

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
zdravotně sociální fakulta**

**POTŘEBA CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PŘI ZAJIŠŤOVÁNÍ
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY.**

Bakalářská práce

Mgr. Věra Stasková, R.N.

2007

Jaroslava Martinovská

The importance of lifetime education of the medical personnel in order to secure the nursing care in senior citizen's asylums.

There has been an increase regarding the more demanding clients, who need a more complex care. The increased demands concerning this care require a high quality education of nursing staff where the lifetime education takes it's very important part. It is necessary for each nurse to work on her own on the basis of deep knowledge and experience on the fields of medicine and therefore to reach a high level of performance. The aim of this work is to find out and describe the opinions and possibilities of medical personnel regarding the lifetime education. There have been two thesis established. Thesis 1: Nursary staff in senior citizen's asylums is willing to educate themselves in terms of lifetime education.

Thesis 2: Asylums do not offer any lifetime education. In order to reach the aim and to validate the thesis a method of questionnaire and semi-standardized interview were used. Research group consisted of 118 nurses from ten rest-houses and of eight members of management of those facilities. With the nurses a questionnaire method was used, management was engaged in semi-standardized interview. After the evaluation the research has shown following results: Thesis 1: The need of nursing staff in asylums was confirmed. Thesis 2: The asylums do not offer possibilities for lifelong education was not confirmed.

In the final part of the work, recommendations towards both nursing staff and management were included. The results has shown that the nursing staff has the need to educate themselves. This could be used by management of senior citizen's asylums and on the basis of research on the needed fields, seminars for the nursing staff could be organized as well as other types of education could be financed.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeba celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků při zajišťování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 14.5.2007

.....

podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Věře Staskové, R.N. za odborné vedení, čas, cenné rady a připomínky při psaní mé bakalářské práce a také mojí rodině za trpělivost a toleranci během mého studia.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Charakteristika oboru ošetřovatelství.....	4
1.1.1 Charakteristika ošetřovatelství.....	4
1.1.2 Koncepce oboru ošetřovatelství.....	5
1.1.3 Role sestry v pojetí moderního ošetřovatelství.....	7
1.2 Vzdělávání sester.....	9
1.2.1 Vývoj ošetřovatelského vzdělávání.....	9
1.2.2 Celoživotní vzdělávání sester.....	12
1.2.3 Regulace a registrace sesterské profese.....	15
1.3 Zajištění a poskytování ošetřovatelské péče o seniory.....	17
1.3.1 Charakteristika stáří.....	17
1.3.2 Charakteristika potřeb ve stáří.....	19
1.3.3 Domov pro seniory.....	20
1.3.4 Zajištění ošetřovatelské péče v domově pro seniory.....	21
1.3.5 Poskytování komplexní ošetřovatelské péče v domově pro seniory.....	22
1.3.6 Úloha sestry při poskytování ošetřovatelské péče v domově pro seniory.....	24
1.4 Možnosti zdravotní a sociální péče o seniory.....	26
2. Cíl práce, hypotézy.....	29
2. 1. Cíl práce.....	29
2. 2. Hypotézy práce.....	29
3. Metodika.....	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	30
4. Výsledky.....	32
4.1 Dotazník pro sestry.....	32
4.2 Rozhovor s vedoucími pracovníky.....	49
5. Diskuze.....	51
6. Závěr.....	59

7. Seznam použité literatury	60
8. Klíčová slova	65
9. Přílohy.....	66

Úvod

Ošetrovatelství se během několika posledních desetiletí značně proměnilo. Moderně pojaté ošetrovatelství už dávno není vnímáno ve vztahu k medicíně jako podřízený obor, ale naopak se postavilo do role samostatného, svébytného zdravotnického oboru, jehož rozhodujícími reprezentantkami jsou právě sestry. V současné době si výrazně samostatnější práce sester vyžaduje nejen kvalitní přípravu na povolání, ale jak vyplývá ze zákona, sestra musí své získané zkušenosti, znalosti a dovednosti celoživotně rozvíjet a doplňovat.

V domovech pro seniory je nutné, aby každá sestra pracovala samostatně a dosahovala tak vysokého stupně odborné samostatnosti ve všech oblastech svého působení. Stáří je doprovázeno celou řadou chronických a degenerativních nemocí a péče o tyto klienty přináší mnoho specifických situací, na které musí být sestra připravena. S rostoucími nároky na tuto péči je třeba vzdělaného týmu pracovníků, ve kterém právě sestra hraje nezastupitelnou roli. Výčet kompetencí a činností sestry je dnes opravdu široký a pokud má sestra zajištěnu možnost celoživotního vzdělávání a má zájem, zvyšuje se tak její spokojenost, sebedůvěra, sebeúcta a všechny tyto faktory následně vedou ke zkvalitnění její práce, tedy péči o klienty.

Cílem práce je zjistit názory a možnosti zdravotnických pracovníků k celoživotnímu vzdělávání při zajišťování ošetrovatelské péče o klienty domovů pro seniory. Tato práce byla zaměřena konkrétně na celoživotní vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči v domově pro seniory.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že pracuji v domově pro seniory, zabývám se ošetrovatelskou péčí o klienty a zajímalo mne, jak sestry vnímají povinnost celoživotně se vzdělávat a jestli cítí potřebu vzhledem k vývoji oboru ošetrovatelství se dále vzdělávat. A na straně druhé, zda je vedoucími pracovníci v celoživotním vzdělávání podporují.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika oboru ošetřovatelství

Ošetřovatelství jako obor se vyvíjelo postupně od činnosti laické, charitativní až k samostatnému profesionálnímu ošetřovatelství.

1.1.1 Charakteristika ošetřovatelství

Z historického hlediska se rozlišují tři vzájemně se překrývající vývojové linie, které ovlivnily ošetřovatelství. Nejstarším typem péče, byla péče laická. Pacienti si ji poskytovali buď sami nebo jim ji poskytovali rodinní příslušníci či lidoví léčitelé a porodní báby. Druhý typ péče se vyvíjel spolu s křesťanstvím. Jednalo se o péči charitativní, která souvisela se zakládáním mnišských řádů, útulků, špitálů a nemocnic, v nichž byla poskytována péče, která se zaměřovala na uspokojování základních potřeb života, jako je zajištění přístřeší, stravy, duchovní podpory a léčitelské péče. Péče byla zaměřena na ošetřování specifických skupin lidí, jako byli nemocní, chudí, opuštěné děti a lidé závislí na pomoci jiných. Charitativní a řádová péče se stala základem profesionálního ošetřovatelství. Na konci 19. století se již hovoří o organizované léčebné péči, kdy sestry přebírají množství různých technických výkonů, z nichž mnohé byly původně prováděny lékaři. (6, 10, 37, 43)

V současné době se ošetřovatelství vypracovalo v samostatnou vědeckou disciplínu a pro její vymezení existuje celá řada definic. Jedna z nich v sobě zahrnuje veškeré oblasti, na které je ošetřovatelství zaměřeno, a to na uspokojování potřeb jedinců a skupin, vzhledem k jejich stavu zdraví a podmínkám prostředí. Je tedy zaměřeno na osobu, zdraví, prostředí a uspokojování potřeb. (6, 10, 23)

Ošetřovatelství lze dále dělit na obory základní a aplikované. Základní obory ošetřovatelství tvoří všeobecné ošetřovatelství, dějiny ošetřovatelství a metodologii ošetřovatelství. Aplikované ošetřovatelské obory jsou zaměřené na komplexní ošetřovatelskou péči, jako je například ošetřovatelství interní, chirurgické, pediatrické, gynekologické, rehabilitační, geriatrické, paliativní.

Ošetrovatelství jako multidisciplinární a vědecký obor využívá poznatků a metod odvozených z věd humanitních, jako je filosofie, etika, psychologie, sociologie a pedagogika, a přírodovědných jako je například fyzika a biologie. Také využívá disciplíny medicínské.(6, 23, 46)

Charakteristické rysy ošetrovatelství vychází tedy z celostního přístupu k člověku, jeho rodině a komunitě. Ošetrovatelství poskytuje péči o zdraví v přímém kontaktu s jednotlivci nebo skupinami lidí, kteří tuto péči potřebují. Zahrnuje péči o uspokojování individuálních bio-psycho-sociálních potřeb člověka ať už zdravého, nebo nemocného, handicapovaného nebo nevyлčitelně nemocného a umírajícího, rodin a komunit prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Tato péče směřuje k zachování a posílení zdraví lidí, k zabránění poškození a zhoršování jejich zdraví, k prevenci vzniku onemocnění a zvyšování kvality jejich života. Podílí se na snižování nákladů a zvýšení výkonnosti systému péče o zdraví obyvatelstva tím, že zlepšuje znalosti obyvatel v oblasti péče o zdraví. V tomto zájmu mění jejich postoje. Zlepšuje soběstačnost a péči o sebe sama u jednotlivců, rodin a komunit. Snižuje úmrtnost a komplikace, kterým lze edukací obyvatel a preventivními opatřeními předejít. (6, 17, 36)

1.1.2 Koncepce oboru ošetrovatelství

V českých zemích se ošetrovatelství rozvíjí postupně, především po roce 1990. Výsledkem rozvoje ošetrovatelství po roce 1990 je vydání první koncepce ošetrovatelství v roce 1998. Přijatá koncepce vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie (dále jen EU) a určuje základní perspektivu vývoje českého ošetrovatelství. S novou koncepcí přichází pokrokové ošetrovatelství, které je založeno na individuálním přístupu ke klientům, na aktivním vyhledávání potřeb a na jejich uspokojování. Poprvé se také zdůrazňuje nutnost zavedení ošetrovatelského procesu, doprovázeného ošetrovatelskou dokumentací, jako základního metodického postupu sestry při práci se zdravým a nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním okolím a otevírá cestu k zajištění

kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, stanovujících kritéria k jejímu hodnocení. (36)

V září roku 2004 vychází nová koncepce ošetrovatelství, která navazuje na koncepci z roku 1998, a tato již reaguje na legislativní změny, které byly přijaty během první poloviny roku 2004. Koncepce ošetrovatelství tento obor definuje jako samostatný vědecký obor, který uplatňuje bio-psycho-sociální přístup k lidem nemocným i zdravým, je zaměřen na podporu, udržení a navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zlepšení kvality života nevléčitelně nemocného člověka a zajištění jeho klidného umírání. Hlavním cílem ošetrovatelství je udržení dobrého zdravotního stavu a zlepšení kvality života člověka. K dosažení tohoto cíle jsou orientovány všechny ošetrovatelské činnosti, které přispívají k podpoře a udržení zdraví, zabraňují vzniku onemocnění a pomáhají člověku co nejdříve získat soběstačnost a nezávislost. Pokud toho nelze dosáhnout, ošetrovatelské činnosti člověku zajišťují odpovídající péči a doprovázejí ho při umírání a klidné a důstojné smrti. (6, 10, 17, 23)

Koncepce dále vymezuje charakteristické rysy ošetrovatelství. Péče je poskytována aktivně, individualizovaně prostřednictvím ošetrovatelského procesu, na základě vědeckých poznatků, má preventivní charakter a je poskytována týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků. Veškerá péče je založena na holistickém přístupu. Dále definuje pracovníky v oboru a jejich vzdělávání. Rozlišuje zdravotnické pracovníky v oboru ošetrovatelství podle způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu a pod odborným dohledem nebo přímým vedením, a to na základě absolvování kvalifikačního studia a celoživotního vzdělávání, které je v koncepci uvedeno. Součástí koncepce je popis registru zdravotnických pracovníků a důvody vedoucí k získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Tato část bude podrobněji popsána v kapitole 1.2. Dále se zabývá ošetrovatelským procesem, jako hlavní pracovní metodou pro ošetrovatelský personál, a jeho dokumentací, kdy aplikací ošetrovatelského procesu je uplatňován systém skupinové péče, nebo systém primárních sester. Při skupinové péči sestra pečuje o určitou skupinu nemocných a odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a zdravotnické dokumentace, kterou po ukončení směny předá další sestře. Při uplatňování systému primárních sester je nemocnému

přidělena sestra, která odpovídá taktéž za zajištění ošetrovatelského procesu a dokumentace po celou dobu jeho hospitalizace. V koncepci je dále zahrnuto řízení oboru, jehož nejvyšším metodickým článkem je odborný útvar Ministerstva zdravotnictví, který ošetrovatelství metodicky řídí a kontroluje. V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízená náměstkem pro ošetrovatelskou péči. Koncepce se zabývá komunitní ošetrovatelskou péčí, která je poskytována mimo ústavní zařízení rodinám, jednotlivcům a skupinám. Dále je v koncepci rozpracováno hodnocení kvality ošetrovatelské péče a směr, kterým má být zaměřen výzkum. (10,17, 36)

1.1.3 Role sestry v pojetí moderního ošetrovatelství

Pokrok v medicíně, rozvoj ošetrovatelské péče a nové poznatky společenských věd, zejména psychologie, sociologie, etiky a zdravotnické techniky postupně vedly ke změně role sestry. Sestra se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Mění se kompetence sestry i obsah její pracovní náplně a profese sestry se stává samostatnější. Mezi základní role sestry patří pečovatelská role, která je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Sestra se také objevuje v roli edukátorky, jejímž hlavním cílem je vzdělávat nemocného a jeho rodinu, čímž se podílí na upevňování zdraví, rozvoji soběstačnosti a prevenci nemocí. Jako obhájkyně nemocného působí sestra v případě, kdy nemocný není schopen projevit své problémy, potřeby a přání, a sestra se tak stává jeho mluvčím. Sestra musí být schopna vykonávat i roli koordinátorky, protože její činností je realizace a plánování ošetrovatelské péče. V roli asistentky se nachází v okamžiku, kdy se podílí na diagnosticko – terapeutické péči. (6, 10, 39)

Nová koncepce moderního ošetrovatelství, jak již bylo zmíněno v kapitole 1.1.2, vychází z holistického pohledu na člověka. Holismus je výraz pocházející z řeckého slova „holos“ (celek) a je filosofickým směrem celistvosti, který v roce 1926 poprvé uvedl ve své knize jihoafrický politik a generál J.H. Smuts. Říká, že celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí, nýbrž nehmotný a nepoznatelný, někdy až mystický činitel celistvosti. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozložením celistvost zanikne. Základ moderní ošetrovatelské péče o celého člověka je dána tím, že jsou brány v úvahu

všechny jeho součásti: tělesné, sociální, emociální, intelektuální a duchovní. To znamená, že každá porucha jedné z jejich částí vyvolá poruchu celého systému. Je proto nezbytně nutné, aby sestry pečující o člověka jako o celou lidskou bytost pochopily, co znamená holistický přístup ke zdraví a péči o člověka. (10, 22)

Moderně chápané ošetřovatelství a nová role sestry ve vztahu k nemocným ovlivňuje i způsob práce sestry a vede k systémovému přístupu v ošetřovatelské péči. Systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity, se nazývá ošetřovatelský proces. Je v protikladu k tradičnímu rutinnímu přístupu založenému na ošetřovatelské péči vycházející ze zajištění ordinací a provozu pracoviště. Ošetřovatelský proces se zabývá potřebami jednotlivce a jde o systematickou racionální metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Uskutečňuje se v pěti fázích: shromažďování údajů, stanovení ošetřovatelských diagnóz, stanovení cílů, realizace ošetřovatelských intervencí a vyhodnocení efektu poskytované péče. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují. Sestra při sestavování individuálního plánu ošetřovatelské péče potřebuje svého nemocného poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetřovatelského hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s nemocným, případně jeho zástupci, pro správnou strategii jeho ošetřování a nakonec zhodnotí efekt poskytované péče. Ošetřovatelský proces ovlivňuje způsob přístupu sester k nemocným a poskytuje sestřím profesionální model ošetřovatelské péče. (6, 36, 38)

Vykonaná ošetřovatelská péče je sestrou zaznamenána do ošetřovatelské dokumentace, která je nezbytnou složkou ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o bio-psycho-sociálních potřebách nemocných, o cílech, kterých je třeba při poskytování ošetřovatelské péče dosáhnout a k dokumentování poskytnuté ošetřovatelské péče a hodnocení jejích výsledků. Ošetřovatelská dokumentace je také podkladem pro kontrolu kvality ošetřovatelské péče. (38, 36)

Kvalitní ošetřovatelská péče je jedním z cílů moderního ošetřovatelství. Kvalitu ošetřovatelské péče určují ošetřovatelské standardy, které současně stanovují měřitelná

kritéria, podle nichž je kvalita ošetrovatelské péče hodnocena. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnuté profesní normy kvality. Mohou být vydány jako zákony a podzákoné normy, metodická opatření Ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ) zveřejněná ve Věstníku MZ nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením a profesní organizací. Týkají se výkonu ošetrovatelské profese, ošetrovatelské péče, ošetrovatelské dokumentace, vybavení a personálního obsazení pracoviště, pracovních postupů a vzdělávání. (36)

1.2 Vzdělávání sester

1.2.1 Vývoj ošetrovatelského vzdělávání

O odborném vzdělávání sester se mluví až koncem 19. století, kdy byly v Evropě založeny první školy, které poskytovaly sestřím systematické vzdělávání v oboru. Před vznikem prvních škol si musely sestry vystačit pouze s vědomostmi získanými metodou pokusů a omylů a také tím co si předávaly z generace na generaci.

Za zakladatelku ošetrovatelství je považována Florence Nightingalová (1820 – 1910), která v roce 1861 založila v Londýně školu pro ošetrovatelky a začala publikovat první knihy zaměřené na toto téma. Hlavní vliv na ošetrovatelství měla kniha „Poznámky o ošetrovatelství“ a založení Školy při nemocnici Sv. Tomáše. V roce 1874 byla kniha přeložena do několika jazyků, mimo jiné i do češtiny. Florence Nightingalová poukazovala na rozdíl mezi medicínou a ošetrovatelstvím a chtěla docílit toho, aby ošetrovatelství bylo samostatnou profesí. Vyzdvihovala myšlenku systematického vzdělávání sester a zavedla funkci hlavní sestry. (6, 10, 37)

V českém prostředí vznikla první škola pro sestry v roce 1874. Patronkami školy byly spisovatelky a bojovnice za ženská práva, Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Ve škole probíhala odborná výuka v teorii a praxi pod vedením českých lékařů vyučujících na Lékařské fakultě University Karlovy. Škola neměla dlouhého trvání a po několika kurzech zanikla. Tato první ošetrovatelská škola na území Rakouska – Uherska ovlivnila rozvoj ošetrovatelství ve střední Evropě a poukázala na potřebu systematického vzdělávání sester pro ošetrovatelskou činnost. Eliška Krásnohorská stojí za zavedením českého označení profese „ošetrovatelka“.

Další školu se podařilo otevřít až během první světové války v roce 1916. Jednalo se o Státní dvouletou ošetrovatelskou školu, která zůstala v činnosti i po skončení první světové války. Zakladatelkou byla F. Fajfrová, jednatelka Spolku pro povznesení stavu ošetrovatelek. První českou ředitelkou se stala v roce 1923 Sylva Macharová, sestra, která se na své povolání připravovala na ošetrovatelské škole ve Vídni. Státní dvouletá ošetrovatelská škola měla vysokou odbornou úroveň a stala se vzorem pro další české civilní i řádové ošetrovatelské školy, které se postupně začaly otevírat. (6, 37)

České ošetrovatelství mezi válkami nebylo orientováno jen na nemocniční služby. V roce 1918 byla v Praze otevřena Vyšší sociální škola, která připravovala sociálně orientované pracovníky a později diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu. Studium bylo jednoleté a absolventky školy zakládaly a vedly poradny pro matky a děti a zdravotní stanice s dispenzářem tuberkulozně a pohlavně nemocných.

První velká vlna rozvoje školství pro „střední zdravotnický personál“ spadá do 30. let 20. století. Školy poskytovaly, v dnešním slova smyslu, vyšší odborné vzdělání. Absolventky nepracovaly v nemocnicích v první linii, ale počítalo se s nimi především do vedoucích funkcí a také jako s vychovatelkami dalších generací ošetrovatelek. Pozitivní vývoj československého ošetrovatelství byl násilně přerušena druhou světovou válkou. Výuka na stávajících školách sice pokračovala, ale nové zakládány již nebyly. Není bez zajímavosti, že v té době se rozvíjí organizace ošetrovatelské péče v nemocnicích. Během války a po jejím skončení se zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. (10, 37)

Po druhé světové válce se situace ohledně kvalifikace sester zcela stabilizovala. Vzdělání bylo pro sestru již naprostou nutností. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetrovatelská škola, která poskytovala specializační pedagogické vzdělání sestrám učitelkám na ošetrovatelských školách a připravovala vrchní sestry pro řídicí práci v ošetrovatelství. V roce 1947 byly podle nového školského zákona sloučeny ošetrovatelské školy s rodinnými a sociálními a začaly vznikat střední zdravotnické školy. Na dvouletých školách se vyučovaly pouze odborné předměty a příprava se dělila na větev sester a porodních asistentek. Na zdravotnických školách k odborným předmětům přibýly všeobecné předměty a postupně další obory: dětská sestra, dietní

sestra, zdravotní laborant, zubní laborant aj. Studium začínalo ve 14 - 15 letech a trvalo 4 roky. (32, 37)

Brzy se ukázalo, že základní profesní příprava v této formě sestrám pro další praxi nestačí a v roce 1960 vznikl v Brně Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, kde probíhalo specializační studium sester v řadě oborů. Ve stejném roce bylo pro sestry, odborné učitelky na středních zdravotnických školách, otevřeno v Praze na Filosofické fakultě Karlovy university dvouoborové pětileté studium ošetrovatelství v kombinaci s psychologií a později v kombinaci s pedagogikou. (6, 37)

Po roce 1990 dochází k řadě změn v systému vzdělávání sester v České republice. V roce 1989 Komise Evropského společenství doporučila, aby sestry byly ve 21. století vzdělávány na vysokoškolské úrovni. Při vyjednávání o vstupu České republiky do Evropské unie (dále jen EU) se diskutovalo o odborné přípravě sester na povolání a jednou z podmínek vstupu byly změny v přípravě na povolání všeobecné sestry a porodní asistentky. Ukázalo se, že dosavadní studium požadované podmínky nenaplní a začaly diskuze o tom, jak v současném školském systému našeho státu splnit podmínky vyžadované EU. Převzít nějaký konkrétní model by bylo problematické vzhledem k odlišnosti vzdělávacích systémů v členských i přistupujících zemích. Pojmy primární, sekundární a terciální vzdělávání znamenaly všude něco jiného, byla rozdílná délka povinné školní docházky, rozdílný byl i charakter vysokoškolského studia, a tak začal u nás vznikat nový zákon. V zákoně měly být splněny podmínky EU a pro sestry měl zákon znamenat změny v postavení jejich povolání a změny v přípravě na povolání. (5, 33)

V roce 2004 byly přijaty potřebné právní předpisy, a to, Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, Vyhláška č.423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, Vyhláška č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a Nařízení

vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Dále Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Přijaté předpisy a definice odpovídají vývoji a postavení oboru ošetrovatelství ve vyspělých zemích a fungují jako směrnice popisující funkce a úkoly, které jsou na sestry kladeny. (21)

Přijetím zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, dochází ke změně dosavadního systému vzdělávání zdravotnických pracovníků v České republice. Všeobecným sestrám zákon předepisuje povinné vzdělání na třetím školském stupni. Kvalifikační příprava všeobecných sester nyní probíhá na půdě univerzitní, neuniverzitní a na vyšších zdravotnických školách. Na univerzitách probíhá zejména na lékařských fakultách a fakultách zdravotně-sociálních. Studium trvá tři roky a zahrnuje 4 600 hodin odborné výuky, která je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Studijní programy musí splňovat minimální požadavky stanovené vyhláškou č. 39/2005 Sb. a absolventi těchto škol získají titul bakalář. Na vyšších zdravotnických školách připravujících všeobecné sestry trvá studium tři roky a absolventi získají titul diplomovaný specialista. Takto vzdělané sestry získávají odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. V současné době dobíhá na středních zdravotnických školách studium všeobecné sestry a od školního roku 2004/2005 se připravují tzv. zdravotničtí asistenti, kteří budou základní ošetrovatelskou péčí v rámci ošetrovatelského procesu provádět pod odborným dohledem všeobecné sestry.

Po absolvování kvalifikačního studia následuje celoživotní vzdělávání, kdy mají sestry možnost si zvyšovat a prohlubovat své znalosti a dovednosti, jak bude uvedeno v následující kapitole. (6, 50, 53)

1.2.2 Celoživotní vzdělávání sester

Dosaženou úroveň kvalifikačního vzdělání studium sestrám nekončí, ale teprve začíná. Sestra na sobě musí pracovat po celou dobu výkonu svého povolání, což vyplývá i z právních předpisů. Celoživotní vzdělávání vymezuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních a vyhláška č. 423/2004 Sb., o kreditním systému.

Celoživotní vzdělávání znamená průběžné doplňování a obnovování vědomostí a způsobilosti, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vedoucí ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a je považováno za prohlubování kvalifikace. Hlavním cílem celoživotního vzdělávání sester je především ochrana veřejnosti před pracovníky s nízkými znalostmi a dovednostmi. (31, 53)

Jednou z forem celoživotního vzdělávání sester je specializační vzdělávání, které navazuje na již získanou odbornou způsobilost a řídí se nařízením vlády č. 463/2004 Sb., které stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Účelem tohoto vzdělávání je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností sestry. Je zaměřeno například na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Žádost o zařazení do oboru specializačního vzdělávání se adresuje na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a sestra musí mít splněnou podmínku výkonu práce bez odborného dohledu a minimálně 1 rok praxe v oboru. (30, 53)

Jednotlivé specializované vzdělávací programy jsou realizovány modulovým způsobem, přičemž se rozlišují tři úrovně modulů – základní, odborný a speciální. Obsah základního modulu je společný všem oborům specializačního studia, odborný modul obsahuje vzdělávání v konkrétním specializačním oboru a speciální modul je úzce zaměřen na problematiku, kterou si sestra vybere podle vlastního zaměření a potřeb pracoviště. Pod pojmem modul se rozumí ucelená část vzdělávacího programu, která je ohodnocena určitým počtem kreditů stanoveným vzdělávacím programem. Program stanoví délku, rozsah a obsah přípravy, počet hodin praktického a teoretického vyučování a výukové pracoviště, na kterém výuka probíhá. Dále obsahuje doporučenou studijní literaturu a charakteristiku činností absolventů vzdělávacího programu. Celková délka specializačního vzdělávání činí 36 měsíců. Studium obsahuje část teoretickou a část praktickou. Teoretická část studia probíhá v délce 2 – 8 týdnů a praktická část v délce 2 – 14 týdnů. Rozsah teoretické a praktické části se u jednotlivých oborů specializace liší, tento rozsah je uveden ve vzdělávacím programu. Modulový systém je pro sestru výhodný z hlediska jeho pružnosti a variability při kombinaci jednotlivých

částí specializace a to jak v rámci jedné specializace, tak i více specializací. V případě, že sestra studuje více specializací, tento systém jí umožňuje zkrátit studium o již dříve absolvované moduly. Modulem může být i akreditovaný certifikovaný kurz a pokud je součástí vzdělávacího programu, lze jej započíst do studia také. Za průběh specializačního vzdělávání odpovídá akreditované zařízení, které přiděluje sestře školitele. Tím může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, který je zaměstnancem akreditovaného zařízení a je zapsaný v Registru. Školitel průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti sestry a vypracovává plán školících akcí, které má sestra absolvovat. Sestra je povinna absolvovat odbornou praxi na akreditovaném pracovišti v rozsahu určeném vzdělávacím programem. Specializační vzdělávání se ukončuje úspěšným složením atestační zkoušky. Předpokladem pro vykonání zkoušky je splnění všech požadavků stanovených příslušným vzdělávacím programem. Atestační zkouška se řídí vyhláškou 394/2004 Sb., a sestra se musí ke zkoušce přihlásit. Obsahem zkoušky je ověření teoretických znalostí a praktických dovedností. Atestační zkouška se koná před oborovou atestační komisí, která má tři členy a jmenuje ji ministr zdravotnictví. Po úspěšně vykonané atestaci získává sestra diplom o specializaci v příslušném oboru.

(29, 30, 49, 53)

V současné době patří mezi akreditované obory specializačního vzdělávání například specializační studium ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči se všemi zaměřeními, organizace a řízení ve zdravotnictví, fixní a snímatelné náhrady a ošetrovatelskou péči v pediatrii rozdělenou na několik zaměření. (35)

Další formou celoživotního vzdělávání je studium navazujících vysokoškolských studijních programů. Studijním programem je akreditovaný doktorský studijní obor, magisterský studijní obor nebo akreditovaný bakalářský studijní obor, u něhož je podmínkou předchozí absolvování zdravotnického studijního oboru nebo oboru střední zdravotnické školy poskytujícího odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Do celoživotního vzdělávání dále patří certifikovaný kurz, jehož absolvováním získává sestra zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezenou činnost. Kurz

absolvuje v akreditovaném zařízení a vzdělávací program má opět stanovenou délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, seznam doporučené studijní literatury, počet hodin praktického a teoretického vyučování a výuková pracoviště, na kterých probíhá. Žádost o zařazení do certifikovaného kurzu podává sestra přímo akreditovanému zařízení a je povinna absolvovat odbornou praxi na pracovišti akreditovaného zařízení a to v rozsahu, který tento program určuje. Po absolvování získává certifikát, kde jsou uvedeny činnosti, k nimž získává zvláštní odbornou způsobilost. Celoživotní vzdělávání se uskutečňuje v akreditovaných zařízeních, kterým je akreditace na vzdělávací programy udělována, na základě zákona 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních. K udělení akreditace podává zdravotnické zařízení, právník nebo fyzická osoba písemnou žádost s příslušnou dokumentací na ministerstvo zdravotnictví ČR

Součástí celoživotního vzdělávání jsou také inovační kurzy, odborné stáže, účast na školících akcích, seminářích, konferencích a odborných symposiích a také publikační, vědeckovýzkumná a pedagogická činnost a samostatné studium odborné literatury. (30, 25, 53)

1.2.3 Regulace a registrace sesterské profese

Se vstupem do EU se stále častěji mluví o pojmu regulace profese. Termín regulace je používán vždy, když se mluví o nástrojích, pomocí kterých je do profese zaváděn řád, důslednost, kontrola a identita. V praxi to znamená vymezení rámce, do kterého spadá vzdělávání, ošetrovatelská praxe, etické a pracovní standardy, prostřednictvím kterých se zodpovídáme veřejnosti a sobě navzájem. Účelem regulace je zajištění přijatelné ošetrovatelské péče, ochrana veřejnosti, podpora rozvoje profese, dosažení odpovědnosti a odpovídajícího statusu sester. Ošetrovatelskou profesi usměrňují tzv. externí regulace. To znamená vládní přístup - koncepce oboru ošetrovatelství a závazné právní předpisy jako jsou zákony, vyhlášky, nařízení. Tato regulace se též nazývá statutární a jejím cílem je chránit veřejnost tím, že bude zajištěna kompetentní a dostupná ošetrovatelská péče. Další formou regulace je vnitřní, tzv. profesní regulace a seberegulace, kdy si sestry řídí svoji vlastní profesi samy. Ta probíhá na úrovni jednotlivých sester, v různých pracovních skupinách a při práci na projektech na

národní či mezinárodní úrovni. Cílem této regulace je zajistit kvalitní péči, zlepšovat ošetrovatelskou praxi a rozvíjet teorii oboru. Regulací ošetrovatelské profese se zabývají i významné zahraniční i národní instituce či organizace – Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní rada sester a ministerstvo zdravotnictví, které spolupracuje s Českou asociací sester a dalšími profesními organizacemi ve zdravotnických povoláních. (6, 7, 21, 22)

Podle zákona 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních, který vstoupil v platnost 1.4.2004, patří mezi mechanismy regulačního systému udělování akreditací na uskutečňování vzdělávacích programů a registrace sester. Registrací se rozumí zapsání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu do registru. Registr je součástí Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Je chápán jako živý záznam s aktualizovanými daty, který lze použít na sestavení profesního profilu zdravotnických pracovníků. Jeho účelem je stanovení kritérií pro registraci, tedy povinného vzdělání, které sestra musí absolvovat, aby mohla být registrována. Zajišťuje tak profesní standard, vytváří základ pro další rozvoj profese a centrálně eviduje a uchovává nezbytně nutné záznamy o sestrách, které jsou vedeny v registračním systému. Zápis v registru motivuje sestry k dalšímu vzdělávání a usnadní jejich profesní uplatnění v rámci EU. Dokladem o registraci je osvědčení k výkonu povolání zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu, které se vydává na období nejvýše šesti let. Poté musí sestra o osvědčení požádat znovu a dostane ho pouze v případě, že doloží získání 40 kreditních bodů z celoživotního vzdělávání a počet let odpracovaných v oboru stanovených zákonem. Kreditem se rozumí bodové ohodnocení jednotlivých forem celoživotního vzdělávání. Sestra, která nesplní některou z podmínek nutných k registraci, či obnovení registrace, může požádat o vykonání atestační zkoušky, která ověří její způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Absolvování teoretické části zkoušky nahrazuje 40 kreditních bodů a absolvování praktické části zkoušky nahrazuje výkon povolání. Zkoušku vykonává před zkušební komisí, kterou zřizuje ministr zdravotnictví. Registr je veřejně přístupný, je součástí Národního zdravotnického informačního systému a poskytuje informace o počtu a odborném

zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. Registrace opravňuje pracovníka nosit titul „Registrovaný“. (7, 9, 53)

K průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělání a vykonávaných činností při výkonu povolání, vykonaných zkoušek a aktivit v oblasti celoživotního vzdělávání slouží průkaz odbornosti. Průkaz odbornosti sestra s sebou nosí na všechny vzdělávací akce, kde je proveden zápis o jejich absolvování. Záznam obsahuje datum konání akce, téma akce a další skutečnosti důležité pro přiznání počtu kreditů podle vyhlášky, zejména délku trvání a druh účasti. (9, 49, 53)

V současnosti se hovoří o novele zákona 96/2004 Sb., která bude součástí euronovely všech zákonů, které se týkají způsobilosti k výkonu povolání a uznávání kvalifikací. Zákon by měl vejít v platnost v roce 2008. (31)

1.3 Zajištění a poskytování ošetrovatelské péče o seniory

1.3.1 Charakteristika stáří

Stáří je přirozený, neodvratný fyziologický děj, který je poslední ontogenetickou etapou lidského života. Dnes je za počátek stáří obvykle považován věk 65 let, vlastní stáří začíná od věku 75 let do 89 let a nad 90 let se používá termín dlouhověkost. Ve stáří dochází ke změnám biologickým, psychickým i sociálním. Biologické stárnutí postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Psychické a sociální stárnutí je podmíněno osobností seniora a jeho úspěšným vyrovnáním se změnám, k nimž stárnutí organismu vede. V průběhu stárnutí klesají kognitivní schopnosti, zpomaluje se psychomotorické tempo. Starší organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního a zevního prostředí a ztrácí své adaptační schopnosti. Involuční změny a současná mnohočetná orgánová patologie charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří. Řada chorob může ve stáří probíhat odlišně. Ke zvláštnostem klinického obrazu patří nejčastěji mikrosymptomatologie, kdy chorobné příznaky jsou vyjádřeny jen minimálně. Další zvláštností je monosymptomatologie a oligosymptomatologie což znamená, že nemoc se neprojevuje obvyklou škálou příznaků, ale pouze jedním nebo několika z nich. Nespecifické příznaky, jako je únava a nechutenství, se objevují u mnoha různých onemocnění.

Setkat se symptomy druhotného postižení, kdy na chorobný stav reaguje jiný než postižený orgán, není nic výjimečného. Prudká zhoršení zdravotního stavu jsou způsobená malou funkční rezervou a vedou ke zvýšenému riziku úmrtí. Nejčastějšími chorobami vyššího věku jsou kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění, gastrointestinální a respirační onemocnění. Charakteristickým znakem nemocnosti ve vyšším věku je polymorbidita, tedy výskyt několika chorob současně. Obvykle jedna nemoc navazuje na druhou, často dochází k aktivaci dosud latentního onemocnění, a vzniká tak řetězová reakce. Důsledkem polymorbidity je polypragmazie - obvykle se jedná o současné užívání čtyř a více léků v rizikové kombinaci nebo neindikovaně. (14, 42, 52)

Život ve stáří ohrožují i takzvané geriatrické syndromy. Specifické geriatrické syndromy jsou multikauzální etiologie a je možné je pozorovat především ve vyšším věku. Často jsou přehlíženy a považovány za důsledek stárnutí. Specifické geriatrické syndromy se nachází v oblasti somatické, psychické sociální. Poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilita, pády a úrazy, inkontinence moče a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravin a tekutin a dekubity, se nachází v oblasti somatické. V oblasti psychiky se nejčastěji objevuje deprese, demence, delirium, poruchy chování a poruchy adaptace. V sociální oblasti je to ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání, dysfunkce rodiny. Z hlediska výskytu patří mezi společensky nejvýznamnější geriatrické syndromy imobilita, instabilita, inkontinence a intelektuální poruchy. Tyto problémy ohrožují kvalitu života ve stáří a mají vliv na nezávislost postižených osob. Významná je i skutečnost, že každá změna zdravotního stavu seniora, může významně ovlivnit jeho vztahy sociální a naopak změna v sociální sféře může podmiňovat zhoršení zdravotního stavu. (13, 14, 52, 42)

Soběstačnost a závislost jsou dva pojmy, které úzce souvisí se stářím, ošetřováním a přijetím seniorů do ústavní péče. Definice soběstačnosti říká, že soběstačný je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije. Pokud senior vyžaduje podporu, dohled nebo pomoc druhé

osoby, již se hovoří o závislosti. Špatný zdravotní stav a ztráta soběstačnosti je jedním z hlavních faktorů, kdy se klient nebo jeho rodina rozhoduje o nástupu do domova pro seniory. (14, 42)

1.3.2 Charakteristika potřeb ve stáří

Uspokojování potřeb člověka je jednou ze základních podmínek jeho existence a rozvoje. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí, protože prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy. V průběhu života každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem.

Uspokojování potřeb je tedy jedním z faktorů ovlivňující kvalitu života jedince. Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Potřeby rozděluje na základní a vyšší. Mezi základní patří potřeby fyziologické, které se objevují při porušení homeostázy. Vyjadřují potřeby organismu, které slouží k jeho přežití, jako je například uspokojení potřeby výživy, pohybu a spánku. Do těchto základních potřeb dále zahrnuje potřebu jistoty a bezpečí, která umožňuje člověku vyvarovat se nebezpečí a situacím, jež ho mohou ohrožovat. Tato potřeba demonstruje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, zdraví a soběstačnosti a objevuje se v situacích, kdy jedinec ztrácí životní jistoty. Do potřeb vyšších zařadil A. H. Maslow potřebu lásky a sounáležitosti, jimiž má na mysli potřebu milovat a být milován, zahrnuje v sobě potřebu náklonnosti a integrace. Tato potřeba se nejčastěji objevuje při opuštění a osamocení. Za vyšší potřebu považuje Maslow potřebu uznání a sebeúcty. Potřeba sebeúcty vyjadřuje přání výkonu a potřeba uznání touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiži. Dále charakterizuje potřeby realizace a sebeaktualizace, kdy jedinec uspokojuje tyto potřeby proto, že chce být takovým člověkem, kterým podle svého mínění může být, má tendenci realizovat své schopnosti a záměry. Potřeby růstu, poznání, porozumění, rovnováhy a harmonie, hravosti a individuality označuje jako metapotřeby. Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, bývají šťastnější, zdravější a výkonnější na rozdíl od lidí s neuspokojenými potřebami. (6, 13, 42 , 43)

Ve stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Do popředí se dostávají potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Podle Maslowovy klasifikace potřeb lze říci, že se vrací z výšek hodnotové pyramidy k jejím základům. Potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně splněny, ale zůstávají, a dokonce se zvýrazňují fyziologické potřeby a psychosociální potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. Nedostatek těchto základních potřeb ovlivňuje psychickou činnost seniora, jeho pozornost, myšlení a vnímání. Důležitou součástí ošetrovatelské péče o seniory je aktivní vyhledávání potřeb starých lidí a jejich uspokojování vhodným způsobem, a to i tehdy, kdy je jeho chování nesrozumitelné, protože starý člověk zpravidla své potřeby nehlásí. (13, 15)

1.3.3 Domov pro seniory

Domov pro seniory patří mezi pobytové služby sociální péče a je definován zákonem č. 108/2006 Sb. § 49. Domov pro seniory poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba zahrnuje základní činnosti, jako je poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů klienta. Služba se poskytuje za úhradu. Maximální výše úhrady činí 160,00 Kč denně, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování, a 140,00 Kč denně za celodenní stavu, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy (příloha 3). (54)

Novinkou je, že klient uzavírá s domovem pro seniory písemnou smlouvu o poskytnutí služby. Smlouva obsahuje označení smluvních stran, druh sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výši úhrady za službu a způsob jejího placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem, výpovědní důvody a výpovědní lhůty a dobu platnosti smlouvy. Domov pro seniory může také odmítnout uzavření smlouvy s klientem z důvodu neposkytování služby, o kterou klient žádá, dále z důvodu nedostatečné kapacity nebo zdravotního stavu klienta. Z tohoto

důvodu může dojít k odmítnutí tehdy, pokud si zdravotní stav klienta vynucuje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení. Dále v případě, že klient není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci nebo nastala-li situace, kdy chování klienta, či projev jeho duševní poruchy by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Domov pro seniory jako poskytovatel má také povinnost zajistit informace o druhu, místě, cílech a způsobu poskytování sociálních služeb a musí mít zpracované vnitřní pravidla k zajištění poskytování sociální služby. Dále plánuje s klientem průběh sociální služby podle jeho osobních cílů, potřeb a schopností. O průběhu poskytované služby vede písemné individuální záznamy, které spolu s klientem průběžně hodnotí. Pokud to zdravotní stav klienta nedovolí, účastní se hodnocení poskytované služby jeho zákonní zástupci. Domov pro seniory si také nově vede evidenci žadatelů o sociální služby. (19, 34, 54)

1.3.4 Zajištění ošetrovatelské péče v domově pro seniory

Od 1.1. 2007 má pobytové zařízení sociální péče povinnost zajistit svým klientům zdravotní péči. Léčebnou péči zajišťuje prostřednictvím praktického lékaře a ambulantních specialistů, ošetrovatelskou a rehabilitační péči prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je poskytována na základě indikace ošetřujícího lékaře a výkony ošetrovatelské péče proplácí zdravotní pojišťovny na základě smlouvy s pobytovým zařízením. Tato právní úprava se nachází v zákoně č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách a který také mění paragraf 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (příloha 4). (27, 54)

Všeobecné sestry pracující v zařízení sociální péče vykazují zdravotní péči pod odborností 913 – sestra v sociálních službách. Zákon č. 620/2006 Sb. uvádí, že všeobecnou sestrou v sociálních službách je všeobecná sestra, která poskytuje zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb. Při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče klientům umístěným v domově pro seniory

vykazuje poskytnutou zdravotní péči klientům na základě indikace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913, mezi které patří výkon administrativní, časový, materiálový, bonifikační a výkon ošetřovatelské intervence. Seznam zdravotních výkonů je uvádí (Příloha 4). (27, 54)

Veškeré ošetřovatelské výkony musí sestry zaznamenávat v ošetřovatelské dokumentaci, která je nezbytnou součástí záznamů pro zdravotní pojišťovny. Dokumentace poskytuje informace o oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče a také o tom, že zdravotní péče byla skutečně poskytnuta. V souladu s vyhláškou MZ ČR č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci obsahuje kromě údajů pro zdravotní pojišťovny také záznam ošetřovatelské péče, který se skládá z ošetřovatelské anamnézy a ošetřovatelského plánu. Ošetřovatelský plán obsahuje popis ošetřovatelského problému, stanovení ošetřovatelské diagnózy, záznam o postupu ošetřovatelské péče a hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče. Veškeré záznamy musí obsahovat datum a čas provedení ošetřovatelské péče. Ošetřovatelskou péči indikuje ošetřující lékař a měla by být v souladu se záznamy v ošetřovatelské dokumentaci. (27, 54)

1.3.5 Poskytování komplexní ošetřovatelské péče v domově pro seniory

Hlavní činností domova pro seniory je komplexní péče o člověka ve stáří. Na poskytování komplexní péče o klienty - seniory se podílí multidisciplinární tým. Optimální tým v péči o klienta pracuje ve složení: lékař, všeobecná sestra, sanitářka, fyzioterapeut, ergoterapeut, pracovník přímé obslužné péče, sociální pracovník a psycholog. Každý z členů týmu má své kompetence a svoji náplň práce.

Úkolem lékaře je posoudit zdravotní stav, stanovit správný diagnostický závěr a určit léčbu. Fyzioterapeut posuzuje fyzickou kondici klienta, zejména stav jeho hybnosti, rehabilituje s klientem a jeho snahou je navrátit původní stav hybnosti a fyzické kondice klienta. Cílem práce ergoterapeuta je úsilí o co nejvyšší zachování či obnovu soběstačnosti, vhodně zvolenými tělesnými a duševními činnostmi zlepšit postižené funkce nebo je nahradit novými funkcemi a zabránit zhoršení celkového tělesného a duševního stavu klienta. V domovech pro seniory často přijímá roli organizátora a současně se podílí na aktivitách vedoucích ke zpříjemnění času klientů pomocí

arteterapie, muzikoterapie, petterapie, kognitivní rehabilitace, mozkového tréninku, výroby různých předmětů a dalších aktivit při rozvíjení kulturního a společenského života v domově pro seniory. Při ošetřování klientů trpících syndromem demence pomáhá při strukturování času těchto klientů s důrazem na smysluplnost a osobnostní zaměření. Pracovník přímé obslužné péče pomáhá klientovi při osobní hygieně a oblékání, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, podporuje soběstačnost a uspokojuje psychosociální potřeby klienta. Sociální pracovník pomáhá klientovi při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Psycholog pomáhá klientům s řešením jejich psychosociálních potřeb, zabývá se psychoterapií a úzce spolupracuje s psychiatrem. V některých domovech pro seniory se již začíná objevovat nový člen týmu, kterým je geriatrický pracovník, který získává vzdělání na vysoké škole v oboru sociálně zdravotní a geriatrické péče. Do pracovní náplně geriatrického pracovníka patří především poskytování duševní péče klientům, jejich psychosociální aktivizace, pomoc při adaptaci na nové prostředí a na novou životní situaci, podílí se na spolupráci mezi zdravotním personálem, rodinnými příslušníky a klientem. (11, 14, 15, 16)

Významnou a nezastupitelnou roli v týmu při poskytování ošetrovatelské péče má sestra pracující metodou ošetrovatelského procesu. Při plánování péče se zajímá o bio-psycho-sociální potřeby klienta, k poznání jeho schopností využívá standardizované měřicí techniky, které slouží k identifikaci rizik, priorit a potřeb klienta. Mezi tyto techniky patří test instrumentálních všedních činností podle Bárthelové, ke zhodnocení psychického stavu klienta používá sestra test Krátké škály mentálního stavu a test Škály deprese pro geriatrické klienty. Dále sestra komunikuje a spolupracuje s ostatními členy týmu. Na základě získaných informací sestaví plán ošetrovatelské péče. Poskytovanou péčí následně hodnotí a zaznamenává stav klienta do ošetrovatelské dokumentace. Dále sestra vykonává odborné činnosti dle svých kompetencí. Úloha sestry při poskytování ošetrovatelské péče bude popsána v kapitole 1.3.6.

Součástí týmové práce by měla být bezproblémová komunikace jednotlivých členů mezi sebou a od všech členů týmu má být požadováno kontinuální vzdělávání v oboru. K základním nástrojům kvalitní péče celého týmu patří zájem o klienta, respekt k jeho

osobnosti, nepodceňování jeho schopností a posilování zodpovědnosti s maximálně možným ponecháním klientovy kontroly nad děním. (13, 14, 15, 42)

1.3.6 Úloha sestry při poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory

Zvláštní péči věnuje sestra nezdatným, křehkým a závislým klientům. Křehkým klientem se rozumí klient, který je ohrožen náhlou dekompenzací zdravotního stavu. O závislém klientovi se mluví tehdy, pokud je dlouhodobě či trvale upoután na lůžko. Při často nízkém zbytkovém funkčním potenciálu může mít pro klienta i drobné zhoršení zdravotního stavu závažné důsledky. U klientů s poruchami hybnosti a klientů s chronickými a nevléčitelnými chorobami k zajištění somatických potřeb využívá komplexní ošetrovatelsko – rehabilitační péči. Jde o aktivní ošetřování, kdy se snaží všemi dostupnými prostředky zamezit vzniku komplikací a sekundárních změn. Speciální pozornost sestra věnuje prevenci komplikací. S klienty provádí pasivní a aktivní cvičení na lůžku. Sleduje příznaky dehydratace, která ohrožuje klienty, jako je turgor kůže, suchost ústní sliznice, tachykardie, hypotenze, horšení psychiky. Stav kůže hodnotí z důvodu, že ve stáří je kůže ztenčená, má sníženou schopnost termoregulace, olupuje se a kožní změny se tak mohou vytvořit velmi rychle. Správným polohováním a výběrem kvalitních moderních antidekubitních pomůcek se sestra snaží o předcházení vzniku dekubitů a kontraktur. Nezanedbatelný je vliv vhodné individuálně volené výživy klientů, proto sestra sleduje problémy související s příjmem potravy a vyhodnocuje stav výživy. Kvalitu života klientů ovlivňuje také inkontinence. Při ní dochází k opakovaným infekcím močových cest a k porušení integrity kůže, proto je nutné, aby sestra o inkontinentní klienty pečovala. Ve spolupráci s lékařem určuje stupeň inkontinence a pomáhá klientovi s výběrem pomůcek. Ošetřuje chronické rány a k léčbě chronických defektů využívá různých prostředků, které jsou rozdělovány na klasické a moderní. V posledních letech se upřednostňuje moderní metoda vlhkého hojení ran, kdy přiměřená vlhkost zajišťuje rychlejší hojení než suché krytí. Těchto přípravků je dnes velmi velká škála a sestra ve spolupráci s lékařem zajišťuje jejich vhodný výběr. (13, 14, 44, 42,)

Zvýšenou pozornost musí sestra věnovat také klientům s anamnézou pádů. Poruchy chůze i pády souvisejí s fyziologickými projevy stárnutí a v důsledku somatických chorob. Primární prevence pádů spočívá v pravidelné fyzické aktivitě zaměřené na dosažení fyzické zdatnosti, posilování svalstva dolních končetin a udržení rozsahu kloubní pohyblivosti, edukaci a motivaci klienta. Preventivní opatření sestra cíleně zaměřuje na příčinné faktory pádů. Zvláštní péči sestra věnuje také zmateným klientům. Nejčastěji se jedná o zmatenost chronickou, která se vyznačuje tím, že je dlouhodobá a nevratná. Projevuje se postupným úbytkem intelektových schopností, úpadkem osobnosti, poruchou myšlení, paměti, orientace a chování. Nejčastějšími příčinami chronické zmatenosti jsou demence, cévní mozkové příhody a stavy po poranění hlavy. Ošetrovatelskou péčí sestra orientuje na obnovení orientace pacienta místem, časem, osobou, na obnovení diurnálního rytmu, který je často porušen, na efektivní komunikaci, uspokojení všech potřeb pacienta a zvládnutí neklidu a případné agitovanosti. (13, 12, 14, 41)

Při sestavování ošetrovatelského plánu se sestra setkává s problémy u klientů, kteří trpí poruchou komunikace. Staří lidé zpracovávají informace pomaleji a v řešení problémů mívají horší výsledky. Sestra by měla umět v rámci komunikačních dovedností pomoci seniorovi porozumět tomu, co se s ním děje, povzbuzovat ho a motivovat k aktivnímu přístupu k životu. K tomu využívá znalosti verbální a neverbální komunikace. Empatie, úcta, autentičnost a zachování důstojnosti jsou základními faktory dobré komunikace s klientem. Znalost symptomů a syndromů nemocí, znalost klienta a praktické dovednosti v komunikaci využívá sestra při práci s klienty postiženými demencí, smyslovými poruchami a poruchami psychiky. V komunikaci s nemocným trpícím demencí vystupují bariéry, jako jsou poruchy paměti, zvláště krátkodobé, poruchy orientace, neporozumění řeči, neschopnost vyjádřit se. U těchto klientů patří mezi zásady dobré komunikace vyvarovat se otázek, na které osoba nedokáže odpovědět, vyhnout se spouštěčům nevhodného chování, používat krátké věty a slova s jednoznačným významem. Dále by se sestra neměla opakovat, rozhovor vést kratší dobu a ověřit si zda ji klient rozumí. Ke komunikační bariéře vede i zhoršování sluchu starších klientů. Často obtíže zastírají a nepoužívají kompenzační

pomůcky. Trpělivost, zřetelná, přesná a pomalá artikulace, krátké věty a co nejméně rušivých podnětů je dobrým předpokladem porozumění si sestry s klientem. U klientů s poruchou řeči sestra věnuje pozornost neverbální komunikaci, používá symboly, obrázky, psaný projev, nabízí slova a nenutí k hovoru, pokud klient nemá zájem. Klienti s psychickými potížemi jako jsou změny nálad a projevy deprese, vyžadují specifický přístup. Depresivní člověk propadá dojmu, že jeho situaci nikdo nerozumí, takže je důležité, aby sestra dala najevo pochopení a nevyhýbala se nepříjemným rozhovorům, neboť komunikace je základem humánního ošetřovatelství. (13, 47)

Při poskytování ošetřovatelské péče se musí sestra samostatně rozhodovat a reagovat na změny zdravotního stavu svých klientů, neboť nemá ve své službě 24 hodin „po ruce“ lékaře. Vzhledem k tomu, že příznaky různých onemocnění či akutních stavů bývají u starší populace atypické, nachází se sestra často v situacích, kdy je potřeba, aby se velmi erudovaně a rychle rozhodla o dalším postupu a zajistila lékařskou odbornou pomoc.

O tom, že je nutné ošetřovatelskou péči v zařízeních sociální péče poskytovat vzdělaným a kvalifikovaným personálem, svědčí skutečnost, že v některých z nich je skladba obyvatel z hlediska jejich zdravotního stavu velmi podobná jako v léčebnách dlouhodobě nemocných. Není výjimkou, že je do domova překládán klient bezprostředně po operaci či po zvládnutí akutního stavu v nemocnici. Lékaři samozřejmě vycházejí z toho, že péči přebírají kvalifikovaní pracovníci. (4)

1.4 Možnosti zdravotní a sociální péče o seniory

Zdravotní a sociální péči o staré občany není možno od sebe oddělovat. Zdravotní problémy jsou často doprovázeny sociálními a naopak. Je proto nezbytné, aby obě části péče, byly dostupné pro všechny potřebné staré občany, s respektováním jejich konkrétních potřeb, přání a názorů.

Rozvoj terénních zdravotnických a sociálních služeb je podmíněn trvalým zvyšováním počtu osob vyššího věku. Dochází k prodlužování délky života ve stáří, a proto současně s tím dochází k prodlužování období, kdy starý člověk potřebuje pomoc a péči. Tyto služby by se měly přizpůsobovat individuálním potřebám starého

člověka. Cílem a smyslem rozšiřování a hledání různých forem péče by měla být kombinace péče ústavní a terénní – ambulantní. (14)

V průběhu života se může každý člověk dostat do nepříznivé životní či sociální situace, při které může potřebovat sociální služby. Pokud taková situace nastane, jistě si každý přeje, aby mu byly zajištěny aktivity sociálních služeb na odborné úrovni, s důstojností a v příjemném prostředí. Při poskytování těchto služeb je proto nutné vycházet z přesvědčení o jedinečnosti, hodnotě, vrozené důstojnosti, práv na sebeurčení a lidských práv každého uživatele sociálních služeb. (34)

Od 1.1.2007 platí nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nahrazuje vyhlášku č.100/1988 Sb. Hlavním důvodem k vypracování této nové právní normy byla snaha změnit nefungující zákon z konce osmdesátých let minulého století, který z hlediska moderních představ o poskytování sociálních služeb již nevyhovoval. Ochrana práv a oprávněných zájmů lidí, kteří jsou v jejich prosazování oslabeni z důvodu zdravotního postižení, věku či jiné nepříznivé životní situace, je hlavním posláním nového zákona. Zákon je tedy koncipován tak, aby jeho cílem bylo vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a pomoci v životních situacích, které mohou člověka vyřadit z běžného života společnosti. Zároveň zákon poskytuje garanci na bezpečné a profesionální služby, které budou přizpůsobeny potřebám lidí. (19, 34, 54)

Pro fungování nového modelu sociálních služeb je základním nástrojem poskytnutí příspěvku na péči. Je to státní sociální dávka, která posiluje finanční soběstačnost klienta a náleží občanům, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci druhého člověka. Tato sociální dávka je klientovi přiznávána podle schopnosti sebez péče a soběstačnosti. Zákon rozeznává čtyři stupně závislosti, a to od mírné až po úplnou.

V zákoně jsou dále vymezeny tři základní oblasti služeb, mezi něž patří sociální poradenství, služby sociální péče, jejichž cílem je zabezpečit základní životní potřeby lidí, kteří se nemohou obejít bez pomoci jiné osoby a služby sociální prevence. Tyto služby jsou členěny podle místa poskytování na terénní, ambulantní a pobytové.

Tento nový systém umožní domovům pro seniory přesněji vymezit rozsah služeb, které poskytují. Pro klienty to znamená, že mají možnost výběru sociální služby podle osobních představ a potřeb. Klient má možnost vybírat si ze služeb sociální péče jako jsou například: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory. (19, 34, 54)

2. Cíle práce a hypotézy

2. 1. Cíl práce

Cílem práce je zjistit názory a možnosti zdravotnických pracovníků k celoživotnímu vzdělávání při zajišťování ošetrovatelské péče o klienty domovů pro seniory.

2. 2. Hypotézy práce

H 1 – Poskytovatelé ošetrovatelské péče v domovech pro seniory mají potřebu se celoživotně vzdělávat.

H 2 – Domovy pro seniory neposkytují možnost celoživotního vzdělávání.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro získání potřebných údajů a k dosažení vytýčených cílů a ověření hypotéz byla použita metoda dotazování technikou dotazníku a polostandardního rozhovoru. Dotazník byl anonymní a byl určen pro všeobecné sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domovech pro seniory (příloha 1). Otázky v úvodu dotazníku se týkaly osobních údajů, délky praxe ve zdravotnictví a v zařízení sociální péče, dosaženého vzdělání a registrace (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Další otázky byly zaměřeny na informace o vzdělávání, na názor povinnosti dále se vzdělávat a na potřebu vzdělávání, preferenci typu celoživotního vzdělávání, motivace ke vzdělání a formu získávání informací o vzdělávacích akcích (8, 9, 10, 11, 12). Otázky další se týkaly finanční úhrady vzdělávání, návštěvy vzdělávacích akcí, oblastí vzdělávání, využívání získaných informací, biopsychosociálního přístupu ke klientům, vlivu dalšího vzdělávání na kvalitu ošetrovatelské péče, uspokojení z práce, týmové spolupráce a potřebou celoživotního vzdělávání sester při poskytování ošetrovatelské péče (13 – 23). Osm otázek bylo formulovaných jako uzavřené, 14 polouzavřených a jedna otázka byla otevřená. Dříve než byl dotazník použit k vlastnímu šetření, byl proveden předvýzkum na vlastním pracovišti. Sestrám byly rozdány dotazníky a po vyhodnocení byly následně některé otázky upraveny, přidány a vyřazeny.

Polostandardizovaný rozhovor byl veden s vedoucími pracovníky níže uvedených pracovišť. Obsahoval pět otázek, sledoval jejich názor na celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků poskytujících v jejich zařízení ošetrovatelskou péči. Dále zjišťoval možnosti organizace finančně podporovat celoživotní vzdělávání a zda hradí specializační vzdělávání. Poslední dvě otázky se týkaly zpracování vzdělávacího programu zařízení a tématu, které by zvolili při pořádání semináře (příloha 2).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

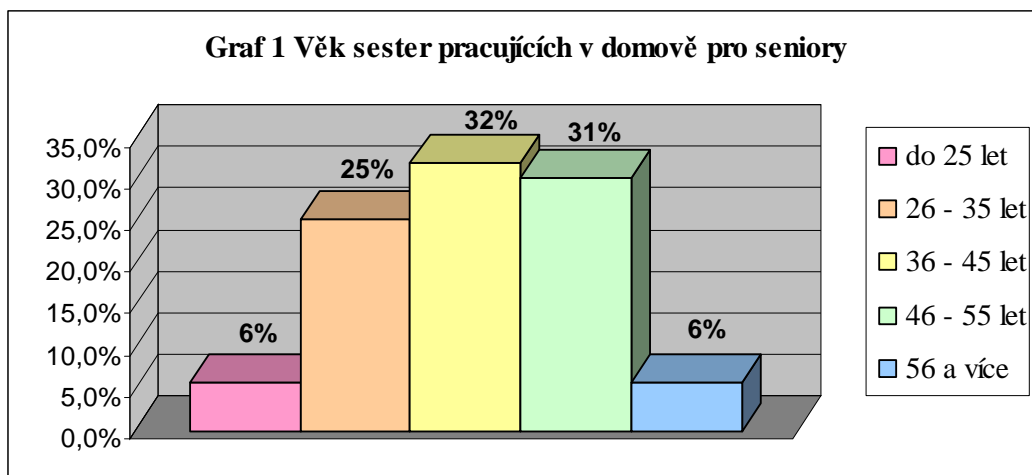
Pro potřebný počet sledovaného souboru byli osloveni vedoucí pracovníci deseti domovů pro seniory: Domov pro seniory v Třeboni, Domov pro seniory v Bechyni, Domov pro seniory Stachy - Kůsov, G – centrum v Táboře, Domov pro seniory Místra

Křišťana v Prachaticích, Domov pro seniory v Netolicích, Centrum sociální pomoci a Domov pro seniory ve Vodňanech, Domov pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích, Domov pro seniory Máj p. o. v Českých Budějovicích a Domov pro seniory Dobrá Voda v Českých Budějovicích. Ve spolupráci s vrchními sestrami uvedených domovů bylo sestrám rozdáno celkem 120 dotazníků. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků se 2 dotazníky vrátily nevyplněné. Návratnost byla tedy 98 %. Pro neúplnost údajů nebyl žádný vyřazen. Zkoumaný soubor tvořilo 118 sester poskytujících ošetrovatelskou péči v domově pro seniory.

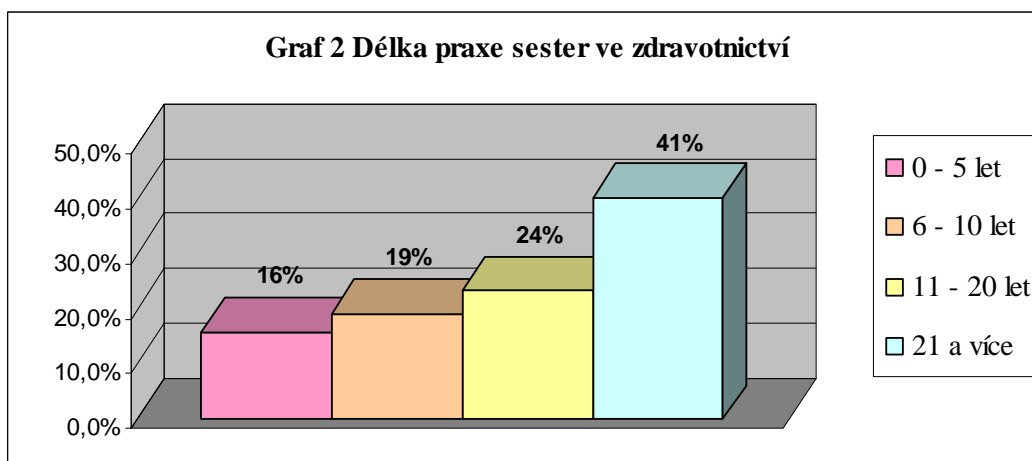
Dále bylo osloveno všech deset vedoucích pracovníků ve výše uvedených domovech pro seniory a byla s nimi sjednána schůzka. Z důvodů pracovní zaneprázdněnosti odmítli schůzku dva vedoucí pracovníci. S osmi pracovníky byl veden polostandardizovaný rozhovor.

4. Výsledky

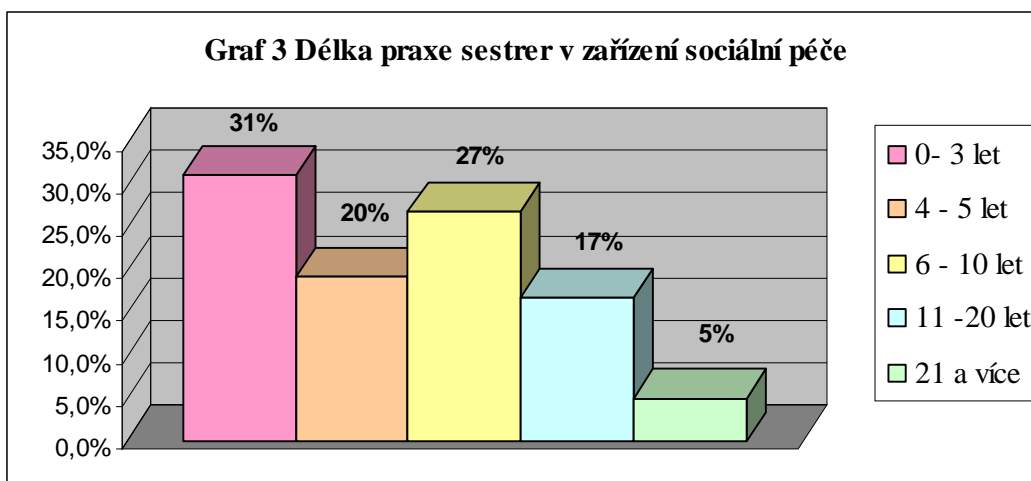
4.1. Dotazník pro sestry



Z celkového počtu 118 sester (100 %) 38 sester (32 %) 36 – 45 let, 36 sester (31 %) 46 – 55 let, 30 sester (25 %) 26 – 35 let, 7 sester (6 %) do 25 let a 7 sester (6 %) nad 56 let.



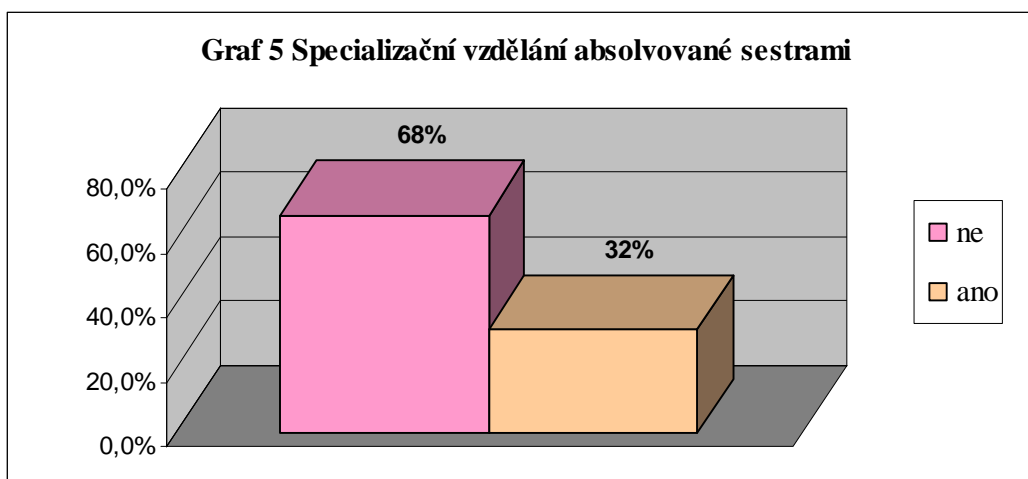
Graf ukazuje délku praxe sester ve zdravotnictví. 48 sester (41 %) 21 a více let, 28 sester (24 %) od 11 – 20 let. 23 sester (19 %) od 6 – 10 let. 19 sester (16 %) do 5 let.



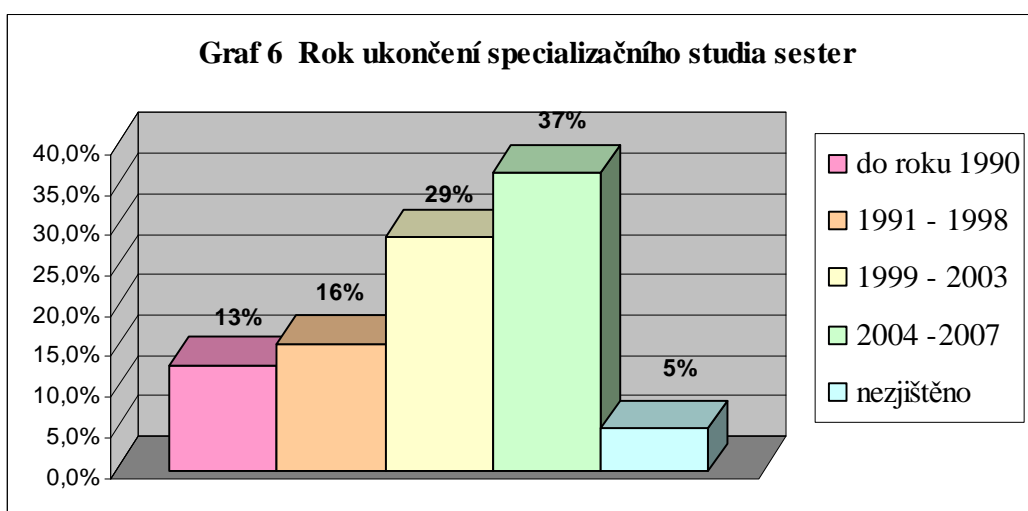
Graf ukazuje na délku praxe sester v zařízení sociální péče. Do 3 let pracuje v zařízení sociální péče 37 sester (31 %), 32 sester (27 %) pracuje od 6 – 10 let. Od 4 – 5 let 23 sester (20 %), od 11 – 20 let pracuje v zařízení sociální péče 20 sester (17 %) a 6 sester (5 %) 21 a více let.



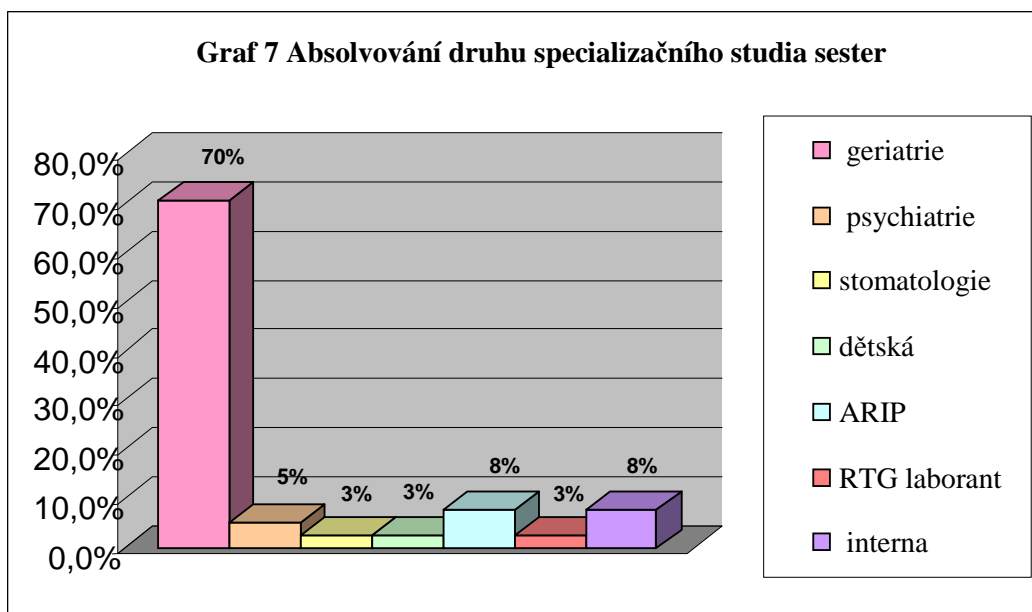
Graf popisuje výsledky nejvyššího dosaženého vzdělání sester. Střední zdravotnickou školu uvedlo 109 sester (92 %). 4 sestry (3 %) označily bakalářské vzdělání, 3 sestry (3 %) uvedly vyšší zdravotnickou školu a 2 sestry (2 %) absolvovaly magisterské studium. Žádná sestra (0 %) jiné.



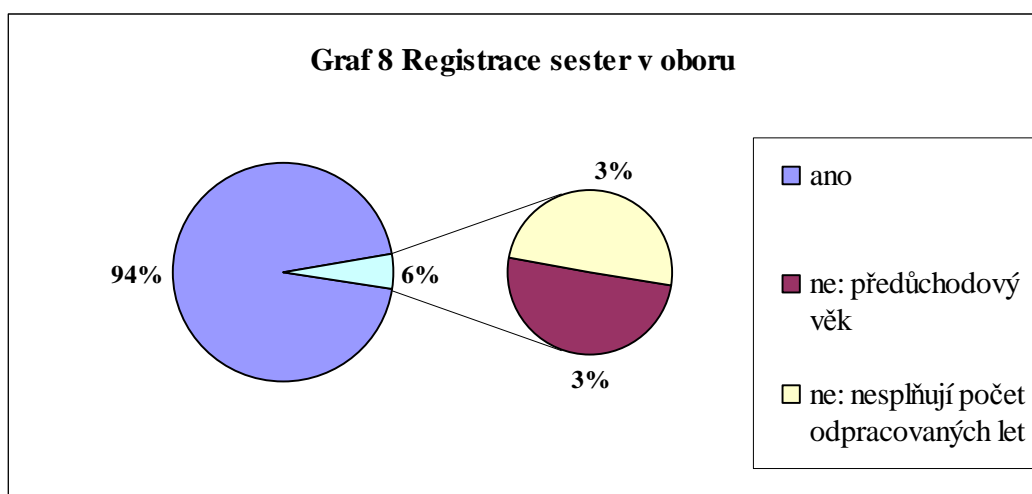
Graf informuje o specializačním vzdělání sester. 80 sester (68 %) označilo ne, 38 sester (32 %) ano.



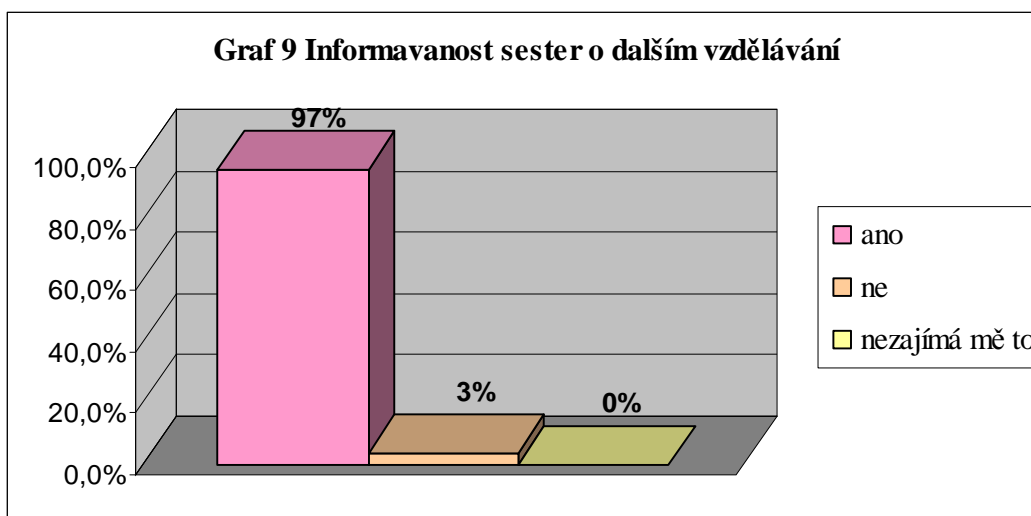
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 5. Pro tento graf je 38 sester 100 %. Informuje o roku ukončení specializačního vzdělávání sestry. 14 sester (37 %), 2004 – 2007. 11 sester (29 %) v roce 1999 – 2003, 6 sester (16 %) v roce 1991 – 1998, 4 sestry (13 %) do roku 1990. 1 sestra (5 %) nezjištěno.



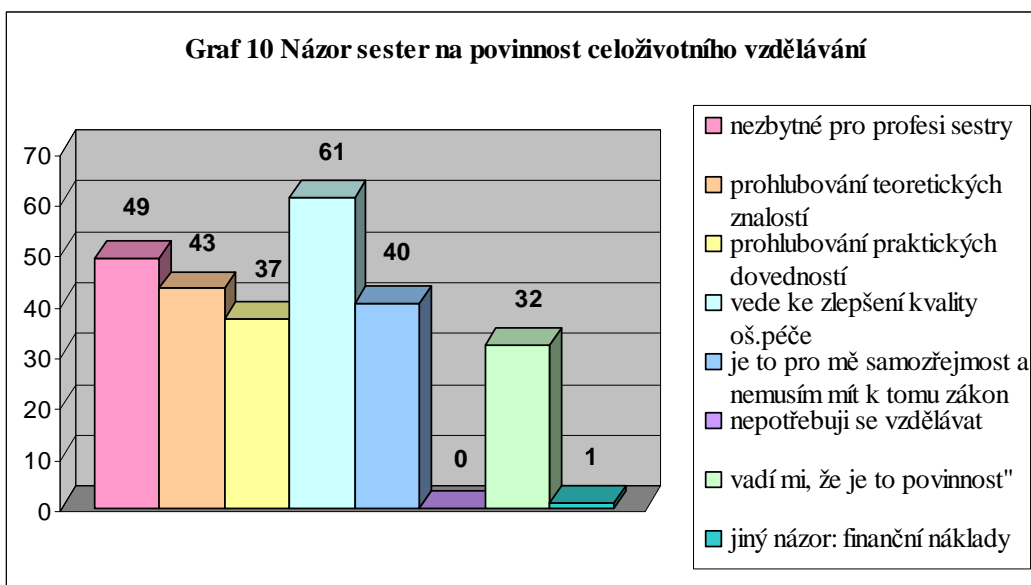
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 5. Pro tento počet je 38 sester 100 %. Informuje o názvu absolvovaného specializačního studia sester. 27 sester (71 %) geriatrie, 3 sestry (8 %) ARIP, 3 sestry (8 %) interna, 2 sestry (5 %) psychiatrie, 1 sestra (3 %) stomatologii, 1 sestra (3 %) dětské, 1 sestra (3 %) RTG laborant.



Graf vypovídá o registraci sester. 112 sester (94 %) je registrováno, 6 sester (6 %) registraci nemá. Důvod: 3 sestry (3 %) předúchodový věk, 3 sestry (3 %) nesplňují počet odpracovaných let.

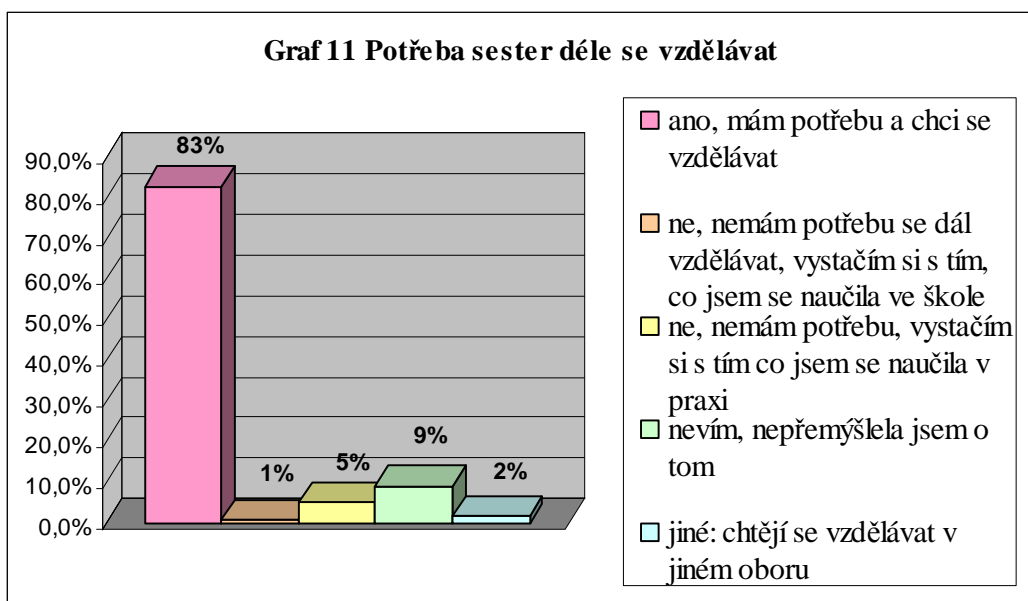


Graf popisuje informovanost sester o dalším vzdělávání sestry v oboru. 114 sester (97 %) ano, 4 sestry (3 %) ne a žádná sestra (0 %) nezajímá mě to.



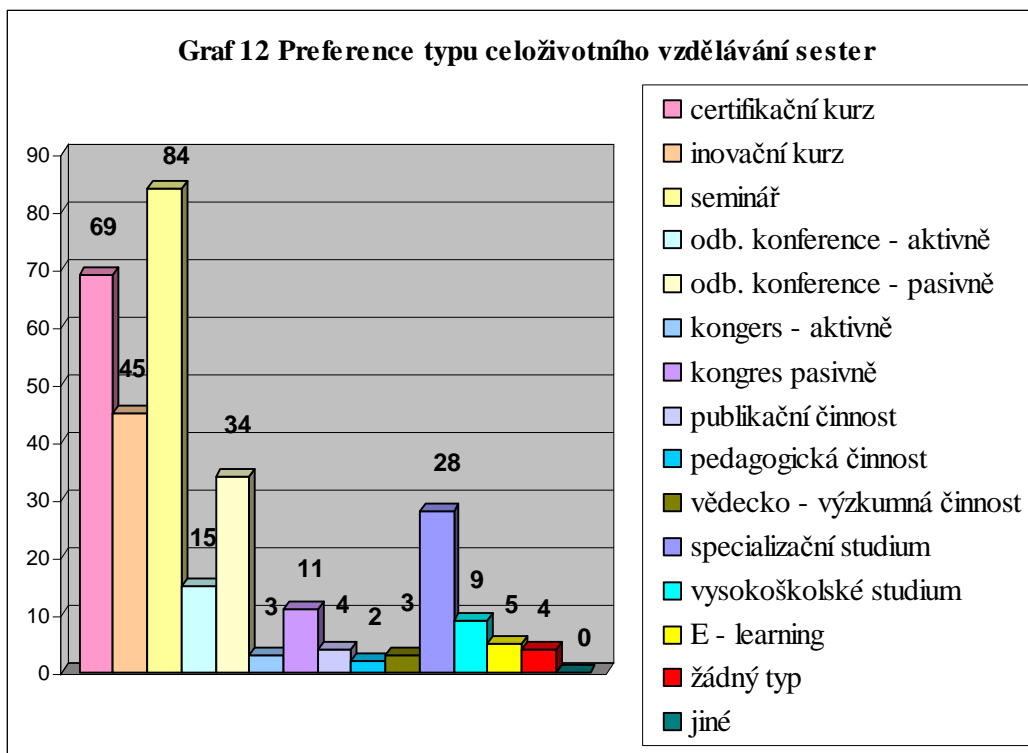
Graf znázorňuje četnost odpovědí 118 sester na povinnost dále se vzdělávat podle zákona č. 96/2004 Sb. 61 sester označilo, vede ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče, 49 sester označilo, nezbytné pro profesi sestry, 43 sester označilo, prohlubování získaných teoretických znalostí, 40 sester je to pro mě samozřejmost a nemusím mít k tomu zákon, 37 sester prohlubování získaných praktických dovedností, 32 sestrám vadí, že je to povinnost, 1 sestra jiný názor: finanční náklady a 0 sester nepotřebuje se vzdělávat.

Graf 11 Potřeba sester déle se vzdělávat



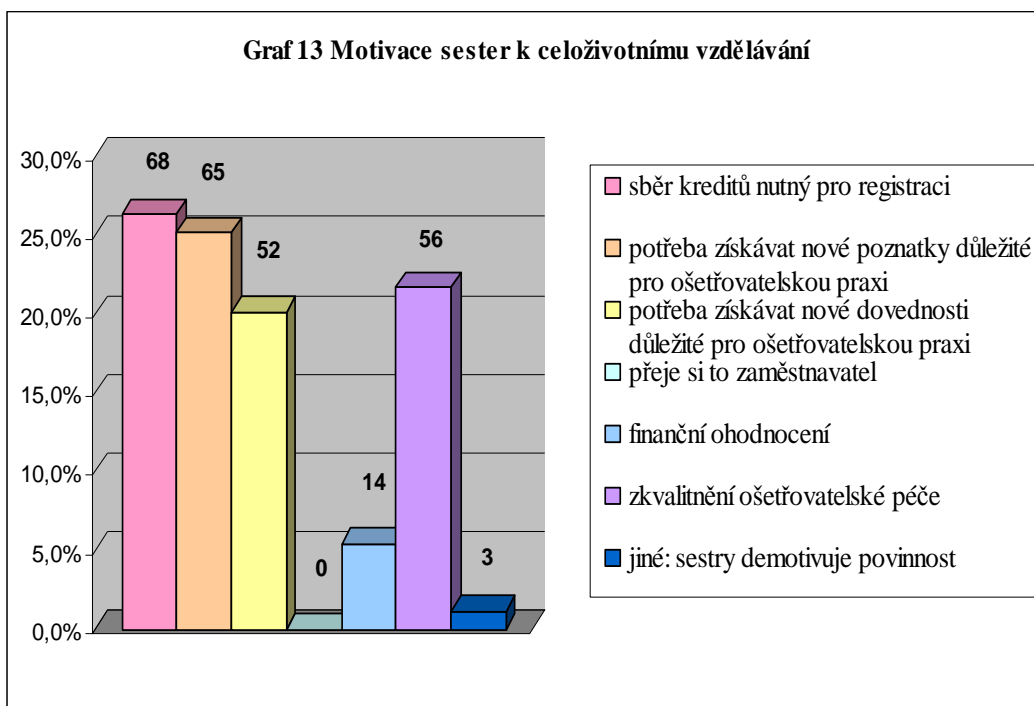
Graf informuje o potřebě sester dále se vzdělávat. 98 sester (83 %) uvedlo ano, mám potřebu a chci se vzdělávat, 11 sester (9 %) označilo nevím, nepřemýšlela jsem o tom, 6 sester (5 %) označilo ne, nemám potřebu se vzdělávat, vystačím si s tím co jsem se naučila v praxi, 2 sestry (2 %) uvedly jiný: chtějí se vzdělávat v jiném oboru a 1 sestra (1 %) označila, ne nemám potřebu se vzdělávat a vystačím si s tím, co jsem naučila ve škole

Graf 12 Preference typu celoživotního vzdělávání sester

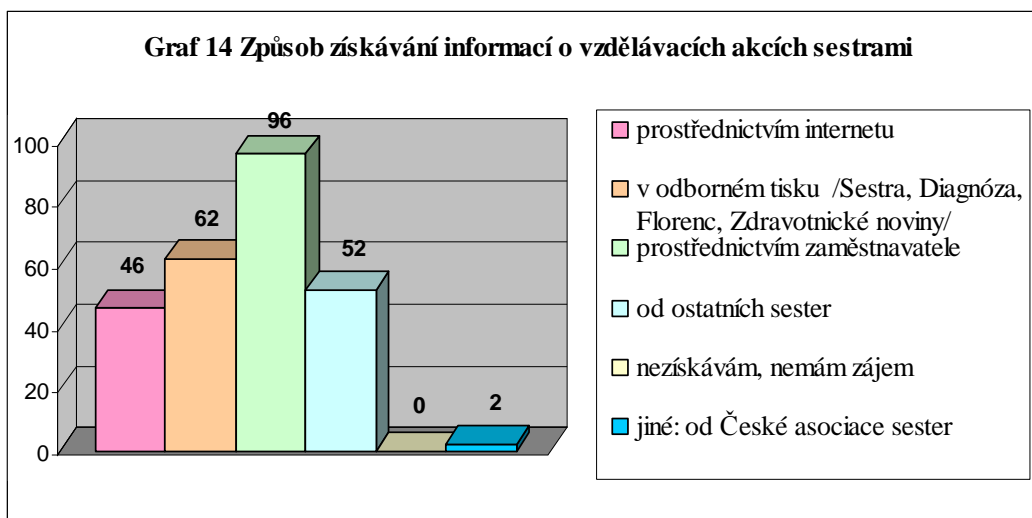


Graf znázorňuje četnost odpovědí 118 sester na preferenci typu celoživotního vzdělávání. 84 sester preferuje semináře, 69 sester certifikační kurz, 45 sester inovační kurz, 34 sester odborné konference – pasivní účast, 28 sester specializační studium, 15 sester odborné konference – aktivní účast, 11 sester kongres pasivní účast, 9 sester vysokoškolské studium, 5 sester E- learning, 4 sestry publikační činnost, 4 sestry nepreferují žádný z uvedených typů, 3 sestry vědecko – výzkumnou činnost, 3 sestry kongres - aktivní účast, 2 sestry pedagogickou činnost, jiný typ neuvedla žádná sestra.

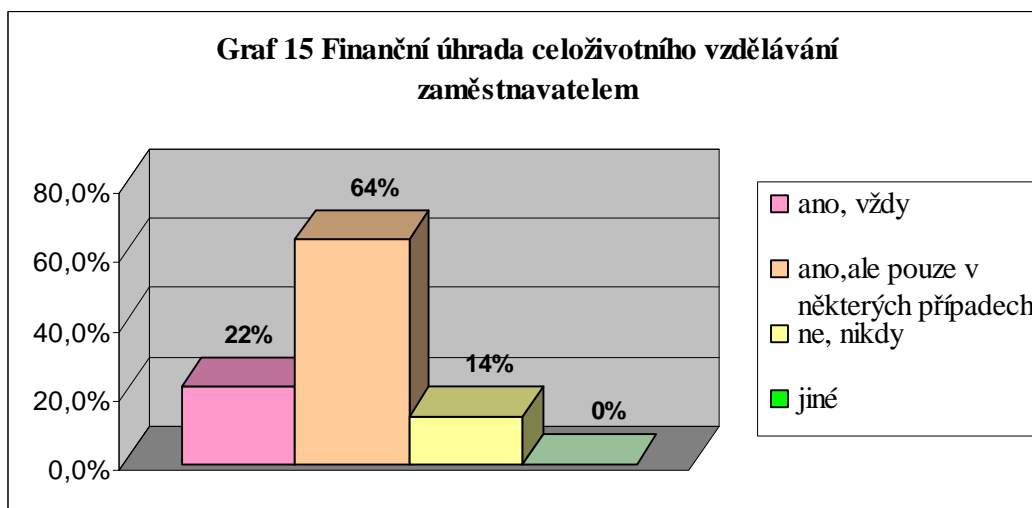
Graf 13 Motivace sester k celoživotnímu vzdělávání



Graf znázorňuje četnost odpovědí 118 sester na motivaci k dalšímu vzdělávání. 68 sester označilo sběr kreditů nutný pro registraci, 65 sester potřebu získávat nové poznatky důležité pro ošetrovatelskou praxi, 56 sester zkvalitnění ošetrovatelské péče, 52 sester potřebu získávat nové dovednosti důležité pro ošetrovatelskou praxi, 14 sester finanční ohodnocení, 3 sestry jiný: demotivuje je povinnost, žádná sestra O přeje si to zaměstnavatel.

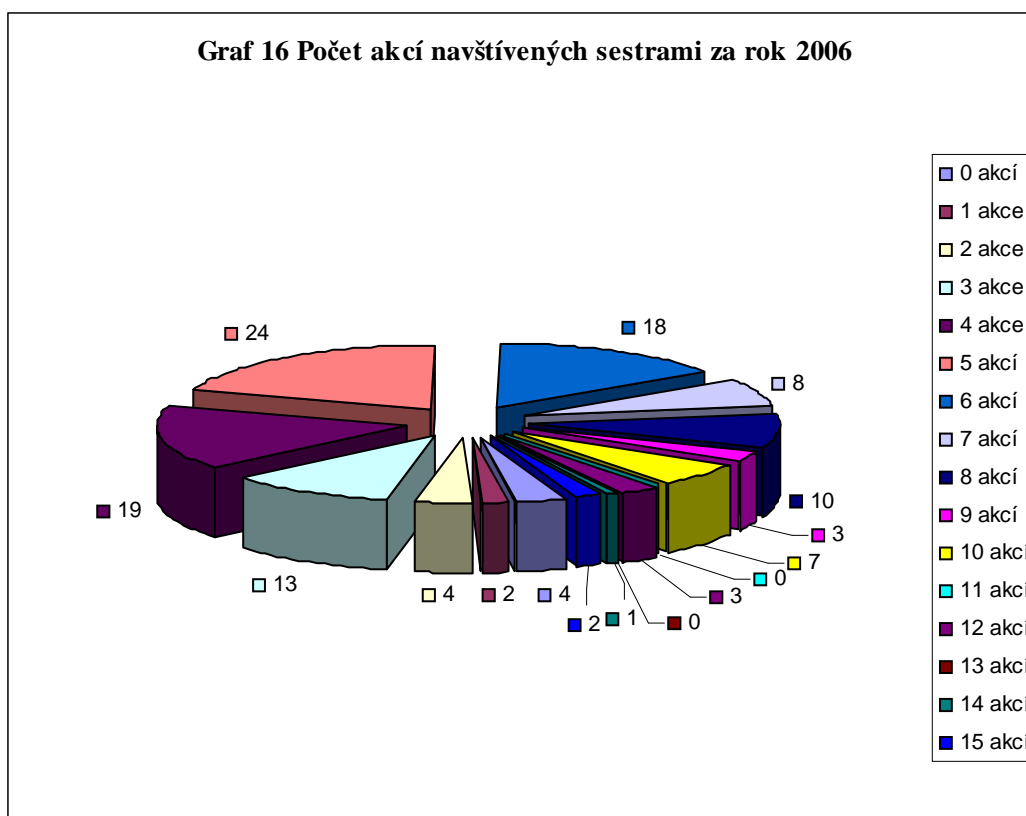


Graf znázorňuje četnost odpovědí 118 sester na způsob získávání informací o vzdělávacích akcích. 96 sester prostřednictvím zaměstnavatele, 62 sester v odborném tisku / Sestra, Florenc, Zdravotnické noviny/, 52 sester od ostatních sester, 46 sester prostřednictvím internetu, 2 sestry jiné: od České asociace sester, žádná sestra nezískávám, nemám zájem.

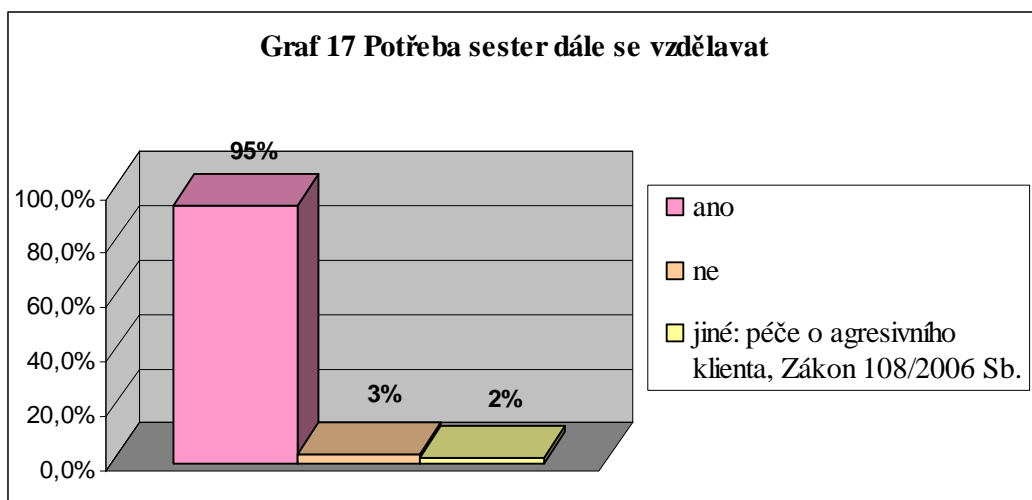


Graf informuje o finančním podílu zaměstnavatele na úhradě dalšího vzdělávání sester. 76 sester (64 %) označilo ano, vždy, 26 sester (22 %) ano, ale pouze v některých případech, 16 sester (14 %) ne, nikdy, žádná sestra jiné.

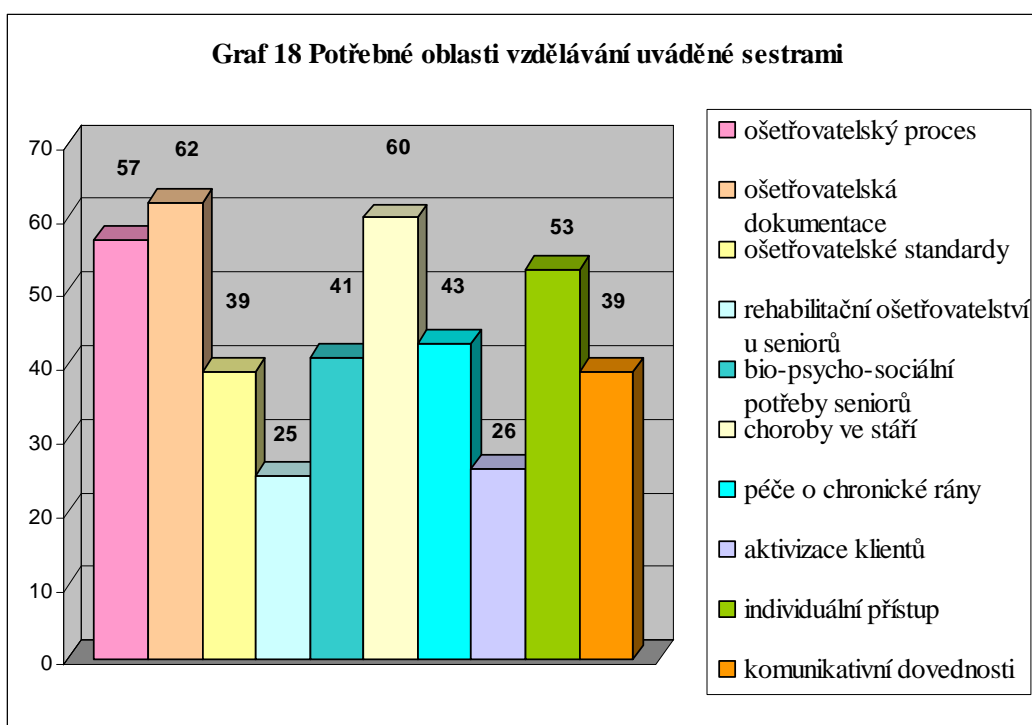
Graf 16 Počet akcí navštívených sestrami za rok 2006



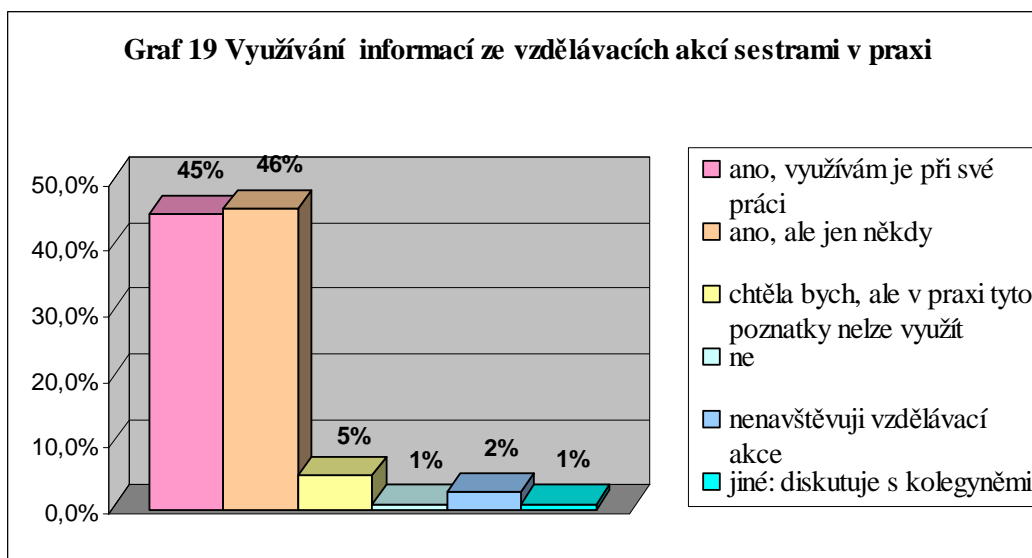
Graf informuje o počtu akcí navštívených sestrami za rok 2006. 15 akcí navštívily 2 sestry, 14 akcí 1 sestra, 13 akcí žádná sestra, 12 akcí 3 sestry, 11 akcí žádná sestra, 10 akcí 7 sester, 9 akcí 3 sestry, 8 akcí 10 sester, 7 akcí 8 sester, 6 akcí 18 sester, 5 akcí 24 sester, 4 akce 19 sester, 3 akce 13 sester, 2 akce 4 sestry, 1 akce 2 sestry, 0 akcí 4 sestry.



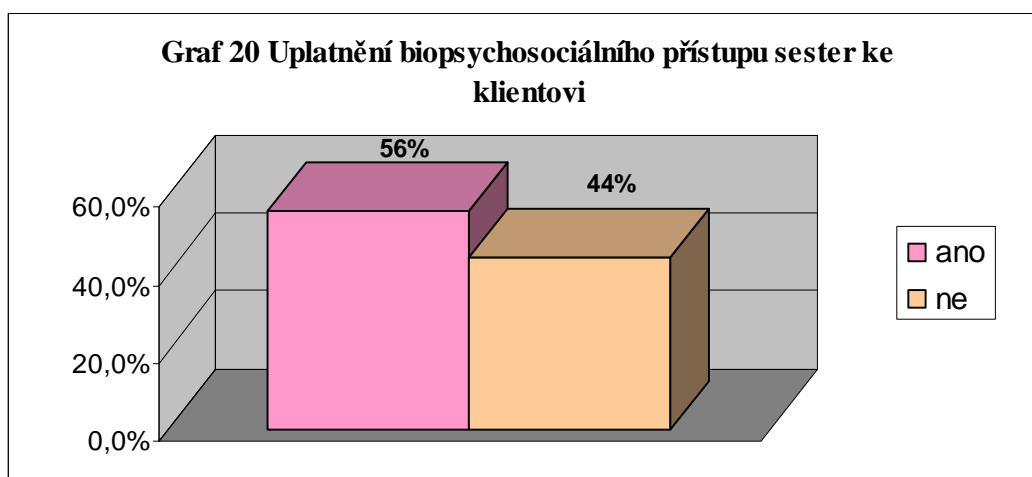
Graf informuje o potřebě vzdělávání. 112 sester (95 %) ano, 4 sestry (3 %) ne, 2 sestry (2 %) jiné: péče o agresivního klienta, zákon 108/2006 Sb.



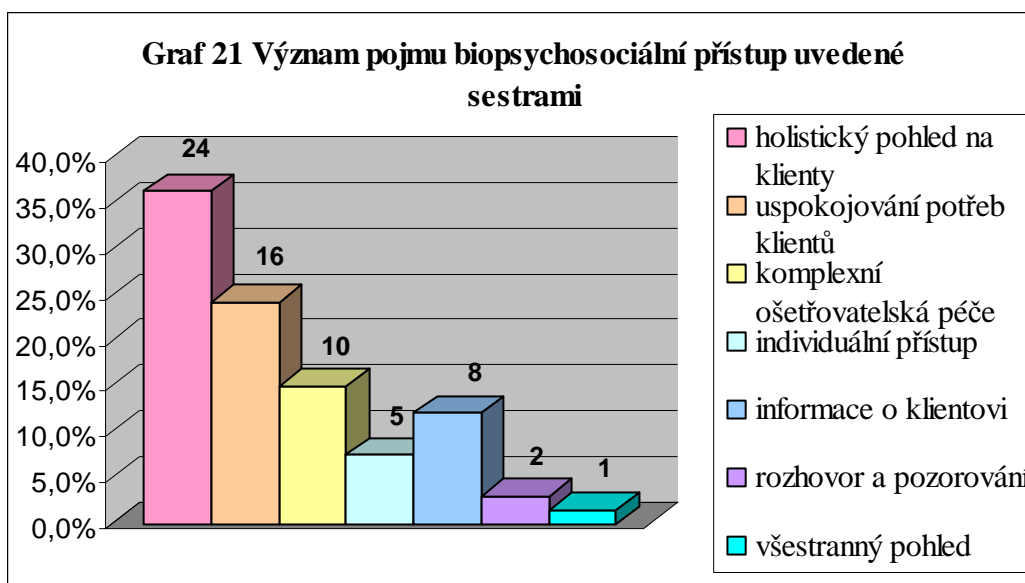
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 17. Znárodnuje četnost odpovědí na potřebu vzdělávání sester v uvedených oblastech. 62 sester ošetřovatelská dokumentace, 60 sester choroby ve stáří, 57 sester ošetřovatelský proces, 53 sester individuální přístup, 43 sester péče o chronické rány, 41 sester biopsychosociální potřeby seniorů, 39 sester ošetřovatelské standardy, 39 sester komunikační dovednosti, 26 sester aktivizaci klientů, 25 sester rehabilitační ošetřovatelství u seniorů.



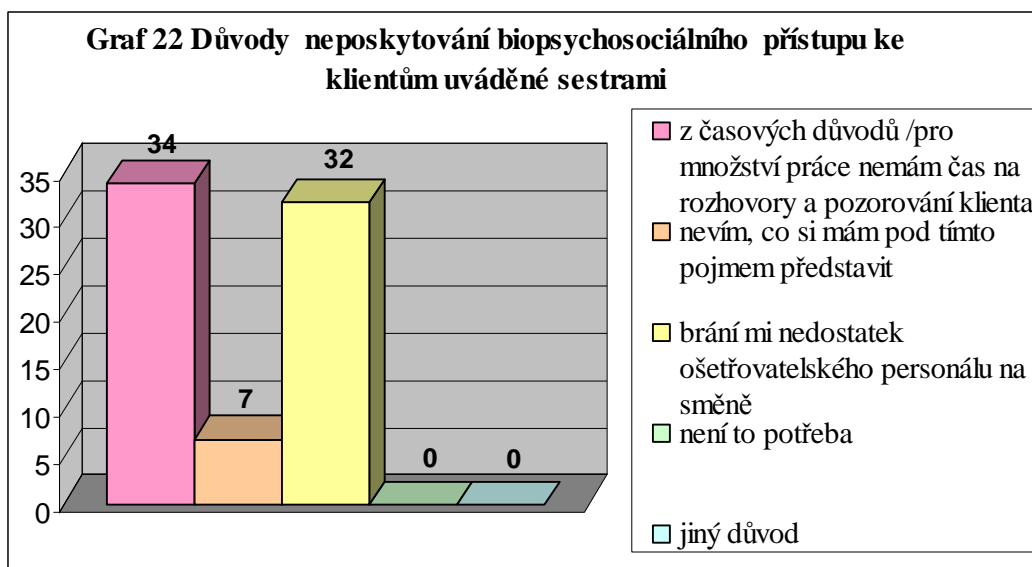
Graf znázorňuje využívání informací ze vzdělávacích akcí sestrami v praxi. 54 sester (46 %) označilo ano, ale jen někdy, 53 sester (45 %) ano, využívám je při své práci. 6 sester (5 %) chtěla bych, ale v praxi tyto poznatky nelze využít, 3 sestry (2 %) nenavštěvuji vzdělávací akce, 1 sestra (1%) ne a 1 sestra (1 %) jiný: diskutuje s kolegyněmi.



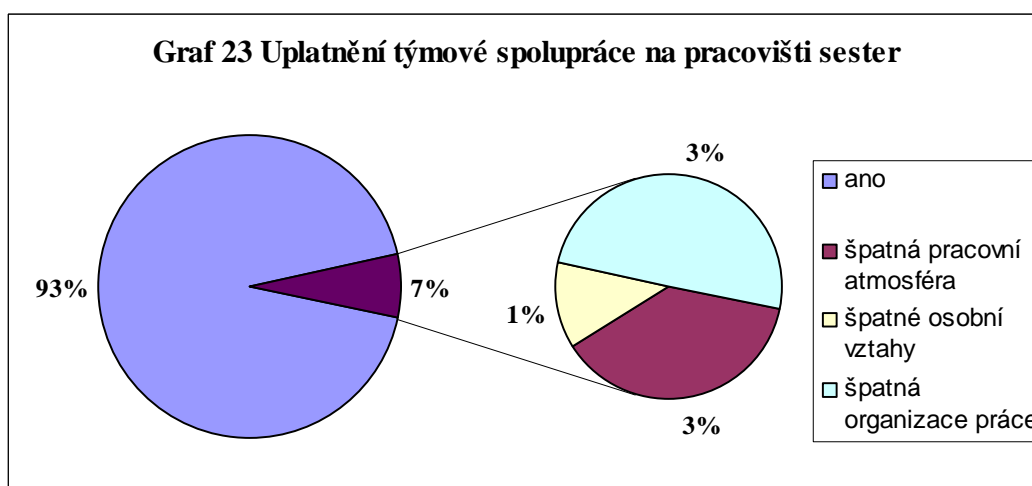
Graf informuje o uplatnění biopsychosociálního přístupu ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče. 66 sester (56 %) ano, 52 sester (44 %) ne.



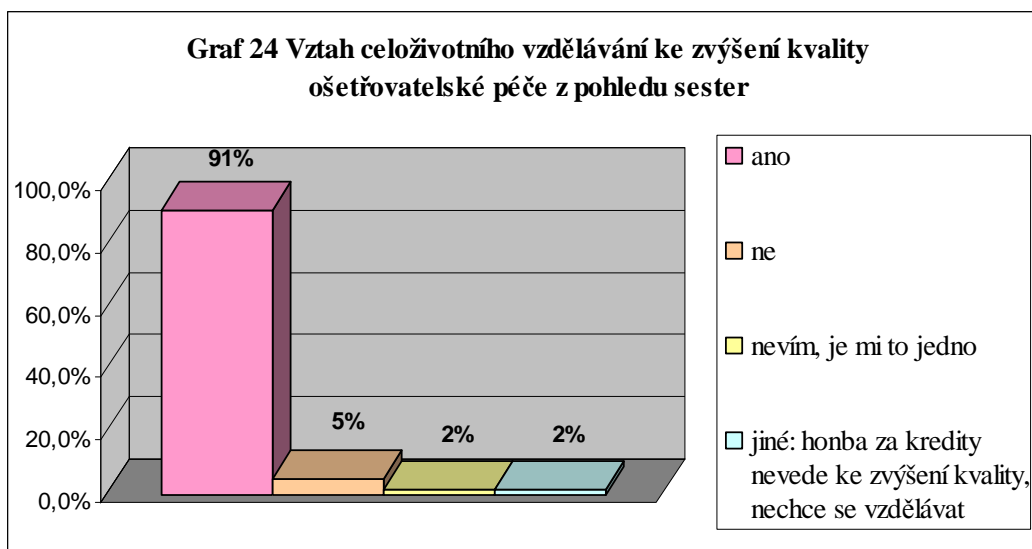
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 20. Graf informuje o významu pojmu biopsychosociální přístup uvedeného sestrami. Pro tento graf odpovídalo 66 sester. 24 sester holistický pohled na klienty, 16 sester uspokojování potřeb klientů, 10 sester komplexní ošetrovatelská péče, 8 sester informace o klientovi, 5 sester individuální přístup, 2 sestry rozhovor a pozorování, 1 sestra všestranný pohled.



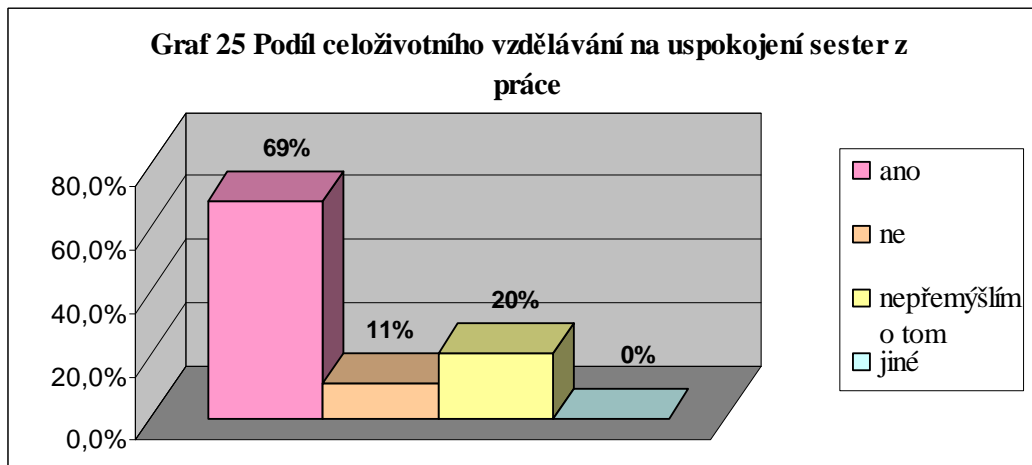
Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 20. Znárodnuje četnost odpovědí 52 sester na důvody neposkytování biopsychosociálního přístupu sester ke klientovi. 34 sester z časových důvodů /pro množství práce nemám čas na rozhovory a pozorování /, 32 sester brání mi nedostatek ošetrovatelského personálu na směně, 7 sester nevím co si mám pod tímto pojmem představit. 0 sester není to potřeba a 0 sester jiný důvod.



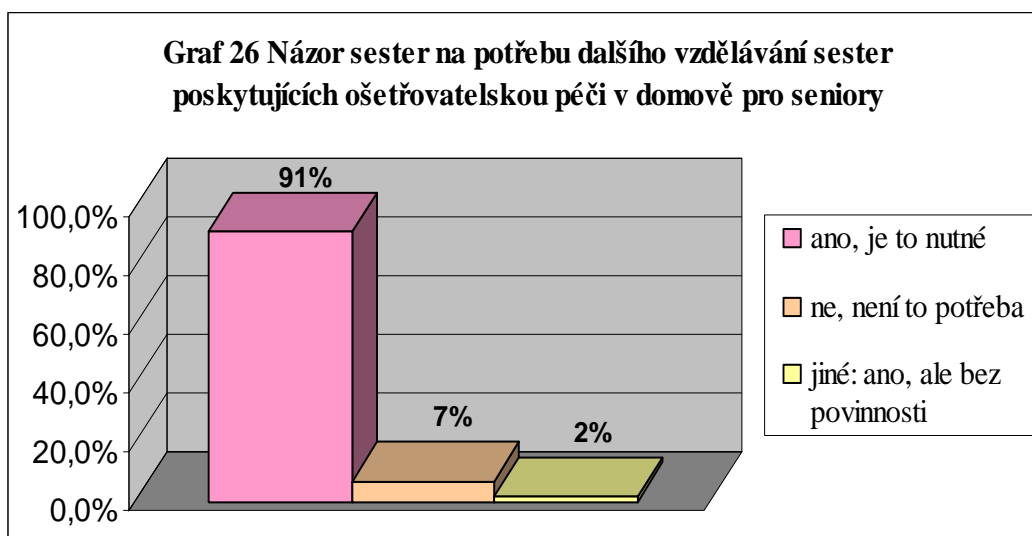
Graf informuje o týmové spolupráce na pracovišti. 110 sester (93 %) ano, 8 sester (7 %) ne. Důvod: 4 sestry (3 %) špatná organizace práce, 3 sestry (3 %) špatná pracovní atmosféra, 1 sestra (1 %) špatné osobní vztahy na pracovišti.



Graf informuje o vztahu celoživotního vzdělávání sester ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče z pohledu sester. 108 sester (91 %) ano, 6 sester (5 %) ne, 2 sestry (2 %) nevím, je mi to jedno, 2 sestry (2 %) jiné: honba za kredity nevede ke zvýšení kvality, nechce se vzdělávat.



Graf informuje o podílu celoživotního vzdělávání na uspokojení sester z práce. 81 sester (69 %) označilo ano, 24 sester (20 %) nepřemýšlím o tom, 13 sester (11 %) ne, žádná sestra (0 %) jiné.



Graf informuje o potřebě dalšího vzdělávání sester poskytujících ošetrovatelskou péči v domově pro seniory. 108 sester (91 %) označilo ano, 8 sester (7 %) ne, není to potřeba, 2 sestry (2 %) jiné: ano, ale bez povinnosti.

4.2 Rozhovor s vedoucími pracovníky

Tabulka 1 Názor vedoucích pracovníků na celoživotní vzdělávání sester.

počet odpovědí	odpovědi respondentů
6	ano, přínos do ošetrovatelské praxe
1	ano, ale poukazuje na "leckdy pouhé sbírání kreditů"
1	demotivační systém

Tabulka 2 Možnost organizace finančně podporovat celoživotní vzdělávání sester.

počet odpovědí	odpovědi respondentů
4	ano, ale částečná podpora - podle druhu akce a přínosu pro ošetrovatelskou péči v domově pro seniory
2	ano, ale využívá vícezdrojové financování
1	ano, finančně zcela podporuje
1	ne, nepodporuje finančně celoživotní vzdělávání

Tabulka 3 Hrazení finančních nákladů zájemcům o studium specializačního vzdělávání a certifikačních kurzů.

počet odpovědí	odpovědi respondentů
2	ano, hradí náklady
6	ne, nehradí náklady

Tabulka 4 Zpracování programu rozvoje vzdělávání pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči

počet odpovědí	odpovědi respondentů
6	ano, má zpracovaný program vzdělávání
2	ne, nemají zpracovaný program vzdělávání

Tabulka 5 Potřeba vedoucích pracovníků vzdělávat své pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči v oblasti

počet odpovědí	odpovědi respondentů
1	kvalita života seniorů
1	standardy kvality v sociální péči
1	práce a diagnostika se seniory
3	komunikace se seniory, komunikace s dementním klientem, komunikace s psychiatricky nemocným klientem
1	právní aspekty poskytování ošetrovatelské péče
1	bazální stimulace

5. Diskuze

Z dotazníku pro sestry byly první tři otázky zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru. To znamená, na věkové složení, délku praxe sestry v oboru a na délku praxe sestry v zařízení sociální péče. V domovech pro seniory mají nejvyšší zastoupení sestry ve věkové kategorii 36 – 45 let a 46 – 55 let (graf 1). Nejvyšší počet, 48 sester (41%), se ve zdravotnictví pohybuje více jak 21 let (graf 2). Naopak v zařízeních sociální péče se nejpočetnější skupina, 37 sester (31 %), pohybuje s délkou praxe do 3 let a 32 sester (27 %) od 6 – 10 let (graf 3). Více jak 21 let se péčí o klienty v sociálních zařízeních věnuje pouhých 6 sester (5 %). Tyto výsledky jsou zcela pochopitelné vzhledem k fyzické a psychické zátěži vyplývající ze sesterského povolání. I Kalvach ve své publikaci uvádí (14), že zdravotníci a sociální pracovníci v domovech důchodců patří navíc k nejohroženějším skupinám, pokud jde o syndrom vyhoření. Ten je charakteristický podrážděností, depresí, nespokojeností, ztrátou motivace, cynismem, klesáním tolerance a celou řadou dalších projevů (18). Z výsledků dále vyplývá, že největší počet, 92 sester (78 %), pracuje v sociálních zařízeních méně než 6 let. Tento vysoký počet je jistě ovlivněn řadou nově postavených domovů pro seniory. Z deseti vybraných domovů, ve kterých bylo šetření uskutečněno, byly tři domovy pro seniory uvedeny do provozu během posledních 6 let.

Zajímavé byly i výsledky týkající se dosaženého vzdělání sester (graf 4), kdy 109 sester (93 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu, 3 sestry (3 %) vyšší zdravotnickou školu. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 6 sester, z toho 4 sestry (3 %) mají bakalářské vzdělání a 2 sestry (2 %) absolvovaly studium magisterské. Dalo by se předpokládat, že nízký počet vysokoškolsky vzdělaných sester působících v domovech pro seniory pravděpodobně souvisí s finančními možnostmi těchto domovů. Z vlastní zkušenosti vím, že ve většině případů pracuje v domově pro seniory jedna takto vzdělaná sestra na pozici vedoucího pracovníka.

Další část šetření sledovala počet sester absolvujících specializační studium a obory, v nichž toto studium proběhlo (graf 5). Specializačního studia se neúčastnilo 80 sester (68 %), pouze 38 sester (32 %) tento typ studia absolvovalo. Po hlubší analýze bylo zjištěno, že nejčastěji absolvovaným oborem specializačního studia byla ošetrovatelská

péče o dospělé (graf 7). Specializaci v oboru péče o dospělé má 27 ze zmíněných 38 absolventek specializačního studia, zbývající sestry absolvovaly specializační studium zaměřené na jiné obory. Z podrobnějšího šetření byly zjištěny výsledky týkající se roku ukončení tohoto studia (graf 6), kdy do roku 1990 ukončilo studium 5 sester, v letech 1991 – 1998 6 sester. Vzhledem k tomu, že pohled na pracovní náplň sestry v oboru ošetrovatelství se mění od doby přijetí první koncepce ošetrovatelství, tedy od 9.4.1998, lze předpokládat, že sestry, které specializační studium absolvovaly dříve, byly vzdělávány ještě v duchu předchozího způsobu pojetí ošetrovatelství ve smyslu uskutečňování činností naordinovaných lékařem a zajišťování provozu. Práce tak byla orientována zejména na výkon. Současná koncepce ošetrovatelství (17) je založena na individuálním přístupu ke klientům, na aktivním vyhledávání a uspokojování jejich potřeb. Koncepce mění pohled na klienta, který je nově vnímán jako bytost biopsychosociální. Poprvé se zdůrazňuje nutnost zavedení ošetrovatelského procesu, doprovázeného ošetrovatelskou dokumentací, jako základního metodického postupu sestry při práci se zdravým a nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním okolím. Myslím si, že je tedy žádoucí, aby i sestry, které studium absolvovaly před přijetím první koncepce ošetrovatelství, se dále vzdělávaly a získávaly nové poznatky a dovednosti v rámci moderního ošetrovatelství. Na téma specializačního vzdělávání a certifikačních kurzů byl veden také rozhovor s osmi vedoucími pracovníky. Z rozboru vyplynulo, že pouze dva vedoucí pracovníci hradí sestrám náklady spojené se specializačním studiem (tabulka 3).

Aby sestra mohla pracovat bez odborného dohledu, musí být registrována, jak je uvedeno v zákoně 96/2004 Sb. (53). Výsledky šetření z oblasti registrace sester tedy nebyly velkým překvapením. Jak se dalo předpokládat, drtivá většina, tedy 112 sester (95%), registrována je a zbývajících 6 sester (5%) registrováno není (graf 8). Tento vysoký počet registrovaných sester souvisí pravděpodobně s dvouletou lhůtou, která umožňovala sestrám získat registraci bez absolvování celoživotního vzdělávání, ale s podmínkou doložení dostatečné praxe v oboru, jak uvádí Merhautová (25). Tato dvouletá lhůta vyplývala ze zákona 96/2004 Sb., a jeho přechodného ustanovení v odst. 7, § 96 (53). Očekávaná byla skutečnost, díky které nejsou tyto sestry registrovány. Ve

3 případech se jednalo o sestry, které mají „před důchodem“, 3 sestry nesplnily praxi potřebnou k registraci. Těchto šest sester tedy pracuje pod odborným dohledem. Mohou sice pracovat jako nositelky výkonů, ovšem výklad zákona říká (53), že pokud sestra pracuje pod odborným dohledem, musí být na pracovišti trvale přítomna nadřízená sestra, která má oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že pro domovy pro seniory je výhodnější, aby v nich pracovaly pouze sestry, které mohou svou činnost vykonávat bez odborného dohledu, tedy sestry registrované.

Co se týče informovanosti sester o dalším vzdělávání a způsobu, kterým tyto informace získávají, výsledky byly následující. Za uspokojivé lze považovat skutečnost, že 114 sester (97 %) je o dalším vzdělávání informováno (graf 9). Pouhé 4 sestry (3%) uvedly, že informovány nejsou. Co se způsobu získávání informací týče, z šetření vyplývá, že většina sester (96 sester) je seznamována s možnostmi dalšího vzdělávání prostřednictvím vedoucích pracovníků a jako druhý nejčastěji preferovaný způsob (62 sester) bylo uváděno vyhledávání informací o akcích v odborných časopisech typu Sestra, Diagnóza, Florence a Zdravotnické noviny (graf 14). Jako další oblíbený způsob získávání informací sestrami se ukázalo vyhledávání akcí na internetu (46 sester) a výměna informací o akcích mezi sestrami (52 sester).

Zajímavé byly výsledky týkající se názoru sester na povinnost celoživotního vzdělávání podle zákona č. 96/2004 Sb., (53). Sestry měly možnost označit více nabídnutých odpovědí a z výsledků vyplynulo, že 49 sester považuje celoživotní vzdělávání za nezbytné pro profesi. Tento názor sester se ztotožňuje i s výsledky z rozhovorů s vedoucími pracovníky, kteří považují celoživotní vzdělávání za přínos do ošetrovatelské praxe (tabulka 1). Překvapivé je, že pouze 40 sester považuje tuto povinnost za samozřejmou i bez existence zákona, naopak 32 sester uvedlo, že jim tato povinnost vadí. Naopak je potěšující, že žádná sestra neoznačila odpověď, že se vzdělávat dál nepotřebuje (graf 10). Pro více než polovinu dotazovaných sester, konkrétně pro 61 sester, je povinnost vzdělávat se spojena se zlepšením kvality v ošetrovatelské péči. I Bártlová uvádí (2), že se sestry mají neustále seznamovat s nejnovějšími poznatky, které se týkají oboru jejich působení, ale je podstatné, aby

byly sestry schopné takto získané poznatky také uplatnit při ošetrovatelské péči. Z našeho šetření vyplynulo, že pouze 53 sester (45 %) dokáže získané informace využít, 54 dotázaných (46 %) využívá poznatky jen někdy a zbývající sestry poznatky nevyužívají (graf 19). Domnívám se, že ve schopnosti uvedení nových získaných znalostí do praxe hraje svou roli to, jaké vzdělávací akce si sestra vybírá a jak dokáže získané poznatky předávat a zda je konzultuje s vedoucími pracovníky.

Pozoruhodné byly výsledky z části šetření týkající se typu celoživotního vzdělávání, který sestry preferují. Odborná konference za pasivní účast je ohodnocena 3 kredity, jak je uvedeno ve vyhlášce 423/2004 Sb.(51). Překvapilo mě tedy, že tento typ vzdělávací akce by upřednostnilo pouze 34 dotázaných sester. Naopak účast na semináři, který je z hlediska kreditů ohodnocen nejméně, a to 1 kreditem, se ukázala jako nejpreferovanější (84 sester). Nabízí se tak otázka, proč sestry upřednostňují tento typ vzdělávání? Tento výsledek ovšem koresponduje i s dalšími částmi šetření. Jednou z nich bylo zjištění počtu vzdělávacích akcí, které sestry v roce 2006 navštívily (graf 16). Pokud bychom provedli součet počtu navštívených akcí sestrami a zprůměrnovali počtem odpovídajících sester, pak by vyplynulo, že průměrně sestry navštíví 7 akcí za rok. Dalo by se tedy usoudit, že pokud sestra navštíví 7 seminářů ročně po dobu 6 let, získá tak více jak 40 kreditů, což je jednou z podmínek k obnovení registrace, jak je uvedeno v zákoně č. 96/2004 Sb. (53), a to je také jedním z hlavních důvodů motivace sester k dalšímu vzdělávání (graf 13), jak dále z šetření vyplynulo. Pro více jak nadpoloviční většinu sester, pro 68 sester, je nejvyšší motivací ke vzdělávání právě sběr kreditů nutných pro získání a obnovení registrace. Certifikační kurz, jehož absolvováním sestra získává zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti, by upřednostnilo 69 sester. Jak dále šetření ukázalo, mezi další preferované typy vzdělávání patří také inovační kurz (45 sester) a specializační vzdělávání (28 sester) (graf 12). Ostatní typy vzdělávání nezískaly příliš velký počet preferencí, ačkoliv v této souvislosti bych právě jeden z těchto typů vyzdvihla. A to E – learning, typ studia přinášející mnoho výhod. Za ty nejvýznamnější považuji hlavně rozsah nabízených kurzů, možnost zvolit si místo, čas a oblast, ve které chtějí sestry prohlubovat své znalosti, a výrazně nižší náklady na studium ve srovnání s klasickými kurzy.

V současné době již sestry mohou toto studium absolvovat na portálu www.sestra.in. O tuto formu vzdělávání je zájem i mezi organizacemi, které vytvářejí vlastní vzdělávací programy pro své zaměstnance, jak uvádí Hofštetrová – Knotková (8) a Vidovič (48). Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit názor v článku Kurkové (20), že sestry mají zájem především o krátkodobé školicí akce typu pasivních konferencí, a to zejména z hlediska jejich kreditního ohodnocení. Výsledky preferencí typu vzdělávání se shodují i s výsledky šetření Bártlové (3), která uvádí, že sestry nejvíc preferují inovační kurzy a školicí akce.

Z rozhovorů s osmi vedoucími pracovníky domovů pro seniory se ukázalo, že polovina z nich se spolupodílí na úhradě vzdělávání svých zaměstnanců. Tři zaměstnavatelé hradí vzdělávání sester vždy a pouze v jednom případě zůstávají sestry bez finanční podpory svého vedení (tabulka 2). Tyto výsledky rozhovorů souhlasí s výsledky šetření uskutečněného mezi sestrami, uvedenými v grafu 15, kde nadpoloviční většina sester, tedy 76 sester (64%), uvedla, že se zaměstnavatel na úhradě vzdělávání sester spolupodílí. Nevelkému počtu sester (22 %) hradí vzdělávání zaměstnavatel vždy. Bez finanční podpory zaměstnavatele se vzdělává 16 sester (14 %). Domnívám se, že podpora ze strany zaměstnavatelů patří také mezi přední faktory přispívající k pracovní spokojenosti sester. Z výsledku našeho šetření vyplynulo, že 81 sester (69 %) cítí, že vzdělávání má podíl na uspokojení z jejich práce (graf 26).

Uspokojivé byly výsledky šetření týkající se potřeby sester vzdělávat se v oblastech souvisejících s poskytováním ošetrovatelské péče klientům domova pro seniory, kdy 112 sester (95%) má tuto potřebu (graf 17). Z podrobnějšího šetření vyplynulo, že sestry mají potřebu se vzdělávat v oblasti „ošetrovatelská dokumentace“ (62 sester), ošetrovatelského procesu (57 sester) a 60 sester v chorobách ve stáří (graf 18). Tento výsledek by se dal předpokládat vzhledem k vývoji oboru ošetrovatelství, s uvedením koncepce ošetrovatelství (17) do praxe a vyšším počtem rizikových klientů v domově.

Z celého šetření byly nejvíce překvapivé výsledky, které se vztahovaly k uplatňování biopsychosociálního přístupu sestry ke klientovi. Jak ukázalo šetření, 66 sester (56 %) tento přístup uplatňuje, ale pouze 47 z nich je schopno vystihnout význam tohoto pojmu (graf 21). Zbývajících 52 sester (44 %) holistický přístup ke klientům neuplatňuje

(graf 20). Jako nejčastější důvod, který sestry k této skutečnosti uvedly, je nedostatek času (34 sester) a nedostatek personálu na směně (32 sester). Z osobní zkušenosti vím, že uplatňování holistického přístupu ke klientovi není jen otázkou nedostatku času nebo nedostatku personálu. Domnívám se, že v současné době by všechny sestry měly biopsychosociální přístup ke klientovi uplatňovat, a také by měly umět vysvětlit, co tento přístup znamená. Chápat člověka nejen somaticky, ale v celé bohatosti biopsycho-sociálních komponentů je mimo jiné základ ošetrovatelského procesu, jak též uvádí Trachtová (44). Při každém jednání s klientem a při poskytování ošetrovatelské péče, by vždy sestra měla vnímat všechny tyto oblasti. Z šetření také vyplynulo, že 41 sester má potřebu se v této oblasti vzdělávat. I Kalvach ve své publikaci uvádí (13), že je třeba stále zdůrazňovat, aby pečující osoby neomezovali péči pouze na uspokojování základních biologických potřeb klientů. Kvalita života totiž souvisí také s naplňováním vyšších životních potřeb, jinak je život omezován na „čekání na smrt“.

Velice důležitá je při poskytování ošetrovatelské péče seniorům týmová spolupráce sester, což potvrzuje také 110 sester (93%), které na pracovišti týmovou spoluprací uplatňují. Zde se lze ztotožnit s tvrzením Jarošové (11), která uvádí, že aby byla naplněna hlavní činnost zařízení domova pro seniory, tedy komplexní péče o člověka ve stáří, mělo by docházet k úzké spolupráci mezi geriatrickými pracovníky, sociálními pracovníky, sestrami, lékaři, rehabilitačními pracovníky a dalším odborným personálem. Pouze osm sester v šetření uvedlo, že jako tým na pracovišti nefungují, kde jedna sestra uvedla špatné osobní vztahy, pro tři sestry jsou důvodem špatné pracovní vztahy na pracovišti a čtyři sestry uvedly špatnou organizaci práce (graf 23).

Potěšujícím faktorem je, že 108 sester (92 %) považuje vzdělávání při poskytování ošetrovatelské péče za potřebné. Stejný počet 108 sester (92 %) se vyjádřil kladně i ke skutečnosti, že celoživotní vzdělávání považují za důležitý krok ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče neboť kvalita ošetrovatelské péče roste nejen se získáváním nových poznatků ze vzdělávacích akcí, ale i se zaváděním a dodržováním standardů ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské standardy stanovují minimální míru kvality ošetrovatelské péče (6). V profesi sestry je velice důležité si uvědomit, že celoživotní vzdělávání představuje nenahraditelnou cestu k udržení si praktických dovedností

a přehledu o nejnovějším vývoji v oboru. Merhautová ve svém článku (24) uvádí, že průběžné doplňování vzdělávání nemusí být vždy zaměřeno pouze na informace z oboru, ale mohou se také týkat získávání znalostí o informačních systémech, práce s počítačem nebo se zaměřovat na výuku cizích jazyků a všeobecného přehledu z oblasti práva a ekonomiky ve svém oboru (24).

Výše uvedené výsledky potvrzují první hypotézu: poskytovatelé ošetrovatelské péče v domovech pro seniory mají potřebu se celoživotně vzdělávat.

Šetření dále pokračovalo rozhovorem s osmi vedoucími pracovníky domovů pro seniory. Z rozhovorů vyplynulo, že vedoucí pracovníci mají zájem, aby se jejich zaměstnanci vzdělávali, a ve většině případů (7 vedoucích pracovníků) je i v této oblasti finančně podporují. Celoživotní vzdělávání sester považuje za přínosné pro praxi šest z osmi vedoucích pracovníků, jeden s tím souhlasí, ale zároveň poukazuje na „leckdy pouhé sbírání kreditů“, v jednom případě považuje vedoucí pracovník celoživotní vzdělávání za demotivující (tabulka 1). Zda mají možnost finančně podporovat své zaměstnance ve vzdělání odpovědělo kladně sedm respondentů. Pouze v jednom případě vedoucí pracovník své zaměstnance finančně podporuje zcela, ve dvou případech je financování hrazeno z více zdrojů a ve čtyřech případech hradí zaměstnavatel vzdělávání zaměstnanců částečně, a to podle druhu akce a jeho přínosu pro ošetrovatelskou praxi. Bez finanční podpory se musí obejít zaměstnanci jen jednoho dotázaného vedoucího pracovníka (tabulka 2). Vzhledem k tomu, že naprosto souhlasím s tím, že by ošetrovatelské jednotky v domovech pro seniory měly být obsazeny sestrami přednostně se specializací v oboru gerontologie, jak zdůrazňuje Valentová (45), přivítala bych, kdyby poměr odpovědí vedoucích pracovníků na otázku, zda hradí finanční náklady spojené se studiem specializačního vzdělávání a certifikovaných kurzů, byl opačný. Pouze dva vedoucí pracovníci odpověděli, že tak činí. Zbývajících šest náklady nehradí (tabulka 3). Zajímavé bylo i zjištění, že šest vedoucích pracovníků má zpracovaný program rozvoje vzdělávání pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči a zbývajících dva tento program nemají (tabulka 4). Protichůdné byly názory vedoucích pracovníků a sester, týkající se volby tématu na semináře pro ošetrovatelský personál. Vedoucí pracovníci volí témata, jako jsou kvalita života seniorů, standardy

kvality v sociálních službách, práce a diagnostika se seniory, komunikace se seniory, komunikace s dementním klientem, právní aspekty poskytování ošetrovatelské péče a bazální stimulaci (tabulka 5), kdežto sestry se zaměřují na praktické uvádění ošetrovatelského procesu a ošetrovatelské dokumentace do praxe.

Z výsledků rozhovorů s vedoucími pracovníky vyplynulo, že druhá hypotéza: domovy pro seniory neposkytují možnost celoživotního vzdělávání se nepotvrdila.

Z mého pohledu a výsledků diskuze vyplývá, že sestry i vedoucí pracovníci považují celoživotní vzdělávání za krok, který vede ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

Bohužel, s trendem redukovat počty zdravotnických pracovníků v zařízeních sociální péče souvisí celá řada důsledků. Ekonomické důvody nutí zaměstnavatele propouštět sestry nebo je přerazovat na pracovníky přímé obslužné péče a počet sester v domovech pro seniory se snižuje na minimum (40, 41). Z osobní zkušenosti a z rozhovorů s kolegyněmi na seminářích Asociace vrchních sester Jihočeského kraje mohou konstatovat, že v poslední době je situace v této oblasti velmi vypjatá. Nedostačující počty sester v domovech se začínají pomalu odrážet na kvalitě ošetrovatelské péče o klienty. Je potěšující, že nový zákon 108/2006 Sb. platný od 1.1 2007, po letech diskuze o tom, zda ošetrovatelská péče patří do domovů, uznává poskytování této péče v domovech pro seniory. Ovšem na straně druhé, po uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami, sestrám vyplynuly nové povinnosti. Aby bylo možné poskytnutou ošetrovatelskou péči zdravotní pojišťovnou uhradit, musí sestry provedenou péči zaznamenávat, zpracovávat a předávat podle daných pravidel (27). Tato administrativa je pro sestry velkou zátěží. Sestry nyní omezují kontakty s klienty na minimum. Metoda práce v ošetrovatelském procesu vyžaduje klienta pozorovat, vést s ním rozhovor, zjistit jeho potřeby, navrženou péči naplánovat, zkontrolovat a zhodnotit (37), což v mnoha případech vzhledem k nedostatečnému počtu sester není možné. Sestry cítí potřebu dále se vzdělávat (91 %), ale jejich nedostatečný počet na pracovišti by mohl být jedním z demotivačních faktorů celoživotního vzdělávání.

6. Závěr

Ošetrovatelství je obor, který prochází neustálým vývojem. Jedním ze způsobů, jak si stávající znalosti a dovednosti v oboru udržet a zároveň jak udržet krok s těmi novými, je celoživotní vzdělávání. Tato bakalářská práce se zabývala potřebou celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků při zajištění ošetrovatelské péče v domově pro seniory. Práce byla zaměřena na sestry poskytující ošetrovatelskou péči v zařízení sociální péče. Cílem práce bylo zjistit názory a možnosti zdravotnických pracovníků k celoživotnímu vzdělávání při zajišťování ošetrovatelské péče o klienty domovů pro seniory. Cíl práce byl splněn.

Stanoveny byly dvě hypotézy. První hypotéza: poskytovatelé ošetrovatelské péče v domovech pro seniory mají potřebu se celoživotně se vzdělávat. Druhá hypotéza: domovy pro seniory neposkytují možnost celoživotního vzdělávání.

Výsledky šetření odhalily, že sestry cítí potřebu se dále vzdělávat a cítí, že vzdělávání vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Z rozhovorů s vedoucími pracovníky vzešlo, že i oni celoživotní vzdělávání hodnotí kladně a považují ho za přínos do ošetrovatelské praxe. Z výsledků vyplynulo, že první hypotéza byla potvrzena a druhá hypotéza potvrzena nebyla.

Problematika celoživotního vzdělávání sester v domovech pro seniory je v současné době velmi aktuální, jak již vyplývá z výsledků samotných. Výsledky práce budou poskytnuty vedoucím pracovníkům a sestřám, kde bylo šetření prováděno.

Domníváme se, že přínosem pro sestry by bylo doporučení, aby více využívaly i jiné formy vzdělávání, než jen semináře a to konkrétně specializační studium, studium na vyšší nebo vysoké škole a jako způsob využití svých vlastních zkušeností, publikační činnost v odborné literatuře pro sestry. Vedoucím pracovníkům domovů pro seniory bychom doporučili, aby každá sestra měla zpracovaný svůj osobní plán rozvoje v rámci programu rozvoje vzdělávání. Dále pak, aby využili potřeby sester dále se vzdělávat a formou vícezdrojového financování podpořili celoživotní vzdělávání. Za velice přínosné bychom viděli v budoucnu možnost absolvování specializačního studia sester v oboru geriatrie, což by jistě vedlo k dalšímu zkvalitnění ošetrovatelské péče v domově pro seniory.

7. Seznam použité literatury

1. ALEXANDER, M., RUNCIMAN, P. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Přel. Dobrovolná, L., Tesáčková, M. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 57 s.
ISBN 80-7013-392-9
2. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. In: *Sestra*. 2005, roč.15, č. 10, str.12. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. In: *Sestra*. 2005, roč.15, č. 11, str.16. ISSN 1210-0404.
4. DVOŘÁKOVÁ, J. *Nebezpečná snaha odstranit zdravotní péči ze sociálních služeb pokračuje*. In: / cit.2007-02-22 /.
Dostupné z WWW: http://www.osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2004
5. DVOŘÁKOVÁ, J. *Postavení sestry v systému zdravotnictví*. In: /cit.2006-10-11/.
Dostupné z WWW: http://www.nemkadan.cz/aktualne_zpravy/2006/20060907
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
7. HOFŠTETROVÁ- KNOTKOVÁ, M. *Registrace- základ účinné regulace nelékařských profesí*. In: *Florenc* 2007, roč. 3, č. 1, s.15. ISSN 1801-464X.
8. HOFŠTETROVÁ- KNOTKOVÁ, M. *Vzděláním investujeme sami do sebe*. In: *Florenc*, 2007, roč. 3, č. 3, s.110. ISSN 1801-464X.
9. HOFŠTETROVÁ- KNOTKOVÁ, M. *Zkouška k vydání osvědčení*. In: *Florenc*, 2007, roč. 3, č. 4, s.157. ISSN 1801-464X.
10. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
11. JAROŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství v pregraduální přípravě geriatrických pracovníků*. In: *Ošetrovatelství*, 2002, roč. 4, č.1/2, s.23-24. ISSN 1212-723X.
12. JURÁSKOVÁ, D., *Zákon č. 96/2004 Sb. a jeho vliv na ošetrovatelskou praxi*. In: / cit. 2007-15-2 /.
Dostupné z WWW: <http://www.mpece.com/modules.php?name>

13. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
14. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2004. 864 s. ISBN 80- 247- 0548-6.
15. KARAFOVÁ, J. Proč ošetrovatelské standardy. In: *Zpravodaj Asociace ústavů sociální péče České Republiky*. 2004, 1.roč. 6, č.1, str.12. (bez ISSN)
16. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 171 s. ISBN 80-7013-423-2
17. KOHOUTOVÁ, I. Koncepce ošetrovatelství. In: *Nové trendy v ošetrovatelství. [Díl] III., sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: III. jihočeské ošetrovatelské dny: 23.-24. září 2004*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská universita, 2004. 317 s. ISBN 80-7040-705-0
18. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly ze sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
19. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Triton, s.r.o. 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
20. KURKOVÁ, M. Celoživotní vzdělávání není jen honba za kredity. In: *Zdravotnické noviny*. 2006, roč. 55, č. 48, s. 15. ISSN 0044-1996.
21. MÁDLOVÁ, I. *Vzdělávání všeobecných sester v České republice po vstupu do Evropské unie*. In: /cit.2006-12-12/.
Dostupné z WWW: <http://www.mpece.com/modules.php>.
22. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníkův zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
23. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. Systémový přístup 1.díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187.s. ISBN 80-246-0428-0
24. MERHAUTOVÁ, I. Bez celoživotního vzdělávání se neobejdeme. In: *Sestra*. 2006, č. 5, roč.16, str.12. ISSN 1210-0404.

25. MERHAUTOVÁ, I. *Blíží se termín pro všeobecné sestry i pro zaměstnavatele*
In: / cit. 2007-18-2 /.
Dostupné z WWW: <http://osz.cmkos.cz/bulletin11/2005>
26. MERHAUTOVÁ, I. *Nové zákony o sociálních službách a úhrada ošetrovatelské péče.* In: *Sestra*. 2006, roč. 16, č.9, str.11. ISSN 1210-0404.
27. MERHAUTOVÁ, I. *Ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.* In: *Sestra*. 2007, roč.17, č. 3, s.11. ISSN 1210-0404.
28. NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 463/2004 Sb., kterou se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: /cit. 2007-20-2/.
Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz>
29. POKOJOVÁ, R. *Modulový systém specializačního vzdělávání sester.* In: *Sestra*. 2006, roč.16, č. 1, s.13. ISSN 1210-0404.
30. PROKOPIUSOVÁ, D. *Specializační vzdělávání – rámcové vzdělávací programy.* In: / cit. 2007-22-2 /.
Dostupné z WWW: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=231>.
31. PROŠKOVÁ, E. *Celoživotní vzdělávání, zákony, vyhlášky, praxe.* In: *Sestra*. 2007, roč.17, č. 1, s.17. ISSN 1210-0404.
32. ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, M., ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1.
33. SALVAGE, J. *Ošetrovatelství v akci: podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu "Zdraví pro všechny".* Praha: Česká společnost sester 1997.119 s. ISBN 92-890-1312-5.
34. SEMBDNER, J. *Co přináší nový zákon o sociálních službách.*
In: /cit.2007-10-02/.
Dostupné z WWW: <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file>.
35. *Specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů dle zákona č. 96/2004 Sb.– základní informace* In: / cit.2007-28-4 /.
Dostupné z WWW: <http://www.nconzo.cz/>

36. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998.50s. ISBN 80-7013-263-9.
37. STAŇKOVÁ, M., HEŘMANOVÁ, J. *LEMON: učební texty pro sestry a porodní asistentky. [Díl] 1, ošetrovatelský proces: klinická ošetrovatelská praxe*. 1. vyd.Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví,1997.178 s. ISBN 80-7013-234-5.
38. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces*.1.vyd. Brno:IDVPZ, 1999. 49.s. ISBN 80-7013-282-5.
39. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra-reprezentant profese*. 1.vyd. Brno:IDVPZ, 2002. 78.s. ISBN 80-7013-368-6.
40. ŠKUBOVÁ, M. Sociální služby „Up to date“. In: *Florenc*. 2007, roč. 3, č. 4, s.189. ISSN 1801-464X.
41. ŠTĚRBA, K. Hon na čarodějnice v Čechách neskončil. In: *Rezidenční péče*. 2006, roč. 2, č. 3, s.1. ISSN 1801-8718.
42. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365- 6.
43. TÓTHOVÁ, V.*Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000.293 s. ISBN 80-7040-454-X.
44. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVA, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
45. VALENTOVÁ. K. *Perspektivy sester v domovech důchodců*. In: *Sestra*. 2003, roč.13, č. 4, str.5. ISSN 1210-0404.
46. VELEMÍNSKÝ, M. Význam ošetrovatelství v minulosti a současnosti. In: *Nové trendy v ošetrovatelství II*.České Budějovice: JCU ZSF, 2003. str.239 ISBN 80-7040-636-4.
47. VENGLÁŘOVÁ.M.,MAHROVÁ. M.. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
48. VIDOVIČ, S. Portál sestra.IN pečuje o sestry. In: *Sestra*. 2006, roč.16, č. 4, str.10. ISSN 1210-0404.

49. VYHLÁŠKA č. 394/2004 Sb., kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky. In: / cit. 2007-22-2 /.
Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
50. VYHLÁŠKA č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: / cit. 2007-20-3 /.
Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
51. VYHLÁŠKA č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. In: / cit. 2007-20-3 /.
Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
52. WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-314-7.
53. 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). In: / cit. 2007-20-3 /.
Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
54. ZÁKON 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: / cit. 2007-20-3 /.
Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
55. ŽITNÍKOVÁ, D. *Kvalitní sociální služby – představy a skutečnost*. In: /cit. 2007-04-20/.
Dostupné z WWW: <http://osz.cmkos.cz./Bulletin č.4/2007.str.14.>

8. Klíčová slova

Vzdělávání sester

Celoživotní vzdělávání

Charakteristika ošetrovatelství

Ošetrovatelská péče

Domov pro seniory

Stáří

9. Přílohy

- Příloha 1 Dotazník pro všeobecné sestry poskytující ošetrovatelskou péči v zařízení sociálních služeb
- Příloha 2 Rozhovor s vedoucími pracovníky
- Příloha 3 Domov pro seniory
- Příloha 4 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro odbornost 913 sestra v sociálních službách
- Příloha 5 Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb

**Příloha 1 Dotazník pro všeobecné sestry poskytující ošetrovatelskou péči
v zařízení sociálních služeb.**

Vážené kolegyně, jmenuji se Jaroslava Martinovská a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Připravuji bakalářskou práci na téma: *„Potřeba celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků při zajišťování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory“*.

Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré získané informace budou použity ke zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky prosím zakroužkujte jednu odpověď, nebude-li uvedeno jinak.

Děkuji Vám za spolupráci a čas strávený nad tímto dotazníkem.

Martinovská Jaroslava

1. Věk

- a) do 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 a více let

2. Jaká je Vaše celková délka praxe v oboru ?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 20 let
- d) 21 a více

3. Jaká je délka Vaší praxe v zařízení sociální péče ?

- a) 0 – 3 let
- b) 4 - 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 20 let
- e) 21 a více

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v sesterském oboru ?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší zdravotnická škola
- c) VŠ – bakalářské studium
- d) VŠ – magisterské studium
- e) jiné

5. Absolvovala jste další specializační studium ?

- a) ne
- b) ano, uveďte prosím, které a rok ukončení

.....

6. Jste registrovaná sestra?

- a) ano
- b) ne, důvod.....

7. Jste informována o dalším vzdělávání v oboru všeobecných sester?

- a) ano
- b) ne
- c) nezajímá mě to

8. Jaký máte názor na povinnost dále se vzdělávat podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (Můžete označit více odpovědí)

- a) je nezbytné pro profesi sestry
- b) je prohlubováním získaných teoretických znalostí
- c) je prohlubováním získaných praktických dovedností
- d) vede ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče
- e) je to pro mě samozřejmost a nemusím mít k tomu zákon
- f) nepotřebuji se vzdělávat
- g) vadí mi, že je to povinnost
- h) jiný názor

9. Cítíte vy sama potřebu, vzhledem k vývoji ošetrovatelské praxe, se dále vzdělávat?

- a) ano, mám potřebu a chci se vzdělávat
- b) ne, nemám potřebu se dál vzdělávat, vystačím si s tím co jsem se naučila ve škole
- c) ne, nemám potřebu, vystačím si s tím co jsem se naučila v praxi
- d) nevím, nepřemýšlela jsem zatím o tom
- e) jiné.....

10. Jaký typ celoživotního vzdělávání preferujete? (Můžete označit více odpovědí)

- a) certifikovaný kurz / v certifikovaném kurzu se získává zvláštní odborná způsobilost pro úzce vymezené činnosti, např. ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty, basální stimulace atd./
- b) inovační kurz / vzdělávací kurzy o novinkách v oboru zdravotnictví /
- c) semináře
- d) odborné konference - aktivní účast
- e) odborné konference - pasivní účast
- f) kongres – aktivní účast
- g) kongres – pasivní účast
- h) publikační činnost
- i) pedagogická činnost
- j) vědecko-výzkumná činnost
- k) specializační studium
- l) vysokoškolské studium
- m) E-learning
- n) nepreferuji žádný typ z uvedených možností
- o) jiné.....
.....
.....

11. Co Vás motivuje k dalšímu vzdělávání? (Můžete označit více odpovědí)

- a) sběr kreditů nutný pro registraci
- b) potřeba získávat nové poznatky důležité pro ošetrovatelskou praxi
- c) potřeba získávat nové dovednosti důležité pro ošetrovatelskou praxi
- d) přeje si to zaměstnavatel
- e) finanční ohodnocení
- f) zkvalitnění ošetrovatelské péče
- g) jiné.....

12. Jakou formou získáváte informace o vzdělávacích akcích určených pro sestry?

(Můžete označit více odpovědí)

- a) prostřednictvím internetu
- b) v odborném tisku / časopis Sestra, Diagnóza, Florenc, Zdravotnické noviny/
- c) prostřednictvím zaměstnavatele
- d) od ostatních sester
- e) nezískávám, nemám zájem
- f) jiné.....

13. Podílí se zaměstnavatel finančně na úhradě Vašeho dalšího vzdělávání?

- a) ano, vždy
- b) ano, ale pouze v některých případech
- c) ne, nikdy
- d) jiné.....

14. Kolik odborných vzdělávacích akcí jste navštívil/a za minulý rok?

- a) 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,
- b) jiný počet.....

15. Cítíte potřebu dále se vzdělávat v níže uvedených oblastech?

(Můžete označit více odpovědí)

- a) ano – uveďte prosím, ve které oblasti
 - a. ošetrovatelský proces
 - b. ošetrovatelská dokumentace
 - c. ošetrovatelské standardy
 - d. rehabilitační ošetrovatelství u seniorů
 - e. bio – psycho – sociální potřeby seniorů
 - f. choroby ve stáří
 - g. péče o chronické rány
 - h. aktivizace klientů
 - i. individuální přístup ke klientům domova pro seniory
 - j. komunikativní dovednosti při práci se seniory
- b) ne
- c) jiné oblasti, ve kterých byste se chtěla vzdělávat.....

16. Využíváte získané informace ze vzdělávacích akcí v praxi?

- a) ano, využívám je při své práci
- b) ano, ale jen někdy
- c) chtěla bych, ale v praxi tyto poznatky nelze využít
- d) ne
- e) nenavštěvuji vzdělávací akce
- f) jiné

17. Uplatňujete při poskytování ošetrovatelské péče biopsychosociální přístup ke klientovi?

- a) ano - pokud jste odpověděli „ano“ pokračujte, prosím otázkou č. 18
- b) ne - pokud jste odpověděli „ne“ pokračujte prosím otázkou č. 19

18. Napište prosím, co pro Vás znamená biopsychosociální přístup

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

19. Vyberte z jakého důvodu neposkytujete biopsychosociální přístup ke klientovi? (Můžete označit více odpovědí)

- a) z časových důvodů / pro množství práce nemám čas na rozhovory a pozorování klienta/
- b) nevím, co si mám pod tímto pojmem představit
- c) brání mi nedostatek ošetrovatelského personálu /nebo sester/ na pracovní směně
- d) není to potřeba
- e) jiný důvod

.....

20. Uplatňujete na Vašem pracovišti týmovou spolupráci?

- a) ano
- b) ne – prosím napište důvod

.....

21. Myslíte si, že existuje vztah zvýšení kvality ošetrovatelské péče vzhledem ke celoživotnímu vzdělávání

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, je mi jedno
- d) jiné.....

22. Máte pocit, že další vzdělávání má podíl na uspokojení z Vaší práce?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlím o tom
- d) jiné.....

23. Domníváte se, že je potřeba, aby se sestry v domovech pro seniory při poskytování ošetrovatelské péče dále vzdělávaly?

- a) ano, je to nutné
- b) ne, není to potřeba
- c) jiné

Příloha 2 Otázky pro vedoucí pracovníky

1. Jaký je Váš názor na celoživotní vzdělávání sester poskytujících ve Vašem zařízení ošetrovatelskou péči?
2. Je v možnostech Vaší organizace finančně podporovat celoživotní vzdělávání sester?
3. Hradíte zájemcům o další vzdělávání formou specializačního vzdělávání a certifikačních kurzů finanční náklady?
4. Máte ve Vašem zařízení zpracovaný program pro vzdělání pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči?
5. Ve které oblasti máte nejvyšší potřebu vzdělávat své pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči?

Příloha 3 Domovy pro seniory

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách - § 49 – odstavec 1

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách - § 49 – odstavec 2

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zdroj:

ZÁKON 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: / cit. 2006-12-4 /.

Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/2006/06-108.htm>

Příloha 4 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro odbornost 913 sestra v sociálních službách

Strana 8360

Sbírka zákonů č. 620 / 2006

Částka 194

„Kapitola 913 – všeobecná sestra v sociálních službách

06611 ZAVEDENÍ NEBO UKONČENÍ ODBORNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře při převzetí pacienta do lékařem indikované péče.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 60

body: 111

Nositel	INDX	Čas
S3	9	60

ZUM: ne

ZULP: ne

06613 OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE – ČASOVÁ DISPOZICE 5 MINUT

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře. Možnost opakování výkonu, maximálně však 3 hodiny/den. Výkon lze kombinovat s ostatními materiálovými výkony odbornosti 913.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 36/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 5

body: 7

Nositel	INDX	Čas
S2	8	5

ZUM: ne

ZULP: ne

06621 KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU, EVENT. ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 10

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne

ZULP: ne

06623 APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., I. M., S. C., I. V., UV, EVENT. DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI. INSTILACE LÉČIV

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 4/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 5

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne

ZULP: ne

06625 PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 57

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne

ZULP: ne

06627 APLIKACE INHALAČNÍ LÉČEBNÉ TERAPIE, OXYGENOTERAPIE

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 7

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne

ZULP: ne

06629 PÉČE O RÁNU

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně
 OF: 3/1 den
 OM: A – pouze ambulantně
 čas výkonu: 0
 body: 27

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne
 ZULP: ne

06631 KOMPLEX – KLYSMA, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ A ZAVÁDĚNÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ U ŽEN

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně
 OF: 3/1 den
 OM: A – pouze ambulantně
 čas výkonu: 0
 body: 10

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne
 ZULP: ne

06633 ZAVÁDĚNÍ NASOGASTRICKÉ SONDY

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně
 OF: 1/1 den
 OM: A – pouze ambulantně
 čas výkonu: 0
 body: 41

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne
 ZULP: ne

06635 KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU, OŠETŘENÍ KOŽNÍCH LÉZÍ PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU

Provedení vyšetření pomocí přístroje – např. EKG, spirometrie, glykémie. Ošetření kožních lézí pomocí přístrojů. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně
 OF: 1/1 den
 OM: A – pouze ambulantně
 čas výkonu: 0
 body: 20

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne
 ZULP: ne

06637 NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně
 OF: 3/1 den, max. 14 dní
 OM: A – pouze ambulantně
 čas výkonu: 0
 body: 7

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne
 ZULP: ne

06639 OŠETŘENÍ STOMÍÍ

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně
 OF: 3/1 den
 OM: A – pouze ambulantně
 čas výkonu: 0
 body: 22

Nositel	INDX	Čas
S2	8	0

ZUM: ne
 ZULP: ne

06645 BONIFIKAČNÍ KÓD ZA PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN

Kategorie: P – hrazen plně
 OF: 12/1 den
 OM: A – pouze ambulantně
 čas výkonu: 0
 body: 8

ZUM: ne
 ZULP: ne

06649 BONIFIKAČNÍ KÓD ZA PRÁCI SESTRY V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 36/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 8

ZUM: ne

ZULP: ne

Čl. II

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2007.

Ministr:

MUDr. Julínek v. r.

Zdroj:

VYHLÁŠKA 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: / cit. 2007-22-3/.

Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/2006/06-620.pdf>

Příloha 5 Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytoých sociálních služeb

Dnem 1. ledna 2007 se stala účinnými ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, která upravují úhradu ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytoých sociálních služeb. Zásadní význam mají zejména tato ustanovení:

§ 36 zákona 108/2006 Sb., který stanoví, že poskytovatel pobytoých sociálních služeb v

- týdenních stacionářích,
- domovech pro osoby se zdravotním postižením,
- domovech pro seniory a
- domovech se zvláštním režimem

je povinen osobám v nich umístěným zajistit zdravotní péči. Tuto „zvláštní ambulantní péči“ podle zákona o veřejném zdravotním pojištění plní

a) prostřednictvím zdravotnického zařízení

b) jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Rozsah takto poskytované péče stanoví zákon o veřejném zdravotním pojištění a Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Zdroj:

Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytoých sociálních služeb. In: / cit.2007-30-4 /.

Dostupné z WWW:<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/socialni-sluzby/uvod-k-soc-sluzbam>