



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Vliv rozdílu teorie a praxe ošetřovatelství na kvalitu  
péče**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Daniela Zimmermannová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Vliv rozdílu teorie a praxe ošetrovatelství na kvalitu péče“ jsem vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2018

.....

Daniela Zimmermannová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Mgr. Marii Trešlové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, připomínky a především za trpělivost. Poděkování také patří všem dotazovaným, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovor.

## **Vliv rozdílu teorie a praxe ošetrovatelství na kvalitu péče**

### **Abstrakt**

Tato práce se zabývá vlivem rozdílu teorie a praxe ošetrovatelství na kvalitu péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Cílem práce je zjistit míru a způsob poskytování kvalitní péče za současných podmínek. K naplnění cíle práce bylo použito metody kvalitativního výzkumného šetření s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumná otázka je směřována k zjištění, jakým způsobem a do jaké míry může být poskytována kvalitní péče za současných podmínek. Výzkumný soubor je tvořen kvalifikovanými sestrami a zdravotnickými asistenty pracujícími v nemocnici. Otázky, které byly respondentkám kladeny, byly zaměřeny na např. vzdělání, důležitost praxe, komunikaci, etický kodex apod. Dialogy byly nahrávány a následně přepsány. Analyzovány byly metodou tužka – papír. Na základě analýzy odpovědí vzniklo 14. kategorií. Z výsledků šetření vyplynulo že, vzdělání v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí je důležité do jisté míry, ale neopomenutelnou roli má také praxe sestry. Sestra praxí získává více zkušeností a dovedností k realizování ošetrovatelské péče. Dalším podstatným faktorem, který ovlivňuje kvalitní ošetrovatelskou péči a vytváří rozdíl mezi teorií a praxí, je mnohdy samotné převedení teoretických vědomostí do praxe. Práce sestry je často kompromitována s nemožností převést nabyté teoretické poznatky do vykonávané praxe. Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že kvalitní ošetrovatelská péče je poskytována do určité míry. Úroveň poskytované péče ovlivňuje mnoho dalších faktorů, kromě již výše zmiňovaných a to např. míra dodržování etického kodexu sester, nevyužívání a neznalost koncepčních modelů, dostatečné množství materiálu na poskytování ošetrovatelské péče, kvalitní komunikace mezi sestrou a pacientem a dodržování práv pacientů. Práce je tvořena jako informační zdroj především pro zdravotnické profese, jenž poukazuje na rozdíl mezi teorií a praxí, kterému je potřeba věnovat pozornost.

**Klíčová slova:** kvalitní ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, teorie ošetrovatelství, praxe, rozdíl, sestra

# **The Influence of the Difference Between the Theory And Practice of the Nursing Care on the Quality of Care**

## **Abstract**

This thesis deals with the influence of the difference between the theory and practice of the nursing care on the quality of care. Quality nursing care is the fundamental goal of the contemporary nursing care. The aim of the thesis is to find out the extent and means of providing a quality care under the current conditions. A method of qualitative research survey with the semi-structured interview was used to carry out the aim of this thesis. The research question is aimed at determining in what way and to what extent a quality care can be provided under the current circumstances. The research sample consists of qualified nurses and health care assistants working in the hospital. The questions, which respondents were asked, were focused on e.g. an education, importance of practice, communication, ethical code etc. Dialogues were recorded and transcribed. They were analysed by the pencil - paper method. The results of the survey showed that in the context of quality nursing care, the education is important to a certain extent and the nurse experience has an important role as well. By practice, the nurse gains more experience and skills to implement to her nursing care. Another important factor influencing the quality of nursing care and creating the difference between theory and experience is mostly the transfer of theoretical knowledge into practice. The nurse's work is often compromised by the impossibility of transferring the acquired theoretical knowledge into practice. The research has shown that quality nursing care is provided to a certain extent. The level of the provided care affects many other factors, apart from those mentioned above, e.g. a compliance level with the Code of Ethics, non-utilization and ignorance of the conceptual models, sufficient amount of material on providing the nursing care, quality of communication between a nurse and a patient and an adherence to patients' rights. The thesis is created as an informational source especially for the medical professions pointing to the difference between the theory and the practice which needs to be addressed.

**Key words:** quality nursing care, nursing process, theory of nursing, practice, difference, nurse

# Obsah

<b>Obsah</b> .....	6
Úvod.....	8
1 Historie.....	9
2 Základní pojmy.....	12
2.1 Ošetřovatelství jako obor.....	12
2.2 Teorie ošetřovatelství.....	13
2.3 Ošetřovatelský proces.....	14
2.4 Praxe sestry.....	15
3 Kvalita ošetřovatelské péče.....	16
3.1 Indikátory kvality ošetřovatelské péče.....	16
3.2 Koncept ošetřovatelské praxe založené na důkazech.....	17
4 Standard, audit, akreditace.....	19
4.1 Standard.....	19
4.2 Audit.....	20
4.3 Akreditace.....	22
5 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným.....	25
5.1 Role sestry.....	25
5.2 Osobnost sestry.....	25
5.3 Etický kodex sester.....	26
5.4 Komunikace.....	27
6 Situace ve zdravotnictví.....	29
7 Cíle práce a výzkumné otázky.....	31
7.1 Cíl práce.....	31
7.2 Výzkumná otázka.....	31
8 Metodika.....	32
Charakteristika výzkumného souboru.....	32

9	Výsledky výzkumného šetření.....	33
9.1	Identifikační údaje dotazovaných.....	33
9.2	Seznam kategorií.....	34
9.3	Vyhodnocování rozhovorů s respondenty.....	35
10	Diskuse.....	43
11	Závěr.....	50
12	Seznam literatury.....	52
13	Seznam příloh.....	56
14	Seznam zkratk.....	58

## Úvod

Téma bakalářské práce Vliv rozdílu teorie a praxe ošetrovatelství na kvalitu péče jsem si zvolila z toho důvodu, že se domnívám, že je stále aktuální a diskutované. Zaslouhuje pozornost zdravotníků, ale z určitého úhlu zajímá i laickou veřejnost. Cílem práce je zamyšlení se nad současnou situací a přinesení dalších poznatků z pohledu sester.

Vztah mezi pacientem a sestrou poukazuje na kvalitu ošetrovatelské péče. Dále je nutné zvyšovat kvalifikaci zdravotnických pracovníků, aby mohla být poskytována co nejkvalitnější ošetrovatelská péče. Pacient dnes už nemá statut slepého příjemce péče, ale může se na ošetrovatelské péči podílet a vybírat si zdravotnické zařízení.

Ošetrovatelská péče, jak ji známe dnes, se dlouhodobě vyvíjela od jednoduchých postupů ošetrování až po moderní poskytování ošetrovatelské péče a koncepce, které mají v dnešní době různé dimenze. Práce se snaží poukázat na rozdíl mezi teoretickým základem a praktickou aplikací ošetrovatelství. Tento rozdíl pak může ovlivňovat kvalitu péče. Kvalita ošetrovatelské péče se zlepšuje s odbornými vědomostmi a dovednostmi těch, kteří ji poskytují. Poskytování kvalitního ošetrovatelství úzce souvisí se spokojeností pacientů. Jak pacienti vnímají ošetrovatelství, potažmo zdravotnictví a jak ošetrovatelství vnímá i široká veřejnost. Ovlivňuje jeho prestiž a v neposlední řadě též ovlivňuje ekonomickou stránku poskytovatele. Bezesporu kvalitní a tím i bezpečná péče přináší uspokojení a právní oporu poskytujícím zdravotníkům. Domnívám se, že kvalitně odvedená ošetrovatelská péče je prioritou každé sestry.



# 1 Historie

O prvopočátcích péče lze hovořit od vzniku samotného lidstva. Poskytnutí pomoci druhému je lidskou přirozenou vlastností, tudíž se s péčí o lidskou bytost setkáváme již v minulosti. Tenkrát byly zkušenosti s léčením a ošetřováním nemocných přejímány z pokolení na pokolení jako tradice. Na ošetřovatelskou péči a její vývoj po současnost působí náboženství, kulturní tradice, rozmach medicíny, válečné konflikty, sociální, politická a ekonomická situace, zdravotní stav obyvatel, vědecké poznatky a významné osobnosti. Tyto faktory se ovlivňují navzájem. Ošetřovatelství se vyvíjelo ve třech oblastech, a to v laické oblasti, v oblasti charitativního ošetřovatelství a profesionálního ošetřovatelství (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Vývoj ošetřovatelství má na evropském kontinentu řadu shodných prvků a svá místní specifika, včetně našich zemí. V rozvíjení ošetřovatelství se vyčleňují zpravidla tři linie péče o nemocné, a to laická, dobrovolná a organizovaná ošetřovatelská péče. Laickou péčí (sebebpečí) se rozumí péče, kterou si člověk zajišťoval sám nebo mu ji poskytovala rodina na základě tradice. Charitativní péče byla poskytována pacientům hlavně díky církvi. Uskutečňovala se převážně v chudobincích, sirotčincích a obdobných zařízeních k tomu určených, obecně nazývaných jako charitní domy. Ošetřování nemocných bylo chápáno jako morální a lidská pomoc trpícímu člověku. Prvopočátky organizované léčebné péče spadají do konce 19. století. Souvisí s četnými válečnými konflikty a vývojem medicíny. Na organizovanou péči měla vliv také společenská situace a uvědomování si důležitosti hygieny pro zdraví člověka (Kutnohorská, 2010).

Za hlavní průkopnici, která položila základy moderního ošetřovatelství a propojila všechny prvky ošetřovatelské péče, od neprofesionální laické péče, přes charitativní péči až po založení profesionálních ošetřovatelských institucí, považujeme Florence Nightingale. Ošetřovatelka Florence Nightingale, někdy také nazývána jako „dáma s lampou,“ byla Angličanka urozeného původu, která se zasloužila o reformaci ošetřovatelství. Je považována za zakladatelku odborného ošetřovatelství a zároveň za prvotní teoretičku ošetřovatelství. Florence Nightingale, pocházela z majetné rodiny a dostalo se jí kvalitního vzdělání. Od svých sedmnácti let cítila povinnost zasvětit svůj život ošetřovatelské činnosti a pomoci bližnímu. K tomu jí napomáhala i náboženská víra (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Prohlubovalo se její zainteresování do sociální sféry, navštěvovala nemocné doma a stále více se zajímala o nemocnice a ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče byla pokládána za podřadnou práci, a tudíž nevhodnou pro mladou dámu z lepší společnosti, přestože ve skutečnosti se neměl o nemocné kdo starat. Chyběly i teoretické postupy pro správné vykonávání ošetrovatelské péče, a ty, co byly dostupné, se často nedaly uplatnit po praktické stránce. Florence Nightingale se snažila vyzdvihnout ošetrovatelství na úroveň uznávaného povolání pro ženy. Svými činy rušila zažitá teoretická představa o životě mladých žen z vyšší společnosti. Ve skutečnosti svůj čas a majetek věnovala potřebným. K dosažení svého cíle, zasvětit svůj život péči o nemocné, musela čelit nátlaku rodiny, která si nepřála, aby Florence v této činnosti pokračovala. Vědomosti a zkušenosti, které nasbírala návštěvami nemocných v nemocnicích, studiem zdravotnických postupů a vedením malé ošetrovatelské instituce, jí byly východiskem pro práci v krymské válce (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Přivedla na pomoc postiženým krymskou válkou čtyřicet dobrovolnic, které si sama vyškolila v oblasti ošetrovatelství (Staňková, 1997). Během krymské války se jí podařilo eliminovat počet vojáků, kteří umírali kvůli infekcím, kdy infekce vznikaly z nevhodných podmínek. Mortalita se v té době snížila z dřívějších 50 na 22% (Jarošová, 2000).

Florence Nightingale se snažila pozvednout ošetrovatelství na úroveň uznávaného povolání pro ženy, díky ní se z ošetrovatelství stalo důstojné a civilní zaměstnání pro ženy střední třídy. Kladla velký důraz na to, aby se sestry systematicky vzdělávaly a zavedla funkci hlavní sestry, která má uplatnění dodnes. Také v roce 1860 založila první ošetrovatelskou školu na světě a pro studium ošetrovatelky sepsala knihu „Poznámky o ošetrovatelství“. Některá témata obsažená v knize jsou aktuální dodnes a jsou použitelná jak pro teoretickou, tak i pro praktickou výuku, např. uspokojování hygienických potřeb nemocného, potřeba výživy, odpočinku a komfortu. Dále usilovala o to, aby se ošetrovatelství stalo samostatnou profesí, oddělenou od lékařství a aby hodnotu ošetrovatelské péče, především té nemocniční, zkvalitňovaly vzdělané sestry (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Zasluhou průkopnice Nightingale došlo k profesionalizaci ošetrovatelství a svými dovednostmi v oblasti sledování ošetrovatelských výkonů a jejich účinku na pacienty během krymské války stála i u základu ošetrovatelského výzkumu (Bártlová et al., 2008). Zasloužila se také o vznik Mezinárodní rady sester (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

K velkému rozvoji ošetrovatelství v zahraničí došlo také v době po druhé světové válce, kdy byl výzkum v ošetrovatelství zacílen především na přípravu sester v péči o pacienty a na systém sesterského vzdělávání. Na základě výsledků výzkumu se dospělo k závěru, že je nezbytně nutné vzdělávání zdravotnických pedagogů a samotných sester a vyzdvihnout jejich vzdělávání na vyšší a kvalitnější úroveň. Vědečtí pracovníci zahájili později výzkum zaměřený celkově na ošetrovatelství. Zkoumaly se pracovní nároky, které byly v té době na sestry kladeny a zároveň role sester v jednotlivých institucích a regionech. Výzkum v této oblasti se realizuje prakticky dodnes. Výsledky výzkumů probíhající počátkem druhé poloviny 20. století odkryly rozdíly v kvalitě a kvantitě ošetrovatelských postupů a tím zahájily další výzkumy vedoucí do jednotlivých oblastí a k problémům v ošetrovatelství. Výsledky těchto výzkumů měly být použity ke zlepšení hodnoty ošetrovatelské péče na národní úrovni. Rychlý rozvoj ošetrovatelského výzkumu začal na mezinárodní úrovni až v posledním čtvrtletí minulého století po přesunu přípravy sester na akademickou půdu. Tím se vytvořily nezbytně nutné podmínky v oblasti personální a institucionální pro vědeckovýzkumnou činnost. V USA došlo k založení Národního centra pro výzkum v ošetrovatelství. Jeho úkolem byla příprava, realizace a podpora výzkumného procesu v ošetrovatelském oboru (Bártlová et al., 2008).

## 2 Základní pojmy

### 2.1 Ošetrovatelství jako obor

Ošetrovatelství je definováno Světovou zdravotnickou organizací jako: „Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (Staňková, 1997).

Ošetrovatelství se zaměřuje hlavně na upevnění a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvíjení soběstačnosti, zmenšení utrpení nevyléčitelně nemocného pacienta a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se značně podílí na předcházení onemocnění, diagnostice, terapii a rehabilitaci (Tóthová, 2009).

Ošetrovatelství by mělo být především zaměřeno na uspokojování potřeb pacientů, a to hlavně těch aktuálních (Tóthová, 2010).

Ošetrovatelství tvoří a provádí funkce, které podporují a udržují zdraví a napomáhá předcházení nemocím. Do ošetrovatelství můžeme zařadit také plánování a poskytování péče po dobu nemoci a rehabilitace, přičemž je zároveň brán ohled na fyzické, duševní a sociální aspekty života, které ovlivňují zdraví, nemoc, invaliditu a umírání. Všeobecná sestra a další nelékařské zdravotnické profese musí zvládnout vedení a poskytování ošetrovatelské péče, edukaci pacientů, aktivní začleňování do zdravotnického kolektivu a rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu. V praxi se ošetrovatelstvím rozumí ošetrovatelská péče, která probíhá ve vymezeném čase. Specifikuje se na osobu, která se vyskytuje v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí. Metaparadigmatické koncepce ošetrovatelství jsou výchozími procesuálními aspekty v péči o pacienty. Metaparadigma charakterizujeme jako předmět zkoumání a koncepci jako abstraktní či konkrétní představu. Sestra přichází do interakce s pacientem v určité situaci zdraví a v určitých podmínkách prostředí. Tento vztah by měl být synergický, aby představoval místo pro optimální bytí jedince pro účinnou a efektivní péči v oblasti ošetrovatelství. Chápat ošetrovatelskou péči můžeme tak, že sestra disponuje určitými vědomostmi, a to především o osobě, jejím vývoji, prožívání, chování, jednání a vlivech na optimálním životě jedince (Bužgová, Plevová, 2011).

## 2.2 *Teorie ošetrovatelství*

Teorie jsou zdrojem informací v oblasti vědy. Vědeckou teorii lze chápat jako celek pojmů a tvrzení, který představuje abstrahující vysvětlení vybraných fenoménů. Teorie umožňuje fenomény světa chápat, interpretovat je, kritizovat nebo předpovídat. Uznání vědeckosti a kvality teorie se děje na základě kritérií, která závisí na oblasti výzkumu (Hendl, 2005).

Teorie ošetrovatelství slouží jako podklad pro ošetrovatelství jako vědního oboru, do kterého dále patří filozofie oboru, předmět zkoumání, metodologie, výzkum, systém vzdělávání, národní a profesní organizace a metaparadigmata. Teoretické metody se odráží od skutečnosti, že jakýkoliv poznatek a vědecká skutečnost jazykově vyjádřená předpokládá konkrétní myšlenkové zpracování. Mezi zkušenostmi a teoretickými metodami nenajdeme ostré hranice. Poznávací způsoby, jako je abstrakce, analýza, syntéza, porovnávání, zevšeobecnování a konkretizace, indukce a dedukce, jsou součástí nejen empirických, ale i teoretických výzkumných činností. Modelové nebo modelovací metody představují vytvoření charakteristik určitého rozsahu na jiném předmětu, zvláště vytvořeném pro výzkum. Tento druhý předmět se nazývá model (Farkašová et al., 2006).

Teorie ošetrovatelství využívá modely ošetrovatelství nazývané také jako koncepční modely ošetrovatelství. Tyto modely vznikají jako výsledek výzkumu a hodnocení ošetrovatelské praxe. Jsou vytvořeny na základě praktických zkušeností. V případě nefunkčnosti či nevyužitelnosti koncepčních modelů je možné je modifikovat, rozšiřovat, upravovat nebo nepoužívat. Základy pro ošetrovatelské modely vytvořila Florence Nightingale. Koncepční modely v ošetrovatelství definují osobu, prostředí, zdraví, ošetrovatelství jako takové. Používají se pro poskytnutí specifického rámce ošetrovatelství, pomáhají zkvalitnit práci sester, obohacují teoretickou základnu ošetrovatelství a řídí myšlení a jednání sester v konkrétních situacích. Základní modely se dají rozdělit na: humanistické modely, modely interpersonálních vztahů, systémové modely, modely energetických polí. Příkladem humanistického modelu je model Florence Nightingale, model Virginie Henderson, model Dorothee Elisabeth Orem, model Madeleine Leininger, model Rosemarie Rizzo Parse a další. Do příkladů modelů interpersonálních vztahů řadíme model Hildegardy E. Peplau, model Idy Jean Orlando, model Ernestiney Wiedenach, a model Marjory Gordon. Zástupcem systémových modelů je model Dorothy E. Johnson, model Imogeney King, model Betty Neuman, model Callista Roy. Do modelů

energetických rolí řadíme: model Myry Estrin Levine a model Martha E. Rogers. (Pavlíková, 2006).

### 2.3 *Ošetrovatelský proces*

Kvalita ošetrovatelského procesu záleží na tom, jak sestra zvládá hodnotit požadavky na ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta. Je žádoucí, aby sestra měla potřebné množství informací o pacientovi před tím, než začne s realizací ošetrovatelského procesu. Díky tomu, že sestra disponuje potřebnými informacemi, může k němu individuálně přistupovat a vytvořit mu osobní ošetrovatelský plán. Na počátku ošetrovatelského procesu je nezbytné, aby sestra vytvořila důvěrnou atmosféru ve vztahu s pacientem, která jí pomůže pacienta poznat nejen po stránce medicínské, ale také po stránce osobní a sociální. Povinnost realizovat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu byla zařazena do legislativních norem České republiky, konkrétně do Koncepce ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č.9/2004) do vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanovuje činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ošetrovatelský proces se v současnosti realizuje podle platných zákonů, které se vztahují na klinickou praxi, a to s různými odchylkami pro ambulantní a ústavní zařízení. A následně se ohlíží na specializaci zdravotnických zařízení (Staňková, 1999).

Ošetrovatelský proces se nejčastěji dělí do pěti fází, které mají následující označení: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. V první fázi je úkolem sestry sbírat informace o pacientovi a zhodnotit jeho zdravotní stav, důležitá jsou možná zdravotní rizika a patologie. V druhé diagnostické fázi dochází k analýze dat, která sestra získala od pacienta. Dochází ke stanovení existujících i potenciálních problémů, které jsou zformulovány do jednotlivých ošetrovatelských diagnóz (Tóthová, 2009).

Plánování je další fáze, kdy sestra navrhne ošetrovatelský plán a ošetrovatelské intervence. Cílem plánování je prevence, redukce či minimalizování pacientových zdravotních obtíží. Předposlední fázi je realizace, kterou je myšleno uvedení ošetrovatelských strategií do praxe a tím splnění daných cílů. V závěrečné fázi dochází k vyhodnocení vytyčených cílů. V této fázi dochází k zhodnocení splněných či nesplněných výsledných cílů (Jarošová, 2000).

Praxe sestry je velmi náročná, ale také zajímavá, a řadí se k profesím, ve kterých je schopnost vyřešit problémy schopností rozhodující k dosažení úspěchu. V ošetrovatelské péči je důležitý systémový přístup a komplexní řešení problémů. V opačném případě dochází k neuspokojení komplexních tělesných, psychických, sociálních a dalších potřeb. Ošetrovatelský proces lze tedy pokládat za důležitý základ novodobého ošetrovatelství (Bužgová, Plevová, 2011).

#### **2.4 Praxe sestry**

Ošetrovatelskou praxí se rozumí vykonávání ošetrovatelských činností v ošetrovatelském oboru. Postavení sestry v týmu lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků zaznamenává v současné době výrazné změny, a to vlivem přeměny zdravotní péče jako celku. Existence zdravotnického zařízení s dostatečným počtem všeobecných sester, vhodné personální složení zdravotnických pracovníků, optimální pracovní atmosféra a spolupráce mezi jednotlivými členy celého týmu mají význačný vliv na kvalitu poskytované zdravotní péče a na její výsledky (Vévoda, 2013).

Práce sestry vyžaduje vzdělanost po odborné i praktické stránce, schopnost adekvátně reagovat na vzniklé situace (Rozsypalová et al., 2009). Jestliže sestry usilují o dosažení svých cílů, musí používat strategie založené jak na jednotě mezi sestrami, pacienty a veřejností, tak na souladu mezi ostatními členy multidisciplinárního týmu. Sestry zauímají v týmu roli odborníků, partnerů a vedoucích (Bártlová et al., 2010).

Značné základy sestry získává v průběhu studia na zdravotnické škole a při praxích v nemocnici. Je žádoucí, aby se sestry po celý profesní život vzdělávaly a zajišťovaly kvalitní péči, která souvisí se sledováním nových poznatků o léčebných a ošetrovatelských postupech. Sestra vykonává svou práci většinou ve dvousměnném i třisměnném provozu. Sestry pečují o pacienty nepřetržitě i o víkendech a svátcích. Nepravidelná pracovní doba, noční provoz i přesčasy mohou narušovat životní rytmus sestry. Práce sestry je fyzicky i psychicky náročná. Míra psychického i fyzického zatížení sestry je závislá na typu oddělení a typu vykonávané činnosti, stavu pacientů a na počtu ošetrovatelského personálu. Náročnost vykonávané práce se může lišit dle jednotlivých oddělení. Fyzicky je u sester nejvíce zatěžován pohybový aparát. Práce sestry je bezesporu také psychicky

náročná. V práci sestry je velmi důležitá prevence tzv. syndromu vyhoření (Rozsypalová et al., 2009).

### **3 Kvalita ošetrovatelské péče**

Moderní ošetrovatelství jde ruku v ruce s vývojem vzdělávání, vývojem techniky a nástupem biomedicínských technologií do zdravotnictví. Ošetrovatelství se stalo multioborovou vědou, která své znalosti rozvíjí ve vzájemném působení s medicínou a s dalšími vědními obory- filozofií a etikou, pedagogikou, psychologií, statistikou, sociologií a nepochybně sem patří i historie profese a vzdělávání (Kutnohorská, 2010).

Na ošetrovatelství, stejně tak jako na jiné obory, je kladen požadavek, aby poskytovaná péče a služby byly prováděny kvalitně. Chápání kvality je determinováno kulturním a sociálním prostředím. Kvalitní ošetrovatelská péče je podmiňována pacienty, zdravotnickým personálem, ale i legislativou. Kvalita by tedy mohla být chápána jako kompromis mezi těmito třemi hlavními složkami. Pro zajištění kvalitní péče je nutné ji nejprve definovat. Zpravidla se stanovuje standardy, na základě kterých se poskytnutá péče posuzuje. Za kvalitní ošetrovatelskou péči považujeme péči, která je vykonávána dle ošetrovatelského procesu a dbá na potřeby pacientů, dodržuje koncepci ošetrovatelství. K posuzování a hodnocení kvality poskytované péče slouží standardy, které konkrétně vymezují kvalitu v dané oblasti. Standardy jsou tedy obecně chápány jako určitá objektivní kritéria k poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče. Dalšími neopomenutelnými kritérii v hodnocení kvality ošetrovatelské péče je hodnocení ze strany lékaře, samotných sester a pacientů (Jarošová et al., 2015).

#### **3.1 *Indikátory kvality ošetrovatelské péče***

Indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou tzv. ukazatele kvality. Rozumí se jimi určitá kritéria, která ve srovnání s určitým standardem, směrnicí či požadavkem určují, do jakého stupně bylo standardu dosaženo. Ukazatele kvality musí splňovat určité znaky. Musí dávat smysl a musí umět zhodnotit pozitivní i negativní událost. Indikátor je vždy hodnota, která



musí zapadat do konkrétního kontextu. Ukazatele kvality se mohou dotýkat mnoha oblastí (Jarošová et al., 2015).

Pro udržení kvality jsou vypracovány standardy, které obsahují strukturu, proces a výstup. První oblastí, kterou můžeme nazvat struktura, je myšlena například kvalifikace zdravotnického personálu, do druhé oblasti spadají procesy, například úroveň poskytované ošetrovatelské péče. Poslední oblast se zaměřuje na výstupy, mezi které můžeme řadit například mobilitu při propuštění pacienta v porovnání s příjmem pacienta (Škrla, Škrlová, 2003).

Cílem sledování ukazatelů kvality je mít k dispozici specifické indikátory, jež pomáhají ke zvýšení kvality péče. Vhodné indikátory ke sledování určují řídicí pracovníci a akreditační standardy. Každé zdravotnické zařízení si definuje vlastní indikátory kvality, které vycházejí z druhu poskytované péče a stanovených priorit. Mezi ukazatele kvality v oblasti ošetrovatelství s jednotnou národní metodikou sledování patří v České republice výskyt dekubitů a pádů u pacientů v rámci hospitalizace (Jarošová et al., 2015).

### **3.2 *Koncept ošetrovatelské praxe založené na důkazech***

Koncept ošetrovatelské praxe založené na důkazech (evidence based nursing, EBN) je spjat s rozvojem medicíny založené na důkazech a v literatuře se objevuje koncem 90. let 20. století. Prvními zeměmi, které začaly koncept používat, byly anglicky hovořící země (Kanada, USA, Velká Británie a Austrálie), ve kterých později vznikla nejvýznamnější výzkumná centra zabývající se praxí založenou na důkazech a doporučenými postupy pro praxi (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Ošetrovatelský výzkum vzrůstá a kontinuálně se vyvíjí. Každý rok celosvětově vychází více než milión publikací s klinickými výzkumy. Pro sestry proto může být obtížné, které z nových informací zahrnou do své praxe. Musí kriticky zhodnotit jejich využitelnost, k tomu však potřebují dostatek času a dovedností pro vyhodnocení tak obsáhlého množství výzkumných publikací, především pokud si závěry výzkumů či doporučení samotných odborníků vzájemně odporují (Davies, 2002).

Praxe založená na důkazech požaduje, aby zdravotníci byli schopni posoudit validitu a důležitost důkazů před jejich aplikací ve své ošetrovatelské péči. Sestry by měly disponovat dovednostmi a schopnostmi si efektivně doplňovat vzdělání a kriticky

vyhodnocovat kvalitu dané literatury. Bez zřetele na původ důkazů jsou elementárně podstatné dovednosti kritického hodnocení, schopnosti rozlišit kvalitu důkazů a zároveň schopnost uvádět své poznatky k aktuálnímu problému do praxe. V praxi sestry existují tři základní zdroje informací: dřívější zkušenosti, informace získané od pacientů, rodin pacientů a jejich pečovateli, závěry výzkumů s jejich novými poznatky a technikami (Tigle, Foster, 2002).

Pro sestry bývá určitou výzvou zavádění výsledků výzkumů do ošetrovatelské praxe. Výsledky výzkumů se do ošetrovatelské praxe obvykle zavádějí s delším časovým odstupem, což značně zhoršuje situaci s ohledem na stále se zvyšující nároky na ošetrovatelskou péči. Některé výzkumy bývají zaměřeny pouze obecně bez specifikace a nejsou tak platné pro úzkou skupinu pacientů. Vhodným využitím výsledků výzkumů v ošetrovatelské praxi je realizace poznatků do řízených dokumentů a standardů (Jarošová et al., 2015).

## 4 Standard, audit, akreditace

### 4.1 *Standard*

Standards jsou nedílnou součástí systému řízení kvality. Jsou nástrojem k neustálému zvyšování kvality ošetrovatelské péče, k provádění auditů. Pokud chceme měřit a hodnotit kvalitu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních, musíme nejprve definovat kvalitu pomocí standardů či jiných systémových a řídicích dokumentů (Škrla, Škrlová, 2003)

Na potřebu stanovit a hodnotit kvalitu poskytované péče v oblasti ošetrovatelství upozornila, již Florence Nightingale, když pečovala o raněné vojáky v krymské válce v letech 1853 – 1856. Ustanovila minimální standardy v oblasti čistoty prostředí, postupy v prevenci infekce či sledování funkčnosti poskytnuté ošetrovatelské péče. Vytvořila tak první standardy zacílené na ošetrovatelský proces, jejichž používání došlo ke značnému snížení úmrtí pacientů (Mainz, 2004).

V 50. letech 20. století začaly vznikat první standardy péče a byl tím položen základ k procesu, jež nazýváme akreditací. Každá země a každý zdravotnický ústav vychází při tvorbě standardů ze svých podmínek (Gladkij, 2003).

Pacientům by se měla dostávat kvalitní péče a je proto nutné kvalitní péči poskytovat. Standardy zdravotnické péče jsou profesionály definované závazné normy, které objektivně hodnotí poskytovanou péči. Zaručují pacientům bezpečí a ochraňují sestry před neoprávněným trestem. Fungují jako akreditační prostředek k posouzení stupně péče nemocnic a zdravotnických zařízení. Druhy vypracování standardů jsou odlišné, není k dispozici žádná mezinárodní formální předloha, kterou by bylo možné bezvýhradně přijmout (Mášová, Havrdlíková, 2009).

V zemích, které jsou ekonomicky na vyšší úrovni, můžeme najít řadu modelů a systémů, které se zaměřují na rozvoj a standardizaci kvality. V oblasti českého zdravotnictví jsou nejvíce používány modely národních akreditačních standardů (např. společnost Spojená akreditační komise v ČR) nebo modely systému řízení kvality (např. Mezinárodní organizace pro normalizaci ISO) (Škrla, Škrlová, 2003).

Standardy se prezentují v podobě volného textu. Standard obsahuje parametry, které lze měřit a hodnotit, k tomuto účelu slouží audity. Zjišťují rozdíl mezi skutečností a standardem. Hodnotí se, zda je standard stále v platnosti, zda je aktuální a zda není třeba provést úpravy nebo změny. Ošetřovatelský audit obsahuje zhodnocení naplnění standardu, název oddělení, jména auditorů, datum a metody, které byly použity (např. otázky, pozorování, dotazování) (Mášová, Havrdlíková, 2009).

Typy standardů jsou strukturální, procesuální a výsledkové. Strukturální standardy v sobě zahrnují organizaci a regulaci ošetřovatelské praxe a služeb, vhodnost vybavení zdravotnického zařízení a předpoklady zaměstnanců k výkonu péče. Procesuální standardy obsahují ošetřovatelské postupy při výkonech a při ošetřovatelském procesu. Výsledkové standardy hodnotí kvalitu péče (Jarošová et al. 2015).

Především organizace Evropské unie se snaží vyzdvihnout společenský význam a postavení sester a porodních asistentek v komplexu zdravotní péče členských států. Kladou především důraz na samostatnost při rozhodování sester a také na to, aby sestry byly osobně zodpovědné za svá rozhodnutí (Mášová, Havrdlíková, 2009).

Závěrem standardy tedy slouží k měření a hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnických zařízeních. Každý standard by měl obsahovat název, pořadové číslo, označení, typ standardu, platnost a oblast používání, komu je určen, místo užití, autora a užití přílohy (Mášová, Havrdlíková, 2009).

## **4.2      *Audit***

Pod pojmem audit si lze představit vyhodnocení kvality ošetřovatelské péče. Při vytváření a definování standardů je nutné určit způsob hodnocení. Audit je zaměřený především na objektivně měřitelné oblasti kvality ošetřovatelské péče. Audit představuje systematické hodnocení kvality vykonávané ošetřovatelské péče s ohledem na její efektivnost, finanční stránku a etiku. Je významným základem pro zjišťování kvality. Ošetřovatelský audit vyhodnocuje jednak splňování jednotlivých standardů, tak hodnotí i celkovou kvalitu ošetřovatelské péče (Farkašová et al., 2006).

Audit v oblasti ošetrovatelství reprezentuje systematické vyhodnocování ošetrovatelské péče, a tudíž by měl být založen na profesionálních standardech. Jeho hlavním úkolem je vyzkoumat, do jaké míry se ošetrovatelský proces, ke kterému jsou sestry vedeny těmito standardy, řídí, resp. jestli se s ním ztotožňují. Cílem auditu by neměla být kritika činnosti sestry za účelem hledání jejích osobních pochybení, ale mělo by jít o objasnění procesně slabých míst a o nápravu zjištěných systémových chyb. Jakákoliv kontrolní činnost vedoucích pracovníků by neměla být brána jako negativní nástroj na trestání podřízených, ale jako pozitivní nástroj sloužící k trvalému zvyšování kvality péče (Zdraví.euro, 2017).

V praxi rozeznáváme čtyři druhy ošetrovatelského auditu: retrospektivní revize také známá jako revize ošetrovatelských záznamů, audit implementace ošetrovatelských standardů, který spočívá v kontrole dodržování předepsaných norem, audit algoritmů, který vyhodnocuje strategie péče z perspektivy dohodnutých procesů a audit výsledků. Zákoník práce ustanovuje jako další z povinností všech vedoucích pracovníků provozovat kontrolní činnost, která se v oboru ošetrovatelství dotýká všech sester manažerek (vrchní, staniční, náměstkyně ošetrovatelské péče), jež by měly mít tuto povinnost ustanovenou ve svém obsahu práce. Hlavním nástrojem kontrolního jednání výše uvedených pracovních pozic je kontrolní činnost ošetrovatelské dokumentace, resp. audit ošetrovatelské dokumentace. Uskutečňuje se z hlediska formální i obsahové stránky a závěry z kontrolní činnosti by měly posloužit jako podklad pro přijetí konkrétních postupů. Slovo audit lze tedy popsat jako synonymum pro účinnost, objektivitu, ale také se jedná o určitý prostředek, který zkvalitňuje řízení (Kvapilová, 2017).

Audit lze rozdělit na externí a interní. První ze jmenovaných činností je definována jako veřejná služba, kterou poskytují kvalifikovaní odborníci a jejíž základ je v kontrole finančního stavu společnosti. Cílem externího auditu je poskytnutí objektivní zprávy, zda společnost hospodaří v dané chvíli tak, aby to odpovídalo ekonomické i finanční situaci ve společnosti. Také sděluje, zda je výsledné hospodaření a provedené změny v souladu s obecně přijatými účetními zásadami. Auditóři, kteří se zabývají externím auditem, jsou právníckými či fyzickými osobami zapsanými do seznamu auditorů. Interní audit provádějí zaměstnanci dané společnosti a jeho cíl je mnohem různorodější. V podstatě se jedná o úkoly různých cílů ve více oblastech a aktivitách organizace. Jestliže moderní interní audit produkuje přidanou hodnotu a má podíl na zvýšení efektivnosti, pak můžeme považovat tento druh poradenské činnosti pro společnost jako významný. Interní audit by měl ve

všech oblastech odhalit rizika, která se mohou vyskytnout, a mít je pod kontrolou. Další odchylkou mezi interním a externím auditem je přizpůsobivost při výkonu interní auditní činnosti. Externí audit je prováděn v souladu s určitými norem a postupů, které byly mezinárodně uznány, a nelze je pozměňovat ani do nich zasahovat (Kvapilová, 2017).

### **4.3 Akreditace**

Akreditace ve zdravotnictví je důležitá metoda hodnocení a zvyšování kvality zdravotní péče, která je poskytována v různých zdravotnických institucích. Mezinárodní společnost pro kvalitu zdravotnictví ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací vytvořila akreditační programy, dle kterých se hodnotí zdravotnická zařízení. Zdravotnickí profesionálové a poskytovatelé péče vytváří standardy, podle kterých jsou zdravotnická zařízení hodnocena, vždy s ohledem na požadavky a zájmy pacientů (Gladkij et al., 1999).

Ministerstvo zřizuje jako svůj konzultativní orgán akreditační komisi pro dílčí obory specializačního vzdělávání. Akreditační komise se při své práci řídí statutem a jednacím řádem, které vydá ministerstvo a uveřejní ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. (podle ustanovení § 16 zákona č. 95/2004 Sb.). Zdravotnické instituce vyžadují pro zaopatření své způsobilosti celkový pohled na kvalitu, orientaci na proces, konzistentnost celého zdravotnického zařízení, spolupráci mezi zdravotnickými zařízeními, respektování práv pacientů, zabezpečení zdravotnických dat a vysoce specializovanou odbornost ve své činnosti. Hlavní mezinárodní akreditační postupy určené Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) a WHO, stanovují pro zdravotnická zařízení splnění následujících požadavků: věnovat co nejvíce pozornosti pacientovi, respektovat práva pacienta, odpovědnost za kvalitní péči, sledování a stálé zkvalitňování péče, vhodné využívání zdrojů, řízení rizik, proces jasného managementu v organizaci, začlenění veškerých činností do strategického plánování, kontakt s přímými poskytovateli péče v příslušné oblasti. Tyto zásady v celém rozsahu jsou platné i pro výkony klinických laboratoří, které tvoří neoddělitelnou součást poskytované zdravotní péče. Ministerstvo podá žádost o přidělení, prodloužení nebo odebrání akreditace k projednání akreditační komisí s výjimkou žádosti o akreditaci k realizaci vzdělávání v základním kmeni. Ministerstvo může vyzvat žadatele o dodání informací nebo o pozdější předložení

požadovaných dokumentů nebo může pozvat žadatele na schůzi akreditační komise nebo si ověřit údaje uvedené v žádosti přímo u žadatele (MZCR,2017). Po projednání žádosti přednese akreditační komise konečné stanovisko ministerstvu, a to do 4 měsíců ode dne obdržení žádosti o přidělení akreditace. V případě žádostí o prodloužení akreditace podle § 14a předá akreditační komise závěrečné stanovisko ministerstvu do 2 měsíců od obdržení žádosti. O žádosti o akreditaci k realizaci vzdělávání v základním kmeni vydá rozhodnutí ministerstvo do 60 dnů od doručení žádosti. Ministerstvo rozhodne o přidělení, prodloužení, odejmutí či nezískání akreditace po obdržení stanoviska akreditační komise nejpozději do 60 dnů. Akreditace se přiděluje nebo prodlužuje nanejvýš na dobu 10 let, akreditace na zrealizování vzdělávání v základním kmeni se přiděluje nebo prodlužuje nejvýše na dobu 5 let. O trvání dané akreditace rozhodne ministerstvo na základě podnětu příslušné akreditační komise (podle ustanovení § 17 zákona č. 95/2004 Sb.) (MZCR,2017).

„1. 7. 2017 nabyl účinnosti zákon č. 67/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Podle ustanovení § 13 odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon č. 95/2004 Sb.")“(MZCR, 2017), je možné na základě udělené akreditace realizovat konkrétně daný vzdělávací program nebo jeho díl (dále jen "vzdělávací program") specifikovaný datem jeho zveřejnění ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Dle stránek Ministerstva zdravotnictví, dále MZ, lze akreditaci udělit pro základní kmen, vlastní specializovaný výcvik, část specializačního vzdělávání uskutečňovanou v rámci poskytování specializované ambulantní péče, obor specializačního vzdělávání, doplňující odbornou praxi, nástavbový obor, teoretickou část vzdělávacího programu, funkční kurz, zajištění odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky, část specializačního vzdělávání v oboru praktické lékárenství. Vzdělávací program podle odstavce 1 zákona č. 95/2004 Sb. uskutečňuje akreditované zařízení. Vzdělávací plán uskutečňuje akreditovaný ústav, kterým je poskytovatel zdravotních služeb nebo jiná fyzická nebo právnická osoba, kterým ministerstvo propůjčilo akreditaci (MZCR, 2017).

Úřadem, který rozhoduje o akreditaci i jiných vysokoškolských programů, kromě vysokoškolského vzdělávání sester v programu ošetřovatelství (pregraduální, graduální a postgraduální), je Národní akreditační úřad pro vysoké školství (dále jen akreditační úřad). Je nezávislým úřadem zřízeným zákonem č.111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Akreditační úřad rozhoduje o akreditaci studijních programů, institucionálních akreditacích a akreditacích habilitačního řízení a řízení ke jmenování profesorem. Dále provádí kontrolu dodržování právních předpisů při realizaci akreditovaných činností a vykonává externí hodnocení vzdělávací činnosti, vědecké, výzkumné, vývojové, inovační, umělecké a další tvůrčí činnosti a s nimi související činnosti. Standardy pro akreditace, ze kterých Akreditační úřad při své práci v rámci správního uvážení vychází, používá s ohledem k relevantním principům standardů pro zajišťování kvality v evropském prostoru vysokoškolského vzdělávání. Akreditační úřad zajišťuje metodickou pomoc v otázkách systému zajištění kvality vzdělávání tvůrčí a na ně navazující činnosti vysokých škol a interního hodnocení kvality. Akreditační úřad se spolupodílí na otázkách týkající se absolventů vysokých škol (uplatnění vysokoškolských sester), taktéž s dalšími správními úřady, profesními komorami, organizacemi zaměstnavatelů a dalšími. Výkonným orgánem Akreditačního úřadu je Rada Akreditačního úřadu. Ta například schvaluje Jednací řád hodnotících komisí pro akreditaci (NAÚ, 2018).



## **5 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným**

### **5.1 Role sestry**

Rolí sestry je očekávané chování, které souvisí s jejím postavením ve společnosti. Sociologie v závislosti k profesi formuluje sociální roli, jež vysvětluje v souvislosti s termínem sociální status, tzv. pozice. Povolání sestry obsahuje určitý systém rolí a chování očekávaného společenským statutem profese. Role sestry jsou společensky vymezené a jsou z historie podmíněné. Sestra provozuje mnoho rozdílných ale stejně významných rolí. Pro kvalitní práci sestry je tedy klíčové, aby sestra byla všestranná a pracovala podle etických norem. Jestliže sestra ovládá jen některé role, měla by se na ně zacílit a pracovat kupříkladu jako mentorka. Avšak pokud sestra své role neplní, nelze mluvit o sestře kvalitně vykonávající svoji práci. V současnosti vykonává sestra nejčastěji následující role. Vztah sestry jako poskytovatelky ošetrovatelské péče je typický holistickým chápáním jedince a skupiny, která bere v úvahu jejich zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb. Sestra jako manažerka ovlivňuje řízení a organizaci na různých úrovních. Splňuje i úlohu manažerky ošetrovatelské péče bezprostředně u jednotlivců a skupin tím, že řídí ošetrovatelský proces. Jestliže se sestra s touto rolí neidentifikuje, může být následkem nekoordinovaná a neefektivní péče. Rolí sestry edukátorky je myšleno všestranné zaměření na vývoj a formování uvědomělého a zodpovědného chování jedince v zájmu podpory zdraví nebo jeho obnovy. Sestra advokátka dbá na práva pacienta, reprezentuje jeho práva a objasňuje mu je, dále také tlumočí jeho požadavky a názory. Obhajuje jeho zájmy. Sestra nositelka změn a vývoje je důležitá, jelikož beze změn by bylo ošetrovatelství stagnujícím oborem, pro sestru by tato role měla být hnací energií. Pro sestru výzkumnici je prioritní vzdělání, jelikož se ošetrovatelství vyvíjí jako význačná vědecká profese, ve které sestra může rozvinout svůj osobnostní potenciál. A poslední z možných rolí se sestra reprezentuje jako mentorka, která je zodpovědná za klinický dohled nad studenty ošetrovatelství (Farkašová et al., 2006).

### **5.2 Osobnost sestry**

Povolání sestry je náročné. Sestry pracují s lidmi zdravými, ale hlavně nemocnými, kteří vyžadují zvláště citlivé a ohleduplné jednání. Sestra by vždy měla postupovat jako profesionál. Předpokladem k výkonu profese jsou jednak povahové vlastnosti, které jsou

spojeny s typem temperamentu (sanguinik, choleric, flegmatik, melancholik, extrovert, introvert). Dále záleží na úrovni prožívání, na charakterových vlastnostech a odborných předpokladech pro výkon povolání. Důležitou roli hraje i úroveň dosaženého vzdělání, dovedností a vědomostí. Velkou roli hrají také sociální předpoklady, kdy se posuzuje sociální inteligence a sociální zralost. Sociální inteligence je brána jako schopnost člověka jednat s jinými lidmi, navazovat s nimi kontakty, schopnost vcítit se do jejich emočního stavu. S tím souvisí samozřejmě empatie. Sociální zralost je brána jako schopnost uspokojit potřeby pacienta primárně před svými. Nevhodnou skupinou zdravotníků pracujících s pacienty jsou lidé egoističtí a egocentričtí. Naopak vhodnou skupinou jsou altruisté, kteří poskytují pomoc druhému bez ohledu na zisk. Neopomenutelnou součástí jsou také technické předpoklady, což zahrnuje ovládání přístrojů, nástrojů a schopnosti psychomotorické. Sestry by se také měly celoživotně vzdělávat a tím zdokonalovat své vědomosti a schopnosti (Prosestry, 2016).

Předpoklady pro výběr sesterského povolání jsou dobrá fyzická a psychická kondice, trvalá péče o osobní hygienu, nošení pracovního oděvu a úprava zevnějšku, optimální uspořádání životosprávy, potřeba hlubokých odborných znalostí, kompenzace pracovního zatížení a respektování etického kodexu sester. Sesterské povolání klade velké nároky na fyzickou a psychickou stránku osobnosti (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

### **5.3 Etický kodex sester**

Povolání sestry klade vysoké nároky na její morální přesvědčení. Kvůli tomu Mezinárodní rada sester vytvořila hlavní etické zásady pro práci sestry, které byly uvedeny do praxe v roce 1973. Sestra musí při své práci respektovat čtyři základní prvky ošetřovatelství: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, zlepšovat zdravotní stav, tišit bolest. V ošetřovatelském povolání je nutné respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče je nestranná a musí být poskytnuta všem stejně, bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu pleti, pohlaví a politické přesvědčení či sociální postavení. Sestra ve spolupráci s dalším ošetřovatelským personálem poskytuje péči jednotlivcům, rodinám i komunitě. Sestra je povinna dodržovat mlčenlivost, chránit důvěrné informace a pečlivě zhodnotit, komu může tyto informace poskytnout. Sestra je plně zodpovědná za

ošetřovatelské činnosti, které v praxi vykonává a za rozvoj svých profesních znalostí formou kontinuálního vzdělávání. V jakékoliv situaci by se sestra měla snažit dosáhnout co nejvyšší úrovně standardní péče poskytované pacientovi. Sestra by se měla účastnit společenských aktivit, které se zaměřují na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, spolupracovat s ostatními zdravotnickými pracovníky a účinně zasáhnout, pokud by jednáním některého spoluzaměstnance byla ohrožena péče o pacienta. Sestra je také povinna se sebevzdělávat a snažit se získat co nejvyšší úroveň odborného vzdělání v oblasti, ve které pracuje (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

#### **5.4      *Komunikace***

Slovo komunikace vychází z latinského slova *communicare*, které znamená „společně něco sdílet, činit něco společným“. Komunikace obsahuje nejen výměnu informací mezi účastníky, ale i zúčastnění se na celkovém dopadu informace, která může celý proces komunikace pozměnit. Díky tomu si tedy můžeme komunikaci představit spíše jako synonymum interakce, procesu vzájemného ovlivňování a působení. Komunikace je velice rozsáhlý a široký pojem, jenž odpovídá značnému zájmu mnoha vědních oborů, například psychologii, z nichž každý se ji snaží definovat ze svého úhlu pohledu, tedy v rámci určitého teoretického pole. Komunikace je současně předpokladem soužití a prostředkem vytváření společnosti. Lze říci, že neexistuje žádná její komplexní definice (Vybíral, 2009).

Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální, dále jako vědomou či nevědomou. Komunikace verbální mezi sestrou a pacientem je nezbytnou součástí ošetřovatelské péče. Pacienti často nejsou spokojeni s komunikací při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Kvalita a velké množství poskytnutých informací nejsou dostačující pro pacienta. Informace, které podává sestra pacientovi, mohou být často zmatené, neúplné a sporné, protože sestra nemá často dostatek času poskytované informace řádně vysvětlit. Nebo jsou informace pacientovi poskytovány od dalších zdravotnických pracovníků např. sanitář/sanitářka. Můžeme tedy říci, že když si sestry najdou více času na poskytování informací pacientovi, lze pacientovi usnadnit pobyt v nemocnici tím, že bude vědět, že lze bolest tlumit medikamenty, bude vědět, jak předcházet pádům či jak předcházet dalším

komplikacím. Neverbální komunikace je také velice důležitá součást ošetrovatelské péče. Neverbální komunikaci může sestra projevovat např. gesty, haptikou, mimikou nebo očním kontaktem. Sestra dotykem i očním kontaktem vyjadřuje zájem o pacienta, tím mu dává najevo i starost, zmírňuje u pacientů stres (Richards, 2003).

V komunikaci je sestra pacientovi nejbližší z celého zdravotnického zařízení. Tedy je potřeba, aby každá sestra byla schopna přiměřeně a profesionálně komunikovat s pacientem. Pro sestru je důležité, aby komunikace byla uzpůsobena jeho schopnostem pochopit danou problematiku, tudíž musí být srozumitelná. Sestra by měla položit pacientovi kontrolní otázku, zda danou informaci pochopil a dát pacientovi prostor na případné dotazy (Venglářová, Mahrová, 2006).

Závěrem můžeme tedy říci, že komunikace je nebytnou součástí ošetrovatelského procesu. Komunikace tedy snižuje či zvyšuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v očích pacienta (Bednářová, 2010).

## 6 Situace ve zdravotnictví

V roce 2003 vydali velice zajímavou studii Tucker a Edmondson. Trucker a Edmondson pozorovali 26 sester v devíti nemocničních zařízeních, které aplikovaly velice kvalitní ošetrovatelskou péči po dobu 240 hodin. Truckera a Edmonsona zajímalo, kolik problémů se objeví v dále zmíněných kategoriích. Následující pochybení byla tato: informace, která byla pro sestru důležitá, nemohla být nalezena nebo nalezená informace byla chybná, pomůcky pro práci sestry nebyly k použití nebo zcela chyběly, podobně to bylo i s medicínskou technikou. Jedno z dalších pochybení byla nepřipravenost personálu nebo pomocné techniky a jedno z největších pochybení bylo velké množství požadavků na jednu sestru. Trucker a Edmondson ve výsledcích ukazují na to, že každá z 26 sester ztratila 35 minut ošetrovatelské práce z jednoho dne díky uvedeným problémům. Další problém poukazuje na ošetrovatelskou dokumentaci. Jestliže sestra nevede dokumentaci pravidelně a efektivně, zvyšuje tím riziko dalšího pochybení a omylů. Sestry často nestíhají plnit své ošetrovatelské povinnosti kvůli vysokým nárokům na sesterskou práci, proto si nechávají dokumentaci téměř až na samý závěr směny, dokončují tak často svou práci i po pracovní době (Škrla, 2005).

Existuje mnoho odborných studií, které naznačují vztah mezi poskytováním snížené kvalitní ošetrovatelské péče a snížené obsazenosti ošetrovatelského personálu. Právě tímto se projevuje výskyt komplikací a můžeme říci i zvýšení úmrtnosti u pacientů. Jako zajímavost můžeme uvést studii z roku 2012, kdy Jeannie P. Cimiotti a Linda H. Aiken a další spolupracovníci ve své studii zkoumali, jestli nastane spojitost mezi syndromem vyhoření u sester a množstvím vzniklých tzv. katérových infekcí. Došli tedy k závěru, že čím více byli sestry vyčerpané náročností ošetrovatelského procesu, tím vyšší byl i vznik tzv. katérových infekcí. Další studie např. poukazuje na to, že v kontextu s nedostatkem sester vzniká i riziko pneumonie. Další ze zajímavých studií byla ve spojitosti se sníženým počtem sester a mortality pacientů. Další studie z roku 2015 směřuje a to, že s dalším navíc přiřazeným pacientem jedné sestře vzniká riziko neúspěšné kardiopulmonální resuscitace až o 5 procent (Boháček, 2017).

V odborném časopise bylo zveřejněno, že úmrtnost kojenců se také zvyšuje s nedostatkem sester na zmíněných dětských odděleních intenzivní péče. *International Journal of Nursing Studies*, 46, (8), Aug. 2009, pp. 1092-1101

Ve studii „Missed Nursing Care: A Qualitative Study“ z roku 2006 bylo zveřejněno, že více ošetrovatelských postupů nebylo aplikováno správně, např. hygiena, edukace, krmení, polohování či správné vedení dokumentace, a stalo se to tím, že na oddělení byl nedostatek ošetrovatelského personálu, a tím nemohla být odvedena kvalitní ošetrovatelská péče. Dále jiná studie ukazuje na to, že sestra má vliv i na bezpečnost pacientů. Jsou to sestry, které přijdou na chyby lékaře při preskripci léků. Základem toho, aby k této chybě nedošlo, je plná pozornost sestry při podávání léků a její plné soustředění se na tuto činnost. Jenomže jestli má sestra na starosti velký počet pacientů a má mnoho směn, z důvodu nedostatku dalších sester, nemůže se od ní tedy očekávat kvalitní úroveň v ošetrovatelské péči a zajištění bezpečnosti všech pacientů (Boháček, 2017).

Závěrem bychom tedy mohli říci, že povolání sestry je velice náročné a má svá specifika. Ve všech oborech požadují lidé za kvalitu své odvedené práce i finanční ohodnocení. Proto sestry nebudou vykonávat svou práci, pokud nebudou dostávat mzdu odpovídající náročnosti této profese. Proto mnoho sester odchází i do zahraničí, kvůli lepšímu platovému ohodnocení (Boháček, 2017).

## **7 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **7.1 *Cíl práce***

Zjistit míru a způsob poskytování kvalitní péče za současných podmínek.

### **7.2 *Výzkumná otázka***

Jakým způsobem a do jaké míry může být poskytována kvalitní péče za současných podmínek?

## 8 Metodika

Pro sběr dat ve výzkumné části této bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum, pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor je tvořený kvalifikovanými sestrami a zdravotnickými asistenty pracujícími na interním oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíce března 2018. Na základě polostrukturovaného rozhovoru byly sestrami kladeny otázky týkající se míry a způsobu poskytování kvalitní péče za současných podmínek. Respondentům bylo položeno celkem 14 otázek, které byly zaměřeny na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Např. na dodržování doporučených ošetrovatelských postupů, nebo zda jsou naplňována práva pacientů.

Před zahájením rozhovoru byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu této bakalářské práce a po získání jejich souhlasu byly provedeny rozhovory. Dialogy byly zaznamenány prostřednictvím tužky a papíru, následně přepsány do písemné podoby pomocí Microsoft Word. S tímto zaznamenáváním odpovědí souhlasily všechny dotazované sestry, které zůstaly v anonymitě. Analýzou rozhovoru vzniklo 14 kategorií.

### *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor byl tvořen 11 kvalifikovanými sestrami a zdravotnickými asistenty, pracujícími na interních odděleních v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Rozhovory se všemi sestrami probíhaly v pracovní době v rámci jejich volného času. Dotazované sestry se zájmem odpovídaly na kladené otázky, rozhovor probíhal přirozeně a nenuceně.



## 9 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola se bude zabývat výsledky výzkumného šetření, kdy se při vyhodnocování bude vycházet z poskytnutých informací od respondentů získaných při rozhovoru.

### 9.1 Identifikační údaje dotazovaných

Dotazovaný	Vzdělání	Celková délka praxe	Délka praxe na interním oddělení
Sestra 1	SZŠ	38 let	15 let
Sestra 2	SZŠ	15 let	8 let
Sestra 3	VŠ	5 let	5 let
Sestra 4	SZŠ	21 let	7 let
Sestra 5	SZŠ	2 let	10 měsíců
Sestra 6	SZŠ	39 let	30 let
Sestra 7	SZŠ	13 let	13 let
Sestra 8	VŠ	25 let	6 let
Sestra 9	SZŠ	27 let	12 let
Sestra 10	VOŠZ	4 roky	2 roky
Sestra 11	SZŠ	15 let	15 let

**Tabulka 1** obsahuje identifikační údaje sester. Všichni respondenti jsou ženského pohlaví. Z tabulky 1 je patrné, že nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání. Takto odpovědělo 8 sester. Druhým nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním bylo vzdělání vysokoškolské. Toto vzdělání mají 2 respondentky a vyššího odborného vzdělání dosáhla pouze jedna sestra. Všechny dotazované pracují na interních odděleních nemocnice v Jindřichově Hradci

## 9.2 *Seznam kategorií*

**Kategorie 1** Míra provádění naučené ošetrovatelské péče

**Kategorie 2** Role vzdělávání v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí

**Kategorie 3** Pojem kvalitní ošetrovatelská péče

**Kategorie 4** Důležitost délky praxe sestry v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí

**Kategorie 5** Názor na sestru absolventku v souvislosti s vykonáváním kvalitní ošetrovatelské praxe

**Kategorie 6** Míra zapojení koncepčních modelů

**Kategorie 7** Význam ošetrovatelského procesu pro pacienta

**Kategorie 8** Dodržování doporučených ošetrovatelských postupů

**Kategorie 9** Význam množství materiálu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče

**Kategorie 10** Role saturace potřeb sestry/zdravotnického asistenta

**Kategorie 11** Naplňování práv pacientů

**Kategorie 12** Náplň etického kodexu

**Kategorie 13** Vliv komunikace na kvalitu ošetrovatelské péče

**Kategorie 14** Význam ošetrovatelského procesu pro sestru

### 9.3 *Vyhodnocování rozhovorů s respondenty*

#### **Kategorie 1 Míra provádění naučené ošetrovatelské péče**

Účelem této kategorie bylo zjistit, do jaké míry by sestry chtěly provádět ošetrovatelskou péči tak, jak se naučily při svém studiu. Část sester se shodla, že by chtěly provádět ošetrovatelskou péči tak, jak se ji při jejich studiu naučily, ovšem v praxi není možné ji v tomto rozsahu provádět. Sestra 5 dodala: „*V provádění ošetrovatelské péče bych se chtěla zlepšovat vlivem získaných zkušeností. Studium mi dalo dobré základy, ale v praxi se samozřejmě naučím mnohem víc.*“ Sestra tři uvedla: „*V plném rozsahu jak jsem se naučila při svém studiu, bohužel v praxi to ale není možné.*“ Sestra 8 uvádí: „*Po svém studiu jsem byla se svou prací více spokojena, protože jsem měla na pacienta více času. Nyní tolik času na pacienta mi nezbyvá, protože je velké množství dokumentace, která zabere hodně času.*“ Sestra 4 ještě dodává: „*Některé teoretické poznatky jsou pouze opravdu jen teoretické a nedají se převést do praxe.*“

#### **Kategorie 2 Role vzdělávání v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí**

Účelem této kategorie je zjistit, jakou roli hraje vzdělání sester v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí. Velká část respondentů (7) odpověděla, že vzdělání v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí hraje velkou roli. Sestra 4 odpověděla: „*Vzdělání v souvislosti s ošetrovatelskou péčí je velice důležité, bez vzdělání je nemožné provádět kvalitní ošetrovatelskou péči nebo není tuto práci možné provádět na 100 %.*“ Sestra 9 ještě doplnila: „*Také musí jít ruku v ruce s empatií, komunikací a přístupem k pacientovi.*“ Další část respondentů (3) odpověděli, že vzdělání hraje částečnou roli v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí. Sestra 10 uvedla: „*Vzdělání hraje důležitou roli, ale převážně větší roli hraje délka praxe.*“ Dále sestra 5 uvedla: „*Vzdělání nehraje tak velkou roli, záleží na osobnosti člověka.*“ Sestra 1 odpověděla: „*Vzdělání nehraje žádnou roli v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí.*“

### **Kategorie 3 Pojem kvalitní ošetrovatelská péče**

V této kategorii bylo cílem zjistit, co si sestry představují pod pojmem kvalitní „ošetrovatelská péče“. Část sester se v odpovědích zmiňovala o potřebách pacienta v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí. Sestra 2 a 11 se shodly, že si představují pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče: „*Plnění všech potřeb a přání pacienta.*“ Sestra 3 uvedla: „*Provádění komplexní ošetrovatelské péče o pacienta a jeho bio-psycho-sociální potřeby.*“ Sestra 9 uvedla: „*Maximální spokojenost klienta – najedený, napitý, usměvavý, čistý apod.*“ Sestra 4 si představuje pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče: „*Pod tímto pojmem si představuji 100% péči a přístup k nemocnému. Mít 100% znalosti určené k tomuto povolání, umět se vcítit do nemocného, snažit se mu porozumět, pohládit, pochopit, apod.*“ Sestra 7 se spíše v této otázce zaměřila na personál. „*Jen kvalitní a kvalifikovaný personál může provádět kvalitní ošetrovatelskou péči.*“ Sestra pod číslem 5, se nad touto otázkou zamyslela jinak než ostatní respondenti a uvedla: „*Kvalitní ošetrovatelská péče je taková, aby se svým výkonem byla spokojená sestra i pacient.*“ Na jednom interním oddělení je nedostatek zdravotnického personálu, z tohoto důvodu jedna sestra (Sestra 1) uvedla: „*Na našem oddělení z důvodu nedostatku sester, není vždy možné vykonávat 100% ošetrovatelskou péči.*“ Sestra č. 8 a 10 si představují pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče: „*Zlepšení kvality života, popř. uzdravení pacienta.*“

### **Kategorie 4 Důležitost délky praxe sestry v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí**

Cílem této kategorie bylo zjistit, jakou roli hraje délka praxe sestry/zdravotnického asistenta v souvislosti s poskytovanou kvalitní ošetrovatelskou péčí. Většina sester zastává názor, že čím delší praxe, tím kvalitnější péče. Sestra 8 a 9 uvedly: „*Čím má sestra delší praxi, tím zkušenější je, tudíž vykonává kvalitnější péči ve všech směrech.*“ Sestra 10 k této odpovědi ještě dodala, že: „*Čím má sestra delší praxi, tím má větší znalosti a přehled o ošetrovatelské péči.*“ Sestra 3 a 4 si myslí, že délka praxe v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí hraje střední roli. Sestra 4 uvedla: „*Délka praxe sestry hraje takovou střední roli. Myslím si, že i sestra po škole může provádět ošetrovatelskou péči co nejkvalitněji. Samozřejmě čím delší praxe, tím více zkušeností a dovedností.*“ Sestra 3 si

myslí: „*I sestra se středoškolským vzděláním může provádět kvalitní ošetrovatelskou péči jako sestra vysokoškolačka. Čím delší praxe, tím více zkušeností.*“ Zbylé tři sestry (Sestra 1, 6 a 11) došly k názoru, že délka praxe sestry nehraje žádnou roli v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí.

### **Kategorie 5 Názor na sestru absolventku v souvislosti s vykonáváním kvalitní ošetrovatelské praxe**

Účelem této kategorie bylo zjistit, zda absolventi mohou vykonávat kvalitní ošetrovatelskou praxi. Část sester se shodla, že mohou vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra 4 uvedla: „*Zdravotnický asistent i sestra absolventka určitě může vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči. V době našich studií jsme byli v hodinách ošetrovatelství a dále na praxi v nemocnici profesorkami vyškoleny k perfektní ošetrovatelské péči.*“ Sestra 1, 2 a 8 se shodly, že absolventi mohou vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči, ale dodávají, že záleží na povaze, osobnosti, talentu a vztahu k lidem. Sestra 10 uvedla: „*Sestra absolventka může vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči, po škole má všeobecný přehled, zná základy. Ostatní se naučí při praxi.*“ Tři sestry jsou toho názoru, že do jisté míry sestry absolventky mohou vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra 3 zmiňuje: „*Může vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči do určité míry, samozřejmě praxí nabývá zkušeností.*“

### **Kategorie 6 Míra zapojení koncepčních modelů**

Cílem kategorie 6 je zjištění, zda a v jaké míře sestry zapojují koncepční modely do ošetrovatelské péče. Pět sester (sestra 2, 6, 7, 10 a 11) se shodlo, že bez koncepčních modelů nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra 10 v rozhovoru uvedla: „*Koncepční modely je vhodné zapojit do ošetrovatelské péče. Zkvalitňují práci sestry, obohacují ošetrovatelství a poukazují na to, co je důležité.*“ Sestra 2 dodává: „*Bez koncepčních modelů by to nešlo.*“ Sestra 3 a 5 uvádějí, že v praxi koncepční modely lze využít jen částečně, kvalitní ošetrovatelskou péči můžeme poskytnout i bez nich. Velká část sester neví, co si pod pojmem koncepční modely představit. Sestra 4 uvádí: „*Na tuto*

*otázku nedokážu odpovědět, protože při mém studiu a v současném zaměstnání jsem se s konceptními modely nesešla.“*

### **Kategorie 7 Význam ošetrovatelského procesu pro pacienta**

Kategorie 7 zjišťovala význam ošetrovatelského procesu pro pacienta. Velká část sester (8) uvádí, že ošetrovatelský proces má pro pacienta velký význam, ale u velké části podle jejich odpovědí je patrné, že přesně neví, co ošetrovatelský proces znamená. Sestra 9 uvádí: *„Ošetrovatelský proces pro pacienta má takový význam pro pacienta, aby se z nemocnice vrátil domů zdravý.“* Naopak sestra 1 uvedla: *„Ošetrovatelský proces pro pacienta nemá žádný význam.“* Dvě sestry si myslí, že ošetrovatelský proces pro pacienta má nemalý význam. Podle jejich odpovědí je patrné, že ví, co znamená ošetrovatelský proces. Sestra 3 uvádí: *„Dle mého názoru zastává ošetrovatelský proces důležitou roli, každá sestra by měla ke každému pacientovi přistupovat individuálně.“* Sestra 10 dodává: *„Nejdůležitější je pacientovi naslouchat, zhodnotit potřeby, naplánovat péči a zrealizovat ji a nakonec zhodnotit výsledky.“*

### **Kategorie 8 Dodržování doporučených ošetrovatelských postupů**

Účelem této kategorie bylo zjistit, jak sestry dodržují doporučené ošetrovatelské postupy při své práci a jak jim rozumí. Všechny dotazované sestry se shodují, že dodržování doporučených ošetrovatelských postupů je vhodné. Sestra 3 uvedla: *„Dodržování standardů v praxi znamená poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.“* Sestra 6 uvádí: *„Bez dodržování doporučených ošetrovatelských postupů může dojít k poškození pacienta a ochraňují sestru před trestem.“* Šest sester se shoduje, že standardy pro ně slouží jako postup při provádění ošetrovatelské péči, pokud si nejsou jisté při provádění určitého výkonu. Sestra 5 uvádí: *„Když si při nějakém výkonu nejsem jistá postupem, vím kam se mám podívat.“* Sestra 10 uvádí: *„Standardy znamenají, jak se řídit určitými pravidly, více méně jsou to určitá pravidla, jak má sestra správně provádět určité výkony.“* Zajímavý názor má sestra 4, uvádí odpověď: *„Samozřejmě dodržování ošetrovatelských postupů je*

*důležité, akorát u nás existují standardy, které nejsou úplně dobře napsané, a tím pádem se nedají v praxi 100% dobře dodržovat.“*

### **Kategorie 9 Význam množství materiálu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče**

Tato kategorie se zabývá významem množství materiálu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Velká část sester (9) se shodla na odpovědi, že množství materiálu má zásadní význam na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Sestra 9 uvádí: *„Pokud je nedostatek materiálu, nelze provádět kvalitní ošetrovatelskou péči.“* Na tomto tvrzení se shodly se sestrou 9 další tři sestry. Sestra 5 uvádí: *„Sestra by měla mít vždy k dispozici potřebný materiál, nebo alespoň jeho alternativu.“* Dále sestra 10 měla takový názor: *„S větším množstvím materiálu máme větší možnosti, ale i s malým množstvím materiálu může být poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče.“* Dvě sestry (4 a 8) se v této otázce zaměřily i na šetření materiálem. Sestra 8 uvedla: *„U nás v nemocnici ne každý umí šetřit na těch správných místech.“* Sestra 4 uvádí: *„Množství materiálu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče má obrovský význam, když chybí základní věci např. pleny apod., tak nemůže být ošetrovatelská péče prováděna kvalitně, ale ne každý umí šetřit tam, kde by měl.“*

### **Kategorie 10 Role saturace potřeb sestry/zdravotnického asistenta**

Cílem této kategorie je zjistit, jakou roli hraje saturace potřeb sestry/zdravotnického asistenta na poskytovanou péči. Všechny sestry se jednoznačně shodly, že saturace potřeb sestry je velice důležitá vzhledem k poskytované péči pacientům. Sestra 9 uvedla: *„Když je spokojená sestra, tedy jsou naplněny všechny její potřeby, bude spokojený i pacient.“* Sestra 2 v rozhovoru uvedla: *„Nenaplnění potřeb sestry či zdravotnického asistenta se odráží na náladě zdravotnického personálu. Určitě bude lépe pracovat sestra, která si v klidu může dojít na WC, dojít na oběd nebo se jen v klidu napít, u nás to kolikrát za směnu nelze.“* 3 sestry se v rozhovoru shodly, že je nedostatek sester na odděleních. Sestra 3 odpověděla, že: *„Saturace potřeb hraje velkou roli. Vzhledem k nedostatku sester k poměru pacientů nelze uspokojit všechny potřeby sestry.“* Sestra 4 uvedla: *„Saturace*

*potřeb sestry hraje velkou roli. Když je málo sester na oddělení, tak sestra nemá na každého nemocného dostatek času, někdy si sama nestačí ani dojít na oběd. Sestra je ráda, že všechno za směnu stihne, ale není z takto provedené práce uspokojena.“ Sestra 8 uvedla: „Sestra není robot, ale to si málokdo uvědomí.“ Sestra 10 doplnila: „Důležité je, aby si sestra rozuměla s kolektivem a na pracovišti byly dobré podmínky pro vykonávání ošetrovatelské péče, ve špatných pracovních podmínkách a s kolektivem, se kterým si nerozumí, se špatně pracuje.“*

### **Kategorie 11 Naplňování práv pacientů**

Účelem této kategorie je zhodnocení toho, jak jsou naplňována práva pacientů z pohledu sester/zdravotnických asistentů. 8 sester uvedlo, že na jejich pracovištích jsou práva pacientů dodržována a respektována. Sestra 2 říká: *„U nás jsou plněna veškerá práva pacientů a jejich rodin. Myslím si, že je to i v ostatních nemocnicích, pacient má právo na vše.“* Sestra 9 ještě dodala: *„Práva pacientů nadevše.“* Dvě sestry se shodují na částečném dodržování a respektování pacientů. Sestra 3 uvedla: *„Práva jsou naplňována dostatečně, ale záleží na stavu pacienta (pacient s demencí, pacient v komatu), intimita je vždy dodržována, styk s rodinou vždy umožněn.“* Sestra 4 odpověděla: *„Z mého pohledu u nás na pracovišti jsou práva pacientů naplňována téměř na 100 %, záleží na konkrétním pacientovi. Smutné je, že si sestra musí nechat všechno líbit např. od příbuzných pacienta.“* Jedna sestra (10) se v odpovědi od ostatních liší. Sestra uvedla odpověď: *„Myslím si, že práva pacientů ve zdravotnictví nejvíce pokulhávají, jak z pohledu sestry, lékaře i pacientů. Často pacienti nejsou seznámeni s potřebnými informacemi.“*

### **Kategorie 12 Náplň etického kodexu**

Účelem kategorie 12 je zjistit, jak je naplňován etický kodex sester v ošetrovatelské péči. Šest sester se shodlo, že na jejich pracovišti je dodržován etický kodex sester. Sestra 2 odpověděla: *„Myslím si, že u nás se velice snažíme, aby byl dodržován etický kodex sester. Neděláme rozdíl v rase, dodržujeme mlčenlivost, informace o zdravotním stavu nemocného podává pouze lékař.“* Čtyři sestry se svými odpověďmi shodly na částečném dodržování



etického kodexu. Sestra 3 uvedla: „*Dle mého názoru je etický kodex dodržován z 80 %. Vzdělání ani rasa by neměla ovlivňovat ošetrovatelskou péči, mlčenlivost není vždy dodržována, někdy se na našem oddělení také objeví antipatie vůči Romům a lidem bez domova.*“ Ostatní sestry odpovídaly téměř stejně jako sestra 3. Sestra 10 uvedla: „*Etický kodex je podle mého názoru naplňován velice málo, hlavně u jiné rasy (Romové), mlčenlivost se dodržuje zřídka.*“

### **Kategorie 13 Vliv komunikace na kvalitu ošetrovatelské péče**

Kategorie 13 zjišťovala, jak zasahuje komunikace do kvalitní ošetrovatelské péče. Všechny sestry (celkem 11) se shodly na odpovědi, že komunikace je důležitou součástí ošetrovatelské péče. Sestra 4 na otázku odpověděla: „*Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem zasahuje do kvality ošetrovatelské péče velmi. Jestliže nebudeme pacientovi naslouchat, nedozvíme se pro nás dost důležité informace a skutečnosti, od kterých se může odvíjet další léčba a ošetrovatelská péče.*“ Sestra 10 dodala: „*Bez komunikace nelze naplnit zcela potřeby pacienta.*“ Sestra 2 doplnila: „*Důležitá je komunikace i s lékaři a rodinou pacienta. Můžeme tak získat nebo předat více informací o pacientovi.*“ Sestra 5 říká: „*Komunikace je významným prvkem v poskytování ošetrovatelské péče. Sestra by měla s pacientem hovořit srozumitelně a zpětnou otázkou ověřit, zda pacient porozuměl informacím, které mu byly předány.*“

### **Kategorie 14 význam ošetrovatelského procesu pro sestru**

Cílem kategorie 14 bylo zjistit význam ošetrovatelského procesu pro sestru. Všechny sestry se shodly na odpovědi, že ošetrovatelský proces je pro sestru velice důležitý. Sestra 8 však uvádí: „*Ošetrovatelský proces je důležitá věc, ale měl by se spíše prakticky provádět, než nadbytečně zapisovat do dokumentace.*“ Sestra 3 dodává: „*Ošetrovatelský proces je přínosem pro vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče.*“ Sestra 2 a 9 se shodují v odpovědi, že v dnešní době je ošetrovatelský proces pro sestru velice náročný, rozsáhlá dokumentace ubírá sestře čas, který může využít ve prospěch pacienta, na pacienty tím pádem zbývá méně času, ale řádné vedení dokumentace chrání sestru před pochybením či

obviněním ze zanedbání ošetrovatelské péče. Zajímavý názor měla i sestra 4, uvedla: *„Poskytování ošetrovatelské péče dnešním způsobem zvyšuje profesní pravomoci a tvořivost sester, přináší sestřím lepší pocit seberealizace pracovní spokojenosti. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt své práce a neplní pouze pasivně své profesní povinnosti. Zlepšuje se seberealizace a sebereflexe v naší profesi. Akorát si myslím, že je moc dokumentace, a tím pádem málo času na pacienty,“*

## 10 Diskuse

Tato bakalářská práce se snaží zjistit jakým způsobem a do jaké míry může být poskytována kvalitní péče za současných podmínek. Kvalitní ošetrovatelská péče je pokládána za základ současného ošetrovatelství, avšak úroveň kvality péče se může lišit vlivem rozdílu teorie a praxe. Ke zjištění způsobu a míry poskytování kvalitní péče za současných podmínek byly využity odpovědi z rozvorů se sestrami a zdravotnickými asistenty pracujícími na interních odděleních v okresní nemocnici. Odpovědi respondentek se lišily kromě subjektivního vnímání otázek také v závislosti na stupni dosaženého vzdělání. 8 z 11 respondentek dosáhlo středoškolského vzdělání, 2 respondentky mají vysokoškolské vzdělání a vyššího odborného vzdělání dosáhla pouze 1 z respondentek. Dalším faktorem byla doba praxe, kdy nejkratší doba celkové praxe činila 2 roky a z toho 10 měsíců délky praxe na interním oddělení u jedné z respondentek. Oproti tomu celkovou nejdelší praxí 39 let a 30 let v interním oboru disponuje sestra se středoškolským vzděláním. Všechny respondentky se shodly v následujících oblastech. První oblastí byl význam ošetrovatelského procesu pro sestry i zdravotnické asistenty. Další oblastí byl vliv komunikace na kvalitu ošetrovatelské péče, důležitosti saturace potřeb sester a zdravotnických asistentů a dodržování doporučených ošetrovatelských postupů. Velká část respondentek se shodla na významu množství potřebného materiálu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, na významu ošetrovatelského procesu pro pacienta a dále na roli vzdělávání v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí. Většina respondentek se shodla na názoru na sestru absolventku v souvislosti s vykonáváním kvalitní ošetrovatelské praxe, důležitosti délky praxe sestry v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí a dále na míře provádění naučené ošetrovatelské péče. Polovina respondentek se shodla na naplňování etického kodexu, na naplňování práv pacientů a na míře zapojení koncepčních modelů. Čtyři dotazované respondentky se shodly na pojmu kvalitní ošetrovatelská péče. V žádné kategorii nedošlo k významným rozdílným názorům.

Jedna z první otázek se týkala míry a způsobu provádění ošetrovatelské péče tak, jak se to respondentky naučily při svém studiu. Sestra 5 odpověděla: „*V provádění ošetrovatelské péče bych se chtěla zlepšovat vlivem získaných zkušeností. Studium mi dalo dobré základy, ale v praxi se samozřejmě naučím mnohem víc.*“ V publikaci Rozsypalová et al. (2009) uvádí, že značné základy získává sestra v průběhu studia na zdravotnické škole a při svých

praxích v nemocnici. Ale práce sestry vyžaduje vzdělanost po odborné, ale i praktické stránce, sestra musí mít schopnost adekvátně reagovat na vzniklé situace. Sestra 4 ještě dodává: „*Některé teoretické poznatky jsou pouze opravdu jen teoretické a nedají se převést do praxe.*“ V odborné literatuře na toto téma reaguje ještě Rozsypalová et al.(2009), která uvádí, že sestra vykonává svou práci většinou ve dvousměnném nebo třisměnném provozu. Nepravidelná pracovní doba, noční provoz i přesčasy mohou narušovat životní rytmus sestry. S tímto tvrzením souvisí i následná otázka, která byla respondentkám položena. A to jakou roli hraje vzdělání v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí. Sestra 4 odpověděla: „*Vzdělání v souvislosti s ošetrovatelskou péčí je velice důležité, bez vzdělání je nemožné provádět kvalitní ošetrovatelskou péči nebo není tuto práci možné provádět na 100 %.*“ Vzdělání je tedy bezesporu důležité, což bylo vidět i při rozhovorech se sestrami, vysokoškolské sestry měly jiné odpovědi, než sestry se středoškolským vzděláním. Velkou roli samozřejmě hrála i délka praxe. Dle mého názoru celoživotní vzdělávání sester a kreditní systém, měl být zachován, protože kontinuální vzdělávání sester zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče. Po zrušení kreditního systému sestry nemají povinnost se vzdělávat. Zajištění vzdělávání sester je v kompetenci zaměstnavatele nebo v individuálním přístupu sestry ke vzdělání.

Další důležitou kapitolou v tomto výzkumu bylo, co si respondentky představují pod pojmem „kvalitní ošetrovatelská péče“. Většinou všechny dotazované sestry, kromě jedné se zaměřily spíše v této otázce na potřeby a přání pacienta. Sestra 2 a 11 se shodly, že si představují pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče: „*Plnění všech potřeb a přání pacienta.*“ Sestra 3 uvedla: „*Provádění komplexní ošetrovatelské péče o pacienta a jeho bio-psycho-sociální potřeby.*“ Sestra 9 uvedla: „*Maximální spokojenost klienta – najedený, napitý, usměvavý, čistý apod.*“ Jak uvádí Jarošová et al. (2015), kvalitní ošetrovatelská péče je podmiňována spokojeností pacienta a splněním jeho potřeb. Ale k tomu uvádí, že není nejen podmiňována pacientem, ale i zdravotnickým personálem a legislativou. Kvalita by tedy mohla chápána jako kompromis mezi těmito třemi hlavními složkami. Kvalitní ošetrovatelská péče zahrnuje více aspektů, než jen potřeby a přání pacientů, jak uvedlo deset sester. Poskytování ošetrovatelské péče, které je zaměřeno jen na přání a potřeby pacienta ohrožuje kvalitu poskytované péče, neboť kvalitní péče není jen o těchto dvou již zmiňovaných složkách. Dle WHO je kvalitní ošetrovatelská péče definována jako: „*Stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.*“ (Sestra, 2007, s. 1)

Následnou diskutovanou teorií, bylo zapojení koncepčních modelů do ošetrovatelské péče. Pět sester (sestra 2, 6, 7, 10 a 11) se shodlo, že bez koncepčních modelů nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra 10 v rozhovoru uvedla: „*Koncepční modely je vhodné zapojit do ošetrovatelské péče. Zkvalitňují práci sestry, obohacují ošetrovatelství a poukazují na to, co je důležité.*“ Sestra 2 dodává: „*Bez koncepčních modelů by to nešlo.*“ S odpovědi uvedených sester souvisí i publikace Pavlíkové (2006), která v knize uvádí, že koncepční modely definují osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství jako takové. Používají se pro poskytnutí specifického rámce ošetrovatelství, pomáhají zkvalitnit práci sester, obohacují teoretickou základu ošetrovatelství a řídí myšlení a jednání sester v konkrétních situacích. Zajímavým zjištěním bylo, že velká část sester, tedy šest sester nevědělo, co si pod pojmem koncepční modely představit. Modely jsou pro práci sestry velice důležité. Sestry pomocí modelů hodnotí výsledky ošetrovatelské péče. Jejich neznalost může tedy vést k poskytování nekvalitní ošetrovatelské péče. Sestry se pomocí modelů lépe rozhodují v konkrétní situaci, která může nastat, aby nedošlo k poškození pacienta. Podle mého názoru si dovoluji říci, že sestra se pomocí koncepčních modelů zdokonaluje v ošetrovatelské péči.

Z analýzy odpovědí respondentek v oblasti významu ošetrovatelského procesu pacienta vyplynulo, že se většina, kromě dvou sester shodla na názoru, že ošetrovatelský proces pro pacienta hraje důležitou roli. Sestra 3 uvádí: „*Dle mého názoru zastává ošetrovatelský proces důležitou roli, každá sestra by měla ke každému pacientovi přistupovat individuálně.*“ Sestra 10 dodává: „*Nejdůležitější je pacientovi naslouchat, zhodnotit potřeby, naplánovat péči a zrealizovat ji a nakonec zhodnotit výsledky.*“ Jak ve své knize naznačuje Staňková (1999), kvalita ošetrovatelského procesu závisí na tom, jak sestra zvládá hodnotit požadavky na ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta. Žádoucí podle jejího názoru tedy je, aby sestra měla potřebné množství informací o pacientovi, před započítím ošetrovatelského procesu. V rozporu s ostatními sestrami byla naopak sestra 1, která uvedla: „*Ošetrovatelský proces pro pacienta nemá žádný význam.*“ V ošetrovatelské péči je důležitý systémový přístup a komplexní řešení problému. V opačném případě, což se vztahuje na tuto odpověď, dochází k neuspokojení komplexních tělesných, psychických, sociálních a dalších potřeb, jak to uvádí Bužgová, Plevová (2011). S touto problematikou souvisí i další oblast a to, význam ošetrovatelského procesu pro sestru. Praxe sestry je velice náročná, ale zajímavá, radí se k profesím, ve kterých je schopnost vyřešit problémy rozhodující k dosažení úspěchu, jak uvádějí v publikaci Bužgová, Plevová (2011).

Dle odpovědí sester 2 a 9, které se shodují, že v dnešní době je ošetrovatelský proces pro sestru velice náročný, rozsáhlá dokumentace ubírá sestře čas, který může využít ve prospěch pacienta, na pacienty tím pádem zbývá méně času, ale řádné vedení dokumentace chrání sestru před pochybením či obviněním ze zanedbání ošetrovatelské péče. Zajímavý názor měla i sestra 4, uvedla: „*Poskytování ošetrovatelské péče dnešním způsobem zvyšuje profesní pravomoci a tvořivost sester, přináší sestřám lepší pocit seberealizace pracovní spokojenosti. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt své práce a neplní pouze pasivně své profesní povinnosti. Zlepšuje se seberealizace a sebereflexe v naší profesi. Akorát si myslím, že je moc dokumentace, a tím pádem málo času na pacienty,*“ Důležitým výsledkem v této problematice bylo i to, že ani jedna ze sester neuvedla, že ošetrovatelský proces má několik fází, jednotlivé fáze jsou označeny: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení, jak to uvádí Tóthová (2009). Což je důležité znát, protože sestra bez tohoto postupu nemůže stanovit existující i potenciální problémy, ze kterých jsou zformulovány jednotlivé ošetrovatelské diagnózy. Jak mimo jiné uvádí také Tóthová (2009).

Další specifickou dotazovanou oblastí pro sestry bylo dodržování doporučených ošetrovatelských postupů (standardů), a také to, jak jim rozumí. Všechny sestry se shodly na důležitosti dodržování doporučených ošetrovatelských postupů. Např. sestra 3 uvedla: „*Dodržování standardů v praxi znamená poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.*“ S tím se ztotožňují Mášová, Havrdlíková (2009), které uvádí, že pacientům by se měla dostávat kvalitní péče a tudíž je nutné ji i poskytovat. “ Sestra 10 uvádí: „*Standardy znamenají, jak se řídit určitými pravidly, více méně jsou to určitá pravidla, jak má sestra správně provádět určité výkony.*“ S tím souhlasí Mášová, Havrdlíková (2009), které popisují ve své publikaci standardy jako definované závazné normy, které objektivně hodnotí poskytovanou péči. Dále uvádějí, že standardy zaručují pacientům bezpečí a ochraňují sestry před neoprávněným trestem. Tuto problematiku nastínila i sestra 6, která uvádí: „*Bez dodržování doporučených ošetrovatelských postupů může dojít k poškození pacienta a ochraňují sestru před trestem.*“ Zajímavý názor má sestra 4, uvádí odpověď: „*Samozřejmě dodržování ošetrovatelských postupů je důležité, akorát u nás existují standardy, které nejsou úplně dobře napsané, a tím pádem se nedají v praxi 100% dobře dodržovat.*“ To také souvisí s názorem Mášové, Havrdlíkové (2009), které ve své publikaci píše, že druhy vypracovaných standardů jsou odlišné a není k dispozici žádná mezinárodní

formální předloha, kterou by bylo možné přijmout. Hodně sester také uvedlo, že jim standard slouží jako předloha při výkonu, u kterého si nejsou jisté.

Dalším námětem pro diskuzi byla komunikace. Jestli zasahuje do ošetrovatelské péče či nikoliv. Jak uvádějí ve své publikaci Šulistová, Trešlová (2010), komunikace je součástí dovedností sestry, kterou by měla každá sestra disponovat. Může posloužit i jako vhodný prvek terapie. Všechny sestry se shodly, že komunikace je velice důležitou součástí ošetrovatelské péče. Jak uvádí Bednářová (2010), komunikace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu. Dobrá komunikace tedy zvyšuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče i v očích pacienta. Jak uvádí i sestra 4: *„Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem zasahuje do kvality ošetrovatelské péče velmi. Jestliže nebudeme pacientovi naslouchat, nedozvíme se pro nás dost důležité informace a skutečnosti, od kterých se může odvíjet další léčba a ošetrovatelská péče.“* V komunikaci je právě sestra pacientovi nejbližší z celého zdravotnického týmu. Je důležité, aby každá sestra byla schopna přiměřeně a profesionálně komunikovat s pacientem. Komunikace musí být přizpůsobena pacientovým schopnostem pochopit danou problematiku. Tedy jednoduše řečeno musí být pochopitelná. Důležité tedy je, pacientovi položit kontrolní otázku, zda danou problematiku pochopil. Popřípadě měl prostor na dotazy, jak uvádí Venglářová, Mahrová (2006). To doplňuje i sestra 5, která říká: *„Sestra by měla s pacientem hovořit srozumitelně a zpětnou otázkou ověřit, zda pacient porozuměl informacím, které mu byly předány.“* Informace, které sestra vysvětluje pacientovi, jsou často zmatené, sporné či neúplné, protože mnohdy nemá sestra čas na sdělení potřebných informací, to uvádí ve své publikaci i Richards (2003). Na závěr bychom tedy mohli říci, že pacienti, ale i veřejnost posuzuje profesionální stránku sestry právě dle chování, komunikace či projevů.

Důležitou roli ve výzkumu hrálo i dodržování práv pacientů. Většina sester uvedla, kromě jedné, že na jejich pracovištích jsou práva pacientů dodržována a respektována. Sestra 2 říká: *„U nás jsou plněna veškerá práva pacientů a jejich rodin. Myslím si, že je to i v ostatních nemocnicích, pacient má právo na vše.“* V ošetrovatelství je nutné respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Sestra ve spolupráci s dalším ošetrovatelským personálem poskytuje péči jednotlivcům, skupinám i komunitě, jak uvádí ve své publikaci Rozsypalová, Šafránková (2002). Jedna sestra (10) se v odpovědi od ostatních liší. Tato sestra uvedla odpověď: *„Myslím si, že práva pacientů ve zdravotnictví*

*nejvíce pokulhávají, jak z pohledu sestry, lékaře i pacientů. Často pacienti nejsou seznámeni s potřebnými informacemi.“* Samozřejmě tato odpověď je v rozporu s právy pacienta. Pacient má právo znát veškeré informace o svém zdravotním stavu. Dokonce má pacient právo na zpřístupnění do zdravotnické dokumentace, ale má také právo na pořízení kopie či opisu ze zdravotnické dokumentace a to až ve lhůtě 30 dnů od podání znalosti určitému zdravotnickému zařízení. To uvádí MZČR (2010). Dále v právech pacientů je zahrnuto např. právo na zdravotní péči, právo na informovaný souhlas, právo odmítnout zdravotní výkon, právo na ochranu soukromí, právo pozůstalých atd. Právo pacienta na informace, také souvisí s informovanými souhlasy o zákrocích. Pacienti se často setkávají s nesrozumitelností těchto souhlasů, z důvodu používané odborné terminologie. Často lékaři či zdravotnický personál nemají dostatek času každému pacientovi poskytnout dostatek informací o výkonu, a tím porušují právo pacientů na informace.

Posledním důležitým námětem k diskuzi je naplňování etického kodexu sester. Šest sester se shodlo, že na jejich pracovišti je dodržován etický kodex sester. Povolání sestry klade velké nároky na morální přesvědčení. Sestra musí při své práci dodržovat čtyři základní prvky v oblasti ošetrovatelství a to: pečovat o zdraví, zlepšovat zdravotní stav, tišit bolest a předcházet nemocem (Rozsypalová, Šafránková, 2002). Dále sestra 2 odpověděla: *„Myslím si, že u nás se velice snažíme, aby byl dodržován etický kodex sester. Neděláme rozdíl v rase, dodržujeme mlčenlivost, informace o zdravotním stavu nemocného podává pouze lékař.“* Čtyři sestry se svými odpověďmi shodly na částečném dodržování etického kodexu. Sestra 3 uvedla: *„Dle mého názoru je etický kodex dodržován z 80 %. Vzdělání ani rasa by neměla ovlivňovat ošetrovatelskou péči, mlčenlivost není vždy dodržována, někdy se na našem oddělení také objeví antipatie vůči Romům a lidem bez domova.“* Samozřejmě tyto odpovědi jsou k zamyšlení pro každého. Zdravotní péče je nestranná a musí být poskytnuta všem stejně, bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, pohlaví, politické a sociální postavení. Sestra je povinna dodržovat mlčenlivost, chránit důvěrné informace a pečlivě zhodnotit, komu může tyto informace poskytnout (Rozsypalová, Šafránková 2002). Etický kodex zahrnuje i dodržování pravidel slušného chování, což je dle respondentek dodržováno. Dle etického kodexu sestra při poskytování ošetrovatelské péče má za cíl, aby využívání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo ve shodě s bezpečností, důstojností a lidskými právy (ČAS, 2012).



Na základě analýzy si můžeme tedy odpovědět na výzkumnou otázku: Jakým způsobem a do jaké míry může být poskytována péče za současných podmínek? Míru a způsob péče ovlivňuje celá řada faktorů, jak uvedly i sestry. A to např. vzdělávání, které poskytuje základ, ale důležitá je samozřejmě praxe. Dále jsme se zabývali použitím koncepčních modelů, které je dle sester vhodné, ale v této problematice mají značné mezery. V oblasti otázky ošetrovatelského procesu se sestry zaměřují na spokojenost pacienta, což není chybou. Sestry se dále shodly na nezbytnosti komunikace v oblasti ošetrovatelství, a to, že komunikace je velice důležitá. Naopak hodně problémů uvedly v oblasti etického kodexu a v oblasti práv pacientů. Z výzkumu tedy vyplývá, že najdeme oblasti, kde můžeme něco zlepšit a to by vedlo k zlepšení kvalitní ošetrovatelské péče.

## 11 Závěr

Pro bakalářskou práci „Vliv rozdílu teorie a praxe ošetrovatelství na kvalitu péče“ byl stanoven jeden cíl, který měl zjistit míru a způsob poskytování kvalitní péče za současných podmínek. Na základě stanoveného cíle byla položena výzkumná otázka. Jakým způsobem a do jaké míry může být poskytována kvalitní péče za současných podmínek? Kvalitní péči za současných podmínek lze poskytovat do určité míry a určitým způsobem.

Na základě analýzy získaných dat, tedy ze 14. kategorií z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že míru a způsob poskytování kvalitní ošetrovatelské péče ovlivňuje více faktorů. Do těchto faktorů lze zařadit hlavně vzdělání a praxi. Vzdělání v souvislosti s ošetrovatelskou péčí je dle sester a zdravotnických asistentů důležité. Převážná část respondentek se shodla na tom, že studium jim poskytlo dobré základy, bez kterých nelze provádět kvalitní ošetrovatelskou péči, ale připouští, že některé teoretické poznatky dle nich nelze převést do praxe. Respondentky se shodly, že praxe samotná je neméně důležitá jako samotné vzdělání, především délka praxe. Zapojení koncepčních modelů do ošetrovatelské péče je pro mnoho sester se středoškolským vzděláním nedůležité, neboť neznají pojem „koncepční model“, avšak sestra s vysokoškolským vzděláním vidí přínos v použití koncepčních modelů. Dalším aspektem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, je množství materiálu potřebného k poskytování péče, kterého je dle respondentek někdy nedostatek. Na tom se shodlo 9 z 11 dotazovaných sester a zdravotnických asistentů. Součástí kvalitní ošetrovatelské péče je také dodržování a respektování práv pacientů. Většina sester a zdravotnických asistentů se snaží dodržovat a respektovat práva pacienta a naplňovat etický kodex, ale zároveň přiznávají, že se u nich objevují někdy antipatie vůči rase či pacientům se sníženou soběstačností. Část respondentek si myslí, že mlčenlivost se dodržuje zřídka. Dalším důležitým klíčem k provádění kvalitní ošetrovatelské péče, na kterém se shodly všechny respondentky, je správná komunikace s pacientem. Sestry se snaží pacientům předávat srozumitelné informace a ověřovat si, zda je pacient pochopil. Jedna ze sester dokonce vyzdvihuje význam vzájemné komunikace mezi sestrou a lékařem, potažmo mezi sestrou a rodinou pacienta, jako jeden z možných aspektů, který vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Z výzkumného šetření této práce tedy mimo jiné vyplývá, že by bylo vhodné zlepšení znalostí sester v oblasti koncepčních modelů, dodržování etického kodexu,

důležitost celoživotního vzdělávání sester apod. Zlepšení by mohlo vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a tato práce by mohla posloužit jako informační zdroj k této problematice.

## 12 Seznam literatury

1. RICHARDS Ann, Sharon Edwards, 2003. *A nurse's survival guide to the ward*. Edinburgh: Churchill Livingstone. ISBN 04-430-5395-2
2. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestra - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 9788070135266.
4. BEDNÁŘOVÁ, Jitka, 2010. *Spokojenost klientů v lůžkových zařízeních s komunikačními dovednostmi všeobecných sester* [online]. [cit. 2018-03-28]. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, LF, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: [www.theses.cz](http://www.theses.cz).
5. BOHÁČEK, Pavel, 2017. *O vlivu nedostatku sester na kvalitu péče*. *Zdravotnické noviny* [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/o-vlivu-nedostatku-sester-na-kvalitu-pece/>
6. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
7. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2012. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 2018-04-28]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn\\_2012.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf)
8. České ošetrovatelství, 1999. *Praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3283-3.
9. DAVIES, B. L., 2002. *Sources and models for moving research evidence into clinical practice*. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*. roč. 31, článek 5. ISSN 08842175
10. FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství teorie*. Osveta. ISBN 80-8063-227-8
11. GLADKIJ, I. et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 9788072269969.
12. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD, 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3272-8.

13. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
14. International Journal of Nursing Studies, 2009. 46, (8), Aug. 2009, pp. 1092-1101
15. JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5345-4.
16. JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5426-0.
17. JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV. Lékařství. ISBN 80-85866-55-2.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224
19. KVAPILOVÁ, Bára, 2017. *Kontrolní činnost a audit. Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: [https://zdravi.euro.cz/clanek/kontrolni-cinnost-a-audit-484895?seo\\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz](https://zdravi.euro.cz/clanek/kontrolni-cinnost-a-audit-484895?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz)
20. MAINZ, J., 2004. International Journal for Quality in Health Care. Quality indicators: *Essentials for quality improvement.*, roč. 16, č.16. ISSN 0952-6862.
21. MÁŠOVÁ, Renata, Markéta Havrdlíková, 2009. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. Spojená akreditační komise [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2009/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-.148/>
22. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2010. *Práva pacienta*. MZČR [online]. [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta\\_2401\\_18.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html)
23. Národní akreditační úřad pro vysoké školství, 2018. *Předpisy*. NAÚ [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <https://www.nauvs.cz/index.php/cs/predpisy>
24. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.
25. POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ, 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.
26. ProSestry, 2016. *Osobnost zdravotníka – předpoklady pro profesi*. ProSestry [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z:

[http://www.prosestry.cz/studijni\\_materialy/psychologie/osobnost\\_zdravotnika\\_-\\_predpoklady\\_pro\\_profesi](http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/osobnost_zdravotnika_-_predpoklady_pro_profesi)

27. ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2002. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-96-3.
28. ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena ŠAFRÁNKOVÁ a Renata VYTEJČKOVÁ, 2009. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-074-3.
29. SESTRA, 2007. *Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace*. *Sestra* [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-osevratelske-pece-a-jeji-standardizace-291136>
30. STAŇKOVÁ, Marta, 1997. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Dot. Praha: Karolinum. ISBN 80-71-84-243-5.
31. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. ISBN 8071728411.
32. ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-701-3419-4.
33. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 9788073942465.
34. TINGLE, J., FOSTER, CH., 2002. *Clinical guidelines: law, policy and practice*. London: Routledge. ISBN 978-1-85941-692-1
35. TÓTHOVÁ, Valérie, 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.
36. TÓTHOVÁ, Valérie, 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-73-87-414-8.
37. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
38. VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
39. VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
40. Zákon č. 67/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a

farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, 2017. [online]. [cit. 2015-12-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/co-je-to-akreditace\\_1733\\_1739\\_3.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/co-je-to-akreditace_1733_1739_3.html)

## 13 Seznam příloh

### Příloha 1 Otázky pro kvalifikované sestry a zdravotnické asistenty

- 1) Na jakém oddělení pracujete a jak dlouho?
- 2) Jaká je délka Vaší celkové praxe v oboru?
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 4) Do jaké míry byste chtěla provádět ošetrovatelskou péči tak, jak jste se naučila při svém studiu?
- 5) Jakou roli hraje vzdělání v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí?
- 6) Co si představujete pod pojmem kvalitní „ošetrovatelská péče“?
- 7) Jakou roli hraje délka praxe sestry/zdravotnického asistenta v souvislosti s kvalitní ošetrovatelskou péčí?
- 8) Co si myslíte o tom, zda zdravotnický asistent/sestra absolvent/ka může vykonávat kvalitní ošetrovatelskou praxi?
- 9) Do jaké míry je vhodné zapojit koncepční modely do ošetrovatelské péče?
- 10) Jaký význam má podle vás ošetrovatelský proces pro pacienta?
- 11) Co pro vás znamená (jak rozumíte) dodržování doporučených ošetrovatelských postupů (standardů) při práci sestry/zdravotnického asistenta?
- 12) Jaký význam má množství materiálu pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče?
- 13) Jakou roli hraje saturace potřeb sestry/zdravotnického asistenta na poskytovanou péči? (pauza na oběd, pracovní podmínky)
- 14) Jak podle vás jsou naplňována práva pacientů z pohledu sester/zdravotnických asistentů? (dostatek informací, rozhodování - autonomie, intimita, styk s rodinou)
- 15) Jak podle vás je naplňován etický kodex sester v ošetrovatelské péči? (minority, mlčenlivost, vzdělání, vyznání rasa, spolupráce)



16) Jak podle vás komunikace zasahuje do kvality ošetrovatelské péče?

17) Jaký význam má podle vás ošetrovatelský proces pro sestru?

**Zdroj:** Vlastní.

## **14 Seznam zkratek**

ISO - International Organization for Standardization

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Sb. – sbírka zákonů

WHO - World Health Organization