zvyšoval. Činnost spolku podpořili i lékaři Karel Weigner, Ladislav Syllaba, Karel Driml, Arnold Jirásek, Bohumil Albert. Spolek usiloval o povznesení ošetřovatelského stavu a zvýšení odborného vzdělání. Zakládající členky nechaly vyrobit odznak – stříbrná plaketa – na které byl vyobrazena kniha, lékařský znak a lipová ratolest. Byly pořádány přednášky, kurzy. Díky Hospodářské výstavě v Praze v roce 1925 připravil spolek vlastní expozici seznamující návštěvníky se zásadami správného ošetřování kojence a rodičky. Velkým přáním tehdejších sester bylo **vydání časopisu Diplomovaná sestra**, který vycházel až do roku 1941. Postupem času byly zřizovány další ošetřovatelské školy a spolek sester se přejmenoval na **Spolek diplomovaných sester, který fungoval aktivně až do roku 1942.** Nadále organizoval spolek kurzy a přednášky pro sestry. SDS měl také svůj odznak. Snahou byla úprava a sjednocení sesterských uniforem. Velkým úkolem bylo místo civilní sestry představené zodpovídající na službu veškerého civilního ošetřovatelského personálu. Díky SDS došlo ke zřízení sesterských ubytoven, úpravě pracovní doby a dovolené. V roce 1935 byl zaveden **registrační systém** diplomovaných sester v ČSR. Každá sestra obdržela legitimaci s pořadovým číslem, pod kterým byla evidována (Kafková, 1992; Staňková, 2002). Sjezdová činnost diplomovaných sester:

- I. **Sjezd v červenci 1927.** Při sjezdu se diskutovalo o organizačních záležitostech, dalším vzdělávání sester.
- II. **Sjezd diplomovaných sester byl svolán na prosinec 1931.** Představená Ruth Tobolářová navrhla prodloužit délku vzdělání na tři roky. Třetí rok měl být věnován praktickému výcviku. Dále byl sjezd věnován zlepšení sociálních podmínek.
- III. **Celostátní sjezd diplomovaných sester** se konal v Praze v prosinci 1936. Byly řešeny otázky ošetřovatelského vzdělávání, problémům v nemocnici i v ústavech. Výsledkem sjezdu bylo vypracování **Memorenda SDS**. Stalo se vyjádřením požadavků sester, a to v oblastech sociálního postavení a úspěšného vývoje

československého ošetřovatelství. Ze všech sjezdů vyšly sborníky, ve kterých byl uveden program, odborné přednášky a diskuse (Kafková, 1992; Staňková, 2002).

**International Council of Nurses – ICN byla založena v roce 1899 v Londýně.** Tato organizace usilovala o povznesení ošetřovatelského personálu a usilovala o pokrok ve vývoji ošetřovatelství. V roce 1933 splnil český spolek podmínky přijetí na mezinárodním kongresu sester v Paříži. Hlavními požadavky této organizace bylo, aby sesterské organizace byly organizacemi nepolitickými, celostátními, správnými, a aby hájily co nejvyšší úroveň sester. **Usilovaly o nejméně tříleté vzdělání. Po mezinárodním kongresu bylo ošetřovatelství chápáno jako samostatný obor vyžadující znalosti, a který neobnáší pouze plnění lékařských ordinací!** Spolek navázal spolupráci s **Nadací Florence Nightingale, která byla ustanovena v roce 1934.** Organizace se zabývala postgraduálním vzděláváním sester z celého světa, které bylo do té doby organizováno **Ligou Červených křížů při londýnské univerzitě Bedford College.** Mezi absolventkami bylo 14 sester z Československa. Spolupráce SDS s mezinárodními organizacemi se úspěšně rozvíjela (Kafková, 1992; Staňková, 2002).

#### **1.4.1. Počátky anesteziologie a první anesteziologická sestra**

První dochované zmínky o anestezii pochází z roku 3500 př. n. l. a jsou uvedeny v knize Genesis. Na znecitlivění se používalo opium, alkohol či mandragora, a proto se v dnešním slova smyslu nedá říci, že se jednalo o anestézii, nýbrž o jednu její část – tedy analgézi. K zásadnímu obratu v anesteziologii došlo až v 19. století, kdy doktor William Thomas Green Morton předvedl etérovou narkózu. Po 114 dnech etérovou anestezii u nás použil Celestin Opitz. V té době však ještě neexistovala umělá plicní ventilace, a proto se k výkonům v éterové anestezii vybírali pouze pacienti, kteří byli v celkově dobrém stavu a výkon mohl probíhat za spontánního dýchání. Za zakladatele oboru považujeme pana **doc. MUDr. Lva Spinadela, CSc.**, který získal znalosti anesteziologie v zahraničí za 2. světové války a využil je k rozvoji u nás. Právě jím bylo dne 1. ledna 1948 v Ústřední vojenské nemocnici založeno první samostatné anesteziologické oddělení v Československu. Chirurgové pochopili, že další rozvoj chirurgie závisí na vývoji a možnostech anestezie, a že je třeba spolupracovat s odborníky, kteří se věnují této problematice. V roce 1952 dochází k založení

Anesteziologické komise chirurgické sekce Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně (dále jen ČSCHS). Pod vedením doc. MUDr. Jiřího Hodera, CSc. se ČSCHS zasloužila o vybudování anesteziologické služby a v roce 1961 o uznání anesteziologie jako samostatného lékařského oboru. Anestezii v počátcích jejího rozvoje nevedli lékaři. Jejím podáváním byli pověřeni zřízenci pracující na operačním sále, a pokud nebyli přítomní, zhostili se tohoto úkonu nejmladší chirurgové. Po konci 2. světové války přešla anestezie plně do rukou lékařů. Až do roku 1970 byly asistováním lékaři při anestezii pověřeny instrumentářky **Za první anesteziologickou sestru považujeme paní Alenu Stárkovou Palečkovou. Paní Alena Stárková-Palečková se narodila v Sedlčanech 22. ledna 1925. V roce 1944 odmaturovala na gymnáziu a v letech 1944–1946 studovala na Ošetřovatelské škole kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského na Malé straně v Praze.** Po studiu nastoupila do odborné knihovny Spojených farmaceutických závodů SPOFA v Praze a následně byla pozvána ke spolupráci na anesteziologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice primářem MUDr. Levem Spinadalem. Na anesteziologickém oddělení začala pracovat 1. listopadu 1949. Před paní Stárkovou-Palečkovou, jako první oficiální anesteziologickou sestrou, pracovalo na anesteziologickém oddělení několik sester, které si primář Spinadel půjčoval z různých oddělení, jejich spolupráce však byla vždy jen krátkodobá. Anesteziologické oddělení v Ústřední vojenské nemocnici bylo zřízeno jako první v tehdejší Československu k 1. lednu roku 1948. Sestra Stárková-Palečková se postupně zapracovala k pečlivé spolupráci s anesteziologem, ale také do provádění celkové anestezie včetně laryngoskopie a endotracheální intubace po podání myorelaxancia. Pokud primář Spinadel nebyl přítomen, prováděla sestra Stárková-Palečková celkové anestezie sama podle požadavků chirurgů. **Stala se nezbytnou součástí týmu a díky její přesné práci a promyšlené organizaci probíhaly operační programy plynule a anesteziologické výkony přesně a bez komplikací.** Po zapracování byla pověřena primářem Spinadalem školením několika vybraných sester v anesteziologické instrumentaci a vyučovala na střední zdravotnické škole. Na základě rady primáře paní Stárková-Palečková **napsala Asociaci amerických anesteziologických sester** do Chicaga a požádala je o zasílání jejich časopisu. I přes nemožnost platit si v té době předplatné časopisu ji bylo vyhověno a časopis **Journal of the American Association of Nurse Anesthetists jí docházel od roku 1950 až do poloviny osmdesátých let.** V tomto časopise byl každoročně zveřejňován seznam členek, mezi nimiž byla po řadu let uváděna i paní

**Alena Stárková-Palečková jako jediná sestra nejen z Československa, ale i z celé Evropy.**

V roce 1961 vydal profesor Pokorný společně s paní Stárkovou-Palečkovou knihu s názvem **Anesteziologická technika**, ve které byly popsány technické aspekty anesteziologického provozu. Velmi rychle byla tato kniha vykoupena, proto ji v roce 1964 následovalo druhé rozšířené vydání. Alena Stárková-Palečková v těchto dvou knihách podrobně popsala zvláštnosti práce anesteziologické sestry. Na základě této knihy pak bylo možné odborně připravovat další anesteziologické sestry pro jakékoliv pracoviště. Po srpnové okupaci Československa v září roku 1968 emigrovala většina lékařů na západ. Klinická základna subkatedry, kterou bylo i anesteziologické oddělení v Institutu klinické a experimentální medicíny, zůstala zcela bez lékařů. Tehdejší ředitel 1. lékařské fakulty prof. MUDr. Jan Knobloch DrSc. přenesl základnu subkatedry do Ústřední vojenské nemocnice a pověřil dočasně jejím vedením profesora Pokorného. V roce 1969 následovalo jmenování profesora Pokorného do funkce vedoucího subkatedry. Profesor Pokorný pozval ke spolupráci sestru **Stárkovou Palečkovou, která se tak stala odbornou instruktorkou subkatedry a pracovnící 1. lékařské fakulty. Dne 1. ledna 1970 vystavila Americká asociace anesteziologických sester paní Aleně Stárkové-Palečkové diplom – Certified Registered Nurse Anesthetist – Diplomovaná registrovaná anesteziologická sestra.** Profesor Pokorný společně se sestrou Stárkovou-Palečkovou přešel dne 1. února 1973 z Ústřední vojenské nemocnice do Fakultní nemocnice v Motole, kde sestra Stárková-Palečková pracovala jako odborná instruktorka mnoho let až do důchodu. Od anesteziologické sestry se očekávala erudice při údržbě materiálu, znalost chodu narkotizačních přístrojů, umění čelit technickým závadám, zajištění dokonalé asepse, znalost farmakologie a mnoho dalších činností. Anesteziologická sestra si je vědoma toho, že každý přestupek může mít závažné následky v průběhu anestezie. O všechny znalosti se musela každá anesteziologická sestra postarat svým přičiněním, a hlavně usilovným sebevzděláváním, protože tehdejší vzdělávání na zdravotnických školách neposkytovalo dostatek možností k získávání anesteziologických vědomostí (Pokorný, Bohuš, 1996).

## 1.5. Změny v kvalifikačním vzdělávání po roce 1945

V roce 1946 vzrostl počet ošetřovatelských škol na 32 v celém Československu. **Vyšší ošetřovatelská škola v Praze vychovávala sestry pro práci na vedoucích místech.** Vyšší ošetřovatelská škola byla splněným snem sester. Vedoucí funkce kladly na sestry požadavky. Především na znalosti psychologické, pedagogické, administrativní a organizační. I při velkých nepřízních byla škola otevřena pod vedením diplomovaných sester J. Hennerové a M. A. Šindlerové. Československý Červený kříž investoval do zařízení a věnoval vlastní budovu. **První ředitelkou byla Jarmila Roušarová.** Účelem školy bylo připravit vybrané diplomované sestry na vedoucí místa v ústavech, ošetřovatelských školách a v péči sociálně zdravotní. **Výuka VOŠ byla zahájena v roce 1946 s 30 studentkami, z nichž 18 sester bylo civilních, 12 řeholních. V roce 1947 bylo absolventkám předáno vysvědčení spolu s odznaky a absolventky se ujaly práce na vedoucích pozicích** (Kafková, 1992).

**Na počest 30. výročí první ošetřovatelské školy v listopadu 1946, byl konán jubilejní sjezd diplomovaných sester.** Tento sjezd byl organizován E. Ruth Tobolářovou ze Zemské ošetřovatelské školy. Sjezd se konal v Purkyňově ústavu Lékařské fakulty. Na tomto sjezdu zazněla **Píseň ošetřovatelek.** Výsledkem pracovního sjezdu sester se stala rezoluce pojednávající o nezbytných opatřeních nutných ke zdárnému vývoji československého ošetřovatelství. **Zákon o mimořádných ošetřovatelských diplomových zkouškách a doplňovacím výcviku ošetřovatelského personálu v roce 1947.** Tento zákon umožnil ošetřovatelkám s 15 letou praxí nebo s 10 letou praxí s půlročním teoretickým kurzem získat **diplomovou kvalifikaci složením zkoušky.** Ostatním sestrám bylo umožněno doškolení při zaměstnání. V listopadu téhož roku byla **nařízena Úprava platových a služebních poměrů státních a jiných veřejných zaměstnanců, byly upraveny a zvýšeny platy civilním ošetřovatelkám.** **V roce 1948 byl vydán Zákon o základní úpravě jednotného školství** přinášející změny ošetřovatelských škol, které byly zařazeny do soustavy vyšších odborných škol III. stupně s názvem **Vyšší sociálně zdravotní školy,** které byly řízeny Ministerstvem školství, věd a umění. Od počátku školního roku 1949/50 byly zavedeny nové učební plány a osnovy. **Výuka trvala 4 roky a byla zakončena maturitní zkouškou. Ke studiu byly přijímány dívky věku 14–15 let.** Vyšší sociálně zdravotní školy se členily na větev ošetřovatelek, dětských sester, zdravotnických pracovníků, sociálních

pracovnic, porodních asistentek, zdravotních a zubních laborantů a pracovních v oboru výživy. Studium mělo společný základ a od třetího ročníku bylo oborově zaměřeno (Kafková, 1992).

**Zákon z roku 1951 o středních zdravotnických pracovních určoval povinnosti.** Všem pracovníkům dával stejné platové zařazení a stejné společenské postavení. Tento zákon ruší ošetřovatelky a sociální pracovníce a **vytváří jednotný typ – SZP.** Mezi střední zdravotnické pracovníky se řadí: zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky – později ženské sestry, dietní sestry, rehabilitační pracovníci, sanitární pracovníci, skupina laborantů – zdravotních, rentgenologických, lékárenských a zubních a oční optici (Kafková, 1992).

**Od roku 1950/51 byly Vyšší sociálně zdravotní školy přejmenovány na Vyšší zdravotní školy** a byly otevřeny další obory jako **rehabilitační pracovník, asistent hygienické služby, farmaceutický laborant, radiologický laborant.** Od roku 1953 byly Vyšší zdravotní školy řízeny Ministerstvem zdravotnictví. **V roce 1954 byla škola změněna na Zdravotnickou školu. Zákon o soustavě výchovy a vzdělávání v roce 1960, podle kterého všechny školy a výchovná zařízení tvořily jednotný systém. Na základě zákona byl změněn název školy na Střední zdravotnickou školu.** Období 1968–1969 se projevilo odklonem od jednotného školství. Po roce 1968 došlo k promítnutí politických a společenských změn do učebních plánů a osnov vydaných k 1. 9. 1972. **Obsah vzdělávání byl orientován na metody práce v týmu tvořící lékařem, SZP a nižším zdravotnickým personálem.** V červnu roku 1976 byl schválen plán Dalšího rozvoje československé výchovně vzdělávací soustavy. Reforma kladla důraz na reformu středního školství. Základní škola byla snížena na osm let, povinná školní docházka na deset let. Nová koncepce školství se na Středních zdravotnických školách projevila změnou učebních plánů ve školním roce 1984/1985 (Staňková, 2002).

## **1.6. Vznik celoživotního vzdělávání**

Koncem padesátých let 20. století se prokázala nutnost celoživotně vzdělávat sestry na základě rychlého medicínského pokroku. **V roce 1960 vznikl Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovních v Brně a v Bratislavě.** Tento institut postupně převzal další vzdělávání sester např. instrumentáček nynějších perioperačních sester. Jeho



nejvyšší formou se stalo specializační studium zakončené atestační zkouškou. V současnosti se jedná o NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu**, (zrušen k 1. 4. 2012) udával, že každý zdravotnický pracovník je povinen se dále soustavně vzdělávat. **Mezi první specializace patřilo „Instrumentování na operačním sále“ a „Sociální služba“**. Později, po vydání vyhlášky č. **72/1971 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví** již měly sestry možnost absolvovat pomaturitní specializační studium **v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní terapie**. Následně došlo ke změně náplně práce sálové sestry, kdy už sestra neasistovala při podávání anestezie, ale tato kompetence byla předána anesteziologické sestře (Kordulová, 2016). V roce 1960 bylo na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy **otevřeno vysokoškolské studium pro sestry – učitelky ošetřovatelství**. Studovaly kombinaci dvou oborů **Psychologie – péče o nemocné**. Výuka probíhala při zaměstnání a trvala šest let. Organizačně patřilo Filozofické fakultě, iniciátorem byla Fakulta všeobecného lékařství a to **III. interní klinika**, specializovaná na ošetřovatelství, **včele s prof. MUDr. Vladimírem Pacovským**. V roce 1971 se obor změnil na kombinaci oboru **Pedagogika – péče o nemocné**. Od roku 1980 probíhalo studium v denní formě v délce pěti let. Krátce bylo realizované studium **Péče o nemocné**. **V roce 1987 bylo toto studium Učitelství pro zdravotnické školy otevřeno na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci**. **Realizovala ho Katedra Antropologie a zdravovědy ve spolupráci s Lékařskou fakultou**. Toto studium v Olomouci stále probíhá (Staňková, 2002). Z hlediska publikační činnosti vycházel časopis **Zdravotnická pracovnice**. Od roku 1970 byl obohacen pravidelnou vědecko – výzkumnou přílohou **Československé ošetřovatelství**. **Od roku 1989 časopis Sestra** (Staňková, 2002).

## **1.7. Významná osobnost českého ošetřovatelství Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc**

Narodila se 12. 2. 1938 a zemřela 13. října 2003 ve věku 65 let. V letech 1956–1959 pracovala jako sestra na chirurgii v nemocnici ve Svitavách. V letech 1960–1968 se stala učitelkou na Střední zdravotnické škole ve Svitavách a poté v Praze. Jako odborná

asistentka na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze přednášela od roku 1968 až do roku 1999 ošetřovatelství. Další tři roky pracovala jako ředitelka odboru vzdělávání a vědy MZ ČR. Od roku 1993 až do konce svého života působila jako docentka ÚTPO 1. LF UK. Od roku 1971 do roku 2000 pracovala jako aktivní členka **České asociace sester**. Byla iniciátorkou zavedení **registrace sester**. Od vzniku časopisu *Sestra* pracovala jako předsedkyně redakční rady. Reflekovala na modernizaci českého ošetřovatelství a kvalitu sesterského vzdělávání. Velmi dobře věděla, že je nutná mezinárodní komunikace a aktivity s nimi spojené. Od roku 1985 do roku 1995 pracovala jako reprezentant v pracovní skupině evropských sester pracujících ve výzkumu – WENR. V roce 1991 byla jmenována členkou americké společnosti Sigma Theta Tau – Honor Society of Nursing. Od roku 1997 byla členkou další americké společnosti **Transcultural Nursing Society**. Zhruba od roku 1981 pracovala s WHO/EURO jako dočasný poradce, účastník programu vývoje ošetřovatelství, vedoucí centra WHO pro mezinárodní ošetřovatelskou studii FVL UK v Praze. Byla členkou poradní skupiny **LEMON**. V roce 1995 se stala členkou redakční rady časopisu **International Journal of Nursing Practice**. V letech 1998–2000 byla vedoucím realizačního **týmu projektu Leonardo da Vinci**. Paní docentka se stala autorkou **konceptu ošetřovatelství**. Vytvářela podmínky vzniku bakalářských oborů na vysokých školách, usilovala o vznik magisterských oborů. Byla zastánkyně názoru, že studovat ošetřovatelství mohou jen sociálně zralí jedinci nikoliv žáci základních škol. Z toho důvodu usilovala o vzdělávání sester na vyšších a vysokých školách. Mezi její záliby se řadily historické prameny ošetřovatelství – staré dokumenty, knihy, odznaky apod. Rozvíjela se v publikační činnosti. Stala se autorkou 160 odborných článků v domácích i zahraničních časopisech. Napsala čtyři ošetřovatelské učebnice a byla spoluautorkou 51 monografií, učebnic a skript. Publikace byly zaměřeny na ošetřovatelskou péči, ošetřovatelský proces, vzdělávání, výzkum, historii. Významné byly také její příspěvky k formování oboru ošetřovatelství na poli politiky. Stala se autorkou praktických příruček pro sestry – **České ošetřovatelství**. Paní docentka žila společenským životem u nás i v zahraničí. Ve světě byla uznávaná jako významná osobnost českého ošetřovatelství. V roce 2001 byla vyhlášena Sestrou roku za celoživotní dílo v ošetřovatelství (Škubová, Chvátalová, 2004).

## **Kontrolní otázky**

1. Kdy vzniklo profesionální ošetřovatelství u nás a ve světě?
2. Jaký je největší přínos Alice Masarykové pro české ošetřovatelství?
3. Kdy vznikla Střední zdravotnická škola?
4. Jaké jsou naše nejvýznamnější specializace?
5. Která z významných osobností odebírala časopis Journal of the American Association of Nurse Anesthetists?
6. Od kterého roku bylo možné studovat obor Pedagogika – Péče o nemocné v denní formě studia?

## Použitá a doporučená literatura

BRACHFELD, K., ČERNAYOVÁ, E. Pediatrie I. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1980. 252 s

KAFKOVÁ, V. Z historie ošetřovatelství. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3

KORDULOVÁ, P. Historický přehled vzdělávání perioperační sestry v urologii. Solen: Urologie pro praxi, 2016. Ročník 17, č. 5, 238-242 s. ISSN 1213-1768

KYBAL, V. Svatá Anežka Česká: historický obraz ze 13. století. Pontes Progeneses, 2001. 316 s. ISBN 80-86263-14-2

POKORNÝ, J., BOHUŠ, O. Anesteziologie a resuscitace v ČR a SR na cestě k oborové samostatnosti. Praha: Pražská vydavatelská společnost, 1996. 184 s. ISBN 80-85369-36-2

SCHOTT, H. Kronika medicíny. Praha: Fortuna Print spol. s.r.o., 1997. 648 s. ISBN 80-85873-16-8

STAŇKOVÁ, M. České ošetřovatelství 11. Sestra – reprezentatnt profese. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6

STAŇKOVÁ, M. Galerie historických osobností. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 86 s. ISBN 80-70-13-329-5

STAŇKOVÁ, M. Z historie charitativní a řádové ošetřovatelské péče. In Sestra, 2003, roč. XIII, č. 6, s. (odkaz na mimořádnou přílohu časopisu)

SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. Dějiny lékařství v českých zemích. Praha: TRITON, s.r.o., 2004. 246 s. ISBN 80-7254-424-1

ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. Sestra. O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový  
smysl. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 140 s. ISBN 80-7013-407-0

## 2. Ošetřovatelství jako vědní obor

*Mgr. Pavla Kordulová*

### Obsah kapitoly

- Obor ošetřovatelství
- Moderní ošetřovatelství
- Cíle ošetřovatelství
- Charakteristické rysy ošetřovatelství
- Definice sestry
- Koncepce ošetřovatelství
- Etický kodex sester

### 2.1. Obor ošetřovatelství

**Ošetřovatelství je mladá a samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických včetně sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.** Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocným lidem a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede pacienty k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Pacientům, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči (Věstník č. 9- MZ ČR, 2004).

## 2.2. Moderní ošetřovatelství

Moderní ošetřovatelství je prováděno **na základě vědeckých poznatků**, kde je člověk chápan jako holistická (celostní) bytost a sestry **ve své praxi využívají výsledků Evidence Based Practice – praxe založená na důkazech**. Ošetřovatelská péče je aktivní činnost a je prováděná prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Péči poskytuje tým ošetřovatelských pracovníků složený z pracovníků různých profesí (všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, sanitář, nutriční terapeut apod). **Ošetřovatelství členíme na základní obory a aplikované obory**. Mezi **základní obory** řadíme teorii ošetřovatelství, historii ošetřovatelství, metodologii ošetřovatelství, potřeby nemocných, ošetřovatelský proces. **Mezi aplikované obory** řadíme ošetřovatelství v interních, chirurgických, pediatrických, gynekologicko – porodnických, rehabilitačních, komunitních oborech (Plevová et al., 2011).

Moderní ošetřovatelství disponuje:

- Filozofií – **Holismus** (člověk je jeden celek, kdy porucha jedné části vyvolá poruchu celého systému)
- Předmětem zkoumání – **Metaparadigma** – 4 činnosti (člověk, zdraví, prostředí, ošetřovatelská činnost prezentovaná sestrou)
- Teorii oboru – **Paradigma** – koncepční modely a teorie Nortonové, Gordonové, Oremové apod....
- **Metodologií– Ošetřovatelský proces**
- **Výzkumem** v ošetřovatelství
- **Systémem** vzdělávání
- **Národními a mezinárodními sesterskými organizacemi** (Plevová et al., 2011).

## 2.3. Cíle ošetřovatelství

**Hlavním cílem** ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování cílů sestry úzce spolupracují s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky (Věstník č. 9- MZ ČR, 2004).

## 2.4. Charakteristické rysy ošetřovatelství

Mezi charakteristické rysy řadíme:

1. Poskytování aktivní ošetřovatelské péče sestrou.
2. Poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu.
3. Poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem – EBP.
4. Holistický přístup k nemocnému.
5. Preventivní charakter práce.
6. Poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (Věstník č. 9- MZ ČR, 2004).

## 2.5. Definice sestry

Sestra je osoba s ukončeným všeobecným ošetřovatelským vzděláním, která smí na základě platné právní regulace pracovat ve své zemi jako sestra. Základní ošetřovatelské vzdělání je formálně uznaný studijní program, který studentovi poskytne široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetřovatelství, který student potřebuje pro všeobecnou ošetřovatelskou praxi, pro řídicí úlohu a pro navazující specializační studium, nebo navazující studium potřebné k výkonu odbornější ošetřovatelské praxe.

Sestra je oprávněna:

1. Zapojovat se do všeobecné ošetřovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních.
2. Vyučovat témata spadající do zdravotnické péče.
3. Plně se zapojovat do zdravotnického týmu.
4. Dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetřovatelství a zdravotnické péči a školit je.
5. Zapojovat se do výzkumu (Plevová et al., 2011).

Všeobecná sestra je představitelkou poměrně mladého vědního oboru Ošetřovatelství.

Oblastí zájmu ošetřovatelství je aktivní vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních



potřeb zdravých a nemocných lidí. Cílem je zejména zajištění podpory a udržení zdraví, snaha o navrácení zdraví a tam kde již není navrácení zdraví možné, zmírnit utrpení a zajistit klidnou a důstojnou smrt (Plevová et al., 2011).

## 2.6. Koncepce ošetřovatelství

Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob. **Koncepce ošetřovatelství je uvedena ve Věstníku č.9 – MZ ČR z roku 2004.** Tato koncepce vycházela z Koncepce ošetřovatelství České republiky z roku 1998, respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetřovatelství a porodní asistence v 21. století. Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetřovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetřovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení (Věstník č. 9- MZ ČR, 2004).

## 2.7. Etický kodex sester

**Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953.** Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003. **Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví,**

**předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení.** Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je **respektování lidských práv**, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta. Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů (Plevová et al., 2011).

**KODEX ICN** Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

1. Sestry a spoluobčan.
2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe.
3. Sestry a profese.
4. Sestry a jejich spolupracovníci (Plevová et al., 2011).

Etický kodex pro sestry připravený ICN **poskytuje návod** k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Smysluplný bude jedině tehdy, pokud to bude používaný dokument a bude aplikován ve skutečné ošetrovatelské a zdravotnické péči v měnící se společnosti. Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při své práci. Musí být k dispozici studentům v průběhu studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života (Plevová et al., 2011).

### **Kontrolní otázky**

1. Definujte moderní ošetřovatelství.
2. Vymezte koncepci ošetřovatelství.
3. Vymezte cíle ošetřovatelství.
4. Popište etický kodex.

## **Použitá a doporučená literatura**

PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., JANÍKOVÁ, E., JAROŠOVÁ, D., MACHOVÁ, A., SIKOROVÁ, L., SLOWIK, R., TOMAGOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetřovatelství I. Praha: Grada, s.r.o., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3

PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., VRUBLOVÁ, Y., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetřovatelství II. Praha: Grada, s.r.o., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0

Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004. In *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, částka 9, s. 2-8.

### 3. Potřeby nemocných v ošetřovatelství

*Mgr. Pavla Kordulová*

#### Obsah kapitoly

- Základní dělení potřeb
- Maslowova klasifikace potřeb a ošetřovatelství
- Maslowova charakteristika seberealizované osobnosti
- Proces uspokojování potřeb
- Holismus
- Modifikace potřeb v souvislosti s hospitalizací
- Využití poznatků o potřebách lidí v práci sestry

Člověk je jedinečná, zvláštní, originální integrace biologických, psychických, duchovních a sociálních prvků, je společenskou bytostí, uvědomující si a potvrzující samu sebe ve vztahu k druhému člověku a ke společnosti (Plevová et al., 2011).

#### 3.1. Základní dělení potřeb

Život člověka je naplněn neustálým uspokojováním různých potřeb, z nichž **primární (základní životní) potřeby** jsou zcela zásadní pro lidskou existenci (např. jídlo, vzduch, voda, spánek, odpočinek) a **sekundární (vyšší) potřeby** vytvářejí pocit fyzické i psychické životní pohody (např. jistota, bezpečí, estetika). Vyšší potřeby se vyvíjejí na podkladě primárních potřeb a jsou na rozdíl od základních životních potřeb velmi individuální. Tyto vyšší potřeby a způsoby jejich uspokojování vytvářejí v životě každého člověka určitou **hodnotovou orientaci**. Obecně lze říct, že potřeby člověka jsou stavem **interakce** mezi organismem a prostředím, kdy subjektem je člověk a objektem cokoliv, co uspokojuje jeho potřeby. Potřeba uskutečňovat v životě určitý záměr nebo cíl vede k řízení vlastní činnosti a jednání, k **utváření vlastní osobnosti** (Trachtová et al., 2013).

Celá škála potřeb se vyskytuje ve všech věkových obdobích člověka. Uspokojování všech potřeb již od narození dítěte je důležité pro zdravý vývoj lidského jedince. Pokud jedinec

onemocní, je proces uspokojování potřeb narušen, a tím může dojít k narušení jeho vývoje. I když je tento proces známý, ve zdravotnických zařízeních se zaměřují na potřeby biologické a potřeby psychosociální jsou považovány za nesouvisející s léčbou. Dále potřeby můžeme dělit na biologické, psychické, sociální a spirituální (jednotlivé potřeby však spolu souvisí a prolínají se mezi sebou) (Tóthová, 2014).

- **Potřeby biologické** – řadíme mezi ně potřebu dýchání, výživy, hydratace, vyprazdňování, tepla, hygieny, být bez bolesti, potřebu stimulace rozvíjející nervovou soustavu a lokomoci – to vše úzce souvisí s psychickými aktivitami. Biologické potřeby výrazně přesahují do potřeb psychických a sociálních např. potřeba péče zabezpečující rozvoj sil a schopností organismu, a to v oblasti imunologické, psychomotorické a psychosociální. Jsou vývojově nejstarší, společné pro lidi i zvířata a jejich neuspokojení se do chování člověka může promítat jako podrážděnost, neochota, nespoupráce, nepozornost, agrese (Tóthová, 2014).
- **Potřeby psychické** – souvisí s potřebami sociálními a navazují na potřeby biologické, jejich uspokojení umožňuje rozvoj v oblasti citů, intelektu, vůle, chování, chápání sama sebe, okolí a společenských hodnot. Patří sem potřeba náležitého přívodu podnětů – dostatečná a kvalitní stimulace již od narození, potřeba smysluplnosti světa – řádu a smyslu v přijímaných podnětech, potřeba jistoty – citový vztah k matce a otci. Potřeba vědomí vlastní identity, potřeba otevřené budoucnosti – naděje proti beznaději. Při neuspokojení psychických potřeb se jedinec nebude schopen přizpůsobit společnosti a bude se chovat zvláště, svým způsobem asociálně a deprivovaně (Tóthová, 2014).
- **Potřeby sociální** – souvisí s psychickými. Jsou velmi nutné k socializaci dítěte. Patří sem potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí člověka (takového, jaký je), potřeba identifikace s dítětem a rozvinutí jeho sil a schopností. Faktorem nutným pro uspokojování potřeb, a to především psychosociálních, je sociální prostředí. Sociální svět ovlivňuje člověka a klade důraz na vzájemnou propojenost, provázanost (Tóthová, 2014).
- **Potřeby spirituální** – nebo také duchovní, jsou potřeby pro rozpoznání a následnou práci velmi složité. Jsou obtížně sdělitelné, vycházejí z životních jistot člověka, které během života hledá. Pro jednoho jsou něčím (hlubiny duše, osud aj.), pro druhého jsou místem setkání s někým (s Bohem, s nejhlubším tajemstvím). Při uspokojování

spirituálních potřeb se tedy nejedná pouze o zajišťování náboženských potřeb jedincům v církvích, ale bere se ohled na duchovní rozměr, který má každá bytost, bez ohledu na její osobní přesvědčení (Tóthová, 2014).

### **3.2. Maslowova klasifikace potřeb a ošetřovatelství**

**Abraham Harlod Maslow** patří mezi zakladatele základních lidských potřeb. Maslowovu hierarchii lidských potřeb definoval v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb od nejnižších po nejvyšší – společně tvoří pomyslnou "pyramidu". S touto pomyslnou pyramidou pracují zdravotníci po celou dobu, je součástí diagnostiky a posouzení lidských potřeb (Trachtová et al., 2013).

**Podle této teorie má člověk pět základních potřeb:**

1. fyziologické potřeby
2. potřeba bezpečí a jistoty
3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti
4. potřeba uznání, úcty
5. potřeba seberealizace

První čtyři kategorie označuje Maslow jako nedostatkové potřeby a pátou kategorii jako potřeby existence – bytí nebo růstové potřeby (Trachtová et al., 2013).

Základní lidské potřeby jsou potřeby, které mají přirozenou povahu a jsou spjaty s existencí jednotlivce jako lidské bytosti. Proto o nich musíme uvažovat jako o skutečnostech, které patří k závazným. Abychom je znali, musíme je studovat, a měli bychom je respektovat, abychom podporovali jejich pozitivní efekt pro zdraví a hodnotný život. Respektovat základní lidské potřeby neznamena vycházet vstříc jakýmkoliv požadavkům a přáním jednotlivce – jde zde o ty potřeby, jejichž uspokojení má na zdraví a hodnotný způsob života člověka vždy pozitivní vliv. Fyziologické potřeby jsou základní potřeby lidského organismu a mají nejvyšší prioritu. Obecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však není možné tvrdit zcela bezvýhradně a je dokázáno, že uspokojování vyšších potřeb – estetických, duchovních, může napomoci v krajních situacích – nouze, nedostatku, strádání lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena či

znemožněna. **Za nejvyšší považuje Maslow potřebu sebeaktualizace**, čímž označuje lidskou snahu naplnit svoje schopnosti a záměry. Abraham Maslow vycházel ze svého přesvědčení, že výkon pracovníků je možné zvyšovat až k přirozeným fyziologickým hranicím, pokud budou uspokojovány nejen materiální, ale i potřeby seberealizace, sebeaktualizace, sebeuskutečnění, sociální sounáležitosti k někomu nebo k něčemu, tvořivosti, bezpečí, jistoty, postavení apod. Paradoxem bývá, že někteří lidé o seberealizaci nestojí a jsou motivováni jen nižšími fyziologickými potřebami, klidem a pohodlím (Trachtová et al., 2013).

**Fyziologické potřeby** jsou základní potřeby lidského organismu a mají nejvyšší prioritu. Skládají se převážně z těchto potřeb: potřeba dýchání, potřeba regulace tělesné teploty, potřeba tělesné integrity, potřeba vody, potřeba spánku, potřeba přijímání potravy, potřeba vylučování a vyměšování, potřeba pohlavního styku (Trachtová et al., 2013).

Jakmile jsou naplněny fyziologické potřeby, začnou narůstat **potřeby jistoty**: jistota zaměstnání, jistota příjmu a přístupu ke zdrojům, fyzická bezpečnost – ochrana před násilím a agresí, morální a fyziologická jistota, jistota rodiny, jistota zdraví (Trachtová et al., 2013).

Po **naplnění fyziologických** potřeb a potřeb bezpečí přichází terciální vrstva – **sociální potřeby**. Ty se všeobecně skládají z citových vztahů – přátelství, partnerský vztah, potřeba mít rodinu (Trachtová et al., 2013).

**Potřeba seberealizace.** Kurt Goldstein zavedl pojem sebeaktualizace, někdy označován tento pojem jako seberealizace. Jedná se o instiktivní potřebu naplnit své schopnosti a snahu být nejlepší verzí svého já. Maslow definoval seberealizované osoby tak, že přijímají okolnosti života, včetně sebe sama. Namísto toho, aby je odmítali nebo se jim vyhýbali. Dále jsou spontánní v tvorbě svých myšlenek a činů. Jsou tvořiví. Zajímají se o řešení problémů, i o řešení problémů jiných lidí. Řešení problémů hraje klíčovou roli v jejich životě. Cítí blízkost jiných lidí a všeobecně si váží života. Mají vnitřní etiku, která je nezávislá od vnější autority. Posuzují jiné lidi bez předsudků, způsobem, který je možno považovat za objektivní (Trachtová et al., 2013).



**Sebetranscendence** – stojí na vrcholu pomyslné pyramidy. Je nazývána také jako duchovní potřeba. Maslow věřil, že bychom měli zkoumat i vrcholné zážitky – krátké a zřídka momenty inspirace, extáze, uvolnění tvořivé energie, jakož i cestu k dosahování osobního růstu a naplnění. Jednotlivci s největšími předpoklady k dosahování vrcholných zážitků jsou sebeaktualizováni, zralí, zdraví a sebenaplnění. **Každý člověk je schopný mít vrcholné zážitky.** Lidé, kteří je nemají, je nějakým způsobem potlačili nebo zabránili jejich vzniku (Trachtová et al., 2013).

### 3.3. Maslowova charakteristika seberealizované osobnosti

- Osobnost je realistická, vidí život jasně a je ve svých názorech objektivní.
- Vyznačuje se vnímavostí a rozhodností.
- Rozeznává, co je správně a co ne.
- Bývá obvykle přesná v předvídání budoucnosti.
- Rozumí umění, hudbě, politice a filozofii.
- Dokáže být pokorná a pozorně naslouchá druhým.
- Je oddaná určité práci, povinnosti, úloze či povolání.
- Vysoce tvořivá, flexibilní, spontánní, odvážná a nebojí se dělat chyby.
- Otevřená novým myšlenkám.
- Má zdravou sebedůvěru a sebeúctu. Váží si sama sebe.
- Nekonfliktní.
- Přijímá svět takový, jaký je (Trachtová et al., 2013).

I když se Maslowovy potřeby předkládají v jisté hierarchii, musí je sestry a pacienti seřadit dle priorit. Lidé se mění, vyvíjejí a totéž platí i o jejich potřebách. Podle situace může sestra pomoci nemocnému uspokojit potřebu ihned nebo postupuje po částech od jedné k další, případně se věnuje po určitou dobu pouze jedné potřebě. **Potřeby vyplývající z ohrožení života jsou však prioritní.** Seřazování potřeb je ovlivněno socio – ekonomickými a kulturními poměry člověka (Trachtová et al., 2013).

### 3.4. Proces uspokojování potřeb

K procesu uvědomění si potřeby a nutnosti uspokojit ji dochází vždy v situaci objektivního nedostatku nebo přebytku něčeho uvnitř nebo kolem nás, který vyvolá nelibý pocit (např. hlad, bolest, strach). Jedinec svou potřebu dále zpracovává, dává jí hodnotový a emocionální vztah a výsledkem těchto faktorů je **motivace**, která vyvolá reakci vedoucí ke konkrétní činnosti, k naplnění potřeby a k pocitu libosti. **Frustraci** nazýváme dlouhodobý stav nelibosti a nepohody, který vzniká u člověka, objeví – li se překážka bránící uspokojení potřeby. Takovou překážkou může být i onemocnění a všechny nepříjemné okolnosti, které přináší. **Frustrace** pak negativně ovlivňuje průběh nemoci a její prožívání konkrétním člověkem. **Proces uspokojování potřeb je ovlivňován:**

- a.) Obecnými faktory (pohlaví, věk, tělesné a psychické dispozice).
- b.) Individuálními osobnostními faktory (vzdělání a výchova, rodinný stav, ekonomická úroveň).
- c.) Společenskými faktory (celkový životní standard).
- d.) Některými patologickými stavy (bolest, horečka, imobilizace aj.) (Trachtová et al, 2013).

**Motivace** je psychologický proces, který aktivuje naše chování a dává mu účel a směr. Je to interní hnací síla ženoucí nás k uspokojení našich nenaplněných potřeb. Hnací síla vedoucí k dosažení osobních a organizačních cílů. Zkrátka vůle něčeho dosáhnout. Lidské chování je téměř vždy něčím motivováno. Navíc je však ovlivňováno biologickými, kulturními a situačními aspekty (Trachtová et al., 2013).

#### **Pojmy související s motivací:**

- Hodnota – odpovídá potřebě člověka, co potřebuje.
- Potřeba – prožívaný nedostatek něčeho, co má pro člověka hodnotu.
- Stimul – vnější podnět, pobídka přicházející z okolí.
- Motiv – vnitřní pohnutka, příčina chování určující směr a intenzitu chování.
- Cíl – cíle si člověk stanovuje sám, aby dosáhl uspokojení svých potřeb.
- Přesvědčení – něco čemu člověk o sobě a osvětě kolem nás věří (Trachtová et al., 2013).

Teorie potřeb jsou nejznámější teorie motivace. Lidé jsou poháněni hybnou silou dosáhnout maximálního potencionálu, ovšem pokud se jim nedostaví překážky. **Mezi**

**překážky se řadí: hlad, žízeň, finanční problémy a vůbec vše, co brání v jejich plném rozvoji.** Tato teorie tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami a že tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu, která je tvořena dvěma hlavními skupinami:

- Potřebami odstranění nějakého nedostatku **D – potřeby**, jako Deficiency Needs.
- Potřebami dosažení něčeho **B – potřeby**, jako Being Values.

Nejsou – li uspokojeny **D – potřeby**, dochází k úzkosti a snaze odstranit nedostatek, snaze zaplnit chybějící potřebu. Je – li potřeba uspokojena, není pocit žádný. To je významným rozdílem od potřeb **B – skupiny**, ve kterém existuje dobrý pocit z naplnění těchto potřeb, ale nenaplněním této potřeby jsme dokonce motivováni o to více. V rámci **D – potřeb** existují čtyři hierarchické úrovně, kdy člověk nejprve uspokojuje své základní lidské potřeby, které jsou dány evolucí a když je má uspokojeny, teprve pak se snaží o naplňování neuspokojených potřeb vyšších. **Pokud se objeví nedostatek v nižších vrstvách, člověk se nebude starat o potřeby vyšší, ale vrátí se k uspokojení těch základních** (Trachtová et al., 2013).

### 3.5. Holismus

Ve své knize "Holismus a evoluce" v r. 1926 zavedl jihoafrický generál a politik **J. Ch. Smuts** termín **holismus**. Podle něho celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí, nýbrž nehmotný a nepoznatelný, někdy až mystický činitel celistvosti. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozložením celkovost zanikne. Termín holismus pochází z řeckého slova **holos – celek**. Holistické teorie vidí živé organismy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci. Porucha jedné části je poruchou celého systému. Holistické zdraví zahrnuje celou osobnost člověka, psychofyziologickou homeostázu: celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno. **Somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a psychická nerovnováha vytváří nerovnováhu somatickou.** Psychika těla je v neustálé interakci, většina lidí vyhledávající zdravotní péči pro somatické symptomy, má ve skutečnosti poruchy zahrnující komplexní interakci somato – psychosociálního faktoru (Tóthová, 2014).

**Holistická péče zdraví – nemoc** pomáhá lidem převzít zodpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních sil. Při plánování ošetrovatelské péče je potřeba brát v úvahu celého člověka, zhodnotit jeho stav – funkčnost uspokojování bio – psycho – sociálních potřeb. Ošetrovatelský proces a proces péče je vždy zaměřen více na celostní bytost člověka než na nemoc samotnou. Ošetrovatelské diagnózy jsou **podmíněny individuálními** potřebami jednotlivců. Pokud má ošetrovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátním prožíváním nemoci, zotavování se z nemoci nebo umírání, je nutné, aby byly současně uspokojovány jeho **fyziologické a psychologické potřeby** (Tóthová, 2014).

### 3.6. Modifikace potřeb v souvislosti s hospitalizací

Hospitalizace je specifickou situací v životě člověka, kdy se jeho základní potřebou stává být uzdraven. Samozřejmě je brán ohled na věk a vývojové stádium. Tyto potřeby členíme do tří základních skupin:

- **Potřeby, které se nemocí nemění** – jsou stejné u zdravého i nemocného člověka. Řadíme sem potřebu dýchání, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, vyprazdňování, čistoty, pohodlí, bezpečí. Může docházet k posunu ve vzniku potřeby i důležitosti. Pacientovi pomáhá při uspokojování nelékařský personál i rodina (Tóthová, 2014).
- **Potřeby, které se nemocí modifikovaly** – na modifikaci potřeb má vliv osobnost člověka, druh onemocnění, jeho fáze a závažnost. Významnou úlohu hrají společenské faktory jako je věk a pohlaví. Velmi složitou skupinu tvoří biologicky modifikované potřeby – např. dietní strava, kdy je fyziologická potřeba výživy usměrňovaná vhodným výběrem potravy i vhodnou úpravou a podáním. Velkou pozornost je třeba věnovat modifikovaným potřebám sociálním, které se nejdříve u pacienta redukuje a postupně zpátky vracejí. Vedle redukce se můžeme projevit deformace dřívějších potřeb, protože zdaleka ne u všech pacientů se vracejí potřeby do stavu, v jakém byly (Tóthová, 2014).
- **Potřeby, které nemocí vznikly** – uspokojování těchto potřeb je součástí léčebného procesu a odvíjí se od rozvoje medicíny a kvality ošetrovatelské péče. Tyto potřeby mohou vznikat v souvislosti s hospitalizací, změnou materiálních i společenských

podmínek a na základě změny osobnosti pacienta pod vlivem zkušeností. Vznik závisí na různých okolnostech např. závažnost onemocnění, průběh, předešlé zkušenosti s nemocí, vztahu s rodinou, vztahu s lékařským a ošetřovatelským personálem. U určitého charakteru onemocnění vzniká celá řada nových potřeb – potřeba navrácení zdraví, potřeba zbavit se bolesti, udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo připravit se na nové (Tóthová, 2014).

### **3.7. Využití poznatků o potřebách lidí v práci sestry**

- Poznání a pochopení sama sebe a tím uspokojování vlastních potřeb.
- Pochopením potřeb druhých lépe posuzujeme a hodnotíme jejich chování. Porozumíme příčinám chování (např. opakované použití signalizačního zařízení).
- Poznanky o základních potřebách tvoří teoretický podklad pro ošetřovatelský proces a jeho aplikaci v nemocnici i domácí péči. Hodnocení potřeb je základem pro hodnocení nemocného, zařazení problémů do priorit a plánování ošetřovatelské péče.
- Teoretické znalosti lidských potřeb, faktorů a situací, vlivem kterých se potřeby mění, umožňují sestře přiměřenou intervenci u stresovaného pacienta.
- Sestra může znalostí o lidských potřebách využít při edukaci nemocného, podpořit nemocného v jeho seberealizaci (může napomoci pochopit nemocnému, co se s ním děje, najít způsob, jak situaci čelit, udržovat jeho identitu a sebeúctu, pomoci mu přijmout nevyhnutelné, pomoci uklidnit se a ocenit sama sebe (Trachtová et al., 2013).

## **Kontrolní otázky**

1. Definujte Holismus.
2. Jak dělíme potřeby?
3. Vymezte význam znalostí potřeb pacientů pro sestru.
4. Vyhledejte si třídění potřeb dle Murraye, Berelsona a Steinera.

## **Použitá a doporučená literatura**

PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., JANÍKOVÁ, E., JAROŠOVÁ, D., MACHOVÁ, A., SIKOROVÁ, L., SLOWIK, R., TOMAGOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetrovovatelství I. Praha: Grada, s.r.o., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3

TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: NCO NZO, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2

TÓTHOVÁ, V. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9

## 4. Ošetrovatelský proces

*Mgr. Pavla Kordulová*

### Obsah kapitoly

- Ošetrovatelský proces
- Základy ošetrovatelského procesu
- Proč je důležitý ošetrovatelský proces pro práci sestry?
- Fáze ošetrovatelského procesu
- Dokumentace ošetrovatelské péče

### 4.1. Ošetrovatelský proces

**Ošetrovatelský proces jako metoda využívaná pro ošetrovatelskou péči staví na uspokojování potřeb jedince.** Každý živý jedinec má celou škálu potřeb a tyto potřeby je třeba uspokojovat. **Neuspokojená potřeba narušuje, v kontextu holistického přístupu k ošetrovatelské péči, fungování celého jedince a vyvolává v organismu reakce na obnovu bio – psycho – sociálně – spirituální rovnováhy** (Tóthová, 2014).

Rychlý technologický vývoj a pokrok v medicíně, který ovlivňovaly ošetrovatelskou praxi po roce 1945, vedly často k potlačení základní funkce ošetrovatelství – **péče o potřeby druhých**. Ošetrovatelství se rozvíjelo především instrumentálním směrem. Pojem ošetrovatelský proces poprvé použila ve své práci americká autorka Hallová v padesátých letech 20. století a následně jej publikovaly i další autorky jako např. Orlandová, Hendersonová, Royová apod. V Evropě se metoda ošetrovatelského procesu začala uplatňovat v pozdějších obdobích a jedním z hlavních faktorů podporujících jeho implementaci byl Střednědobý program WHO pro ošetrovatelství a porodní asistenci v Evropě pro léta 1976-1983. V současnosti je metoda mezinárodně akceptovaná, i když uplatnění v klinické praxi je různorodé. Ošetrovatelství v Československu před rokem 1989 bylo charakteristické zaměřením péče na nemoc člověka, na realizaci výkonů, na plnění



ordinací lékaře, s redukcí kompetencí a autonomie sestry v rozhodování při poskytování ošetrovatelské péče. Významným vlivem na změny ve zdravotnictví v 90. letech 20. století bylo navázání mezinárodních kontaktů v nadnárodní organizaci WHO (**World Health Organisation**), v mezinárodní organizaci sester ICN (**International Council of Nurses**), účasti na mezinárodních programech a projektech. Například v rámci projektu HOPE (**Health Opportunity for People Everywhere**), PHARE (**Poland and Hungary Assistance for Restructuring of their Economies**) aj. se seznamovaly sestry učitelky a manažerky s poznatky o ošetrovatelském procesu, o managementu ošetrovatelství. Následně se poznatky o ošetrovatelském procesu implementovaly do vzdělávání sester. V rámci projektu WHO byl v roce 1997 publikován učební materiál pro ošetrovatelství LEMON (**Learning Material On Nursing**), kde je kromě jiného tato metoda popsána. Postupně se tato metoda začala zavádět do praxe. Povinnost vykonávat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu byla zakotvena do legislativních norem ČR, konkrétně do Koncepce ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č. 9/2004). Metoda se v současnosti podle platné legislativy v klinické praxi realizuje pro ambulantní a ústavní zařízení. Je přizpůsobena specifikám různých typů zdravotnických zařízení (Plevová et al., 2011).

## **4.2. Základy ošetrovatelského procesu**

Správná ošetrovatelská péče vychází z poznání nemocného a z aktivního vyhledávání jeho potřeb, které mohou být za pomoci sestry řešeny. Sestra také respektuje a reaguje na postupné změny těchto potřeb (Tóthová, 2014).

Sestra se musí naučit: navázat kontakt – komunikovat s nemocným, nacházet jeho problémy, stanovit ve spolupráci s nemocným nejvhodnější způsob jeho ošetřování, získat nemocného ke spolupráci na vlastním uzdravování, hodnotit, jak je tato individuální péče účinná. Takovému způsobu odborné práce s pacientem říkáme ošetřovatelský proces. Sestra ho uplatňuje při jakémkoli kontaktu s pacientem. Je nutné, aby sestra získané informace předala svým spolupracovníkům, kteří se s ní podílejí na péči. Odborné znalosti pomáhají sestře připravit pro pacienta vhodný plán ošetřovatelské péče, který je mu „šitý na míru“. O ošetřovatelském procesu je vedena u každého samostatná ošetřovatelská dokumentace (Tóthová, 2014).

### **4.3. Proč je důležitý ošetřovatelský proces pro práci sestry?**

Ošetřovatelské činnosti nelze realizovat pouze podle naučených stereotypů ošetřovatelských činností a podle lékařských ordinací, nýbrž je potřebné dosáhnout takové ošetřovatelské péče, která komplexně zabezpečí všechny potřeby ošetřovaného. Samozřejmě se počítá i s aktivní účastí pacienta jak na plánování, tak i v průběhu samotné realizace ošetřovatelských činností a vyhodnocování jejich úspěšnosti. Mezi intelektuální dovednosti ovlivňující kvalitu realizace ošetřovatelského procesu patří **kritické myšlení**. **Kritické myšlení** je nezbytným pomocníkem, neboť je klíčem k řešení problému. **Sestra, která umí kriticky myslet, je schopná předvídat, tedy předcházet problémům.** Kriticky myslící sestra neudělá ukvapené závěry, protože **její myšlení je založeno na faktech a dostupných informacích.** Zvažuje rizika a možné výhody svých rozhodnutí. Je si vědoma role intuice a kreativity (Tóthová, 2014).

### **4.4. Fáze ošetřovatelského procesu**

Ošetřovatelský proces probíhá v několika fázích, které se vzájemně prolínají a stále se opakují.

#### 4.4.1. Fáze I. Ošetřovatelská anamnéza

Zhodnocení nemocného – je to sběr informací, identifikačních dat – kdo je můj nemocný? Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, měla by být o pacientovi dobře informována z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje, včetně sociální situace. Ošetřovatelská anamnéza by měla být hotova do 24 hodin od přijetí – záleží na stavu jedince. Komplexní sběr dat probíhá **ve třech etapách**: před setkáním sestry s pacientem (studium chorobopisu), během setkání sestry s pacientem (rozhovorem, pozorováním, vyšetřením). Po jejich osobním setkání (shrnutí pramenů svých informací). Základní údaje jsou zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace, která je standardizovaná v konkrétním zdravotnickém zařízení. Dokumentace je ovlivněná nejčastějšími problémy a nároky kliniky či oddělení. Dále ošetřovatelským modelem, který je využíván v rámci kliniky či oddělení. Současně i akreditačním požadavkem, profesními standardy a požadavky zdravotních pojišťoven. Kvalita ošetřovatelské dokumentace ovlivňuje práci sestry během sběru dat a následné dohledatelnosti v písemné či elektronické podobě (Tóthová, 2014).

Ke zjišťování objektivních údajů můžeme využít i některou z měřících technik, které pomáhají relativně objektivně odhadnout určitá rizika současného zdravotního stavu nemocného. Např:

- Stupnice Nortonové – slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů.
- Test Barthelové – slouží ke zjištění základních denních činností.
- Test Svanborgův – slouží ke zjištění soběstačnosti pacienta.
- ADL – Activites of Daily Living – denní životní activity.
- GCS – Glasgow coma scale – glasgowská stupnice komatu.
- Test Gaidův – pro odhad zmatenosti.
- Tabulka Parkerové – pro sledování incontinence.
- Měřítka na bolest (pro děti, dospělé).
- Měřítka úrovně soběstačnosti (Tóthová, 2014).

Úspěšnost získávání informací sestrou je ovlivněna respektováním biologických zvláštností pacienta, odpovídající komunikační metodě, významu rodiny a zvykům, vyznáváním víry.

Při **pozorování** zjišťujeme vnější projevy chování člověka, na jejichž základě usuzujeme na jeho prožívání. Má – li splnit svoji úlohu, musí být plánovité a systematické. V sesterské práci pozorujeme nejčastěji celkový stav pacienta, stav vědomí, soběstačnost, spánek, funkce smyslových orgánů, objektivní příznaky, reakce pacienta na terapii. **Rozhovor** je plánovaná komunikace, kdy chceme zajistit sběr dat, identifikovat problémy, vyhodnocovat změny. Při rozhovoru je třeba vnímat pouze pacienta, nechvátat, dodržovat odpovídající vzdálenost, používat metodu aktivního naslouchání, slevovat pacientovi neverbální projevy, dodržovat vytýčený cíl rozhovoru. Není vhodné pacientovy tykat, bez souhlasu ho oslovovat křestním jménem, používat latinskou terminologii při komunikaci s laikiem. **Vyšetření sestrou** slouží k objektivnímu zhodnocení základních funkcí těla, které jsou nezbytné k uspokojování denních životních potřeb pacienta a jeho reakci na aktuální zdravotní situaci např. celkový vzhled, krevní tlak, puls, dýchání, hmotnost, výška, svalová tuhost, chůze, držení těla, stomie, močová cévka, soběstačnost apod. V první fázi ošetrovatelského procesu může sestra vycházet ze zvoleného teoretického ošetrovatelského modelu. K systematickému ošetrovatelskému hodnocení se často používá model Funkčního typu zdraví Marjory Gordon. V modelu Gordonové se odráží stav ošetrovatelské vědy sedmdesátých a osmdesátých let 20. století. Gordonová spolupracovala s taxonomickým výborem NANDA. Základní strukturu tohoto modelu tvoří jedenáct oblastí:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.
2. Výživa a metabolismus.
3. Vylučování.
4. Aktivita, cvičení.
5. Spánek a odpočinek.
6. Vnímání, poznávání.
7. Sebekoncepce, sebeúcta.
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy.
9. Sexualita, reprodukční schopnost.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty (Tóthová, 2014).

#### 4.4.2. Fáze II. Ošetřovatelská diagnóza

Je výsledkem zpracování informací o pacientovi – analýza informací – **co ho trápí?** Vztahuje se k pacientovým potřebám, problémům – v některých zemích se vyjadřuje jako „porucha potřeby“ nebo název „problém“. Je to přítomný nebo potencionální (budoucí) problém pacienta, který vyžaduje ošetřovatelský zásah, aby byl odstraněn nebo zmírněn. Je to reakce klienta na nemoc a změny, které jí provázejí. Musíme stanovit priority z hlediska každého jedince. Taxonomie ošetřovatelských diagnóz – nejčastěji se užívá NANDA systém. (Tóthová, 2014).

##### **Stavba ošetřovatelské diagnózy:**

**PROBLÉM** – změna ve výživě, poruchy spánku, změna v dietním režimu.

**ETIOLOGIE** – příčina, proč tato odchylka vznikla.

**SYMPTOM** – jak se ten problém projevuje – jsou a projevují se v ošetřovatelské anamnéze.

př. Porucha spánku v důsledku hospitalizace projevující se únavou.

**problém – etiologie – symptom**

##### **Znaky ošetřovatelské diagnózy:**

- Je formulována z hlediska pacienta.
- Vztahuje se k problému pacienta.
- Je krátká.
- Je stručná.

Cílem této fáze ošetřovatelského procesu je společně najít, co pacienta trápí, čím je ohrožen a stanovit významnost těchto problémů pro ošetřovatelskou péči z hlediska sestry i pacienta (Tóthová, 2014).

##### **Podle délky trvání dělíme diagnózy:**

- Intermitentní.

- Aktuální.
- Chronické.
- Potencionální (Tóthová, 2014).

### **Taxonomie ošetrovatelských diagnóz**

Taxonomií obecně označujeme klasifikační systém skupin, tříd a sérií. Jednou z nejpoužívanějších klasifikací je NANDA taxonomie – seznam ošetrovatelských diagnóz vypracovaný Severoamerickou asociací pro ošetrovatelské diagnózy (North American Nursing Diagnoses Association).

První pokusy o klasifikaci sesterských diagnóz se objevily v USA již v roce 1973. O devět let později přijala NANDA svou první taxonomii ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny do devíti základních kategorií, které vycházejí z devíti hlavních lidských reakcí. Taxonomie je číselně kódována. Mezi výhody taxonomie sesterských diagnóz řadíme:

- Podporu profesionální zodpovědnosti a samostatnosti.
- Jsou účinným prostředkem komunikace mezi sestrami a jinými zdravotnickými pracovníky.
- Poskytují organizační řád pro výzkum (Tóthová, 2014).

#### **4.4.3. Fáze III. Plán ošetrovatelské péče**

Plánování ošetrovatelské péče, **co pro pacienta mohu udělat?** Stanovení priorit z hlediska jedince. **Stanovení cílů a kritérií** – výsledek, který chci dosáhnout, aby se stav vylepšil. Výsledku, kterého chci za podpory pacienta a za spolupráce ostatních zdravotníků dosáhnout, abychom odstranili nebo zmírnili problém stanovený ošetrovatelskou diagnózou. **Stanovený cíl musí být: srozumitelný, reálný, měřitelný.** Prvním krokem ve fázi plánování je **důležité vytýčení priorit.** V postupu určování priorit je nepostradatelné **kritické myšlení. Kritické myšlení napomáhá sestře při rozlišení důležitosti problémů a při**

**uvědomování si, které může řešit sama v rámci svých kompetencí** a které musí řešit v rámci multidisciplinárního týmu (Tóthová, 2014).

#### **Zásady pro určování priorit na základě Maslowovy pyramidy potřeb:**

- První místo – život ohrožující problémy, které zabraňují uspokojování fyziologických potřeb (dýchání, srdeční činnost, výživa, příjem tekutin, vyprazdňování, odpočinek, spánek).
- Druhé místo – problémy ovlivňující bezpečí a jistotu (strach, nebezpečí z cizího prostředí).
- Třetí místo – problémy související s láskou a sounáležitostí (uzavřenost, ztráta milované osoby).
- Čtvrté místo – problémy související se sebeúctou (neschopnost vykonávání denních aktivit).
- Páté místo – problémy související se seberealizací.

V oblasti akutní péče stanovujeme priority podle aktuálního zdravotního stavu a funkční úrovně soběstačnosti pacienta. **První v pořadí by měly být problémy, které mají nejvyšší prioritu, jelikož ohrožují život pacienta.** Fyziologické potřeby jsou tedy na prvním místě (Tóthová, 2014).

#### **Cíl lze stanovit jako:**

- **Krátkodobý** – týká se bezprostředně následujícího období (zcela konkrétní a měřitelný).
- **Dlouhodobý** – vztahuje se k delšímu období, směřuje do domácí a následné péče.

**Výsledná kritéria** jsou závěry o specifických, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta. Určují, zda bylo cíle dosaženo, odvozují se od pacientových cílů a vztahují se k nim. Dávají odpověď na otázky: Jak bude pacient vypadat, jak si bude počínat, když dosáhne cíle? Co a jak musí pacient dělat, aby bylo cíle dosaženo? (Tóthová, 2014).

**Plánování ošetrovatelských strategií** jsou zvolené činnosti sestry, které souvisejí se sesterskými diagnózami a směřují k dosažení pacientovým cílům. Sestra se podívá na

všechny potřeby pacienta a na jeho priority a na základě svých vědomostí, dřívějších zkušeností a všech získaných informací zvolí takové strategie – **intervence**, jejichž realizace přispěje k dosažení očekávaných výsledků. Nezávislé činnosti sestra iniciuje na základě vlastních vědomostí a dovedností a provádí je sama. Popřípadě deleguje na další ošetřovatelský personál. Vždy je však za svá rozhodnutí a jejich realizaci zodpovědná v souladu s platnou legislativou. V případě edukace pacienta je nutné věnovat zvláštní pozornost plánování předávání informací před jeho propuštěním. Součinné ošetřovatelské činnosti sestra vykonává ve spolupráci s jiným členem zdravotnickému týmu – fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, sociálním pracovníkem, lékařem. **Sestra, která má odpovídající vědomosti a zkušenosti rozpozná změněný zdravotní stav pacienta, ale současně i nevhodné pokyny a ordinace** (Tóthová, 2014).

#### **4.4.4. Fáze IV. Realizace ošetřovatelské péče**

Realizace naplánovaných ošetřovatelských činností. V průběhu této fáze plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetřovatelským plánem, směřující vždy k zajištění prospěchu a relativní pohody pacienta (Tóthová, 2014).

Druhy ošetřovatelských činností:

- Nezávislá ošetřovatelská činnost – iniciuje sestra samostatně a na základě vlastních vědomostí a dovedností.
- Závislá ošetřovatelská činnost – je vykonávána na příkaz lékaře.
- Součinná ošetřovatelská činnost – vykonává sestra společně s jinými členy zdravotnického týmu.

**Proces realizace:**

1. Opakované posouzení pacienta – při poskytování zdravotní péče během celého ošetřovatelského procesu se musí neustále sbírat údaje o změnách pacientova stavu a jeho potřebách. Nové informace mohou indikovat změnu priorit nebo ošetřovatelských činností.



2. Ověření plánu ošetrovatelské péče – plán není fixní. Podléhá změnám, jak se mění okolnosti a stav pacienta. Je třeba zvážit hodnotu nově získaných dat a rozhodnout, zda je plán platný.
3. Posouzení potřeby asistence – sestra bude potřebovat pomoc v rámci multidisciplinárního týmu.

Sestra uplatňuje při realizaci ošetrovatelského plánu tyto schopnosti:

- **Kognitivní schopnosti – kritické a kreativní myšlení.**
- **Interpersonální dovednosti – komunikace.**
- **Technické dovednosti – manuální zručnosti (Tóthová, 2014).**

#### **4.4.5. Fáze V. Zhodnocení efektu poskytnuté péče**

Zhodnotit v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo pacientových cílů a do jaké míry. Hodnocení je velmi významným aspektem ošetrovatelského procesu, protože jeho závěry určují, zda se mají ošetrovatelské zásahy skončit, pokračovat, revidovat nebo změnit. Jak pacientovi péče pomohla? Zjišťování rozdílu mezi očekávaným výsledkem a skutečností. **Cíle dosaženo x cíle částečně dosaženo x cíle nedosaženo – nevhodná reakce, nesprávné intervence.** Při hodnocení používáme tytéž metody a tytéž zdroje jako v rámci anamnézy. Hodnocení je průběžné, event. závěrečné – ukončení hospitalizace. Vždy je třeba zjistit, zda byla ošetrovatelská péče účinná, zda se objektivně odráží na zlepšování zdravotního stavu, zvyšování soběstačnosti, vytváření fyzické i psychické pohody pacienta, či zda alespoň zmírňujeme jeho utrpení. **Základním principem moderního ošetrovatelství je aktivní zapojení pacienta (Tóthová, 2014).**

## 4.5. Dokumentace ošetrovatelské péče

Povinnost každého zdravotnického zařízení je vést zdravotnickou dokumentaci. Tato povinnost je dána legislativou platnou v České republice. Mezi právní dokumenty týkající se zdravotnické dokumentace patří zákon č. 111/2007 Sb., o péči o zdraví lidu, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci novelizovaná vyhláškou č. 137/2018 Sb. Současně i zákon o ochraně osobních údajů 101/2000 Sb. Zdravotnická dokumentace slouží jako pracovní nástroj ošetroujícího lékaře a sestry. Je to materiál poskytující důležité informace také pro jiné zdravotnické pracovníky a zdravotnická zařízení. Ve zdravotnické dokumentaci jsou zahrnuty lékařské záznamy včetně ošetrovatelské dokumentace. Zdravotnické zařízení má povinnost nejen dokumentaci vést, ale legislativou je dán i její obsah, forma, způsob zápisu a oprav v dokumentech, dále uchování a v neposlední řadě i nahlížení do zdravotnické dokumentace. **Může být vedena v listinné podobě, v elektronické, i v kombinaci obou.** V elektronické podobě je pořizována, zpracována, ukládána v digitální formě s využitím informačních technologií. Zdravotnická dokumentace obsahuje identifikační údaje poskytovatelů služeb, identifikační údaje samotného pacienta, informace o zdravotním stavu, průběhu, výsledku poskytovaných služeb. Obsahuje konečnou diagnózu, návrh léčebného postupu, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu, záznamy o předepsání léčivých prostředků, záznamy o provedené ošetrovatelské péči, včetně nutriční a léčebné rehabilitační péče, informované souhlasy, záznamy o odmítnutí péče. Dále i výsledky vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam, záznamy o nečekaných nežádoucích událostech. Dle legislativy je další povinnou součástí ošetrovatelské dokumentace ošetrovatelský plán, který je třeba vyhotovit do 24 hodin od přijetí. Součástí ošetrovatelské dokumentace bývá ošetrovatelská překládová zpráva, propouštěcí zpráva, záznam o sledování bolesti, záznam o bilanci tekutin, nutriční screening, edukační záznam, záznam o ošetrování ran nebo dekubitů, záznam o ošetrování stomií, záznam perioperační ošetrovatelské péče apod. Vždy záleží na charakteru poskytované péče. Pokud se nemocnice připravuje na akreditaci, musí dodržovat všechny předepsané standardy dané společností, od které žádají certifikát kvality a bezpečí poskytované péče. Musí tedy vydávat požadované vnitřní předpisy a seznamovat s nimi postupně všechny zaměstnance, jichž se předpisy týkají. Nástrojem

zjištění, zda zaměstnanci předpis znají a zda vše provádí tak, jak je v předpisu uvedeno, jsou vnitřní audity. Hodnotí se zdravotnická i ošetrovatelská dokumentace (Tóthová, 2014).

## Kontrolní otázky

1. Definujte ošetrovatelský proces.
2. Vymezte důležitost kritického myšlení v ošetrovatelském procesu.
3. Jaká je metoda moderního ošetrovatelství?
4. Vyjmenujte skórovací systémy?
5. Jaké máme typy ošetrovatelských diagnóz.
6. Na základě, čeho tvoříme plán ošetrovatelské péče?
7. Vymezte pojem NANDA.
8. Znáte novelizovanou vyhlášku týkající se zdravotnické dokumentace?

## **Použitá a doporučená literatura**

PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., JANÍKOVÁ, E., JAROŠOVÁ, D., MACHOVÁ, A., SIKOROVÁ, L., SLOWIK, R., TOMAGOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetrovovatelství I. Praha: Grada, s.r.o., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3

TÓTHOVÁ, V. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9

## 5. Právní regulace zdravotnické profese a vzdělávání sester

*Mgr. Pavla Kordulová*

### Obsah kapitoly

- Právní regulace zdravotnické profese
- Vzdělávání sester
- Novela zákona 96/2004 Sb. v právní regulaci nelékařských pracovníků
- Kompetence všeobecné sestry
- Registrace sester
- Uznávání kvalifikací získaných mimo členské státy EU

### 5.1. Právní regulace zdravotnické profese

V souvislosti s legislativními změnami ve zdravotnickém vzdělávání a na základě doporučení Evropské unie se za posledních několik let významně změnila požadavky na vzdělávání sester. **Evropská unie, Světová zdravotnická organizace a dokumenty Mnichovské deklarace jednotně podporují akademickou úroveň vzdělávání**, která zajišťuje vhodnou úroveň přípravy zdravotnických pracovníků (Prošková, 2015).

**Povolání** je standardizovaný souhrn pracovních činností podle jejich obvyklého seskupení na trhu práce, jejichž výkon předpokládá určitou odbornou a další způsobilost. **Za profesi** se považují ta zaměstnání, pro jejichž výkon je nezbytný **speciální a dlouhodobý výcvik, která mají svou teorii, profesní kulturu, popřípadě i etické normy, definované kompetence odvozené z teorie oboru a z obsahu vzdělávání** a další pravidla upravující výkon profese. **Regulaci provádí Evropská unie**, která vypracovává směrnice týkající se vzdělávání, označování profesí a užívání titulů. **Hlavními znaky moderní profese jsou:** vymezení odborné kompetence k vykonávání určitých činností, stanovení příslušné kvalifikace a skutečnost, že výkon profese je zdrojem pro uspokojování životních potřeb (Prošková, 2015).

Tři přístupy k regulaci zdravotnických profesí: **Normativní přístup**, který se zaměřuje na prvky regulace profesního chování, jako jsou **například etické kodexy a normy**, anebo **definování těchto povolání prostřednictvím společných charakteristik příslušníků profese**, jako je rozsah činností, nebo metody regulace vstupu do profese. V zemích **Evropské unie** jsou zdravotničtí pracovníci regulováni z mnoha ohledů – **vstupu do profese, používání označení odbornosti (professional titles)**, které je omezeno pouze na osoby, které **absolvovaly předepsané kvalifikační**, či v mnoha případech i další vzdělávání. **Jsou zde požadavky na povinné celoživotní vzdělávání**, definovány jsou hranice výkonu jednotlivých povolání či podmínky vzniku pracovního poměru, a samozřejmě i nezávislé praxe (Prošková, 2015).

**Regulaci lze vnímat jako nepsanou smlouvu mezi státem a příslušníky profese**, která zahrnuje směs státních i samosprávních institutů, které se liší stát od státu, ovšem které mají vždy stejný cíl – **ochranu pacienta před substandardní činností zdravotnických pracovníků**. Na rozdíl od právních regulací prostřednictvím různých typů odpovědnosti za škodu, které mají represivní charakter, má právní regulace přístupu k výkonu zdravotnických povolání charakter preventivní (Prošková, 2015).

**Mezinárodní rada sester – ICN** považuje instituty profesní regulace za legitimní a náležitý nástroj řízení a sebedefinování profese, „**prostřednictvím kterých je do ošetrovatelské profese zaváděn řád, důslednost, identita a kontrola.**“ **Mezi hlavní cíle regulace podle ICN** patří definování profese a jejích členů, určení rozsahu působnosti, stanovení vzdělávacích a etických standardů, vytvoření systémů odpovědnosti a „pověřovacích“ postupů (credetialing), tj. registrací, udělování licencí, akreditací nebo oficiálního souhlasu s výkonem povolání. **ICN definuje tyto principy regulace:** účelovost, relevanci k tomuto stanovenému účelu, definici rozsahu působnosti a zodpovědnosti, rovnováhu zastoupených zájmů, optimálnost (tj. minimum nezbytné regulace), flexibilitu, univerzálnost, nestrannost a spravedlnost, rovnost a kompatibilitu všech profesí (Prošková, 2015).

**Bez sankcí totiž nelze považovat právní normu za vymahatelnou**, regulace bez sankcí tedy nemůže být právní regulací daného předmětu. Je tedy třeba odlišit profesi, tj. odbornou činnost vyžadující speciální vzdělání, používající určité pojmenování a mající předpokládaný rozsah aktivit (např. programátor, sociolog nebo podnikový právník) a regulovanou,

respektive právem regulovanou profesí, která má tyto atributy definované a vymahatelné právem (Prošková, 2015).

**Za regulované povolání lze tedy považovat povolání**, u kterého předpisy (nebo jiné závazné předpisy – např. vnitřní předpisy profesní samosprávy ustanovené ze zákona) definují určité povolání profesním označením (lékař, advokát), upravují podmínky získávání kvalifikace, podmínky výkonu povolání (např. členství v komoře, registrace, ale i podmínky zdravotní způsobilosti, bezúhonnosti apod.), činnosti vyhrazené této profesi a stanovují sankce za nedodržování těchto předpisů, zejména pokud tyto vyhrazené činnosti vykonává jiná osoba nebo pokud jiná osoba používá neoprávněně vyhrazené profesní označení. Velmi často u profesí, jejichž výkon může mít závažné důsledky, závazné předpisy upravují i oblast celoživotního vzdělávání (Prošková, 2015).

**Zásadními cíli regulace je definování profese a jejích členů**, vytyčit rozsah působnosti, určit standardy profesního vzdělání, ustanovit etické standardy a standardy profesní způsobilosti (kompetence), utvořit systémy odpovědnosti (zákonné normy) a pověřovací postupy. V ošetrovatelství to znamená hlavně zajistit ochranu společnosti prostřednictvím oprávněné a dostupné ošetrovatelské péče (Prošková, 2015).

**Statutární regulace** je vládní regulování ošetrovatelské profese pomocí uzákonění příslušných právních předpisů s cílem ochraňovat veřejnost. Dalším způsobem je profesní seberegulace, která může probíhat na úrovni jednotlivých sester, pracovních skupin, zdravotnických nebo vzdělávacích institucí nebo profesních organizací. Cílem je zaručení kvalitní péče a zdokonalení ošetrovatelské praxe na základě prohlubování dovedností a znalostí. Příkladem může být vytváření a obnovování standardů ošetrovatelské praxe, které přispívají ke zdokonalování ošetrovatelské péče (Prošková, 2015).

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

Adiktolog

Asistent behaviorálního analytika

Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví

Asistent zubního technika



Autoptický laborant  
Behaviorální analytik  
Behaviorální technik  
Biomedicínský inženýr  
Biomedicínský technik  
Dentální hygienistka  
Dětská sestra  
Ergoterapeut  
Farmaceutický asistent  
Fyzioterapeut  
Laboratorní asistent  
Logoped ve zdravotnictví  
Masér ve zdravotnictví a nevidomý a slabozraký masér ve zdravotnictví  
Nutriční asistent  
Nutriční terapeut  
Odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků  
Odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví  
Optometrista  
Ortoptista  
Ortoticko-protetický technik  
Ortotik-protetik  
Ošetřovatel  
Porodní asistentka  
Praktická sestra  
Psycholog ve zdravotnictví  
Radiologický asistent  
Radiologický fyzik  
Radiologický technik  
Řidič zdravotnické dopravní služby  
Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby  
Sanitář  
Všeobecná sestra

Zdravotně – sociální pracovník  
Zdravotní laborant  
Zdravotnický záchranář  
Zrakový terapeut  
Zubní instrumentářka  
Zubní technik (MZ ČR, 2020).

## 5.2. Vzdělávání sester

Obecně dělíme **vzdělávání sester na kvalifikační a celoživotní** dle Koncepce Ošetřovatelství z roku 2004 (Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004).

### 5.2.1. Kvalifikační vzdělávání

Kvalifikační **vzdělávání všeobecných sester** je základní odborné studium potřebné k získání kvalifikace. Probíhá **na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách** dle příslušných směrnic Evropské unie. V rámci vysokých škol v akreditovaném bakalářském studijním programu, kde studium trvá nejméně **3 roky s 4600 hodinami teoretické a praktické výuky. A z toho nejméně 2300 hodin musí tvořit praktická část.** To je dáno vyhláškou č. **39/2005 Sb., kterou se stanovují minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání ve znění pozdějších předpisů.** Úspěšné absolvování dává odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Směrnice EU pro členské státy zajišťují jednotnou úroveň odborné přípravy k výkonu ošetřovatelského povolání, která poskytuje sestrám možnost volného pohybu v rámci pracovního uplatnění v zemích Evropské unie (Prošková, 2015).

### 5.2.2. Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání, je nutné k zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru a k udržení odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků, prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání nebo

samostudiem. Toto kontinuální vzdělávání je ze zákona povinné pro všechny zdravotnické pracovníky, kteří pracují samostatně bez odborného dohledu. Pro některé pracovníky bývá možnost celoživotního vzdělávání jen nutnou povinností, a ne příležitostí s možností uplatnění v oboru. Při kvalifikačním vzdělávání by bylo vhodné studenty připravovat v duchu, že ve zdravotnickém povolání proces vzdělávání nikdy nekončí a vzdělávání by mělo být automatické po celou dobu profesního působení. Formy celoživotního vzdělávání jsou různé. Jde o **specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy v akreditovaných zařízeních, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, zúčastnění se školících akcích, konferencí, kongresů a symposií, publikační, pedagogická, vědeckovýzkumná činnost** (Prošková, 2015).

**Tabulka 1. Specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.**

Všeobecná sestra	Dětská sestra	Porodní asistentka	Zdravotnický záchranář
Intenzivní péče	Intenzivní péče v pediatrii a neonatologii	Intenzivní péče v porodní asistenci	Urgentní medicína
Perioperační péče	Perioperační péče	Perioperační péče	Perfuziologie
Ošetrovatelská péče v pediatrii	Ošetrovatelská péče v dětské a dorostové psychiatrii	Komunitní péče v porodní asistenci	
Intenzivní péče v pediatrii	Domácí péče a hospicová péče	Perfuziologie	
Ošetrovatelská péče v interních oborech	Ošetrovatelská pediatrická péče v klinických oborech		
Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech	Perfuziologie		

Ošetřovatelská péče v psychiatrii			
Perfuziologie			
Transfuzní služba			
Domácí péče a hospicová péče			
Ošetřovatelská péče v geriatrii			

(Specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., 2020).

Specializační studium je **formou modulového systému** a je **ukončeno atestační zkouškou**. Cílem specializačního vzdělávání je **získání specializované způsobilosti**. Osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopností samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou (Prošková, 2015).

### **Certifikované kurzy**

Absolvováním certifikovaného kurzu získává absolvent **zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti**. Certifikovaný kurz uskutečňuje akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace Ministerstvem zdravotnictví, a to na základě vzdělávacího programu uveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (Prošková, 2015).

V tabulce jsou uvedeny pouze některé certifikované akreditované kurzy pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Na stránkách Ministerstva zdravotnictví jsou uvedeny platné kurzy, které si můžete vyhledat (poznámka autorky).

**Tabulka 2. Certifikované kurzy pro všeobecné sestry**

<b>Obchodní firma</b>	<b>Udělená akreditace</b>	<b>Název certifikovaného kurzu</b>
<b>Fakultní nemocnice Brno,</b> Jihlavská 340/20, 625 00 Brno	01.12.2016 30.11.2021	- <b>Specializované činnosti všeobecné sestry v zařízení transfuzní služby</b>
<b>Fakultní nemocnice Brno,</b> Jihlavská 340/20, 625 00 Brno	01.12.2016 30.11.2021	- <b>Specifická ošetrovatelská péče při endoskopických vyšetřeních v gastroenterologii a bronchologii</b>
<b>Nemocnice Na Bulovce,</b> Budínova 67/2 180 81 Praha 8 – Libeň	01.12.2016 30.11.2021	- <b>Péče o pacienta s implantovaným podkožním portem</b>
<b>Fakultní nemocnice Hradec Králové,</b> Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové	01.12.2016 30.11.2021	- <b>Ošetrovatelská péče o pacienta z periferie zavedeným centrálním katétre (PICC)</b>
<b>Fakultní nemocnice Olomouc,</b> I. P. Pavlova 185/6, 775 20 Olomouc	01.11.2017 31.10.2022	- <b>Zavádění periferních žilních vstupů pod ultrazvukovou kontrolou a ošetrovatelská péče o pacienty se žilními vstupy</b>
<b>Fakultní nemocnice Ostrava,</b> 17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava - Poruba	01.01.2016 31.12.2020	- <b>Intermitentní katetrizace</b>
<b>Fakultní nemocnice Plzeň,</b> Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň	<b>01.11.2017</b> <b>31.10.2022</b>	- <b>Hodnocení rizik, prevence a léčba dekubitů</b>

(Certifikované kurzy pro všeobecné sestry MZ ČR, 2020)

### **5.3. Novela zákona 96/2004 Sb. v právní regulaci nelékařských pracovníků**

**K 1.9.2017** došlo k novelizaci zákona 96/2004 Sb. zákonem č. 201/2017 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**). Tento zákon umožňuje získat kvalifikaci v oboru Všeobecné sestry zkráceným – minimálně ročním studiem na **VOŠZ (Vyšší odborná škola zdravotnická) tzv. 4+1**. Podmínkou pro zkrácené studium je předchozí získaná kvalifikace praktické sestry, dětské sestry, zdravotnického záchranáře. Zkrácenou formu studia již některé VOŠZ od 1.9.2017 nabízejí (prozatím pro obor Všeobecná sestra, později i pro obor Dětská sestra od roku 2020 v jednání). Přijímací řízení a formy studia záleží na konkrétní VOŠZ. Prakticky to znamená, že uvedení kvalifikovaní absolventi musí splnit podmínky jednotlivých škol a prokázat se znalostí prvního a druhého ročníku VOŠZ, včetně absolvované praxe. Pokud podmínky splní, mohou nastoupit již **do třetího ročníku VOŠZ**. Pokud uchazeč nedosáhne na podmínky a pouze částečně je bude plnit (např. délka praxe, průměr známek), může vedení školy nabídnout variantu, že nastoupí do druhého ročníku, a tedy studovat **verzi 4+2**. Také zůstává varianta, že student může studovat plně všechny tři ročníky VOŠZ v daném oboru. Studium bude ukončeno absolutoriem. Absolvent získá neakademický titul DiS. **Nově se vrátil obor Dětská sestra do kvalifikační formy vzdělání**. Pokud se rozhodnou stát se všeobecnou nebo dětskou sestrou na VOŠZ ostatní absolventi jakýchkoliv středních škol (Gymnázium, Obchodní akademie apod.), budou se ucházet o tříletý obor v nezkrácené verzi. V bakalářské formě bude i nadále možné studovat tříletý studijní obor Všeobecná sestra a od nového akademického roku 2019/2020 i obor Dětská sestra na lékařských i zdravotnických fakultách. Studium bude ukončeno Státní závěrečnou zkouškou, titul Bc (Zákon 96/2004 Sb. novelizovaný zákonem 201/2017 Sb.)

**Dále uvádím nejdůležitější změny týkající se nelékařských zdravotnických pracovníků po nabytí účinnosti novely zákona č. 96/2004 Sb. zákonem č. 201/2017 Sb.:**

- 1. Oprávnění vykonávat příslušné zdravotnické povolání bez odborného dohledu již není podmiňováno získáním osvědčení.** Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se po 1.9.2017 nevydávají a neprodlužují se platnosti vydaných osvědčení. **Režim výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu však zůstává zachován.** Výkon povolání bez odborného dohledu se řídí podle ustanovení § 4 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kde je uvedeno, že se za výkon povolání bez odborného

dohledu považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý. **Tento zákon a prováděcí právní předpis Vyhlášky 55/2011 Sb. stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat bez indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením.**

- 2. Ruší se kreditní systém** spjatý s vydáváním osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Cílem upuštění od kreditního systému je dát profesnímu vzdělávání reálný a v praxi realizovatelný základ, aby bylo fakticky přínosné pro kvalitu poskytování zdravotních služeb a bylo tak zúčastněnými stranami také vnímáno.
- 3. Povinnost celoživotního vzdělávání zůstává zachována** v souladu se směrnicí 2005/36/ES. Vnitřní systém plánování a kontroly celoživotního vzdělávání svých zaměstnanců **musí zajistit každý poskytovatel zdravotních služeb** a tato povinnost by měla být kontrolována zejména v rámci hodnocení kvality poskytované zdravotní péče.
- 4. Doklady o absolvovaných vzdělávacích aktivitách**, které nebyly uplatněné v rámci registrací, **si uschovejte** pro případné předložení zaměstnavateli v rámci plnění povinnosti celoživotního vzdělávání.

V průběhu měsíce září roku 2017 byl zřízen **Národní registr zdravotnických pracovníků** (dále jen „NRZP“) podle přechodných ustanovení zákona 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Během podzimu 2017 byl NRZP uveden do testovacího provozu. Ve lhůtě 180-ti dnů od zřízení NRZP subjekty uvedené v § 77 odst. 1 zákona o zdravotních službách předají údaje potřebné pro jeho naplnění. Spuštění ostrého provozu NRZP bylo předpokládáno v měsíci březnu 2018 (Zákon 96/2004 Sb. novelizovaný zákonem 201/2017 Sb.)

**Další důležité změny týkající se nelékařských zdravotnických pracovníků po nabytí účinnosti novely zákona č. 96/2004 Sb.:**

- 1. Změna názvu povolání** zdravotnického asistenta na **praktickou sestru** a umožnění výkonu tohoto povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti.

2. **Změna názvu povolání** logopeda na logopeda ve zdravotnictví, povolání masér a nevidomý a slabozraký masér na maséra ve zdravotnictví a nevidomého a slabozrakého maséra ve zdravotnictví a povolání řidič dopravy nemocných a raněných na řidiče zdravotnické dopravní služby.
3. **Zrušení podmínky 3 let výkonu povolání pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu u absolventů středoškolského studia** (všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, ortoptista, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, ortotik-protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent).
4. **Úprava podmínky pro výkon povolání bez odborného dohledu u fyzioterapeuta**, který je absolventem středoškolského studia, a to získáním specializované způsobilosti nebo prokázáním minimálně 10 let výkonu povolání fyzioterapeuta.
5. **Zrušení podmínky specializované způsobilosti** pro výkon povolání bez odborného dohledu pro radiologického asistenta, který získal odbornou způsobilost středoškolským studiem.
6. **Zrušení některých zdravotnických povolání** – biotechnický asistent, dezinfektor a laboratorní pracovník.
7. **Nově stanovená zdravotnická povolání:**
  - § 5a – dětská sestra
  - § 21c – behaviorální analytik
  - § 21d – terapeut tradiční čínské medicíny
  - § 21e – specialista tradiční čínské medicíny
  - §29 – asistent behaviorálního analytika
  - §29a – behaviorální technik (Zákon 96/2004 Sb. novelizovaný zákonem 201/2017 Sb.).

**V roce 2018 došlo opět k novelizaci zákona 96/2004 Sb. zákonem 284/2018 Sb**, kdy se zrušilo povolání terapeuta tradiční čínské medicíny a specialisty tradiční čínské medicíny. Došlo také k úpravě některých zdravotnických povolání. Změny se netýkaly všeobecné sestry, dětské sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky, praktické sestry. V



zákonu 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů může docházet neustále k dalším změnám, které si můžete vyhledat ve Sbírce zákonů (poznámka autorky).

#### 5.4. Kompetence všeobecné sestry

**Kompetence je pravomoc vykonávat určitou činnost.** Jedná se také o souhrn vědomostí, dovedností a pravomocí, které umožňují **kvalifikovaně vykonávat určitou činnost.** Aby mohl být efektivně splněn určitý výkon, je důležitá způsobilost, dovednost a potřebná charakteristika zdravotnických pracovníků (Prošková, 2015).

Činnosti zdravotnických pracovníků vymezuje **Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která byla novelizována Vyhláškou č. 391/2017 Sb. V části první** upravuje vymezení některých pojmů jako je základní ošetrovatelská péče a její poskytování, specializovaná ošetrovatelská péče, vysoce specializovaná ošetrovatelská péče a specifická ošetrovatelská péče. **Část druhá** vymezuje činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti, bez odborného dohledu. Poskytování zdravotní péče v souladu s právními předpisy a standardy, dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, provádění řádných zápisů do zdravotnické dokumentace, poskytování informací pacientovi v souladu se svou odbornou způsobilostí. Dále jsou zde **vymezeny činnosti, dle dosaženého vzdělání a odborné způsobilosti** například u všeobecné sestry, praktické sestry, dětské sestry, porodní asistentky, radiologického asistenta, nutričního terapeuta, zdravotnického záchranáře, ošetrovatele, sanitáře a mnoho dalších odborných profesí. **Část třetí** upravuje **činnosti jiných odborných pracovníků,** které vykonává pod odborným dohledem nebo přímým vedením, odborná způsobilost vyplývá z obsahu absolvovaného studijního programu. Jsou zde zařazení například psychologové, logopedi, sociální pracovníci a další. **Část čtvrtá upravuje činnosti zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti, zde jsou uvedeny činnosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, které může zdravotnický pracovník vykonávat samostatně, a potom jsou zde uvedeny činnosti, které jsou prováděné na základě indikace lékaře.** Patří sem například všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí např. sestra pro intenzivní péči, sestra pro perioperační péči, dětská sestra pro intenzivní péči, komunitní sestra, porodní asistentka se specializovanou

způsobilostí aj. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů).

#### 5.4.1. Struktura kompetencí všeobecné sestry

1. Bez odborného dohledu a bez indikace.
2. Pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru.
3. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.
4. Pod odborným dohledem lékaře.

(Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů).

#### 5.5. Registrace sester

**K regulaci ošetrovatelské profese patří i registrace sester.** V České republice byl tento právní úkon nazýván jako vydání **osvědčení k výkonu zdravotnického povolání** a je vymezen zákonem 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V něm byla přesně vymezena pravidla pro získání tohoto osvědčení včetně cizinců a zájemců o profesi z nečlenských zemí EU. Očekávaná povinná registrace zdravotnických pracovníků platila od 1.4.2004, kdy nabyl účinnosti zákon č. 96/2004 Sb. Registrací obecně nazýváme proces, ve kterém jsou lidé hodnoceni a získají statut podle předem nastavených kritérií. To znamenalo, že **podmínkou k výkonu povolání bez odborného dohledu bylo získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.** Pokud si zdravotnický pracovník nezažádal o vydání osvědčení, pracoval pod odborným dohledem. Spolu s platností zákona vznikl **Registr zdravotnických pracovníků** způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Ministerstvo zdravotnictví pověřilo vedením registru **Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů** (NCO NZO) v Brně. V registru byly zpracovávány údaje, které sloužily k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a jejich držitelé jsou zapsáni do registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez

odborného dohledu. Ačkoliv se systémy centrální registrace v jednotlivých zemích EU liší, základní cíl a postup je shodný. Registrace umožňuje srovnatelnost vzdělání a volný pohyb zdravotnických pracovníků v rámci pracovního uplatnění v zemích EU. Nejdelší tradici má registrace v zemích s liberálním školstvím (např. USA, Kanada, Velká Británie). Centrálně jsou státem vydávány pouze rámcové vzdělávací plány ošetrovatelských škol, které každá škola rozpracuje podle svých potřeb a předloží k akreditaci, proto se programy přípravy sester k povolání liší. Aby byla sestra oprávněna vykonávat ošetrovatelské povolání na území celého státu, složí registrační zkoušku před centrální komisí. Teprve po úspěšném složení registrační zkoušky má absolventka právo po dobu jednoho registračního období pracovat jako sestra v celém státě. Během registračního cyklu plní podmínky registrace, aby si registraci mohla obnovit po uplynutí doby platnosti. V některých zemích je již po mnoho let registrace povinná. Povinná registrace umožňuje navíc získat relevantní informace o počtu, složení, vzdělávání a odborném zaměření pracovníků aktivních v ošetrovatelské profesi (Prošková, 2015).

### 5.5.1. Registrace sester ve Velké Británii

Požadavky na celoživotní vzdělávání sester a porodních asistentek stanovují ve Velké Británii standardy ustanovené **Nursing & Midwifery Council**, které vycházejí z tamní právní regulace. Pomáhají udržovat vývoj zdravotnictví na úrovni nejnovějších poznatků a povzbuzují každou sestru a porodní asistentku, aby se dále vzdělávala. Registraci lze splnit bez ohledu na to, zda je žadatelka o registraci v placeném pracovním poměru ve zdravotnickém zařízení, ve vlastní praxi nebo na mateřské dovolené. Nezáleží, zda žadatelka o registraci pracuje na plný nebo částečný úvazek. Registrační období trvá tři roky. Ve Velké Británii ten, kdo není registrován u **Nursing & Midwifery Council**, nesmí být zaměstnán jako registrovaná sestra, porodní asistentka nebo sestra specialista v komunitní péči. Ve Velké Británii jsou tři kategorie sester:

- **Registered nurse** (RGN – registrovaná všeobecná sestra, RMN – registrovaná porodní asistentka, RSCN – registrovaná dětská sestra) - sestry prvního stupně, které získaly kvalifikaci tříletým nebo čtyřletým studiem.

- **State enrolled nurse (SEN)** - sestry druhého stupně, které získaly kvalifikaci dvouletou přípravou (tento typ studia již není realizován, ačkoliv jeho absolventky mohou pracovat jako sestry, snaží se většina z nich získat dalším studiem kvalifikaci sestry prvního stupně).
- **Auxiliary nurses** – asistent sestry, pracuje pod odborným dohledem (Nursing & Midwifery Council, 2020).

### 5.5.2. Registrace sester ve Spojených státech amerických

Podmínky registrace sester v jednotlivých státech se liší. **K výkonu povolání sestra potřebuje platnou sesterskou licenci vydanou státem, ve kterém pracuje, aktivní certifikaci pro první pomoc**, kterou je nutno každoročně obnovovat, a musí splňovat zdravotní kritéria (očkování, zdravotní prohlídka). Délka platnosti sesterské licence se liší v jednotlivých státech Ameriky, pohybuje se v rozmezí od jednoho do tří let. První licenci sestra získá složením národních **zkoušek NCLEX-PN (National Council Licensure Examination – Practical Nurse) a NCLEX-RN (National Council Licensure Examination – Registered Nurse)**, podle typu zkoušky získá licenci jako **registrovaná sestra nebo praktická sestra**. K obnovení licence se sestry musí dále vzdělávat na konferencích a seminářích, které jsou akreditované u **American Nurses Association**. Počet kreditů, respektive hodin dalšího vzdělávání, k obnovení licence určuje každý stát a počty se opět liší. Nemocnice obvykle některé z kurzů kreditního vzdělávání sestrám samy nabízejí. Mnohé kurzy jsou za různé částky dostupné i na internetu formou e- learningu. Sestra si může vybrat jakýkoli z kurzů, aby splnila povinný počet hodin. Většinou si vybírá takové, které souvisejí s její specializací. Ve Spojených státech amerických jsou tyto kategorie ošetřovatelského personálu:

- **Advanced Practice Registered Nurse (APRN)** – registrovaná sestra s magisterským vzděláním, do této skupiny patří certifikované anesteziologické sestry, porodní asistentky aj. Advanced Practice Registered Nurse pracují samostatně v ambulancích, zaměřují se na prevenci, léčbu chronických onemocnění a ran, v jejich kompetenci je i předpis léků.
- **Registered nurse (RN)** - registrovaná sestra, absolventka studia o délce 2–4 roky, složila **NCLEX-RN a má platnou licenci RN**, pracuje samostatně, vede péči o

nemocné, hodnotí stav nemocného, velmi často pracuje v oblasti intenzivní péče nebo ve vedoucí pozici a ve výzkumu.

- **Licensed practical nurse (LPN)** – praktická sestra s licenci, je absolventkou jednoletého studia, **složila NCLEX-PN a má platnou licenci**, pracuje pod vedením registrované sestry nebo lékaře, neprovádí specializované výkony (např. neaplikuje intravenózní injekce), nevypracovává ošetřovatelské diagnózy a plány.
- **Certified Nursing Assistant (CNA)** - ošetřovatelka pracuje pod dohledem registrované sestry nebo praktické sestry. V její kompetenci je hygienická péče o pacienty (mytí, stlaní apod.) Bývá absolventkou tříměsíčního kurzu (American Nurses Association, 2020).

### 5.5.3. Registrace sester v Kanadě

Regulační komise v jednotlivých provinciích v Kanadě zodpovídají za pracovní zařazení sester dle jejich vzdělání. **Canadian Nurses Association** společně s oblastními regulačními komisemi vytvořila **registrační zkoušku**, která se skládá z didaktického testu. Splněním testu, získá sestra registraci. Při obnovení registrace si sestra může vybrat, zda znovu složí registrační zkoušku, nebo doloží vzdělávací aktivity v minimálním rozsahu 100 hodin, které absolvovala během registračního období.

V Kanadě jsou 3 kategorie sester:

- **Registered nurse (RN)** – registrovaná sestra.
- **Licensed practical nurse (LPN)** – sestra s licenci.
- **Registered psychiatric nurse (RPN)** – registrovaná psychiatrická sestra, tato kategorie sester je pouze v některých oblastech Kanady, např. v Britské Kolumbii (Canadian Nurses Association, 2020).

### 5.5.4. Registrace sester v Austrálii

Vzdělávání sester v Austrálii je regulováno státním úřadem a úřady pro regulaci ošetřovatelství. V roce 1992 byla založena **Nursing and Midwifery Board of Australia** a od

té doby spolupracovala společně s úřady pro regulaci ošetrovatelství na jednotném zákonu upravujícím vzdělávání a registraci australských sester. Schválený předpis platí od roku 1999. Dnes jsou registrované sestry v celé Austrálii rozděleny do 3 kategorií. Výjimku tvoří stát Viktorie, kde je 5 kategorií. Sestry musí registraci každoročně obnovovat.

Kategorie australských sester:

- **Nurse practitioner (NP)** – absolventka magisterského studia, má větší kompetence než sestra v ČR, pracuje samostatně v ambulancích, zaměřuje se na prevenci, léčbu chronických onemocnění a ran, v její pravomoci je i předpis léků.
- **Registered nurse (RN)** – registrovaná sestra, absolventka bakalářského studia ošetrovatelství.
- **Enrolled nurse (EN)** – ošetrovatelka pracující pod dohledem registrované sestry. Absolvovala kurz praktického výcviku v oblasti základní ošetrovatelské péče v délce 12 až 18 měsíců (Nursing and Midwifery Board of Australia, 2020).

## 5.6. Uznávání kvalifikací získaných mimo členské státy EU

Každý nelékařský zdravotnický pracovník, který získal vzdělání mimo Evropskou unii a který přichází vykonávat toto povolání na území České republiky, musí mít platné rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o:

1. Povolení k výkonu odborné praxe (§ 89 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb.).
2. Uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (§ 85b zákona č. 96/2004 Sb.) podmíněné vykonáním aprobační zkoušky.
3. Uznání způsobilosti k výkonu povolání jiného odborného pracovníka (§ 85a zákona č. 96/2004 Sb.) podmíněné ověřením znalosti českého jazyka (MZ ČR, 2020).

**Ministerstvo zdravotnictví může na základě žádosti vydat rozhodnutí o povolení k výkonu odborné praxe na dobu určitou** za účelem nabývání odborných a praktických zkušeností pro činnosti, které je možné **vykonávat pod přímým vedením zdravotnického pracovníka** v příslušném povolání. Rozhodnutí se vydává pouze nelékařským zdravotnickým

pracovníkům. Žadatel musí být pozván do České republiky k výkonu odborné praxe za účelem nabývání odborných nebo praktických zkušeností (MZ ČR, 2020).

**Délka odborné praxe** může být:

1. Trvající maximálně 3 měsíce.
2. Trvající déle než 3 měsíce - 12 měsíců (MZ ČR, 2020).

**Formulář žádosti je k dispozici v aplikaci EZP (evidence zdravotnických pracovníků)**, kde ji zdravotnický pracovník může vyplnit dle pokynů. Podání žádosti je zpoplatněno poplatkem ve výši 500, - Kč. **Doklady musí být doloženy v českém jazyce**, případně musí být opatřeny úředně ověřeným překladem (MZ ČR, 2020).

**K vyplněné a podepsané žádosti je nutné připojit následující doklady:**

1. Originál písemného pozvání do ČR k nabývání odborných nebo praktických zkušeností včetně podpisu oprávněné osoby a razítka.
2. Ověřenou kopii překladu dokladu o získání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání – vysvědčení či diplom.
3. Ověřenou kopii rozhodnutí o nostrifikaci zahraničního vzdělání nebo osvědčení o uznání vysokoškolského vzdělání.
4. Originál nebo ověřená kopie dokladu o zdravotní způsobilosti – lékařský posudek o zdravotní způsobilosti.
5. Originál nebo ověřená kopie dokladu o bezúhonnosti – výpis z evidence Rejstříku trestů.
6. Prostá kopie dokladu totožnosti (pas, OP, pobyt, vízum,).
7. Ověřenou kopii oddacího listu či doklad o změně příjmení.
8. Kolek v hodnotě 500, - Kč nebo doklad o úhradě správního poplatku bankovním převodem (MZ ČR, 2020).

**Aprobační zkouška** podle ustanovení § 85b zákona č. 96/2004 Sb. a podle vyhlášky č. 189/2009 Sb. **Aprobační zkouška ověřuje teoretické vědomosti, znalost systému zdravotnictví v České republice a schopnost odborně se vyjadřovat v českém jazyce v rozsahu nezbytně nutném k výkonu zdravotnického povolání.** Na úspěšně vykonanou aprobační zkoušku je **vázáno uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání na**

**území České republiky.** Ministerstvo zdravotnictví pověřilo vedením agendy týkající se zajištění aprobačních zkoušek pro nelékařská zdravotnická povolání **Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně** (MZ ČR, 2020).

**K vyplněné a podepsané žádosti o uznání je nutné doložit následující doklady:**

1. Ověřenou kopii rozhodnutí o nostrifikaci zahraničního vzdělání (s nostrifikační doložkou nebo osvědčením o uznání platnosti) nebo osvědčení o uznání vysokoškolského vzdělání.
2. Ověřené kopie dokladů o získaném zahraničním vzdělání (diplom, certifikát, osvědčení nebo vysvědčení) poskytující informace o délce studia, rozsahu teoretické a praktické přípravy, znalostech a dovednostech, které žadatel v průběhu studia získal a činnostech, ke kterým získal oprávnění.
3. Prostou kopii oddacího listu či jiného dokladu o změně příjmení (MZ ČR, 2020).

**Aprobační zkouška se člení na 3 na sebe navazující části:**

1) **První částí jsou dva písemné testy:** prvním testem se ověřují odborné znalosti, druhým testem se ověřují znalosti systému zdravotnictví a základů práva ve vztahu k poskytování zdravotní péče v České republice.

**Oba testy je možné vykonat v českém, anglickém, francouzském, německém nebo ruském jazyce.**

2) **Druhou částí je část praktická:** Praktickou část aprobační zkoušky uchazeč vykonává **pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru**, který písemně zhodnotí, zda byla praktická část aprobační zkoušky vykonána úspěšně. Praktická část aprobační zkoušky probíhá u poskytovatele zdravotních služeb.

3) **Třetí částí je ústní odborná zkouška:** Ústní odbornou zkouškou se ověřují odborné znalosti, i schopnost vyjadřovat se v českém jazyce. Ústní odborná zkouška se koná pouze v českém jazyce před zkušební komisí jmenovanou ministrem zdravotnictví.

Na základě úspěšně vykonané aprobační zkoušky **vydá ministerstvo doklad o složení aprobační zkoušky.** S tímto dokladem si může žadatel **podat žádost o uznání způsobilosti**



**k výkonu zdravotnického povolání** dle § 85b odst. 4 zákona č. 963/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů (MZ ČR, 2020).

## **Kontrolní otázky**

1. Vyjmenujte certifikované kurzy pro sestry v intenzivní péči.
2. Jaký je rozdíl mezi atestační a aprobační zkouškou? Pro koho jsou určeny?
3. Vysvětlete pojem 4+1. Pro koho je určen?
4. Je třeba dále sbírat body v rámci celoživotního vzdělávání?
5. Ve kterých zahraničních zemích se může sestra registrovat?

## Použitá a doporučená literatura

PROŠKOVÁ, E. Právní regulace způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání na území České republiky. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015. Dizertační práce.

Leaving the register [online]. Nursing & Midwifery Council: 2020 [cit. 01.02.2020]. Dostupné z <https://www.nmc.org.uk/registration/leaving-the-register/>

Certified Nurses Day [online]. American Nurses Association: 2020 [cit. 01.02.2020]. Dostupné z <https://www.nursingworld.org/education-events/certified-nurses-day/>

Regulation of nurses [online]. Canadian Nurses Association: 2020 [cit. 01.02.2020]. Dostupné z <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/regulation-of-nurses>

Registered Nurse [online]. Nursing and Midwifery Board of Australia: 2020 [cit. 01.02.2020]. Dostupné z: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/Enrolled-Registered.aspx>

MZ ČR. Uznávání kvalifikací získaných mimo členské státy EU [online]. MZČR: 2020 [cit. 01.02.2020]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/uznavani-kvalifikaci-ziskanych-mimo-clenske-staty-eu\\_958\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/uznavani-kvalifikaci-ziskanych-mimo-clenske-staty-eu_958_3.html)

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 30, s 1410-1480.

Zákon č. 201/2017 Sb., 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), 2017. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 72, s 2065-2084.

Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004. In *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, částka 9, s. 2-8.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 20, s 4254- 4276.

Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 137, s 4354- 4376.

## 6. Výzkum v ošetrovatelství

*Mgr. Pavla Kordulová*

### Obsah kapitoly

- Charakteristika výzkumu v ošetrovatelství
- Fáze výzkumu
- Druhy výzkumu ve zdravotnictví
- Zkoumaný problém
- Metody techniky a sběru dat

### 6.1. Charakteristika výzkumu v ošetrovatelství

Definice výzkumu v ošetrovatelství uvádí, že se jedná o systematický proces, který využívá vědeckých metod pro poskytnutí důkazů, které potvrzují již existující údaje nebo formulují nové poznatky přímo nebo nepřímo ovlivňující ošetrovatelskou praxi (Mazalová, 2016).

**Obsah těchto poznatků tvoří dvě navzájem pevně spjaté oblasti:**

#### 1. Témata týkající se ošetrovatelského povolání:

- a) Vzdělání všeobecné sestry s důrazem na vysokou kvalitu obsahu vzdělání.
- b) Poskytování ošetrovatelské péče ve smyslu kvality.
- c) Výkonu profese všeobecné sestry v souvislosti s rolemi a funkcemi sestry, produktivitou a spokojeností v práci (Mazalová, 2016).

#### 2. Výzkum zaměřený na příjemce ošetrovatelské péče:

- a) Příjemce péče – pacienta, rodinu, komunitu.
- b) Zdravotní stav – zdraví nebo nemoc.
- c) Prostředí, ve kterém příjemce péče žije (Mazalová, 2016).

Výstupy výzkumu v ošetrovatelství by měly hrát hlavní roli při rozhodování o ošetrovatelské péči v klinické praxi. Výsledky výzkumných šetření by měly tvořit základ pro formulování klinických doporučení, standardů, protokolů ošetrovatelských postupů a intervencí. Nejdůležitějším požadavkem současného ošetrovatelství je uplatňovat vědecky doložené poznatky do ošetrovatelské praxe. Cílem je efektivní péče ve vztahu k celému systému zdravotní péče, a to jak k příjemci, tak i poskytovateli této péče (Mazalová, 2016).

**Praxe založená na důkazech** zahrnuje společné využití všech výsledků výzkumu pro

- a) Podporu porozumění zkušeností pacientů a rodin týkajících se zdraví a nemoci = zaměření kvalitativního výzkumu.
- b) Uplatňování efektivních intervencí pro podporu zdraví pacientů = zaměření kvantitativního výzkumu.
- c) Zajištění efektivní péče z hlediska nákladů v systému zdravotní péče = zaměření výzkumu výsledků (Mazalová, 2016).

## 6.2. Fáze výzkumu

Fáze výzkumu dělíme na několik částí:

1. **Přípravná fáze** – námět a výzkumný problém, dosavadní stav poznání, cíl a hodnota výzkumu, předmět výzkumu, zkoumaný soubor, metody a techniky, zpracování, organizační zbezpečení, využití výsledků výzkumu.
2. **Sběr dat.**
3. **Zpracování empirických dat.**
4. **Interpretace a praktická aplikace** – formou písemné práce obsahující úvod, teoretickou část, empirickou část, diskuse, závěr, literatura, přílohy, obsah.
5. **Diseminace** (Mazalová, 2016).

**Výzkumný proces je tvořen:**

1. Koncepční fází.
2. Návrhem a plánováním.
3. Empirickou fází.

4. Analytickou fází.
5. Diseminační fází (Mazalová, 2016).

### 6.3. Druhy výzkumu ve zdravotnictví

1. **Základní** – bývá teoretické povahy, odkrývá fakta a jich praktický dopad. Slouží k obohacení dosavadního vědění. Rozšiřuje bázi poznatků.
2. **Aplikovaný** – orientuje se na řešení praktického problému, využívá teoretické výsledky v konkrétních podmínkách praxe.
3. **Klinický** – předmětem zkoumání je nemocný člověk, cílem je objasnit příčinu nemoci.
4. **Metodologický** – cílem je ověřovat stávající metody vědecké práce a hledat nové metody a techniky (Mazalová, 2016).

#### Podle okolností k realizaci výzkumu, se dělí na:

1. Výzkum individuální.
2. Výzkum skupinový.
3. Předvýzkum.
4. Výzkum experimentální.
5. Výzkum komparativní (Mazalová, 2016).

### 6.4. Zkoumaný problém

Zkoumaný problém zahrnuje záhadu či problémy. Sestavuje se po prostudování odborné literatury. K danému problému se stanoví výzkumné cíle a výzkumné otázky. **Výzkumným cílem** je výsledek, ke kterému chce badatel přijít. **Výzkumná otázka** konstatuje specifickou otázku, která se týká výzkumného problému, na kterou hledá výzkumný pracovník odpověď. Představuje dílčí prvky problému. V kvantitativním výzkumu se na základě otázek vytváří hypotézy (Mazalová, 2016).

**Hypotéza** – bývá označována jako most mezi teorií a empirickým výzkumem. Jedná se o určité tvrzení, předpokládanou odpověď na výzkumné otázky. Bývají formulovány v oznamovací větě tak, aby se daly potvrdit nebo vyvrátit. V kvalitativním výzkumu hypotézy předem nestanovujeme, ale jsou výzkumem vytvářeny. Dle využitelnosti je dělíme na **výchozí hypotézy a pracovní hypotézy**.

**Výběr zkoumaného vzorku se liší v kvantitativním i kvalitativním výzkumu.**

**V kvantitativním výzkumu** je vzorek na základě identifikace cílové populace. Jedná se o množinu lidí, kteří mají více společných vlastností. Základní soubor bývá rozsáhlý. Následuje výběr dostupné populace. Měl by být homogenní a dostatečně velký. Dále musí být upřesněna vstupní kritéria. Měla by být upřesněna technika výběru vzorku. Buď **technikou náhodného výběru nebo technikou nenáhodného výběru** (Mazalová, 2016).

**V kvalitativním výzkumu** je vzorek záměrný. Cílem konstrukce vzorku je reprezentovat populaci problému. Může být využívána metoda sněhové koule. Kazuistika je specifickou technikou kvalitativního výzkumu. Obsahuje souhrnný popis jednotlivých případů pacientů. Může být využita ve výuce ošetřovatelství a také jako návrh pro řešení problémů ošetřovatelské praxe (Mazalová, 2016).

## 6.5. Metody a techniky sběru dat

Mezi nejčastější metody sběru dat v ošetřovatelství patří měření (fyzikální, nefyzikální – škály), dotazník, rozhovor, pozorování, obsahová analýza.

**Pozorování** - je to záměrné, organizované a systematické vnímání jevů a procesů odhalujících souvislosti a vztahy sledované skutečnosti. Může být přímé a nepřímé. Standardizované a nestandardizované. Individuální nebo skupinové. Zúčastněné nebo nezúčastněné (Mazalová, 2016).

**Dotazník** - ve zdravotnictví se používají standardizované nebo nestandardizované dotazníky. Jedná se o nejrozšířenější výzkumnou technikou získávání dat. Nejčastější odpovědi v dotazníku mohou být otevřené, polootevřené, uzavřené. Před použitím dotazníku je třeba použít pilotáž (Mazalová, 2016).

**Rozhovor** - je technika shromažďování dat spočívající v bezprostřední verbální komunikaci výzkumníka a respondenta. Obsahuje jasné cíle, standardizované otázky za standardních



podmínek, s odbornou interpretací a školeným výzkumníkem. Bývá používán strukturovaný rozhovor, v kvalitativním výzkumu potom nestrukturovaný nebo polostrukturovaný rozhovor (Mazalová, 2016).

**Kazuistika** – Jedná se o specifickou techniku kvalitativního výzkumu. Jde o výzkum jedné osoby a jedné situace – případu. Může sloužit jako návrh pro řešení problému ošetrovatelské praxe (Mazalová, 2016).

**Analýza kvantitativních dat** - provádí se kódování a kategorizace. Kódování je náhrada údajů symboly tak, aby se daly zpracovat počítačovým programem. Kategorizace je vytváření skupin dat s určitou charakteristickou vlastností. Rozdíly mezi jednotlivými úrovněmi měření jsou podstatné, protože určují, jaké statistické testy mohou být pro data použity (Mazalová, 2016).

**Zpracování kvantitativních dat** - jednoduché numerické operace lze provádět standardně v MS-Excel. Pro testování hypotéz se využívá indukční statistika. Mezi nejčastěji užívané testy patří Chí-kvadrát test, Studentův t-test, Mann-Whitneyův U test, Pearsonův korelační koeficient, Spearmanův korelační koeficient, ANOVA – analýza rozptylu (Mazalová, 2016).

**Zpracování kvalitativních dat** - při analýze dat jsou písemné záznamy opakovaně čteny a uspořádány do teoretických nebo tematických kategorií, které jsou slovně popisovány a mohou být doplněny přímou citací respondenta (Mazalová, 2016).

## **Kontrolní otázky**

1. Vysvětlete pojem hypotéza?
2. U jakého typu dat se provádí analýza kódováním?
3. Jak dělíme výzkum?
4. Jaké máme fáze výzkumu?
5. Co je to pilotáž?

## **Použitá a doporučená literatura**

MAZALOVÁ, L. Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství. Olomouc: Fakulta zdravotnických věd, 2016. 109 s. ISBN 978-80-244-5085-8

## 7. Základní principy teoretických modelů

*Mgr. Pavla Kordulová*

### Obsah kapitoly

- Vysvětlení obecných pojmů
- Vznik modelů ošetřovatelství
- Moderní ošetřovatelství Florence Nightingale
- Teorie základní ošetřovatelské péče – Virginia Henderson
- Teorie deficitu sebek péče – Dorothea Orem
- Model funkčních vzorců zdraví – Marjory Gordon

### 7.1. Vysvětlení obecných pojmů

**Model** – vědecká konstrukce, představa zkoumaného jevu, abstraktní vyjádření reality.

**Teorie** - soubor poznatků charakterizující určitý jev, výklad příčin a souvislostí jevu, tvoří základ vědeckého poznání.

**Koncepce** – pojetí, chápání, myšlenková osnova, způsob pohledu a výkladu určitého jevu.

**Koncepční model** – abstraktní náčrt vztahů mezi koncepcemi.

**Metaparadigma ošetřovatelství** – jedná se o předmět zkoumání (jádro, obsah, kterým se příslušná vědní disciplína zabývá). Vyvíjí se od doby, kdy Florence Nightingale dala poprvé do souvislosti činnosti sester s vlivem prostředí na zdraví člověka.

**Člověk – zdraví – prostředí – ošetřovatelské činnosti**

**Paradigma – teorie oboru (koncepční modely)** – slouží k získávání poznatků. K logicky utříděným informacím. K odhalování nedostatků. Přináší návod na sběr informací.

**Koncepční model**- řídí myšlení a jednání v konkrétních situacích. Udávají co pozorovat, čeho si všímat, o čem přemýšlet.

**Hlavní prvky ošetřovatelských modelů** – cíl ošetřovatelské péče, pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob ošetřovatelské péče, výsledky (Pavlíková, 2007).

## 7.2. Vznik modelů ošetřovatelství

V polovině 20. století ve Spojených státech amerických a v Kanadě se rozvíjela teoretická báze ošetřovatelství. Tato skutečnost vznikala na základě rozvoje instrumentálních činností sester po druhé světové válce a odvracení se od potřeb pacienta. Modely měly opět přimět sestru k zaměření se na potřeby pacientů. Ošetřovatelství se zaměřuje na celek pacienta, přičemž je stále v interakci se svým prostředím. **Člověk – zdraví – prostředí – ošetřovatelské činnosti** (Pavlíková, 2007).

### Kategorizace konceptních modelů a teorie ošetřovatelství

#### 1. Humanistické modely –

Moderní ošetřovatelství – Florence Nightingale

Teorie základní ošetřovatelské péče – Virginia Henderson

Teorie deficitu sebepéče – Dorothea Orem

#### 2. Modely interpersonálních vztahů –

Psychodynamické ošetřovatelství – Hildegard Peplau

Model umění pomoci – Ernestine Wiedenbach

Model funkčních vzorců zdraví – Marjory Gordon

#### 3. Systemové modely –

System a teorie cíle – Imogene King

Systemový model – Betty Neuman

Adaptační model – Callista Roy

#### 4. Modely energetických polí

Teorie čtyř konzervačních principů – Myra Estrin Levine

Model jednotlivých lidí – Martha E. Rogers (Pavlíková, 2007).

**Ošetřovatelství jako vědní obor** má svou **paradigmou definovanou čtyřmi pojmy – člověk, prostředí, zdraví, ošetřovatelství**. Konceptní modely jsou tvořeny pojmy a dávají jasný směr pro praxi, vzdělávání a výzkum. Ošetřovatelské modely se skládají ze tří základních částí: asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. Jednotlivé teoretičky ošetřovatelství vyvinuly své vlastní ošetřovatelské teorie nebo modely (Pavlíková, 2007).

### 7.3. Moderní ošetřovatelství Florence Nightingale

Na základě vlastních zkušeností vytvořila ideu ošetřovatelství, **založenou na vztahu člověka, jeho zdraví a prostředí**. Základním pojmem objevujícím se nejčastěji v jejích písemnostech je prostředí. Preferovala sice spíše fyzické prostředí než psychické a sociální, specificky je však nerozlišovala a všechny potřeby pacienta viděla v těsných souvislostech. **Výsledkem jejího ošetřovatelství je aktivní asistující pacient**. Pokud není schopen své potřeby plnit, musí pomoci ošetřovatelství. V jejím podání se jednalo především o zajištění dýchání, čistého vzduchu, vody, čistoty, tepla. Zdraví je naopak narušeno těmito prvky prostředí: nečistota, vlhkost, chlad, zápach, tma. Čistota fyzického prostředí má přímý vztah k prevenci onemocnění a k úmrtnosti v sociálním prostředí komunity. Mezi prostředím, zdravím, pacientem a sestrou probíhá vzájemná interakce (Pavlíková, 2007).

### 7.4. Teorie základní ošetřovatelské péče – Virginie Henderson

O Hendersonové se hovoří jako o Nightingalové dvacátého století. Její zájem o ošetřovatelství se rozvinul během první světové války s přáním pomáhat nemocným a raněným vojákům. Hlavním teoretickým východiskem definice ošetřovatelství Hendersonové jsou základní lidské potřeby. **Lidé mají biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby**. S těmito součástmi je spojeno čtrnáct základních (elementárních) lidských potřeb, které jsou zaměřeny převážně na aspekty tělesné:

1. Normální dýchání.
2. Adekvátní příjem jídla a tekutin.
3. Vylučování.
4. Pohyb a udržování vhodné polohy.
5. Spánek a odpočinek.
6. Výběr vhodného oblečení – oblékání a svlékání.
7. Udržování fyziologické tělesné teploty.
8. Udržování čistoty a úpravy těla.
9. Odstraňování rizik z prostředí a vyvarování se poškození jiných.
10. Komunikace s jinými vyjadřováním emocí, potřeb, strachu, názorů.

11. Náboženské vyznání.
12. Smysluplná práce.
13. Hra nebo účast na různých formách rekreace.
14. Učení, odhalování nového nebo zvědavost, která vede k normálnímu rozvoji zdraví a k využití vhodných zdravotnických zařízení.

Aktivity sestry jako vykonavatelky ošetrovatelských činností přitom **vycházejí z jednotlivých lidských potřeb**. Sestra má pouze asistovat jedinci při uspokojování potřeb, rozhodovat za něj může jen v případech jeho úplné závislosti. Výsledkem ošetrovatelské činnosti je nezávislost pacienta v uspokojování základních lidských potřeb, zvýšení nezávislosti nebo klidná smrt (Pavlíková, 2007).

## 7.5. Teorie deficitu sebekpěče Dorothea Orem

**Model je založen na předpokladu, že člověk má vrozenou schopnost sebekpěče.** Zdůrazňuje individuální odpovědnost jedince, **prosazuje prevenci a zdravotní výchovu jako klíčové aspekty ošetrovatelského procesu**. Podle Oremové by sestry měly sloužit ostatním, starat se o sebe stejně jako o druhé, pomáhat nemocným i zdravým v sebeobsluze. Cílem sesterského povolání je dosáhnout maximálně možnou úroveň sebekpěče pacienta – nezávislost.

Oremová rozpoznává **pět způsobů** pomoci jedinci s poruchami sebekpěče, které mohou být aplikovány samostatně nebo společně:

1. Zastoupení nebo konání za pacienta.
2. Vedení (usměrňování) pacienta.
3. Fyzická nebo psychická pomoc a podpora pacienta.
4. Zajištění podpůrného prostředí pro rozvoj schopností jedince.
5. Učení pacienta.

Teorie je rozpracována do **tří dílčích teorií**: teorie sebekpěče, teorie deficitu sebekpěče a teorie ošetrovatelských systémů. Požadavky na sebekpěči jsou univerzální, vývojové a terapeutické. Sestra pomáhá pacientovi tím, že ho zastupuje, vede, pomáhá, učí, zajišťuje

podpůrné prostředí. Ošetřovatelské systémy v podání Oremové jsou: celkově kompenzační, částečně kompenzační a podpůrně-výchovné. Člověk má potenciál osvojit si dovednosti pro sebezpečí, sestra mu pomáhá. Výsledkem ošetřovatelské činnosti je dosažení optimální úrovně sebezpečí pacienta (Pavlíková, 2007).

## **7.6. Model funkčních vzorců zdraví – Marjory Gordon**

Marjory Gordon byla profesorka a koordinátorka ošetřovatelství v Bostonu. Současně i prezidentkou NANDA. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování, v roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Cílem ošetřovatelství jsou zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví. Pacient je holistická bytost s biologickými, psychologickými a spirituálními potřebami, jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví. Sestra při sběru ošetřovatelské anamnézy systematicky získává informace o jednotlivých oblastech a získané informace analyzuje.

Oblasti funkčního typu zdraví:

1. Vnímání zdraví.
2. Výživa a metabolismus.
3. Vylučování.
4. Aktivita – cvičení.
5. Spánek a odpočinek.
6. Vnímání, citlivost a poznání.
7. Sebepojetí a sebeúcta.
8. Role – mezilidské vztahy.
9. Sexualita.
10. Stres.
11. Víra – životní hodnoty.
12. Jiné.

U dysfunkčního typu zdraví provádíme sběr informací, stanovení priorit, tvorbu ošetřovatelského plánu, zhodnocení (Pavlíková, 2007).



## **Kontrolní otázky**

1. Proč vznikly modely ošetřovatelství a kde?
2. Jaký model se nejčastěji používá na našem území?
3. Vyjmenujte oblasti modelu funkčního typu zdraví.
4. Jakých 14 základních lidských potřeb uvádí Virginia Hendersonová?
5. Který model je modelem psychodynamického ošetřovatelství?

## **Použitá a doporučená literatura**

PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelstva v kocke. 1. sloveské vydanie. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4

## 8. Edukace pacienta

*Mgr. Pavla Kordulová*

### Obsah kapitoly

- Pojem edukace
- Co sestra poskytuje při edukaci?
- Jaké informace by měl pacient během edukace získat?
- Dělení edukace
- Cíle edukace
- Formy edukace
- Druhy edukace
- Metody edukace
- Edukační pomůcky
- Edukační bariéry

### 8.1. Pojem edukace

Slovo **edukace** je odvozeno z latinského slova **educare**, což znamená vychovávat. Jedná se o proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho znalostech, dovednostech a návycích. Edukace znamená výchovu i vzdělávání jedince. Pojmem edukace dále rozumíme celoživotní rozvíjení osobnosti člověka působením formálních institucí i neformálního prostředí. Z pohledu sestry se jedná o chybějící informace a je třeba je doplnit, aby se pacient mohl starat o sobe v domácím prostředí. Edukace pacienta a jeho blízkých umožňuje lepší účast na zdravotní péči a nácvik soběstačnosti. Edukace v ošetrovatelství představuje kvalifikovanou pomoc pacientům, kteří jsou ohroženi nemocí, stresovými situacemi a jinými problémy, proto je třeba, aby se připravovala a organizovala z didaktického hlediska, podle didaktických podmínek a zásad. Tímto způsobem dosáhneme holistického přístupu a také zvýšené edukační a evaluační

úrovně, což ovlivní erudici pacienta a jeho snahu o uzdravení a vyšší kvalitu života (Kuberová, 2010).

## **8.2. Co sestra poskytuje při edukaci?**

Sestra informuje o nemoci dle svých kompetencí. Současně o postupu při vyšetření. Dále o režimových opatřeních. Uvádí rizikové faktory správné životosprávy. Mnohdy uvádí zkušenosti jiných pacientů, jak zvládali nemoc. Při edukaci využívá sestra i svých zkušeností. Poskytuje naučné materiály, jako jsou texty, brožury, DVD, online materiály. K nácviku dovednosti uvádí správné techniky, rady a návody, videa (Kuberová, 2010).

### **Vlastnosti sestry edukátorky:**

1. Odborné znalosti a dovednosti ve svém oboru.
2. Ochota pacientovi pomoci.
3. Empatie.
4. Komunikační dovednosti verbální i neverbální.
5. Schopnost koordinovat celou edukaci (Kuberová, 2010).

### **Při edukaci využívá sestra didaktických zásad:**

1. Zásadu individuálního přístupu.
2. Zásadu názornosti.
3. Zásadu komplexnosti.
4. Zásadu soustavnosti.
5. Zásadu úcty ke každému člověku (Svěráková, 2012).

## **8.3. Jaké informace by měl pacient v průběhu edukace získat?**

1. Informace, které si má pacient osvojit v průběhu poskytování ošetrovatelské péče. Např. Nácvik dovedností při aplikaci inzulínu. Péče o stomie apod.
2. Informace, které má znát po propuštění do domácí péče. Dodržování dietního stravování, péče o ránu, používání elastických punčoch apod.

3. Informace o dostupnosti zdravotní péče v blízkosti bydliště pacienta. Sestra informuje o rozsahu nezbytných kontrol a způsobu řešení eventuálních akutních stavů. Pacient je srozuměn a ví kam si může zavolat (Kuberová, 2010).

## 8.4. Dělení edukace

Edukaci můžeme rozdělit na tři skupiny:

1. **U základní edukace** jsou předávány pacientovi nové znalosti, zručnosti. Pacient je motivován ke změně hodnotového žebříčku ve svém životě a zdravějšímu způsobu života. Např. edukace pacienta o dodržování diety u diabetes mellitus II. typu včetně používání glukometru a aplikaci inzulínu. Dále také edukace rodičů dítěte o čištění zubů v předškolním věku.
2. **Při reedukační edukaci** navazujeme na předchozí znalosti a dovednosti edukovaného pacienta a tyto znalosti a dovednosti se snažíme udržovat a prohlubovat.
3. **Komplexní edukace** nejčastěji probíhá ve vzdělávacích kurzech, ale také v patientských organizacích. Je zaměřena na předávání znalostí, zlepšování dovedností a postojů ke zdraví. Také na předávání typů a triků. Např. v patientské organizaci ILCO (Kuberová, 2010).

## 8.5. Cíle edukace

Rozeznáváme čtyři druhy cílů podle toho, čeho chceme u pacienta dosáhnout.

1. **Kognitivní cíle** se soustřeďují na poskytování nových informací. Důležité je, aby pacient sdělení rozuměl a tím se zlepšily jeho znalosti např. o dodržování dietního režimu u nově vzniklé hypertenzní choroby.
2. **Afektivní cíle** se soustřeďují na změnu postojů pacienta. Mělo by dojít k seběuvědomění si problému. Pacient chce změnit svůj životní postoj a chce čelit nemoci. Bude mít i zájem o informace o své chorobě.

3. **Behaviorální cíle** úzce souvisí s cílem afektivním. Mají za cíl změnit pacientovo chování, aby se zapojil do edukačního procesu.
4. **Senzomotorické cíle** zde jde o to, aby pacient získal zručnost pro určité činnosti. Natáhl si inzulín, vyměnil stomický sáček apod.

**Cílem efektivní edukace** je tedy vyvolat změny v pacientově přístupu k sobě samému. Pochopení souvislostí týkající se choroby, zvládnutí určité motorické činnosti. Pacient je aktivním článkem celého edukačního procesu, rovnocenným partnerem a měl by přijímat zodpovědnost za vlastní zdraví. Při edukaci chceme, aby pacient převzal veškerou zodpovědnost sám za sebe. Dále, aby se v domácím prostředí dokázal sám o sebe postarat (Kuberová, 2010).

## 8.6. Formy edukace

Z teoretického hlediska rozeznáváme formy edukace:

1. Individuální.
2. Skupinové.
3. Hromadné.
4. Speciálně organizované (Kuberová, 2010).

## 8.7. Druhy edukace

Druhy edukace dělíme:

1. Primární – cílovou skupinou jsou zdraví lidé. Zde jde o předcházení zdravotních problémů. Např. u obezity.
2. Sekundární – cílovou skupinou jsou pacienti s určitou chorobou. Důležité je naučit jejich chorobě čelit.
3. Terciární- využívá se u pacientů, kteří mají již nezvratné změny a je třeba jim zkvalitnit život např. využívání stomických pomůcek v bazénů (Kuberová, 2010).

## 8.8. Metody edukace

Mezi metody edukace řadíme:

1. Mluvené slovo.
2. Tištěné slovo.
3. Názorné prostředky.
4. Hra.
5. Programové učení (Kuberová, 2010).

## 8.9. Edukační pomůcky

Z edukačních pomůcek uvádím:

1. Písemné pomůcky.
2. Zvukové pomůcky.
3. Reálné pomůcky.
4. Modely (Kuberová, 2010).

## 8.10. Edukační bariéry

Edukační bariéry rozlišujeme ze **strany sestry a ze strany pacienta**.

**Ze strany sestry** může být bariérou nevhodná komunikace, nevhodně zvolený přístup k pacientovi, nedostatek času na pacienta, nevhodně zvolené pomůcky (Svěráková, 2012).

**Ze strany pacienta** může být bariérou v edukaci akutní či chronická nemoc, akutní bolest, věk, také jazyková bariéra, poruchy smyslového vnímání, změněná psychika, kulturní odlišnosti, špatná adaptace na nemoc, nulová motivace, ale také únava (Svěráková, 2010).

## **Kontrolní otázky**

1. Jaké didaktické zásady využíváme při edukaci?
2. Jaké máme formy edukace?
3. Jaké metody můžeme využít při edukaci?
4. Znáte edukační bariéry?
5. Pro koho je určena primární edukace?



## **Použitá a doporučená literatura**

KUBEROVÁ, H. Didaktika ošetrovatelství. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-

1

SVĚŘÁKOVÁ, M. Edukační činnost sestry. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-

2

## 9. Adaptační proces

*Mgr. Pavla Kordulová*

### Obsah kapitoly

- Adaptační proces v řízení lidských zdrojů
- Fáze adaptačního procesu
- Formální a neformální hodnocení adaptačního procesu
- Adaptační proces všeobecných sester v České republice
- Programy na podporu adaptačního procesu v zahraničí
- Mentoring v ošetrovatelství
- Koučování v ošetrovatelství

### 9.1. Adaptační proces v řízení lidských zdrojů

Adaptace znamená proces začlenění zaměstnance do prostředí pracovního a sociálního. Zapojení zdravotnického pracovníka do pracovního procesu v podobě výkonu činností (Žufan, 2012).

Význam procesu adaptace je motivační, vědomostní, sociální, kontrolní, psychohygienický, rozvíjející, sebereflexní a rekapitulační, kdy zaměstnanec dostává zpětnou vazbu na konci svého adaptačního procesu (Vajner, 2007).

Každá zdravotnická organizace musí mít jasně vydefinovanou personální strategii. Vztah strategického managementu a lidských zdrojů se prolíná do náboru a výběru zdravotnických nelékařských pracovníků, a především do jejich zaškolení a dalšího rozvoje. Na základě strategického managementu lidských zdrojů se vytváří personální plán. Hlavní roli v něm hraje způsob náboru nových zdravotnických nelékařských pracovníků, zaškolení a další celoživotní vzdělávání. Management každého zdravotnického zařízení si tedy musí klást strategické otázky zaměřené na přijímání nových zdravotnických nelékařských pracovníků. Přijímáme nelékařské pracovníky, kteří vyhovují požadavkům instituce? Představují přijatí lékaři pozitivní přínos pro instituci? Používáme správná kritéria výběru

nelékařských pracovníků? Vybíráme a dosazujeme správné nelékařské pracovníky na správná místa, ve správné době? Rozvíjíme nelékařské pracovníky se zaměřením na budoucnost (Gladkij, 2003)?

Adaptace pracovníků má jednak složku **formální tak i neformální**. Formální adaptace probíhá pod vedením personalisty a manažera systematicky dle adaptačně-vzdělávacího programu. Kdežto neformální adaptace probíhá pod vlivem svých spolupracovníků (Němec et al., 2008).

## 9.2. Fáze adaptačního procesu

Adaptační proces se skládá ze třech fází:

1. Základní.
2. Všeobecné.
3. Odborné.

**V základní fázi**, trvající maximálně dva dny, je pracovník seznámen se zdravotnickým zařízením, harmonogramem práce, provozním řádem, vizí, dále s bezpečnostními regulativy, individuální náplní jeho práce. Mezi hlavní body adaptačního programu, které jsou v kompetenci personalisty, patří kontakt s pracovníkem. Předání informačních materiálů (informace o organizaci včetně její kultury) a kontrola průběhu adaptačního procesu. **Dokumentace adaptačního procesu** by měla obsahovat informace týkající se zdravotnického zařízení jako je historie, vedení, organizační struktura. Pracovní podmínky by měly být jasně stanoveny. Těmi jsou pracovní doba, dovolená, mzdové tarify, zaměstnanecké benefity, stravování. Dále práva a povinnosti zaměstnanců, informace o hlášení absence. Určitě i pravidla chování ve zdravotnickém zařízení, seznámení s kolektivní smlouvou, BOZP, možnosti celoživotního vzdělávání, pravidla pro telefonování, používání internetu a pracovního emailu (Plevová et al., 2011).

V náplni **všeobecné části** s délkou až šesti týdnů je, že si zdravotnický nelékařský pracovník osvojí požadované všeobecné informace a činnosti, které budou náplní jeho práce. V kompetenci staniční sestry je vypracování a realizace adaptačního plánu, zajištění školitele, seznámení se spolupracovníky. Ve **fázi odborné** se pracovník seznamuje s novým

pracovištěm a probíhá ověřování jeho znalostí a dovedností. Tato fáze může trvat i několik měsíců (Plevová et al., 2011).

Odborné začlenění zdravotnického nelékařského pracovníka probíhá pod vedením staniční sestry, směnové sestry, sestry školitelky na pracovišti při výkonu práce. Např. formou instruktáže jednotlivých výkonů. Dále formou asistence při ošetrovatelských výkonech. Současně i pověřením přípravy pomůcek, pověřením výkonu. Zaměstnanec v adaptačním procesu je odeslán na vzdělávací aktivity mimo pracoviště. Těmi může být přednáška, seminář, workshop (Němec et al., 2008).

### **9.3. Formální a neformální hodnocení adaptačního procesu**

Cílem **formálního hodnocení** je sumarizovat a uzavřít celý proces s ohledem na plán dalšího rozvoje zdravotnického nelékařského pracovníka např. účast v celoživotním vzdělávání, převedení zdravotnického nelékařského pracovníka na jiné pracoviště. **Hodnocení neformální** probíhá průběžně za účelem **identifikace problémů a jejich následného řešení** přímo na pracovišti. Délka adaptace zdravotnického nelékařského pracovníka závisí na jeho znalostech, dovednostech a schopnostech a délce předchozího zaměstnání. Čím je vykonávaná práce složitější např. na ARO, jednotkách intenzivní péče, tím se délka adaptace prodlužuje z obvyklých třech až čtyřech měsíců na dobu delší cca 12 měsíců (Žufan, 2012).

Doporučená délka adaptace se pohybuje v rozmezí od 8 týdnů do 18 měsíců. Během této doby sestra absolventka získá schopnost odborného a kritického myšlení, pocit sounáležitosti s kolektivem, buduje si sebedůvěru a začne se sociálně integrovat (Baxter, 2010).

### **9.4. Adaptační proces všeobecných sester v České republice**

Cílem adaptačního procesu a programů je usnadnit sestřím absolventkám stát se profesionálkou a vytvořit jim adekvátní prostředí podporující jejich udržení ve zdravotnickém zařízení (Plevová et al., 2011).

Adaptační proces je v České republice diskutovaným tématem. V rámci stabilizace nedostatku všeobecných sester schválilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydání **Metodického pokynu k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky**. Účelem tohoto metodického pokynu je zlepšit podmínky k usnadnění vstupu zdravotnickým nelékařským pracovníkům do zdravotnického zařízení. **Nově nastupujícím absolventům, dale pracovníkům, kteří z jakýchkoliv důvodů přerušili na delší dobu výkon svého povolání. I pracovníkům, kteří přechází na jiný typ práce nebo jiné pracoviště.** Metodický pokyn byl vytvořen jako doporučení pro všechna zdravotnická zařízení v České republice a na jeho základě si každé zdravotnické zařízení vytvoří vlastní standardy pro realizaci a ukončení adaptačního procesu pro zdravotnické nelékařské pracovníky (Věstník MZ ČR, roč. 2009, č. 6).

Adaptační proces zdravotnických nelékařských pracovníků v ČR je vymezen zákonem 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Vlastní adaptační proces probíhá na pracovišti, které poskytuje možnost uplatnit činnosti, pro které všeobecné sestry získaly odbornou způsobilost. Vrchní sestra se staniční sestrou ihned po nástupu pracovníka sestaví **Plán adaptačního procesu**, který musí obsahovat jednak **minimální požadavky** a to jsou: jméno a příjmení, rok narození účastníka adaptačního procesu a vedoucího pracovníka adaptačního procesu, jméno a příjmení školícího pracovníka, seznámení s vnitřními předpisy zdravotnického zařízení, **plán očekávaných odborných znalostí a dovedností, kritéria hodnocení včetně závěrečného hodnocení. Součástí je i doporučení pro další rozvoj a celoživotní vzdělávání pracovníka.** Školícím pracovníkem může být určen pracovník s odbornou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb. **Délka adaptace je u absolventů 3 až 12 měsíců a u ostatních pracovníků v rozmezí 2 až 6 měsíců po nástupu do zaměstnání. Hodnocením je pověřen vedoucí pracovník úseku nebo školící pracovník a je realizováno formou pohovoru nebo prověřením praktických dovedností** včetně zápisu do příslušné řízené dokumentace 1x týdně, nejméně 1 x měsíčně. Adaptační proces je ukončen buď závěrečným pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka nebo školitele, může být požadována obhajoba závěrečné práce. Nakonec je proveden zápis do dokumentace a seznámení pracovníka s hodnocením (Věstník MZ ČR, roč. 2009, č. 6).

## 9.5. Programy na podporu adaptačního procesu v zahraničí

Programy na podporu adaptačního procesu registrovaných sester jsou vytvořeny tak, aby usnadnily sestřím absolventkám stát se profesionálkou a vytvořit jim současně takové prostředí, které by podporovalo jejich udržení ve zdravotnické instituci (Parker et al., 2014). V zahraničí proběhlo mnoho výzkumů, které se týkaly problémů, které sestry absolventky provází během jejich praxe. Jako hlavní problémy sestry popisovaly nedostatek znalostí a dovedností, dále důvěry. I zátěž na nočních směnách. Většina sester absolventek hodnotí pozitivně činnost mentorů při své začínající praxi. Dostávají tak zpětnou vazbu za svoji práci. Dává jim to možnost své pracovní výsledky zlepšit. Na základě výzkumu vychází doporučení, které se má soustředit na podporu praktických dovedností absolventů a finanční odměny pro mentory (školitele) za vzdělávání nových sester (Proulx et al., 2008).

Specialistka Proulx v intenzivní péči uvedla 7 oblastí, které během prvního roku sestry absolventky považovaly za nejtěžší:

1. Nedostatek důvěry ve své znalosti a dovednosti.
2. Absence kritického myšlení.
3. Vztahy s kolegy a mentorem.
4. Neschopnost samostatné práce.
5. Frustrace z pracovního prostředí.
6. Organizace péče.
7. Strach z komunikace s lékaři.

Proulx popsala **pěti stupňový model** získávání znalostí a dovedností v intenzivní péči včetně charakterizace role mentora.

**V první fázi adaptačního procesu** měly odpovědnost za péči o jednoho pacienta 2 sestry absolventky pod vedením mentorky. Po dvou týdnech měla sestra absolventka na starosti jednoho pacienta v kritickém stavu. **Cílem druhé fáze** bylo podpořit samostatnost sestry absolventky pod dohledem mentorky. **Ve třetí fázi** sestra absolventka pečovala o 2 pacienty přes den. Později pracovala na nočních směnách. **Fáze čtvrtá** byla zaměřena na přednášky a didaktické testy v základech intenzivní péče. **Fáze pátá** byla zaměřena na ukončení adaptačního procesu. Při závěrečném pohovoru sestry absolventky s mentorkami a vrchní sestrou vyhodnotily své pokroky a navrhly, zda doporučená délka adaptace 12 týdnů je dostačující nebo potřebuje adaptační proces prosloužit. Specialistka v intenzivní péči Proulx

v závěru uvádí, že adaptační proces může být dokončen, pokud sestra absolventka je schopná samostatně pečovat o 2 pacienty připojené na umělou plicní ventilaci (Proulx et al., 2008).

Programů na adaptační proces v intenzivní péči bylo vytvořeno několik např. Critical Care Nurse Fellowship Program (CCNFP) vytvořený na udržení nových sester absolventek a náklady spojené se zaměstnáváním nových absolventů. Dále 2000 New Graduate Orientation Program aj. (poznámka autorky).

## **9.6. Mentoring v ošetrovatelství**

Mentoring je prostá forma lidského rozvoje, kdy jedna osoba věnuje čas a energii k zajištění profesního růstu a schopností jiné osoby. Mentoring je formální proces, kde služebně starší sestra vede mladší sestru na klinickém pracovišti. Mentoring často popisuje aktivity zkušené sestry připravující mladší kolegyni na jednotlivé činnosti (Plevová et al., 2011).

Mentorského kurzu se může zúčastnit každá všeobecná sestra, která se chce zaměřit na vedení studentů během odborné praxe ve zdravotnickém zařízení. Kurzy jsou realizované na různých zdravotnických fakultách, kde je obor Všeobecná sestra vyučován. Příprava sester mentorek klinické praxe probíhá jako certifikovaný kurz Ministerstva zdravotnictví v rámci celoživotního vzdělávání. Obsahem certifikovaného kurzu je teorie ošetrovatelství, základy pedagogiky a didaktika odborné praxe (poznámka autorky).

### **9.6.1. Sestra mentorka**

**Mezi základní činnosti sestry mentorky** během klinické praxe řadíme organizaci praktické výuky, klinický dohled na pracovišti, začleňování do kolektivu, prověření odborných znalostí a dovedností. Mentorka hodnotí, zda je student či sestra absolventka způsobilá k určitým výkonům. Poskytuje konzultace (Plevová et al., 2011).

**Povinností sestry mentorky** je seznámit studenty nebo sestru absolventku se vstupními informacemi – pracovní dobou, BOZP, dodržováním hygienicko – epidemiologických zásad. Na počátku každé služby stanoví sestra mentorka cíle a náplně činnosti studenta nebo

sestry absolventky. Sestra mentorka dohlíží nad odbornými výkony. Měla by je objektivně hodnotit. Současně i vytvářet přívětivé klima pro práci (Plevová et al., 2011).

**Úkolem sestry** mentorky je docílit nábivk dovedností v klinické praxi. Především se jedná o jednotlivé praktické výkony, dále o manipulaci s medicínskými přístroji apod. Tyto vědomosti zná student či sestra absolventka spíše teoreticky a sestra mentorka je musí nejdříve demonstrovat. Mentorka by měla dodržovat při zaškolování studenta určité didaktické zásady:

1. Zásada názornosti.
2. Zásada přiměřenosti.
3. Zásada soustavnosti.
4. Zásada trvalosti a operativnosti (Plevová et al., 2011).

## 9.7. Koučování v ošetrovatelství

Koučink znamená cílené odstraňování bariér za účelem plného využití potencionálu sestry vedoucího k lepšímu výkonu za pomoci rozhovoru. Primárně je koučink zaměřen na stanovené cíle a jejich naplňování. Podstatou koučování je docílit lepší vnímání reality, zvýšit zodpovědnost za své výkony na klinickém pracovišti koučovaného, ale i zvednout sebedůvěru. Koučování může probíhat s jednotlivcem či týmem na pracovišti za pomoci externího kouče. Externí kouč pomáhá stanovovat cíle a za pomoci rozhovoru, odstraňovat bariéry. Kouč by měl mít dlouhodobý výcvik v koučování. Vstupní kritéria a délka odborného výcviku je stanovena Evropskou asociací pro supervizi a koučink. Koučové mohou být i součástí institucí, kde se podílejí na koučování středního a nižšího managementu. Externí koučové se využívají ke koučování řídicích pracovníků. Řídící pracovníci využívají služeb při potřebě provedení změn na pracovišti. Koučování je založeno na strukturovaném pohovoru se systémem kladením otázek, vyžadující konkrétní odpovědi. Jasně otázky zvyšují soustředění, nutí myslet, umožňují zpětnou vazbu a zlepšují vnímání reality na pracovišti (Venglářová et al., 2013).

**Mezi základní dovednosti kouče** řadíme **aktivní naslouchání**, kdy je třeba dobře pochopit, co sestra říká a současně se soustředit, co chce sestra sdělit. Další dovedností je **kladení otázek**, kdy koučové vždy pokládají otevřené otázky. Otázky zvyšují úroveň vnímání reality



a nutí sestru k zamyšlení. Přesně formulované otázky vyžadují přesné odpovědi. Smyslem otázek pro sestru je, zda má dostatečné informace o problematice (Venglářová et al., 2013).

**Přínos koučování:**

1. Odstraňuje vnitřní bariéry člověka – pracuje s jeho potencionálem.
2. Jasně definuje cíl, který chce dosáhnout.
3. Zvyšuje odpovědnost za činy.
4. Posiluje důvěru a možnost se rozhodnout.
5. Přináší lepší zvládnutí nových situací.
6. Zlepšuje flexibilitu vůči změnám.
7. Zlepšuje orientaci ve vztazích (Venglářová et al., 2013).

## **Kontrolní otázky**

1. Jaký je rozdíl mezi mentorem a koučem?
2. Co je to adaptační proces?
3. Co je obsahem plánu adaptačního procesu?
4. Jaké znáte programy adaptačního procesu v zahraničí?

## Použitá a doporučená literatura

BAXTER, P. E. Providing orientation programs to new graduate nurses: points to consider. *Journal for Nurses In Staff Development: JNSD: Official Journal Of The National Nursing Staff Development Organization* [online]. 2010, roč. 26, č. 4, s. E12-E17. [cit. 2019-06-03]. ISSN 1538-9049. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20683294>

GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. xii, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

NĚMEC, O., BUCMAN, P., ŠIKÝŘ, M. 2008. Personální management. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2008. 369 s. Edice učebních textů Management. ISBN 978-80-86730-31-8

PARKER, V., GILES, M; LANTRY, G., McMILLAN, M. New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today* [online]. 2014, roč. 34, č. 1, s. 150– 156. [cit. 2019-06-03]. ISSN 1532-2793.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22857819>

PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., JANÍKOVÁ, E., JAROŠOVÁ, D., MACHOVÁ, A., SIKOROVÁ, L.,

SLOWIK, R., TOMAGOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetřovatelství I. Praha: Grada, s.r.o., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3

PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., VRUBLOVÁ, Y., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetřovatelství II. Praha: Grada, s.r.o., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0

PROULX, D., BOURCIER, B. Graduate Nurses in the Intensive Care Unit: An Orientation Model. *Critical Care Nurse* [online]. 2008, roč. 28, č. 4, s. 44–53. [cit. 2019-06-03]. ISSN 1940-8250. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18669706>

VAJNER, L. Výběr pracovníků do týmu. Vyd. 1. Praha: Grada, s.r.o., 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-1739-5

VENGLÁŘOVÁ, M., DYNÁKOVÁ, Š., HOLEČEK, L. Supervize v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, s.r.o., 2013. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9

ŽUFAN, J. Moderní personalistika ve službách. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-947-0

Věstník MZ ČR, roč. 2009, č. 6. In *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, částka 6, s. 40-42.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1. Specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

Tabulka 2. Certifikované kurzy pro všeobecné sestry

