

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Zdravotnický asistent – přínos pro kvalitu  
profesionálního ošetřovatelství**

diplomová práce

Autor práce: Miroslava Brožová Bc.

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová PhD.

Datum odevzdání práce:

## **Zdravotnický asistent – přínos pro kvalitu profesionálního ošetrovatelství**

V diplomové práci jsme se zaměřili na postavení a na problematiku dodržování kompetencí zdravotnického asistenta. Přínos a uplatnění této profese v moderním profesionálním ošetrovatelství je nejednoznačný a v ošetrovatelské praxi problematický. Výzkumného šetření se účastnili sestry manažerky (staniční, vrchní), všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti. Výzkumné šetření bylo realizováno v nemocnicích Středočeského kraje a Prahy se souhlasem hlavní sestry (náměstkyně ošetrovatelské péče).

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V empirické části jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byla použita dotazníková metoda. Dotazníky byly anonymní. První soubor reprezentovaly sestry manažerky v počtu 90 (100 %) respondentů. Všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti tvořili druhou výzkumnou skupinu v počtu 181 (100 %) respondentů.

Prvním cílem práce bylo zjistit, jak jsou naplňovány a reálně uskutečňovány kompetence zdravotnických asistentů prostřednictvím zákonných norem. Výzkumným šetřením jsme dospěli k závěru, že zdravotnický asistent je pověřován nad rámec svých kompetencí. Po zpracování výsledků kvantitativního šetření byla první hypotéza, zdravotničtí asistenti jsou vedeni k dodržování kompetencí, vyvrácena. Druhým cílem bylo zmapovat postavení zdravotnických asistentů v současném profesionálním ošetrovatelství. Ve výzkumném šetření jsme si stanovili hypotézu, kompetence zdravotnického asistenta přispívají k efektivnímu poskytování ošetrovatelské péče v rámci zdravotnického týmu. Z výsledků vyplynulo, že zdravotnický asistent je plnohodnotným členem zdravotnického týmu a stanovená hypotéza byla potvrzena. Posledním cílem diplomové práce bylo zjistit názory managementu na využití a zapojení této nelékařské profese pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Třetí hypotéza výzkumného šetření, management upřednostňuje všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty, se též potvrdila.

Zjištěné výsledky potvrzují současný stav uvedené problematiky a budou poskytnuty zdravotnickým zařízením k případné sebereflexi a zlepšení ošetrovatelských činností v praxi.

## **Nursing Assistant – contribution to the quality of professional nursing care**

The diploma is focused on a status of adhering to medical assistant's competence. Contribution and use of this profession in modern professional nursing is ambiguous and problematic in nursing practice. Nurse managers, nurses and medical assistants had participated in this survey. The survey took part, with head nurse's approval, in hospitals of Central Bohemian region and Prague.

The diploma is divided into two parts, theoretical and practical. In practical part we have chosen to use a quantitative survey method. Then we have used a questionnaire method to collect data. Questionnaires were anonymous. The first group consisted of nurse managers in a count of 90 (100%) respondents. The second group consisted of nurses and medical assistants in a count of 181 (100%) respondents.

The first goal of the diploma was to discover how medical assistants' competence is being fulfilled according to legal standards. The survey discovered that medical assistants' assignments are above standard legal competence. After processing the results of the quantitative survey, the first theory, that medical assistants are instructed to adhere to their competence, was disproved. The second goal was to assess the status of medical assistants in current professional nursing. In our survey we've defined a theory, that medical assistant's competence contributes to an efficiency of a whole medical team. Results discovered, that medical assistant is an adequate member of a medical team, this theory was confirmed. The last goal of the diploma was to find out management point of view on use and involvement of this non-medical profession in providing a high-quality nursing care. The third theory of the survey, that management prefers nurses to medical assistants, was also confirmed.

These results confirm the current situation of this issue. Discovered results will be provided to medical facilities as a self-reflective and nursing activity improving materials.

## **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

21.5 2012

### **Poděkování**

Děkuji PhDr. Marii Trešlové PhD. za lidský přístup, odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé diplomové práce.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>4</b>
<b>ISOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 Filozofie ošetrovatelské profese a její historický vývoj</b> .....	<b>6</b>
1.1.1 Průřez historií ošetrovatelského procesu .....	7
1.1.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	8
<b>1.2 Historický rámec ošetrovatelství</b> .....	<b>9</b>
1.2.1 Počátky ošetrovatelského vzdělávání v Čechách.....	11
1.2.2 České ošetrovatelské školy.....	12
1.2.3 Školství v meziválečném období.....	13
1.2.4 Školství za druhé světové války.....	15
1.2.5 Školství v poválečném období .....	16
1.2.6 Odborné školství v 60. až 80. letech .....	17
<b>1.3 Legislativní rámec vzdělávání v ošetrovatelství</b> .....	<b>18</b>
1.3.1 Směrnice EU pro vzdělávání sester.....	19
1.3.2 Aktuální vzdělávání na středních zdravotnických školách.....	20
1.3.3 Vzdělávání na vyšších a vysokých školách.....	20
1.3.4 Celoživotní vzdělávání.....	21
<b>1.4 Všeobecná sestra – charakteristika oboru</b> .....	<b>22</b>
1.4.1 Odborné kompetence všeobecné sestry v České republice .....	23
1.4.2 Uplatnění všeobecné sestry v současném ošetrovatelství .....	25
<b>1.5 Zdravotnický asistent – charakteristika oboru</b> .....	<b>26</b>
1.5.1 Odborné kompetence zdravotnického asistenta v České republice .....	27
1.5.2 Uplatnění zdravotnického asistenta v současném ošetrovatelství .....	28
<b>1.6 Management ve zdravotnictví</b> .....	<b>29</b>
1.6.1 Organizace řízení zdravotnického týmu .....	30
1.6.2 Charakteristika týmu.....	31
1.6.3 Hodnocení ošetrovatelského týmu .....	32
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>35</b>
<b>2.1 Cíle práce</b> .....	<b>35</b>

<b>2.2 Hypotézy</b> .....	<b>35</b>
<b>3 METODIKA</b> .....	<b>36</b>
<b>3.1 Metodika práce</b> .....	<b>36</b>
<b>3.2 Charakteristika zkoumaného souboru</b> .....	<b>36</b>
<b>4 VÝSLEDKY</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1 Výsledky kvantitativního šetření</b> .....	<b>37</b>
4.1.1 Výsledky kvantitativního šetření s respondenty – sestrami manažerkami .....	37
4.1.2 Výsledky kvantitativního šetření s respondenty – zdravotnickými asistenty a všeobecnými sestrami .....	53
<b>5 DISKUSE</b> .....	<b>80</b>
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	<b>94</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>96</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>103</b>
<b>9 SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>104</b>

### **Seznam použitých zkratk**

ICN	Mezinárodní rada sester
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
RVP	Rámcový vzdělávací program
VS	Všeobecná sestra
ZA	Zdravotnický asistent



## ÚVOD

Záměrem diplomové práce bylo prozkoumat stav vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí, především oboru zdravotnický asistent a jejich uplatnění na trhu práce. Všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti jsou významnou součástí profesionálního ošetrovatelství v České republice a jejich role je nezastupitelná v ošetrovatelském týmu. V moderním profesionálním ošetrovatelství jsou kladeny vysoké nároky na vzdělání a odbornost, kterou nelékařští zdravotničtí pracovníci získávají příslušným typem studia a celoživotním vzděláváním. Studijní obor zdravotnický asistent vznikl změnou koncepce středoškolského vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Od roku 2004 byl obor všeobecná sestra přesunut do terciární úrovně vzdělávání. Změny ve vzdělávání tak významně ovlivnily zvyšující se nároky na zdravotnickou profesi. Tendencí současnosti je snaha přizpůsobit se systému vzdělávání v rámci Evropské unie, kde středoškolské vzdělání pro výkon sesterského povolání je nedostačující. Moderní, profesionální ošetrovatelství se ubírá novým směrem a to vícestupňovou strukturou, která vyžaduje ošetrovatelský tým složený z personálu s různou úrovní kvalifikací. Kompetence zdravotnického asistenta by se měly stát efektivní jednoznačnou a nezpochybnitelnou součástí v poskytování ošetrovatelské péče v profesionálním zdravotnickém týmu.

Téma diplomové práce jsme si zvolili záměrně pro svou aktuálnost a také proto, že se domníváme a některé naše osobní zkušenosti tomu odpovídají, že není jasná informovanost o oboru, kompetencích a postavení zdravotnických asistentů v rámci ošetrovatelského týmu.

Teoretická část práce se zabývá vývojem ošetrovatelství a ošetrovatelským vzděláváním v České republice a ve světě. Sleduje postavení, přínos a efektivitu nelékařských zdravotnických profesí v současném moderním ošetrovatelství.

Výzkumná část je orientována na kvantitativní výzkum, jehož cílem je zjistit naplňování a dodržování kompetencí zdravotnických asistentů a potažmo i všeobecných sester dle platných zákonných norem. Dalším cílem je zjistit názory managementu na využití zdravotnických asistentů v rámci poskytované ošetrovatelské péče. Výzkumný soubor se skládá ze zaměstnanců nemocnic v Praze a Středočeském kraji. Výsledky

výzkumu budou poskytnuty ošetrovatelskému managementu a prezentovány na odborných seminářích či v odborných časopisech.

## 1 SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Filozofie ošetrovatelské profese a její historický vývoj*

Holismus je filozofický směr, jehož počátky se datují do dvacátých let minulého století a je spojován s ošetrovatelstvem. Holismus vychází z řeckého slova „holos“ čili celek. Zdraví v holistickém pojetí je tedy chápáno jako celek. Ošetrovatelství vnímá nebo spíše pohlíží na člověka z pohledu celistvosti, to znamená, že se zabývá každou jednotlivou složkou těla a duše. Jedná se o fyzické, mentální, emocionální, seberealizační, sociální a spirituální oblasti, které jsou ve vzájemné interakci. Strádání v jedné oblasti má vliv na všechny oblasti těla. Je důležité pochopit, jak náš organismus pracuje a jak na základě těchto znalostí a informací dokážeme reagovat na aktuální potřeby, přičemž se předpokládá aktivní spolupráce nemocného. Holistická péče podporuje nemocné v převzetí odpovědnosti za své zdraví a akceptuje osobnost jako celek ve všech rozměrech (Mastiliaková, 2005).

Současná společnost se vyznačuje mohutným rozvojem techniky, což má za následek zrychlení běžného života. Technika usnadnila život, ale také si vybrala svou daň. Nejsme schopni vnímat celek, ale pouze jeho části. Filozofie holismu dává ošetrovatelství hlubší význam. Propojení filozofie s ošetrovatelstvem klade na sestru vyšší nároky. Zvyšování odborné kvalifikace, samostatnost a vysoká odpovědnost se pro sestry stává hnací silou vedoucí ke změnám v ošetrovatelství a v týmové péči o nemocné. Vzdělání sester je jeden z předpokladů, které umožňuje ošetrovatelství jako profesi, stát se rovnocenným partnerem medicíny v poskytované péči o nemocné (Mastiliaková, 2005).

Nedílnou složkou holistického ošetrovatelství je ošetrovatelský proces. Ošetrovatelský proces představuje myšlenkový algoritmus vzájemně propojených činností vedoucí k uspokojování potřeb jedince, na kterého působí řada vlivů, které ovlivňují prožívání nemoci a zdraví (Trachtová, 2001)

### *1.1.1 Průřez historií ošetrovatelského procesu*

V minulosti sestry poskytovaly ošetrovatelskou péči na základě ordinací lékaře. To znamená, že péče se orientovala pouze na výkon a ne na člověka, z čehož vyplývá, že byly opomíjeny individuální potřeby nemocného. Poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu lze zařadit do moderního ošetrovatelství a souvisí s přijetím nového systémového přístupu v ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces vychází z filozofie holismu. V praxi se začal ošetrovatelský proces uplatňovat v padesátých letech 20. století ve Spojených státech amerických a odtud se postupně rozšiřoval na evropský kontinent. Pojem ošetrovatelský proces poprvé použila v roce 1955 Lydia Hallová a od té doby se procesem v ošetrovatelství začaly zabývat další „sestry teoretičky“ (Kozierová, 1995; Mastiliaková, 2007; Staňková, 2002).

Zpočátku byl ošetrovatelský proces chápán a popisován různými způsoby. Johnsonová (1980) viděla v ošetrovatelském procesu posuzování situace, rozhodnutí, realizaci činností a vyhodnocení poskytované péče. Orlandová (1961) posuzovala ošetrovatelský proces jako třífázový interaktivní proces, který zahrnuje chování nemocného, reakce sestry a ošetrovatelské činnosti. Taktéž tři fáze procesu uvádí teoretička Wiendenbachová (1970), která identifikuje potřebnou pomoc jako poskytnutí pomoci a kontrolu poskytnuté péče. V roce 1967 Knowlesová navrhuje pět atributů ošetrovatelského procesu, které jsou charakterizovány slovesy „odhal, bádej, rozhodni, udělej, zhodnot“ (Tóthová, 2009, str. 26). V témže roce Západní mezistátní komise pro vyšší vzdělání (WICHE) interpretovala pět fází ošetrovatelského procesu: percepce, komunikace, interpretace, intervence, zhodnocení. S čtyřfázovým ošetrovatelským procesem přišla také Fakulta ošetrovatelství při Katolické americké univerzitě. Její čtyřfázový proces zahrnoval posouzení, plánování, zásah a vyhodnocení (Kozierová, 1995; Tóthová, 2009).

Americké sdružení sester (ANA) publikovalo Normy ošetrovatelské praxe v roce 1973 a konkretizovalo pět fází ošetrovatelského procesu: posuzování, diagnostikování, plánování, realizace, vyhodnocování. Na základě těchto skutečností se dostal ošetrovatelský proces do ošetrovatelské praxe, jak v zámoří, tak i v Evropě a stal se legitimní normou pro poskytování ošetrovatelské péče. V Evropě se setkáme

s procesem pětifázovým. Čtyřfázový ošetrovatelský proces je využíván v zámorí, kde dochází nejčastěji ke spojení první a druhé fáze (Kozierová, 1995; Tóthová, 2009).

V České republice byl ošetrovatelský proces zaveden do praxe v době nedávne a to v 90. letech minulého století. Do té doby nebyl pojem ošetrovatelský proces znám. V současné době se ošetrovatelský proces uplatňuje již ve většině zdravotnických zařízení a svědčí o kvalitě poskytované ošetrovatelské péče. Výuka ošetrovatelského procesu je dnes standardní součástí učebních plánů na středních, vyšších a vysokých školách.

### *1.1.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu*

Ošetrovatelský proces je sled vzájemně propojených činností, sloužící k realizaci cílů ošetrovatelské péče a vedoucí k systematickému řešení problémů nemocných, které může individuálním přístupem ovlivnit sestra. Ošetrovatelský proces je založen na pěti na sebe navazujících složkách a to: shromažďování anamnestických údajů, stanovení ošetrovatelských problémů – diagnóz, stanovení cílů při poskytování ošetrovatelské péče, realizaci ošetrovatelských intervencí a na závěr zhodnocení poskytované individualizované ošetrovatelské péče nemocnému. Tento sled činností umožňuje sestře aktivně vyhledávat problémy nemocných, aktuálně a samostatně se rozhodovat pro nejhodnější logický postup v poskytované ošetrovatelské péči. Na základě činností, které sestra vykonává, může mapovat vývoj v uspokojování potřeb nemocného na základě hlubšího poznání nemocného. Ošetrovatelský proces je děj kontinuální a dochází k vzájemné interakci mezi sestrou a nemocným. Jednotlivé složky ošetrovatelského procesu se vzájemně prolínají a na základě potřeb nemocných se kontinuálně obměňují (Staňková, 1999; Tóthová, 2009)).

## ***1.2 Historický rámec ošetřovatelství***

Abychom porozuměli dnešnímu ošetřovatelství, musíme mít znalosti o jeho historii. Ošetřovatelství je multidisciplinární vědou, která své vědomosti rozvíjí ve vztahu s medicínou a jinými vědními obory, zejména filozofií a etikou, psychologií, statistikou, sociologií a historií profese. Vývoj ošetřovatelské péče byl z historického hlediska ovlivněn náboženstvím a kulturními tradicemi, sociálními a politickými faktory. Významný vliv na vývoj medicíny, ale i ošetřovatelství měly války, ve kterých se rozvíjela potřeba starat se o raněné a trpící. Značný vliv měla i hospodářská situace a celkový stav obyvatelstva. Svůj podíl a přínos pro rozvoj ošetřovatelství měly také významné osobnosti a v neposlední řadě i vědecké objevy. Ošetřovatelství lze rámcově rozdělit do tří historických období, a to ošetřovatelství neprofesionální, charitativní a profesionální (Farkašová, 2006; Kutnohorská, 2010).

Kořeny ošetřovatelství sahají hluboko do minulosti, člověk měl již v dávných dobách potřebu starat se o své zdraví a zdraví svých blízkých. Tato potřeba souvisela s nutností přežít. V archeologických nalezištích a historických pramenech se objevují zmínky o lidském utrpení způsobeném nemocemi či válečnými zraněními. Pomoc člověku bližnímu je lidskou přirozeností a vždy se našli lidé ochotní pomoci v utrpení různými způsoby a prostředky. Jednalo se o laickou, neprofesionální ošetřovatelskou péči. Léčba nejčastěji probíhala v uzavřené komunitě. Komunitou byl rod, klan a léčbu poskytovali šamani, léčitelé s pomocí přírodních bylin, magií, zaříkáváním a modlitbami. Nedokázali si vysvětlit příčinu nemoci, nemoc brali jako trest za své prohřešky a spojovali si ji s nadpřirozenými silami. Proti negativním nadpřirozeným silám nosili lidé amulety, které je měly chránit svou kouzelnou mocí. Dominantní postavení v ošetřování měly ženy, které si předávaly zkušenosti z generace na generaci. Spolu s příchodem křesťanské víry došlo k nárůstu vlivu církve a to vedlo k rozvoji charitativního ošetřovatelství (Farkašová, 2006; Kutnohorská, 2010; Rozsypalová, 2002).

Charitativní ošetřovatelství spadá do raného středověku a je spojeno s šířením křesťanství. Ale již v době předkřesťanské stavěli Římané při svých válečných taženích lazarety, kde pečovali o své raněné vojáky. Křesťanství značně ovlivnilo medicínské

činnosti a přineslo filozofii pomoci bližnímu. Charitativní ošetřovatelství poskytovalo duchovní podporu, zajištění hygieny, stravy a útočiště pro nemocné a raněné. Jednalo se o humánní a morální pomoc. Charitativní péče byla poskytována především chudým a opuštěným lidem, opuštěným dětem a nemocným. O nemocné pečovali chrámoví sluhové, které můžeme považovat za první špitální sestry. Již v 1. století n. l. vedla křesťanská víra mnoho lidí k dobročinnosti, tedy i k tomu, aby pečovali a ošetřovali nemocné. Ve 4. století začaly pro tyto účely vznikat první kláštery. V raném středověku v souvislosti s křížáckými válkami došlo k utváření vojenských řádů, které poskytovaly ošetřovatelskou péči nemocným a raněným. Mezi nejznámější patřili rytíři Řádu svatého Lazara a Maltézští rytíři. Z ženských řádů je to řád Boromejek, Diakonek a Alžbětinek, které zakládaly vedle klášterů i nemocnice. Aktivity těchto řádů byly důležité, zaměřily se na vzdělávání a současně předávaly své zkušenosti, které byly šířeny i mimo klášterní zdi. Charitativní ošetřovatelství ovlivnilo další směr ošetřovatelského vzdělávání na několik století. Tato péče je považována i v současnosti jako humánní pomoc trpícímu (Kafková, 1992; Kutnohorská, 2010).

Významnou změnou v poskytování ošetřovatelské péče byl konec 19. století a spojení s Krymskou válkou. Dalším silným vlivem byla společenská situace a uvědomování si významu hygieny v konceptu zdraví. V období Krymské války Nikolaj Ivanovič Pirogov prosadil myšlenku uplatnění žen ošetřovatelek na bojišti, které sám odborně připravoval pro péči o raněné a nemocné. Velký důraz kladl na striktní dodržování hygienických zásad. Proškolené sestry začaly nosit stejnokroj, z něhož se později vyvinula sesterská uniforma. Pirogov se horlivě angažoval v boji o uznání ženských práv.

Právním je za zakladatelku, reformátorku a první teoretičku profesionálního ošetřovatelství považována jedna z nejvýznamnějších osob ošetřovatelství Florence Nightingalová. Pocházela ze šlechtické rodiny, byla vzdělaná, nekompromisní, emancipovaná. Vybuodovala si existenční nezávislost a tím inspirovala další generace. Její pokrokové myšlenky a činy daly základ novému profesionálnímu ošetřovatelskému vzdělání. F. Nightingalová byla iniciátorkou a spoluzakladatelkou školy pro ošetřovatelky a ošetřovatele při nemocnici Svatého Tomáše v Londýně. Vydala knihu,

kteřá byla přeložena do sedmi světových jazyků, včetně češtiny. Kniha se pro svou pokrokovost stala stěžejní ošetrovatelskou literaturou na řadu let.

Další významnou osobností, která by neměla být opominuta v historickém kontextu, byl Henri Dunant. Dunant po bitvě u Solferina (1859) zmobilizoval dobrovolníky z řad civilního obyvatelstva pro pomoc raněným vojákům. Tyto dobrovolníky vzdělával a školil pro poskytování péče raněným. Z jeho iniciativy vznikla (1864) mezinárodní organizace Červený kříž. Červený kříž se dodnes podílí po celém světě nejen na pomoci raněným ve válečných konfliktech, ale i při živelných katastrofách (Kafková, 1992; Kutnohorská, 2010).

### *1.2.1 Počátky ošetrovatelského vzdělávání v Čechách*

První vývojový směr je datován do 10. Století, do období vlády knížete Boleslava. V tomto období byly zakládány první hospice, které poskytovaly útočiště chudým, nemajetným a nemocným osobám. Významnou osobností počátků ošetrovatelství v českých zemích je sestra českého krále Václava II., Anežka Česká. Právem je považována za zakladatelku českého ošetrovatelství. Stála u zrodu několika klášterů, přičemž první byl dostavěn roku 1233 U svatého Haštala v Praze, kde byl špitál. Také založila Řád křížovníků s červenou hvězdou, který se řídil pravidly ošetrování a opatrování nemocných a též chudých bez přístřešku. Tato pravidla právě vypracovala Anežka Česká. Vzdělávání v oblasti ošetrovatelství probíhalo pouze ve zdech klášterů, prostřednictvím církevních řádů a pro vzdělání a průpravu osob pečujících o nemocné byla jasně vymezená pravidla. Vzdělání bylo zakončeno závěrečnou zkouškou. Civilní osoby, které chtěly ošetrovatelskou péči ve špitálech poskytovat, prošly pouze odbornou průpravou (Kafková, 1992)

Druhý vývojový směr se utvářel s postupným rozvojem medicíny. Lékaři ke svým činnostem potřebovali pomocníky, kteří by plnili jejich ordinace, trvale dohlíželi a pečovali o nemocné, a to jak ve špitálech, tak v domácnostech. Tak se pomalu rozvíjela jedna z rolí sestry, tedy pomocnice lékaře. Období rozvoje českého ošetrovatelství se datuje do období osmnáctého století. V té době jsou zřizovány při lékařských fakultách všeobecné nemocnice. Ošetrovatelskou péči zde poskytovaly na velmi nízké úrovni



opatrovnice, které nebyly dostatečně odborně proškolené, a ošetřovatelská péče pro ně byla velmi zatěžující, jak po stránce fyzické, tak psychické. Opatrovníci, či pečovatelé byli civilisté, kteří sdíleli pokoj spolu s nemocnými, od kterých byli odděleni pouze plentou. Společenská prestiž opatrovníků byla minimální a s tím souviselo i nízké finanční ohodnocení. Nespokojenost a nízký společenský statut vedl ke snaze zajistit organizované vzdělávání ošetřovatelského personálu. To se povedlo v době osvícenství za vlády Marie Terezie a jejího syna Josefa II., kdy bylo vytvořeno mnoho reforem, mezi nimi i zajištění zdravotní péče a stanovení norem, které upravovaly práva a povinnosti všech zdravotnických pracovníků. Moudrost a prozítlivost obou panovníků vedla k založení ošetřovatelského školství v tehdejší Rakousku (Kafková, 1992).

Třetí vývojový směr je již zaměřený na samostatnou ošetřovatelskou péči. Značný vliv na tento radikální posun mělo emancipační a národnostní hnutí ve druhé polovině devatenáctého století a především počátek století dvacátého. Je nutno zmínit významné pokrokové osobnosti emancipačního hnutí a to především Elišku Krásnohorskou a Karolínu Světlou, které se svým způsobem podílely na historických změnách v českém ošetřovatelství (Kafková, 1992; Staňková 2002).

### *1.2.2 České ošetřovatelské školy*

První ošetřovatelská škola byla založena roku 1874 v Praze a velký podíl na jejím zrodu měl Vítězslav Janovský a obě spisovatelky Eliška Krásnohorská a Karolína Světlá. V té době škola nespĺňovala parametry dnešních odborných škol, šlo spíše o bezplatně organizovanou odbornou výuku či spíše kurz, kdy odbornou výuku zajišťovali lékaři a univerzitní profesori a praktická část kurzu probíhala v městském chorobinci na Karlově náměstí. Kurz trval několik měsíců a obsahem přednášek byla zdravotní věda, teorie ošetřování, technika obvazování, péče o dítě a první pomoc. Po dosažení kvalifikace ošetřovatelky jen velmi malá část absolventek šla následně do praxe. Po sedmi letech působnosti první ošetřovatelská škola zanikla, ale její krátkodobé fungování upozornilo na nutnost systematického vzdělávání sester. Činnost ošetřovatelské školy nahradil Ústřední spolek českých žen a výuka byla zajištěna spíše formou zacvičení (Kafková, 1992).

První Státní dvouletá ošetřovatelská škola byla založena až roku 1916 v Praze a ve své činnosti pokračovala i po skončení první světové války. Dala impuls ke vzniku dalších ošetřovatelských škol na území státu. Kurzy absolvovalo vždy 10 až 15 účastnic, které po skončení kurzu získaly odbornost diplomované ošetřovatelky. Vysoká odborná úroveň a prestiž absolventek je opravňovala k zařazení na místa staničních a vrchních sester. Nelze opomenout významné propagátory moderního ošetřovatelství, zejména profesora Ladislava Sylabu a docenta Arnolda Jiráska, kteří bořili staré mýty a odstraňovali strnulý systém nedostatečně proškoleného a vzdělaného ošetřovatelského personálu. V téže době byly také ošetřovatelskou školu pořádány kurzy zaměřené na potřeby v sociální péči, péči o dítě a návštěvní ošetřování. Koncepti výuky zaváděly americké sestry Červeného kříže, které do Prahy pozvala Alice Masaryková, jež zastávala funkci předsedkyně Československého červeného kříže a Hana Benešová, manželka druhého prezidenta Československé republiky. První českou ředitelkou ošetřovatelské školy se stala roku 1923 Sylva Macharová (Kafková, 1992).

### *1.2.3 Školství v meziválečném období*

Ošetřovatelské vzdělávání mezi dvěma válkami se neorientovalo pouze na rozvoj nemocničních služeb, ale i na sociální péči. V roce 1918 byla v Praze otevřena Vyšší sociální škola, která v ročním studiu připravovala absolventky na samostatnou práci v terénu (Kutnohorská, 2010).

První absolventky státní ošetřovatelské školy založily v roce 1921 Spolek absolventek školy ošetřovatelské, který byl v roce 1928 přejmenován na Spolek diplomovaných sester. Záměrem spolku bylo uznání prestiže ošetřovatelského stavu. Spolek dbal na odborný profesní růst, hájil zájmy sester a usiloval o prodloužení studia o jeden rok. Spolek diplomovaných sester vyvíjel aktivitu v pořádání odborných a osvětových přednášek, pořádal kurzy a vyvíjel i publikační činnost v odborných časopisech. V počátcích sestry publikovaly v časopise *Diplomovaná sestra*, jehož první číslo vyšlo v roce 1937. V roce 1930 bylo rozhodnuto o zřízení Státních ústavů pro vyšší školení porodních asistentek. Cílem desetiměsíčního vzdělávání bylo uplatnění kvalifikovaných pracovníků v terénní péči o ženy a děti. Československý červený kříž se

významně podílel na organizování krátkodobých kurzů také v jiných městech Československa, například v Ostravě a Brně (Kafková, 1992; Staňkova 1996).

V prosinci roku 1931 byla na sjezdu diplomovaných sester proklamována nutnost dalšího vzdělávání sester a současně zazněl apel k využití nových vědeckých poznatků v ošetrovatelství. Další změnu, kterou sjezd přinesl, bylo zavedení registrace diplomovaných sester v Československé republice. Sestry obdržely evidenční číslo, legitimaci a o každé byl veden záznam o absolvovaném vzdělání a získané odbornosti. Jedním mezníkem profesionalizace vzdělávání sester a uznání společenské prestiže bylo v roce 1933 přijetí Spolku diplomovaných sester do Mezinárodní rady sester (Staňková, 1996).

V roce 1937 byly otevřeny další dvě ošetrovatelské školy, jedna česká a druhá německá. Politické a hospodářské poměry mladého Československého státu se měnily pod vlivem počínajícího fašismu, napjaté politické situace, která zasahovala do každodenního života. Na podzim roku 1938 došlo k podpisu Mnichovské dohody, zabránění významných oblastí republiky a především k nárůstu uprchlíků ze zabraného území. Později došlo k uzavření vysokých škol a Ministerstvu zdravotnictví nezbývalo než organizovat pouze krátkodobé kurzy, například kurz pro pracovnice v uprchlických táborech. V prosinci téhož roku došlo ke zrušení ministerstva zdravotnictví a ministerstva sociální správy, a tak skončila na několik let perspektiva dalšího odborného rozvoje vzdělávání sester (Kafková, 1992; Staňková, 1996).

#### *1.2.4 Školství za druhé světové války*

Období druhé světové války bylo složité a významně ovlivnilo veškeré lidské bytí i ošetrovatelské vize. Činnost Spolku diplomovaných sester byla přerušena a po válce nebyla již obnovena. České ošetrovatelství ztratilo profesní rozvoj na mezinárodním poli.

Pozitivní vývoj ošetrovatelství byl násilně přerušen druhou světovou válkou, ale výuka ve stávajících školách pokračovala a bylo možné sledovat i relativní pokrok v organizaci nemocniční péče. V klinické praxi se začaly více prosazovat civilní sestry. V pražské nemocnici na Bulovce byla poprvé ustanovena funkce civilní sestry představené (hlavní sestry). Byly vypracovány první pracovní náplně sester v jednotlivých směnách, ale i povinnosti a práva vrchních a staničních sester. Lékaři začali uznávat sestru jako významného spolupracovníka, který zajišťuje kvalitní a odbornou ošetrovatelskou péči. Válečné poměry a potřeba sester paradoxně pozitivně ovlivnily rozvoj nemocničního ošetrovatelství. Jedna z diskutabilních výhod ošetrovatelek byl jejich nedostatek a to byl důvod, proč byly také uchráněny před totálním nasazením.

Ministerstvo sociální a zdravotní správy vydalo v roce 1939 Červenému kříži povolení k otevření civilní ošetrovatelské školy v Brně a následně došlo k otevření dalších tří ošetrovatelských škol v Praze, Kroměříži a v Olomouci. Složitá situace a nedostatek ošetrovatelského personálu byla výnosem ministerstva vnitra řešena otevřením Ošetrovatelské školy při městské nemocnici v Plzni (1942). Ve stanovách bylo určeno, jakým způsobem bude probíhat praktický výcvik. Dozor a osobní vedení žákyň měla na starosti první představená ošetrovatelské školy Emilie Königsmarková, která byla absolventkou ošetrovatelské školy v Praze. Válka byla každodenní součástí života, znamenala každodenní strach a obavy o život, nedostatek potravin, nálety a neustálou nejistotu. Přes všechny tyto válečné útrapy fungoval ve škole, nemocnici a internátě pevný řád. Studium bylo ukončeno diplomovou zkouškou, která trvala šest týdnů a měla dvě části, teoretickou a praktickou. Po úspěšném ukončení mohla absolventka užívat titulu Diplomovaná ošetrovatelka nemocných a provozovat ošetrování nemocných po předchozím oznámení u příslušného okresního úřadu.

V období druhé světové války se řada sester zapojila do odbojového hnutí a jejich práce a osobní nasazení zachránilo život mnohým lidem. Ženy dobrovolnice byly zařazovány do zdravotnických kurzů zaměřených na poskytování první pomoci v polních podmínkách. Po skončení kurzu přešla část žen do polních vojenských nemocnic a část byla zařazena do zdravotnických hlídek jednotlivých bojových jednotek. Po celou dobu okupace pracoval v Londýně Československý červený kříž, kterému byla násilně na počátku války zastavena činnost. Školil dobrovolné ošetřovatelky, které se zapojily i do bojů na barikádách. Na konci války se Československý červený kříž významně podílel na likvidaci skvrnitého tyfu v Terezíně, zajišťoval základní zdravotnickou pomoc a hygienický dohled nad transporty osvobozených vězňů z koncentračních táborů (Svobodný, 2004).

Práce sester za druhé světové války byla vyčerpávající, dokázaly odolávat rozpínavosti nacistů, sledovat bezpráví páchané na českých lidech a každodenně plnit své povinnosti. Sestry apelovaly na zlepšení pracovních podmínek, omezení pracovní doby, navýšení počtu personálu, ale odezva nebyla žádná. I v této pohnuté době část sester pokládala za nejdůležitější vzdělání v teoretické i praktické rovině (Kafková, 1992; Plevová, 2008).

#### *1.2.5 Školství v poválečném období*

Jednou z významných událostí československého ošetřovatelství bylo otevření Vyšší ošetřovatelské školy v Praze v roce 1946. Cílem nově otevřené školy Československým červeným křížem bylo pedagogické vzdělání sester, tzv. školních sester, které se podílely na výuce v ošetřovatelských školách. Dále ošetřovatelská škola připravovala staniční a vrchní sestry a podílela se na přípravě sester pracujících v terénu. Na svou dobu byla škola pokroková a vzdělávací programy byly totožné s postgraduálním vzděláním v zahraničí, ale upravené pro poměry v Československu. O pokrokovosti Vyšší ošetřovatelské školy svědčí i fakt, že byla první v Evropě, která poskytovala vyšší odborné vzdělání diplomovaným sestřím (Kafková, 1992).

Zlom nastal po únoru 1948, kdy se z dvouletých ošetřovatelských škol staly školy tříleté. Vydáním nového školského zákona došlo ke sloučení s rodinnými a sociálními

školy a vznikly střední zdravotnické školy, v nichž se připravovali zdravotničtí pracovníci s různým typem odborného nebo zdravotnického zaměření. V té době byla většina diplomovaných sester odvolána z vedoucích míst. Ošetřovatelství se stalo spíše pasivním vykonavatelem lékařských ordinací a zcela se vytratila funkce samostatně pracující sestry, což ve svém důsledku mělo za následek snížení společenské i profesní prestiže sester (Mlýnková, 2008).

#### *1.2.6 Odborné školství v 60. až 80. letech*

Pro další rozvoj postgraduálního vzdělávání sester byl významný rok 1960, kdy došlo v Brně k otevření Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků. Institut byl zaměřený na pomaturitní specializační vzdělání, pedagogickou činnost, krátkodobé kurzy a kurzy pro vedoucí pracovníky. Ve své době byl pokrokový a se změnou názvu na Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů se i dnes významně podílí na rozvoji vzdělávání v ošetřovatelství. Ve stejném roce bylo na Filozofické fakultě Karlovy univerzity v Praze otevřeno magisterské studium sester s pětiletým programem ošetřovatelství v kombinaci s psychologií a pedagogikou. Pozadu nezůstaly ani jiné fakulty a v roce 1986 otevřela Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci studium v oboru Pedagogika – ošetřovatelství, který dnes nahradil obor Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy (Kafková, 1992; Rozsypalová, 2005; Staňková, 1996).

Po roce 1986 došlo k reorganizaci vzdělávání a k zásadním změnám v koncepci ošetřovatelství. Vzdělávání v ošetřovatelství vycházelo z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie. V roce 1992 byl zrušen středoškolský obor dětská sestra a obor ženská sestra se transformovala na porodní asistentku. Začaly vznikat další nové obory, změnila se koncepce vzdělávání. Se vstupem do Evropské unie náš stát přijal závazné směrnice pro vzdělávání a výkon profese sester. Koncepce českého ošetřovatelství, která je v souladu s požadavky české a evropské praxe, dala současně podnět k vytvoření centrálního registru sester. Výraznou osobností moderního českého ošetřovatelství byla osobnost Marty Staňkové, která se spolupodílela na vytvoření koncepce českého ošetřovatelství.

### ***1.3 Legislativní rámec vzdělávání v ošetrovatelství***

Vzdělávání a výchovu ve zdravotnických školách vymezuje několik právních norem. Současně je zdravotnictví jedním z oborů, který od svého počátku prodělal mnoho významných změn. Vývoj jde kupředu a netýká se pouze nových léčebných prostředků, ale také vzdělání a profesionalizace zdravotnických pracovníků. Doba laicky vedené ošetrovatelské péče je dávnou minulostí. Požadavky na celoživotní a kvalifikační vzdělávání stále stoupají. Odbornost se vzděláním se stávají stěžejní pro co nejvyšší kvalitu poskytované profesionální péče.

Se vstupem České republiky do Evropské unie došlo k zásadním změnám v oblasti vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Na tyto změny reagovala také česká legislativa přijetím nových zákonných norem. Pro vzdělávání zdravotnických pracovníků nelékařů má zásadní význam vydání zákona MZ ČR č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Vzdělávání zdravotnických pracovníků nelékařů upravuje vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb., kterou se stanovují minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Tyto požadavky jsou výčtem teoretických znalostí a praktických dovedností pro způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Nejaktuálnější změnou je zrušení platnosti vyhlášky MZ ČR č. 424/2004 Sb., a nahrazení vyhláškou MZ ČR č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V následujícím období ministerstvo zdravotnictví připravuje další legislativní změny, například novelu zákona č. 96/2004 Sb. navrhované změny by se měly týkat zejména problematiky negraduálního a postgraduálního vzdělávání. Avizované změny jsou v souladu se strategií Evropské unie, vedou k posilování kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků a restrukturalizaci zdravotnického systému. Dalšími úpravami projde i specializační vzdělávání a koncept celoživotního vzdělávání. Předpokládaný horizont, kdy by měla novela zákona MZ ČR č. 96/2004 Sb. vejít v platnost je 1. 1. 2013 (vyhláška MZ ČR č. 55/2011; zákon MZČR č. 96/2004).

### *1.3.1 Směrnice EU pro vzdělávání sester*

V Evropě vzniklo téměř homogenní vzdělávání sester. Většina států Evropské unie realizovala v 90. letech zevrubné reformy vzdělání. Nová koncepce vzdělávání v ošetrovatelství představuje zásadní změny v ošetrovatelské praxi a především v systému profesionální přípravy sester pro institucionalizovanou a individualizovanou ošetrovatelskou péči. Cílem směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropy (EEC) 2005/36/ES je odstraňovat překážky v národních vzdělávacích systémech. Při studiu, které trvá minimálně 4600 hodin, se vyváží teoretická a praktická část výuky. Všeobecná sestra se profiluje v oboru až po získání odborné kvalifikace. Zákon MZ ČR č. 96/2004 Sb. přesně vymezuje podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti pro výkon povolání v kategorii všeobecná sestra a porodní asistentka. Nové členské státy Evropské unie, v zastoupení ministrů zdravotnictví, přijaly tyto požadavky na druhém zasedání Světové zdravotnické organizace v Mnichově v červnu 2000. Těmto požadavkům přizpůsobily své vzdělávací programy (Jirkovský, 2004).

Směrnice Evropské unie požaduje pro zahájení odborného studia minimální věk 17 let a argumentuje tím, že je zcela neuvážené, aby budoucí sestry zahájily studium v 15 letech a ukončily své odborné vzdělání v 18 letech. Nebylo tím zpochybněno střední odborné vzdělání, ale je třeba splnit požadavek, aby studium nebylo jen odborné, ale připravovalo žáky k maturitní zkoušce i ze všeobecně vzdělávacích předmětů. Standardy Evropské unie požadují na nelékařských zdravotnických pracovnících dostatečně dlouhou odbornou praxi, která v rámci čtyřletého středoškolského odborného studia nemůže být splněna, z čehož vyplynula nutnost transformace středoškolského zdravotnického vzdělání (Bártlová, 2006).

Vzdělávání zdravotnických pracovníků nelékařů upravuje vyhláška č. 39/2005 Sb., která vychází z předpisů Evropského společenství, a to ze směrnice Rady ministrů EU č. 89/48EHS o systému pro uznávání vysokoškolských diplomů vydaných po ukončení nejméně tříletého odborného vzdělání. Dále zpracovává směrnici Rady Evropy 80/155EHS o vzájemném uznávání diplomů a osvědčení o vzdělání porodních asistentek. Z předcházejícího vyplývá, že kvalifikované a registrované sestry, které



splňují platné směrnice, mohou pracovat v zemích Evropské unie (Strategické dokumenty, 2002; Jirkovský, 2004).

### *1.3.2 Aktuální vzdělávání na středních zdravotnických školách*

Vstup České republiky do Evropské unie byl podmíněn změnou v pojetí ošetrovatelského vzdělávání. V roce 2004 došlo ke změně konceptu vzdělávání na středních zdravotnických školách, který umožnil uznávání kvalifikací a volného pracovního trhu v zemích Evropské unie. Přijetím zákona MZ ČR č. 96/2004 Sb., došlo ke změně celé struktury ošetrovatelského vzdělávání. Kvalifikaci k výkonu povolání všeobecné sestry bylo možné do roku 2001 získat studiem na střední zdravotnické škole. Od školního roku 2004/2005 se kvalifikační studium přesunulo do terciárního systému vzdělávání na vyšší a vysoké školy. Tím došlo ke splnění požadavků Evropské unie na věk uchazečů o studium a došlo ke splnění požadavků ohledně obsahu vzdělávání. Na středních zdravotnických školách vznikl zcela nový obor vzdělávání Zdravotnický asistent.

Obor vzdělání Zdravotnický asistent je zaměřen na získání úplného středního odborného vzdělání ukončeného maturitní zkouškou. Rámcový vzdělávací program (RVP) je koncipován tak, aby vedle odborného vzdělání poskytl žákům i všeobecné vzdělání a obecně přenositelné dovednosti, které mu umožní lépe se adaptovat na nové podmínky. Nedílnou součástí je cvičná a praktická výuka v zařízeních poskytujících zdravotní péči. Minimální požadavky na studijní program jsou stanoveny vyhláškou MZ ČR č. 39/2005 Sb. Na úkor odborné složky vzdělání došlo k rozšíření všeobecné složky vzdělání. Zdravotničtí asistenti patří do kategorie zdravotnických pracovníků, kteří vykonávají povolání pod odborným dohledem všeobecné sestry. Došlo tak k omezení rozsahu některých ošetrovatelských činností uvedených ve vyhlášce MZ ČR č. 55/2011 Sb. V popředí zůstává potřebnost středoškolsky vzdělaného pracovníka zaměřeného na realizaci základní ošetrovatelské péče (RVP, 2008; Staňková, 2002).

### *1.3.3 Vzdělávání na vyšších a vysokých školách*

Ve struktuře vyššího a vysokoškolského vzdělání univerzitního a neuniverzitního typu se získává odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecná nebo diplomovaná

sestra. Kvalifikační požadavky k výkonu povolání diplomovaná nebo všeobecná sestra stanovuje zákon č. 96/2004 Sb., který stanovuje podmínky získání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu a vyhláška č. 55/2011 Sb., o rozsahu činností nelékařských zdravotnických profesí.

Vyšší odborné školy zdravotnické své vzdělávací programy realizují již od roku 1996. Studium je určeno absolventům středních škol. Absolutoriem získávají titul diplomovaného specialisty (DiS).

System vzdělávání na vysokých školách vychází z platných předpisů Evropské unie, zejména směrnice 2005/36/ES o vyváženosti teoretické a praktické výuky v rámci tříletého studijního programu. Po ukončení bakalářského studijního programu má všeobecná sestra možnost získat vyšší stupeň akademického vzdělání v navazujícím magisterském studiu ošetřovatelství. Vzdělávací program je zpravidla zaměřen na přípravu sester manažerek. Po absolvování studia je sestra povinná se celoživotně vzdělávat, rozšiřovat a prohlubovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků v ošetřovatelství (Jirkovský, 2004; Staňková, 2002).

#### *1.3.4 Celoživotní vzdělávání*

Historicky poprvé je v České republice definováno celoživotní vzdělávání ve zdravotnictví, a to ve znění zákona č. 96/2004 Sb. Tato právní norma ukládá povinnost všem zdravotnickým pracovníkům nelékařských povolání se celoživotně vzdělávat. Všeobecné sestry, které chtějí vykonávat povolání bez odborného dohledu, mohou požádat o vydání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, které je v praxi běžně označováno jako registrace. Je nutné zdůraznit, že cílem celoživotního vzdělávání je prohlubování, zvyšování a doplňování odborných vědomostí a dovedností v příslušném oboru jako prostředek k zajištění kvality poskytované péče, prostřednictvím aplikace nejnovějších vědeckých poznatků. Definice odborné způsobilosti, z níž kompetence vycházejí, je stanovena Mezinárodní radou sester (ICN) takto: „Úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudku“ (Alexander, Runciman, 2003 s. 8).

Celoživotní vzdělávání nabízí různé formy například specializační vzdělávání, certifikované kurzy nebo odborné stáže v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Sestry mohou publikovat v odborných časopisech, koncipovat učebnice a v neposlední řadě se podílet na vědeckém výzkumu. Nemalou měrou se na dalším vzdělávání podílejí i vysoké školy.

Plnění povinností celoživotního vzdělávání stanovuje prováděcí předpis MZ ČR č. 4/2010 Sb., kterým se mění vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb., která stanovuje kreditní systém ve znění vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 SB., kde zákonná norma upravuje počet kreditů získaných v konkrétních formách celoživotního vzdělávání. Pokud se nelékařští zdravotničtí pracovníci budou kontinuálně vzdělávat, zvýší tím nejen kvalitu péče, ale i prestiž ošetrovatelské profese (Bártlová, 2006).

#### ***1.4 Všeobecná sestra – charakteristika oboru***

Sesterské povolání patří do skupiny profesí s vysokou mírou stresové zátěže způsobené fyzickým a psychickým vypětím. Do roku 2004 byl obor všeobecná sestra vyučován v rámci středoškolského vzdělávání. Se vstupem České republiky do Evropské unie došlo k reformě vzdělávacího programu a splnění požadavků Evropské unie na systém vzdělávání sester. V současné době je standardní doba studia nejméně 3 roky a 4600 hodin výuky, z toho celá polovina, 2300 hodin je určena praktickému vzdělávání.

Studijní obor všeobecná sestra připravuje absolventy pro poskytování ošetrovatelské péče v oblasti prevence a léčby u dětí, dorostu i dospělých. Absolventi oboru získají znalosti a dovednosti, které jim umožní reagovat na aktuální potřeby nemocných. Výstupní znalosti a dovednosti všeobecných sester jsou rozděleny na všeobecné, specializované a vysoce specializované. Veškeré kvalifikované činnosti vycházejí z platné legislativy ČR, zejména zákon MZ ČR č. 96/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání a s tím spojených činností při poskytování zdravotní péče, vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví a v neposlední řadě vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb., která stanovuje minimální požadavky na studijní

programy k získání odborné způsobilosti. Absolvent studijního programu Ošetřovatelství oboru Všeobecná sestra, ukončeném státní závěrečnou zkouškou, získá požadovanou profesní způsobilost podle zákona MZ ČR č. 96/2004 Sb. Všeobecná sestra/Všeobecný ošetřovatel pro státní i nestátní zdravotnická a sociální zařízení (vyhláška č. 39/2005 Sb.; vyhláška č.55/2011 Sb.; zákon č. 96/2004 Sb.).

Všeobecná sestra musí být po trestněprávní stránce bezúhonná a zdravotně způsobilá k výkonu povolání. Je právoplatnou členkou ošetřovatelského týmu a s ostatními členy týmu se podílí na poskytování preventivní, terapeutické, diagnostické, rehabilitační, neodkladné, komunitní a dispenzární péče. Aktivně se účastní výzkumu v ošetřovatelství, saturuje bio-psycho-sociální a spirituální potřeby nemocných. Sestra v poskytování ošetřovatelské péče využívá metodu ošetřovatelského procesu (Heřmanová, 2010).

S transformací zdravotního systému se změnilo i postavení sester. Sestra se stává rovnocennou a důležitou partnerkou ve zdravotnickém týmu, přičemž stoupá i její společenská prestiž. Společensky je sesterské povolání hodnoceno relativně vysoko ve srovnání s jinými profesemi. Sami sestry se přesto hodnotí velmi níže.

#### *1.4.1 Odborné kompetence všeobecné sestry v České republice*

Mezinárodní rada sester definuje kompetence jako stupeň působnosti, při kterém jsou znalosti a dovednosti aplikovány efektivně. Pojem kompetence v ošetřovatelství spočívá v pravomoci, úsudku a účinné aplikaci teoretických znalostí a praktických dovedností. Kompetence sester jsou zahrnuty v každodenní náplni práce a za činnosti, které všeobecná sestra poskytuje v rámci ošetřovatelského procesu, nese plnou právní odpovědnost. Rozsah kompetencí závisí na adaptaci, dosaženém vzdělání a národním registračním systému všeobecných sester. Znalost příslušných kompetencí je nezbytnou součástí zdravotnického povolání. Kompetence zahrnují rozsah praktických dovedností, dále komunikačních, psychomotorických, technických dovedností, změny v postojích a osobnostních rysech (Alexander, 2003; Mastiliakova, 2005).

Vzdělané sestry mají značnou míru odpovědnosti, autonomie a disponují profesními kompetencemi. Kompetence sester jsou legislativně ošetřeny v českém

právním systému vyhláškou č. 55/2011 Sb. Revizí vyhlášky v roce 2011 byly stanoveny některé specializované činnosti, které sestra může vykonávat bez odborného dohledu. Navýšení těchto kompetencí je spojeno i s úpravou katalogu prací, kde je brán zřetel na dosažené vzdělání. (Hellerová, 2009).

Profesní kompetence všeobecných sester lze rozdělit na čtyři základní druhy. Kompetence závislé, nezávislé, kompetence v oblasti výzkumu a řízení ošetrovatelské péče. Závislé kompetence kladou důraz na vzájemné partnerství, součinnost a respekt k jednotlivým členům multidisciplinárního týmu. Sestry participují na plnění a koordinaci úkolů v rámci podpory zdraví nemocného a zajištění kvality ošetrovatelské péče. Nedílnou součástí je odborný profesní růst a celoživotní vzdělávání. Kompetence autonomní – nezávislé se vážou na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocných v souvislosti s onemocněním. Všeobecná sestra poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v souladu s platnými právními předpisy a standardy ošetrovatelské péče. V rámci nezávislých kompetencí se sestra podílí na prevenci onemocnění, podpoře zdraví, zdravotní výchově a podporuje informovanost laické veřejnosti. Kompetence v oblasti výzkumu a vývoje ošetrovatelství využívají výsledky výzkumu, které se snaží sestry aplikovat v každodenní ošetrovatelské péči. Kontinuálně se sestry podílejí na vlastním odborném růstu a vzdělávání. Oblast řízení ošetrovatelské péče zahrnuje prevenci a vyloučení rizik, vedení a kontrolu ošetrovatelského týmu, účast na rozhodovacích procesech v oblasti zdravotní politiky, využívání komunikačních technik a technologií. Kompetence sester posilují jejich profesionální odpovědnost a současně umožňují práci v členských státech Evropské unie, opravňují sestry k závislým a nezávislým činnostem a umožňují jejich právní ochranu (Bártlová, 2006; vyhláška č. 39/2005 Sb.).

#### *1.4.2 Uplatnění všeobecné sestry v současném ošetřovatelství*

V současném pojetí ošetřovatelství se sestra stává vzdělaným odborníkem a profesionálem. Absolventi studijního oboru Všeobecná sestra na základě získaných vědomostí z ošetřovatelství, medicínských a humanitních věd jsou schopni tyto vědomosti posléze aplikovat do klinické praxe. Po ukončení studia najde sestra uplatnění v oblastech primární, sekundární i terciární péče. Uplatnění sester je možné v rámci zdravotnických a sociálních služeb, které jsou poskytovány ve státních i nestátních zařízeních a institucích.

Všeobecná sestra je vzdělaným odborníkem se schopností zhodnotit zdravotní stav, reagovat na aktuální potřeby nemocných a adekvátním způsobem poskytnout profesionální ošetřovatelskou péči. Práci sestry, chceme-li posláni, provází vysoké pracovní a psychické zatížení spojené se soustředěním, aby zvládla veškeré požadavky v určeném časovém horizontu, které jsou na ni kladeny. Kvalifikovaná sestra je svým vzděláním nominována k samostatnému rozhodování. Rozhoduje o využití různých alternativ a technik v ošetřovatelské péči a má odpovědnost za realizovanou ošetřovatelskou péči. Plánuje ošetřovatelskou péči s využitím ošetřovatelského procesu s přihlédnutím na individuální potřeby nemocných a s ohledem na jejich kulturní a světový názor. Zohledňuje, realizuje, kontroluje, vyhodnocuje a dokumentuje dosažené výsledky péče se zachováním důstojnosti a přání nemocného. Vhodně spolupracuje a komunikuje s týmem a jinými odborníky, jinými slovy je aktivně zapojena do multidisciplinární kooperace. Zkušenosti získané praxí, fakta zjištěná prostřednictvím ošetřovatelského výzkumu aplikuje sestra do každodenní ošetřovatelské péče o nemocné, která jí umožní zvolit nejvhodnější ošetřovatelské postupy v individualizované péči o nemocné a tím zvyšovat kvalitu poskytované ošetřovatelské péče.

Tak jak sestra plánuje ošetřovatelské činnosti, vychází ve své péči z koncepčních modelů. Koncepční model je soubor názorů, pozorování a myšlení s následnou interpretací viděného a zjištěného. Koncepční model umožňuje sestře zaměřit se na důležité oblasti, systematický přístup a usnadňuje komunikaci s nemocným. Koncepční model musí být vhodně zvolen s ohledem na potřeby a lékařskou diagnózu nemocného.

Pokud má sestra zvládnout veškeré požadavky vyplývající z její profese, je nezbytná kooperace s celým ošetřovatelským týmem a delegování některých činností, v rozsahu jejich kompetencí, na zdravotnické asistenty, ošetřovatele a sanitáře (vyhláška č. 55/2011 Sb.; zákon č. 96/2004 Sb.).

### ***1.5 Zdravotnický asistent – charakteristika oboru***

Zdravotnický asistent je zdravotnický pracovník se středoškolským vzděláním. Kvalifikační příprava v oboru zdravotnický asistent byla zahájena 1. 9. 2004. Obor vzdělávání připravuje žáky k poskytování ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry a vychází z platné legislativy zákona MZ ČR č. 96/2004 Sb. a vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb., minimální požadavky na vzdělávací program jsou stanoveny vyhláškou MZ ČR č. 39/2005 Sb. V rámci tohoto oboru došlo k rozšíření všeobecného vzdělání na úkor rozsahu odborného vzdělání. Předpokladem přijetí ke vzdělávání v oboru zdravotnický asistent je ukončená povinná školní docházka a splnění podmínek přijímacího řízení stanovené ředitelem školy. Další podmínkou přijetí ke vzdělávání je zdravotní způsobilost uchazeče. Praktická výuka činí nejméně 900 hodin a žák musí absolvovat souvislou odbornou praxi v délce 4 – 6 týdnů, která je plně v kompetenci školy. Vzdělávání je čtyřleté v denní formě a pětileté v ostatních formách vzdělávání. Vzdělávání je ukončeno státní maturitní zkouškou (vyhláška č. 39/2005).

Obor zdravotnický asistent je zaměřen na zvládnutí základních ošetřovatelských postupů a výkonů, získání potřebných vědomostí a dovedností z ošetřovatelství, lékařských věd a formování žádoucích profesních postojů a osobnostních kvalit zdravotnického pracovníka. Žáci jsou vzděláváni tak, aby se orientovali v pracovním, občanském i osobním životě. Cílem vzdělávání je poskytovat odborné vzdělání, které absolventům umožní lépe se adaptovat na nové podmínky. Po úspěšném ukončení studia se absolvent může dále vzdělávat na vyšších odborných školách, vysokých školách nebo kurzech pro zdravotnické pracovníky.

Vzdělávání zdravotnických asistentů je stanoveno Rámcovým vzdělávacím programem, na který navazuje Školní vzdělávací program. V oblasti jazykového

vzdělání a komunikace předměty rozvíjejí jazykové a komunikační dovednosti, směřují žáka ke kultivovanému projevu a také ho současně připravují na komunikaci v multikulturním prostředí. Společenskovědní vzdělávání pozitivně ovlivňuje hodnotový žebříček žáka a připravuje ho pro běžný život a s ním spojené celoživotní vzdělávání. Ve vzdělávání je zahrnuta výuka informačních a komunikačních technologií, která se v posledních letech začíná prosazovat do ošetrovatelství, například vedení sesterské elektronické dokumentace. Odborné vzdělání zdravotnických asistentů probíhá v teoretické a praktické rovině. Výuka odborných předmětů je zaměřena na ošetrovatelský proces a péči o skupiny nemocných s jednotlivými onemocněními. Studenti si osvojují potřebné ošetrovatelské postupy a nemalá pozornost je věnována ochraně zdraví při práci a dodržování hygienických a bezpečnostních požadavků (Rámcový vzdělávací program, 2008).

#### *1.5.1 Odborné kompetence zdravotnického asistenta v České republice*

Zdravotnický asistent má odborné kompetence v rozsahu dané vyhláškou MZ ČR č. 55/2011 Sb.

Zdravotnický asistent poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Realizuje ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony v rozsahu určeném všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou. Sleduje a do dokumentace zaznamenává fyziologické funkce (měření krevního tlaku, tělesné teploty, pulsu, dechu a jiné). Zdravotnický asistent se podílí na činnostech uspokojujících základní životní potřeby, jako je péče o vyprazdňování, hygienická péče, prevence dekubitů, dodržování dietního systému a pitného režimu. Zdravotnický asistent realizuje ošetrovatelské činnosti související s aplikací tepla a chladu, provádění rehabilitačního ošetrovatelství ve spolupráci s ergoterapeutem a fyzioterapeutem, včetně prevence imobilizačního syndromu. Provádí nácvik sebeobsluhy nemocného s cílem zlepšit soběstačnosti nemocného. Zdravotnický asistent se spolupodílí na herních aktivitách dětí starších tří let.



Další část vyhlášky specifikuje činnosti zdravotnického asistenta pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře. Zdravotnický asistent podává léčivé přípravky, výjimku tvoří nitrožilní a epidurální aplikace léků a aplikace intramuskulárních injekcí novorozencům a dětem do tří let věku. Zdravotnický asistent odebírá biologický materiál a provádí vyšetření biologického materiálu získaného z kapilární krve a neinvazivní cestou. Aktivně se účastní činností spojených s přípravou nemocných k diagnostickým a léčebným výkonům, příjmem, překladem, propuštěním i úmrtím nemocného. Je odborně proškolen v poskytování laické první pomoci a spolupráci při lékařské první pomoci. Spolupracuje se složkami integrovaného záchranného systému v oblasti ochrany zdraví člověka v mimořádných situacích. Vede a zaznamenává ošetrovatelské postupy do lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru se zdravotnický asistent podílí na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče (vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb).

#### *1.5.2 Uplatnění zdravotnického asistenta v současném ošetrovatelství*

Ukončení vzdělání úspěšným vykonáním maturitní zkoušky je absolvent oboru Zdravotnický asistent připraven k výkonu práce zdravotnického pracovníka pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře, který poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči dětem (s výjimkou novorozenců a dětí do 3 let), dospělým v rámci ošetrovatelského procesu smí zdravotnický asistent plánovat základní ošetrovatelské činnosti. Z výše zmíněného vyplývá, že zdravotnický asistent nemůže poskytovat ošetrovatelskou péči zcela samostatně, ale pod vedením všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře. Většinu základních ošetrovatelských činností může realizovat samostatně, ale uplatnění nenalezne tam, kde je ve směně pouze jeden nelékařský zdravotnický pracovník. Jako problematická se jeví terminologie „pod odborným dohledem“, která v praxi není dostatečně vysvětlena, ani pochopena. Další problematickou oblastí je psychosociální péče o nemocné, kdy v současné době došlo k omezení rozhodovacích funkcí zdravotnického asistenta.

Otázkou stále zůstává, jaký by měl být optimální poměr zdravotnických asistentů a všeobecných sester v praxi. Podle expertních odhadů by byl optimální poměr na odborném pracovišti třicet až čtyřicet procent všeobecných sester a zbylých šedesát procent by měli obsadit právě zdravotničtí asistenti (Mikšová, 2009).

Počátkem roku 2011 byla schválena novela zákona MZ ČR č. 96/2004 Sb. Změna se dotkla zdravotnických asistentů v tom smyslu, že ošetrovatelskou péčí spojenou s uspokojováním základních potřeb a sebeděčí nemocných, může zdravotnický asistent provádět bez odborného dohledu, ostatní kompetence se nemění (zákon č. 96/2004 Sb.).

Další vývoj profese sebou nese mnoho otázek. Většina absolventů po ukončení střední školy pokračuje ve vzdělávání na vyšších a vysokých školách, nepatrná část absolventů nachází uplatnění v nemocnicích. Úspěšnost či neúspěšnost absolventů v této nové profesi závisí na mnoha faktorech. Jeden z faktorů je motivace k volbě povolání, kvalitní odborná příprava zdravotnického asistenta a dále pak začlenění profese zdravotnického asistenta do ošetrovatelského týmu. Důležitá je podpora a zájem manažerů zdravotnických zařízení o tuto kategorii zdravotnického pracovníka (Tomčíková, 2006; Pokojová, 2006).

### ***1.6 Management ve zdravotnictví***

Management a ošetrovatelství jsou samostatné vědecké disciplíny, které se intenzivně rozvíjejí, vzájemně se doplňují a ovlivňují. Jedná se o dynamický proces plný změn a změna je součástí dnešního profesionálního ošetrovatelství. Management v ošetrovatelství se od komerčního managementu liší filozofií poskytovaných služeb. Ošetrovatelský management musí reagovat na změny, nést odpovědnost a postavit se do čela procesu změn. Schopnost inovovat a pohotově reagovat je hlavním kritériem úspěšnosti. Iniciátorem změn může být ten manažer, který pochopil, že stanovených cílů lze dosáhnout pozitivní motivací lidí a poskytováním kvalitních služeb. Kvalitní proces přináší kvalitní výsledek. Každý jedinec je zodpovědný za svůj osobní růst. Uznání, kvalita osobnosti a její práce jsou základem sebedůvěry a ta je základem vykonávání kvalitní práce (Gladkij, 2003; Grohar-Murray, 2003).

Aktivní účast sester na změnách v ošetrovatelské praxi je velmi důležitá, vede k posílení prestiže profese. Sestry musí pochopit proces a přijmout proces změny a jeho nezbytnost ve své praxi. Některé sestry se stávají původci změn, ale často jsou jen příjemci změn. Změny mohou být plánované, řízené, anebo zcela náhodné. Sestra musí umět zvládnout změny do takové míry, aby byly zachovány profesní hodnoty, standardy a zájmy nemocných. Na sestřích manažerkách spočívá celková odpovědnost za změny v profesi (Kilíková, 2008).

#### *1.6.1 Organizace řízení zdravotnického týmu*

„Nejvyšším metodickým článkem oboru je ministerstvo zdravotnictví. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetrovatelství v České republice. Vyjadřuje se ke všem organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče. V jeho kompetenci je zřizovat a ustanovovat pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí (Mayerová, 2000, s. 13)“.

Struktura ošetrovatelského managementu je rozdělena do několika úrovní. Špičkoví řídicí pracovníci, mezi které řadíme ředitele, náměstky, hlavní sestru (top management), jsou pracovníci, kteří mění nebo vytvářejí strukturu organizace, koncipují strategické plány, zaměřují se na vize a koncepce, plánují motivační programy a jsou na vrcholu řídicí pyramidy. K plnění manažerských funkcí by měli manažeři přistupovat odpovědně a spravedlivě, věci dělat účelně a hospodárně. Střední management (middle management), kam zařazujeme primáře a vrchní sestry, využívá střednědobé plánování. Těžištěm jejich práce je tvorba krátkodobých plánů a organizace práce na jednotlivých úsecích pracoviště. Účelem středního managementu je získávání a předávání informací, orientace v mezilidských vztazích a stanovení konkrétních cílů. V současné době dochází často ke sloučení funkce vrchní a staniční sestry, přičemž dochází k podstatnému zeštíhlení středního managementu. Manažeři první linie (Loir management), operativní pracovníci, tvoří základní úroveň vedoucích pracovníků. Do

této skupiny manažeru patří staniční sestry, které zajišťují komunikaci s vedením, operativně řeší každodenní problémy, krátkodobě plánují, vykonávají činnosti související s adaptací nových pracovníků, kontrolují a hodnotí. Podílejí se na motivaci a odměňování pracovníků, ale také sankcionují podřízené pracovníky. Svůj tým vedou, vzdělávají a mentorují. Sestra manažerka by měla být loajální ke svým podřízeným, měla by být jejich oporou a obhájkyní. To jí umožní lépe porozumět postojům a požadavkům týmu (Gladkij, 2003; Chrzová, 2005).

### *1.6.2 Charakteristika týmu*

Týmová práce se stala podstatnou částí pracovní kultury, tým je v dobře fungující organizaci chápán jako základní pracovní jednotka, která se vymezuje a propojuje dovednostmi, zkušenostmi a pohledem jednotlivých členů, které vedou k rozvoji organizace (Tepper, 1996).

Prioritou ošetrovatelské péče je týmová spolupráce mezi jednotlivci ve stávajícím kolektivu. Ošetrovatelství je profese, kterou si nelze představit bez týmové spolupráce. Každý člen týmu musí uznávat druhého člena týmu jako rovnocenného partnera, vzhledem k vykonávaným činnostem, které na sebe úzce navazují a jsou ve vzájemné závislosti. Je nutné pochopit, že individuální zájmy jsou podřízeny celku a společnému cíli, což je pacient. Konečný výsledek poskytované ošetrovatelské péče ve svém důsledku závisí na odborných a morálních kvalitách všech členů ošetrovatelsko-zdravotnického týmu (Škrlovi, 2003).

Kdo je tedy členem ošetrovatelského týmu? Jsou to odborně vzdělané všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelky a sanitárky. Součástí profesionálního ošetrovatelského týmu jsou také i jiné odborné profese, které se podílejí na poskytování odborné a profesionální ošetrovatelské péče, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, radiologičtí asistenti a další nelékařské profese. Lékař nepatří do ošetrovatelského týmu, ale jeho odborné činnosti ovlivňují ošetrovatelský tým zvenčí. Odborná role lékaře je v týmu nezastupitelná, obohacuje odbornou úroveň a významnou měrou se podílí na rozvoji ošetrovatelství. V moderním ošetrovatelství není sestra v pasivní roli, ale je rovnocennou odbornou partnerkou lékaře (Pacovský, 1981).

Ošetrovatelský tým má jasně vymezené funkce a kompetence, z čehož vyplývá nezastupitelnost jednotlivých nelékařských zdravotnických profesí. Pochopení významu týmové práce je velmi důležité a jednoznačně vede k poskytování efektivní ošetrovatelské péče. Čím více se jednotlivec podílí na společném rozhodnutí – participaci, tím více je motivován k vyššímu výkonu. Utváření ošetrovatelského týmu není jednoduchá záležitost. Hlavním cílem týmu je správná komunikace a ochota spolupracovat uvnitř týmu. Ve značné míře se na vytvoření efektivního ošetrovatelského týmu podílí pracovní atmosféra a role sester manažerek. Způsob vzájemné komunikace týmu, naslouchání, důvěra a transparentnost, vedení diskuzí a vyvození závěrů, přispívá k poskytování efektivní ošetrovatelské péče. Není složité sestry naučit technické dovednosti, ale mnohem náročnější naučit je laskavosti, empatii a lidskému přístupu k pacientovi. Současné ošetrovatelství si nemůže dovolit žádné kompromisy při výchově profesionálů, kteří nejsou ochotni spolupracovat a poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Abychom dosáhli stanovených cílů, musíme se naučit respektu, otevřeně komunikovat a vytvářet takové prostředí, které povede k efektivní týmové spolupráci (Bělohlávek, 2008; Škrlovi, 2003).

### *1.6.3 Hodnocení ošetrovatelského týmu*

Pravidelné hodnocení a sebehodnocení členů ošetrovatelského týmu a jejich pracovního výkonu má řadu výhod, ale i řadu nevýhod. Pravidelná setkání členů týmu se svým nadřízeným za účelem hodnocení je jedinečnou příležitostí, jak s odstupem hodnotit každodenní pracovní situace. Převedeme-li tuto situaci do zdravotnictví, tak máme jedinečnou možnost vzájemné konfrontace dosažených výsledků a příležitost pro stanovení cílů na další období. Ve zdravotnictví je nutné neustále hledat možnosti, které povedou ke zkvalitnění péče. Pravidelné hodnocení potencuje výkonnost, motivaci (uspokojování individuálních potřeb nemocného, kvalita ošetrovatelské péče), což ve svém důsledku vede k osobnímu i profesnímu růstu, aktivnímu přístupu (ošetrovatelský proces) a odpovědnosti při poskytování ošetrovatelské péče. Každá zpětná vazba, vhodně interpretovaná, prováděná kvalifikovaným manažerem, vede k pochopení vlastních rezerv a vede hledání profesních možností. Vzdělaná sestra

manažerka může během pravidelných setkání lépe poznat své spolupracovníky (podřízené), odhalovat dovednosti, popřípadě nedostatky, které se za hodnotící období vyskytly. Není neobvyklé, že ještě dnes jsou pracoviště, která svému zaměstnanci neposkytují možnost sebereflexe a zpětnou vazbu jeho pracovního výkonu. Neuvědomují si, že je to největší deviza, kterou svému zaměstnanci mohou dát (Škrlovi, 2003).

Hodnocení jednotlivců, ale i celého ošetrovatelského týmu vychází z jasně stanovených a předem daných hodnotících kritérií. Aby mohlo být hodnocení objektivní, musí mu předcházet hodnocení průběžné – neformální. Zpětnou vazbu poskytuje sestra manažerka příslušného oddělení. Zde se jí otevírá prostor pro odměňování pracovníků a především možnost vybudovat korektní vztahy mezi vedením a zaměstnancem. Spravedlivé hodnocení, péče o své podřízené, neformální uznání, má jeden cíl a to poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a motivovat zdravotnické pracovníky k vlastní iniciativě, vzdělávání se a spoluúčast na chodu a řízení oddělení. Odměňování v moderním řízení lidských zdrojů neznamena pouze mzdu nebo jiné formy materiálních odměn. Odměňování zahrnuje již zmíněné formální uznání či postup na pracovní pozici. Vzhledem k ekonomické situaci většiny zdravotnických zařízení je nutné pracovat při hodnocení a odměňování s méně hmatatelnými nehmotnými prostředky. Je prioritním zájmem každé manažera/ky oddělení, aby nově příchozí členy týmu s hodnocením a odměňováním seznámili. Zpětná vazba pro každého jednotlivého člena ošetrovatelského týmu je velmi cenná a proto by měla být srozumitelná, měla by vycházet z daných standardů, metodického pokynu zdravotnického zařízení a měla by probíhat kontinuálně. Neformální hodnocení slouží jako podklad k hodnocení formálnímu, které se provádí za dané časové období. Hodnocení zaměstnanců na sestry manažerky klade značné nároky, a proto je v moderním ošetrovatelství nutné, aby právě tyto řídicí pracovníci byli vzdělávání v oblasti managementu a řízení lidských zdrojů (Grohar-Murray, 2003; Škrlovi, 2003).

Jak již bylo výše uvedeno, je nutná osobní příprava sestry manažerky k individuálnímu hodnocení a v žádném případě by nemělo dojít k podcenění této přípravy. Nezbytné je vedení osobní složky každého člena ošetrovatelského týmu.

Hodnotící kritéria pokrývají oblast pracovního výkonu, osobnosti, řídicí činnosti a vzájemně se mohou prolínat. Sestra manažerka by měla během hodnocení naslouchat a povzbuzovat svého spolupracovníka při sebehodnocení. Měla by pochopit problémy a jejich kontext, společně hledat prostředky a možnosti pro jejich překonání a vyjádřit svůj názor na dosažené výsledky. Během hodnocení je třeba postupovat chronologicky od úspěchu, splněných cílů k oblasti možného zlepšení až k nezdarům v daném období. Vhodně komunikuje a aktivně vede člena týmu ke stanovení si dílčích cílů. Dbá, aby cíl byl měřitelný, realistický a termínovaný.

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíle práce***

Cíl 1: Zjistit stav naplňování kompetencí zdravotnických asistentů

Cíl 2: Zmapovat postavení zdravotnických asistentů v současném profesionálním ošetrovatelství.

Cíl 3: Zjistit názory managementu na využití těchto dvou nelékařských profesí při poskytování ošetrovatelské péče.

### ***2.2 Hypotézy***

H 1: Zdravotničtí asistenti jsou vedeni k dodržování kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče dané zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 55/2011 Sb.

H 2: Kompetence zdravotnického asistenta přispívají k efektivnímu poskytování ošetrovatelské péče v rámci zdravotnického týmu

H 3: Při poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu upřednostňuje management všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty.



## **3 METODIKA**

### ***3.1 Metodika práce***

Pro zpracování této diplomové práce bylo zvoleno kvantitativní šetření.

Kvantitativní šetření probíhalo prostřednictvím dotazníků (příloha 1 a 2), které byly rozdány všeobecným sestřím, zdravotnickým asistentům a sestřím manažerkám pracujících na standardním oddělení. Získaná data byla zpracována do grafů, schémat a tabulek pomocí programu Microsoft Excel verze 2010 a program SPSS verze 17.0.

Byly připraveny dva typy dotazníků, jeden pro sestry manažerky a druhý typ pro zdravotnické asistenty a všeobecné sestry. Pro zdravotnické asistenty a všeobecné sestry byl dotazník anonymní a obsahoval celkem 23 otázek, 10 otázek uzavřených, 9 otázek polouzavřených, které umožňovaly výběr z odpovědí a zároveň možnost vyjádření vlastního názoru. Dále obsahoval 4 otázky, kde mohli respondenti označit více možných odpovědí. Dotazník pro sestry manažerky byl anonymní a obsahoval 21 otázek. 9 otázek bylo uzavřených, 9 otázek polouzavřených a 3 otázky otevřené. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíce března 2012.

### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

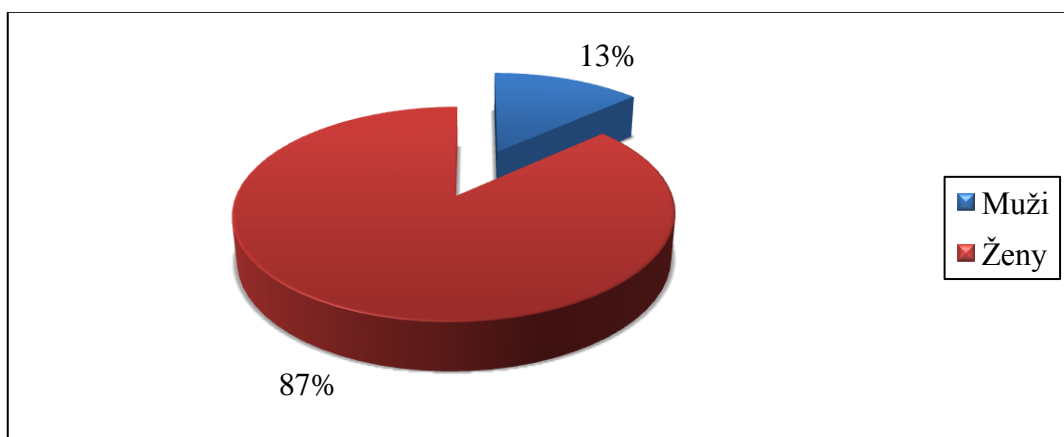
Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření reprezentovaly vrchní a staniční sestry, dále všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti z nemocnic v Praze a Středočeském kraji. Záměrně neuvádím konkrétní zdravotnická zařízení z důvodu jejich požadavku nebýt zveřejňovány. Dotazníky byly sestřím manažerkám rozdány v celkovém počtu 100 kusů, vráceno bylo 96 (87 %) a následně vyřazeno pro neúplné vyplnění 6 (5 %) dotazníků. Soubor pro zjišťování výzkumných údajů tedy tvořilo 90 (100 %) sester manažerek. Druhý typ dotazníků byl rozdán všeobecným sestřím a zdravotnickým asistentům v počtu 210 kusů. Vráceno bylo 192 (91 %) dotazníků, z toho bylo posléze vyřazeno 11 (5 %) dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo celkem 181 (100 %) všeobecných sester a zdravotnických asistentů.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky kvantitativního šetření

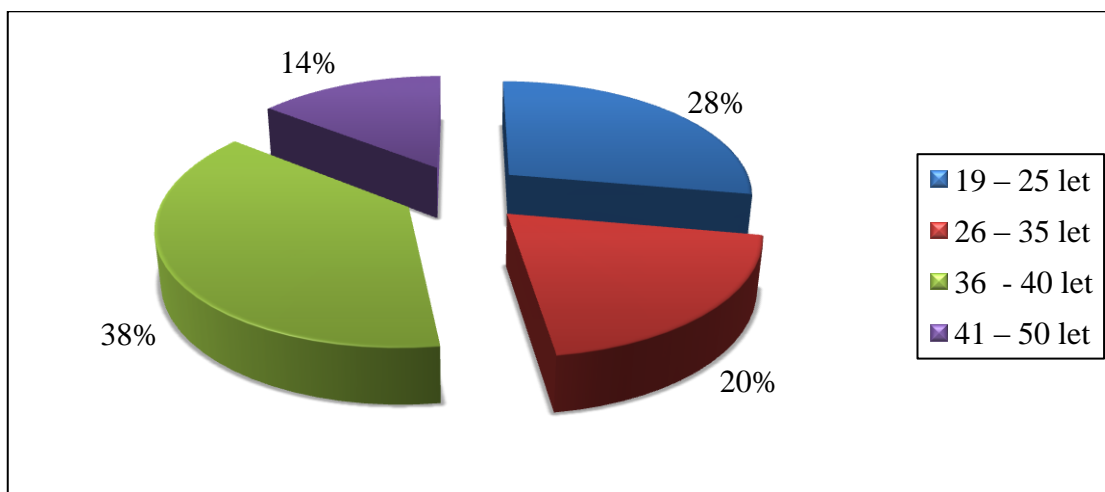
#### 4.1.1 Výsledky kvantitativního šetření s respondenty – sestrami manažerkami

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



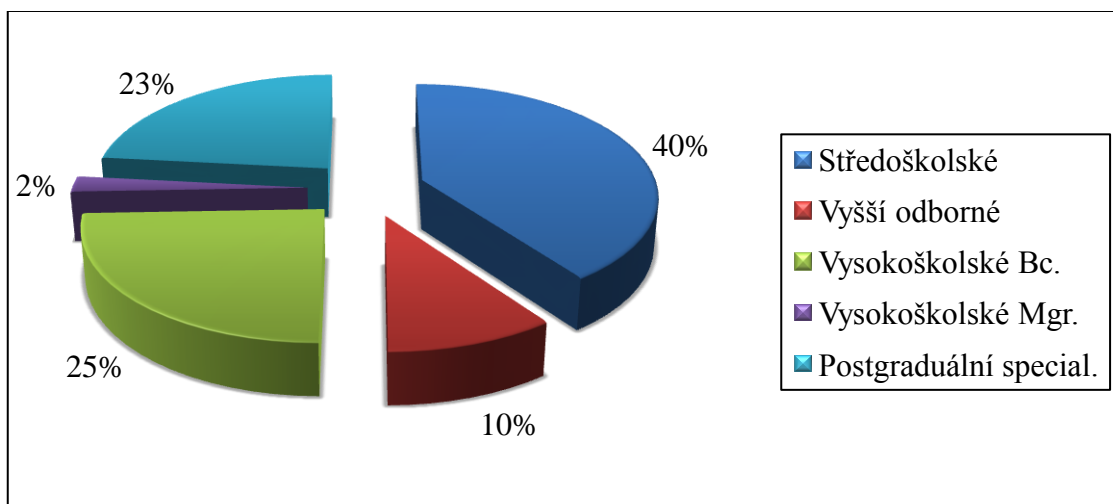
Z celkového počtu 90 respondentů (100 %), bylo 12 (13,3 %) mužů a 78 (86,7 %) žen.

**Graf 2 Věk respondentů**



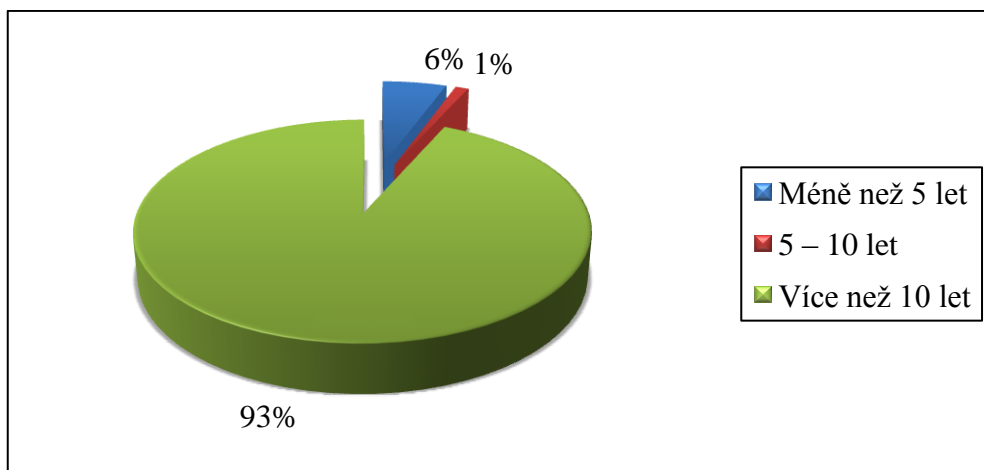
Z 90 respondentů (100 %) byla věková kategorie 19 – 25 let reprezentována 25 respondenty (27,8 %), ve věkové kategorii 26 – 35 let 18 (20 %) respondenty, věk 36 – 40 let byl zastoupen 34 (37,8 %) respondenty a věková kategorie 41 -50 let byla reprezentována 13 (14,4 %) respondenty.

**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání**



Z počtu 90 respondentů (100 %) má středoškolské vzdělání 36 (40 %) respondentů, vyšší odborné 9 (10 %), vysokoškolské – bakalářské vzdělání reprezentovalo 22 (24,4 %) respondentů, 2 respondenti měli vysokoškolské – magisterské (2,2 %) vzdělání, postgraduální specializační vzdělání má 21 respondentů (23,4 %).

**Graf 4 Délka praxe respondentů**



Z 90 respondentů (100 %) 5 (5,6 %) respondentů pracuje méně než 5 let ve zdravotnictví, 5 – 10 let je ve zdravotnictví 1 (1,1 %) respondent, 10 a více let pracuje ve zdravotnictví 84 (93,3 %) respondentů.

**Tabulka 1 Preferování VS**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	46	51,1	51,1	51,1
Nerozhodují	39	43,3	43,3	94,4
Ne	5	5,6	5,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

46 (51,1 %) sester manažerek preferuje při přijetí na oddělení všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty. O přijetí ZA na oddělení nerozhoduje 39 (43,3 %) manažerek a 5 (5,6 %) manažerek uvedlo odpověď ne, nepreferují VS před ZA.

**Tabulka 2 Vliv na přijetí či nepřijetí ZA**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Management nemocnice	33	36,7	36,7	36,7
Vyhláška 411/2011	21	23,3	23,3	60,0
Zdravotní pojišťovna	22	24,4	24,4	84,4
Ekonomické vlivy	6	6,7	6,7	91,1
Mám vliv já	8	8,9	8,9	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

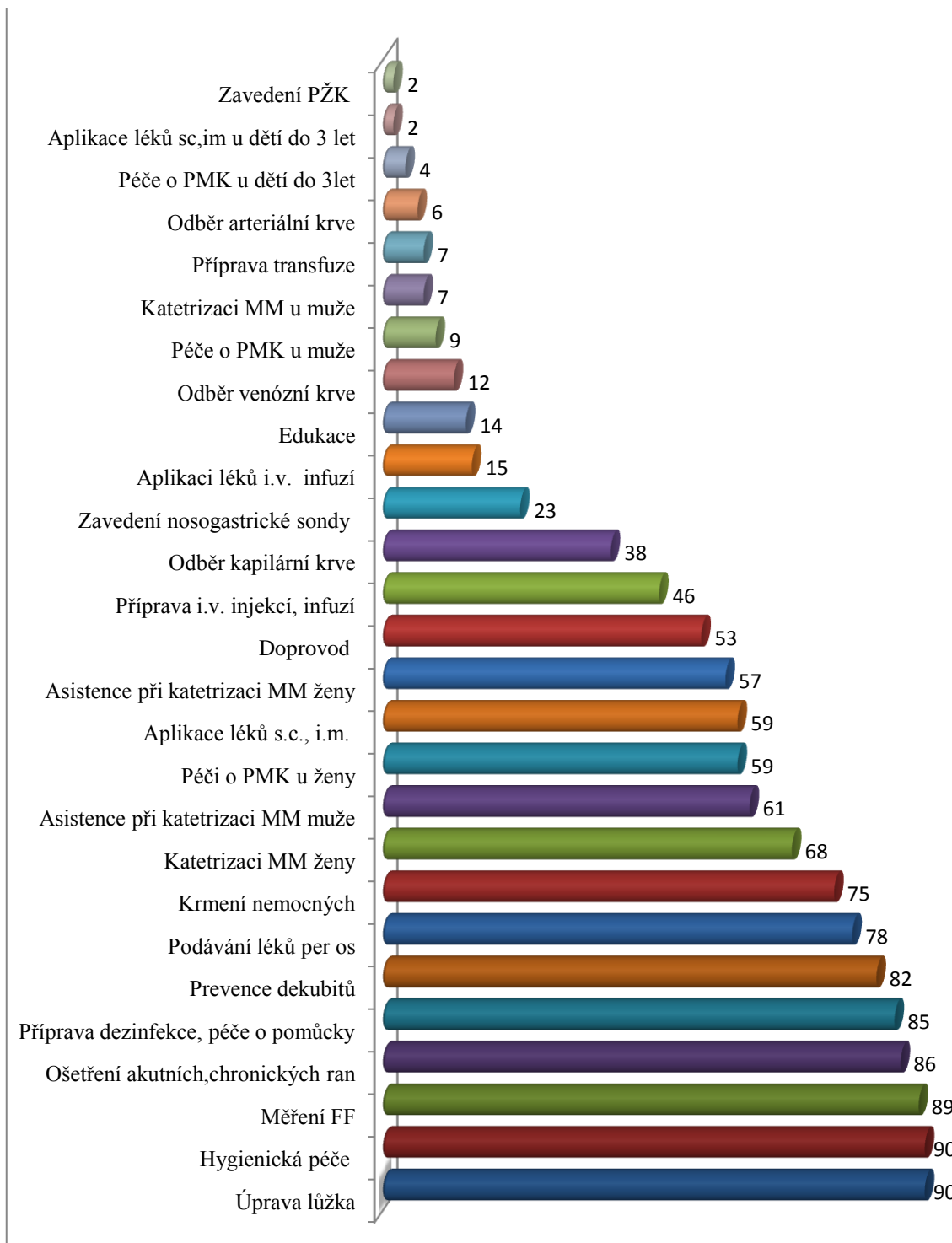
Z 90 respondentů (100 %) odpovědělo 33 (36,7 %) respondentů, že vliv na přijetí ZA do zdravotnického zařízení má management nemocnice, 21 (23,3 %) respondentů se řídí při přijetí ZA vyhláškou 411/2011, požadavky zdravotní pojišťovny označilo 22 (24,4 %) respondentů, 6 (6,7 %) respondentů uvedly ekonomické vlivy a svůj vlastní vliv uvedlo 8 (8,9 %) respondentů.

**Tabulka 3 Orientace ve výkonech kompetentních provádět ZA**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	56	62,2	62,2	62,2
Ne	0	0	0	0,0
Nejsem si zcela jist	34	37,8	37,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z počtu 90 (100 %) respondentů uvedlo 56 (62,2 %) respondentů odpověď ano, orientují se ve výkonech, které je ZA kompetentní provádět. Ne, neuvedl žádný respondent a nejsem si zcela jist, které výkony je ZA kompetentní provádět označilo 34 (37,8 %) respondentů.

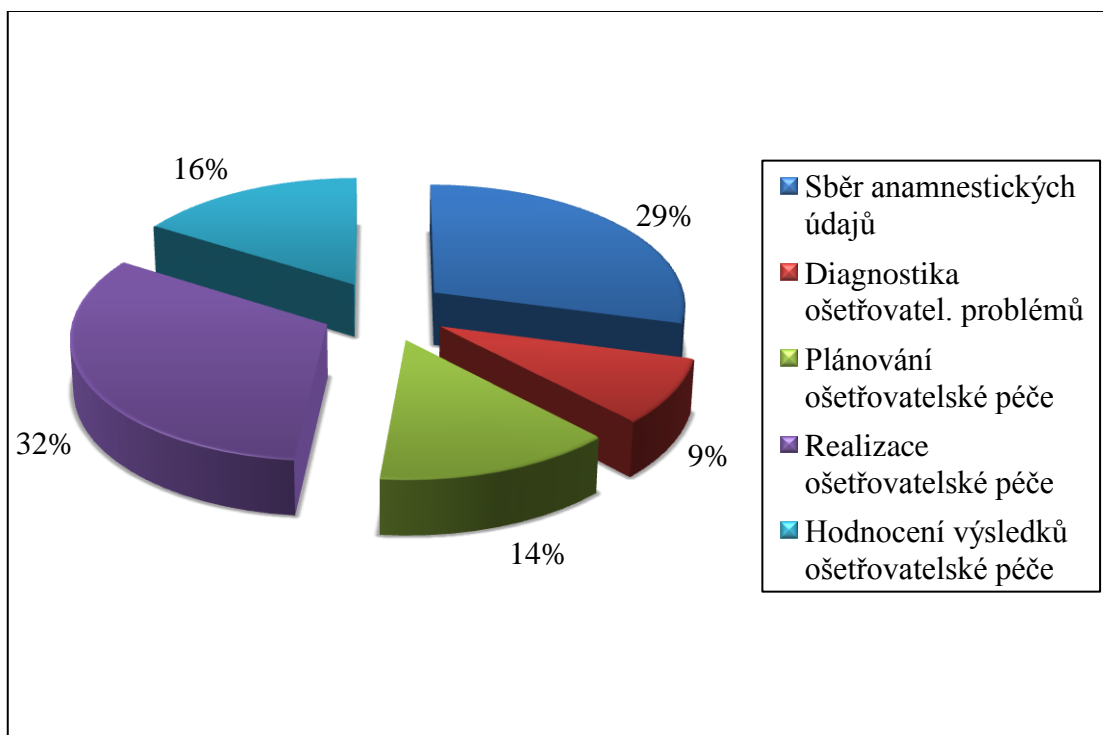
**Graf 5 Ošetrovatelské činnosti, které je kompetentní poskytovat ZA**



Respondenti měli u této otázce možnost více odpovědí, proto jsou výsledky uvedeny v absolutních číslech. Ředění dezinfekčních prostředků a péči o pomůcky

respondenti označili 85krát, 90krát úpravu lůžka a taktéž 90krát hygienickou péči. Další z ošetrovatelských činností, které ZA vykonává, respondenti označili 75krát krmení nemocných, 82krát prevenci dekubitů, 59krát doprovod na vyšetření. Měření fyziologický funkcí poznamenali respondenti 89krát, 53krát udali odběr kapilární krve a 38krát odběr krve venózní, 12krát respondenti uvedli odběr arteriální krve. Ošetření akutních a chronických ran uvedli respondenti 86krát. Z dalších ošetrovatelských činností, které ZA poskytuje, označili respondenti 68krát katetrizaci močového měchýře u ženy a 6krát uvedli katetrizaci močového měchýře u muže. Asistence ZA při katetrizaci močového měchýře ženy označili respondenti 7krát u muže 57krát. Péči o močový katétr ženy uvedli 61krát, 9krát u muže a u dítěte do 3 let uvedli respondenti 4krát. ZA v rámci poskytované ošetrovatelské péče podává léky per os, tuto odpověď označili respondenti 78krát, aplikaci léků i.m.,s.c. kromě dětí do tří let uvedli respondenti 59krát, aplikací léků dětem do tří let označili respondenti 2krát. Přípravu i.v.injekcí a infuzních roztoků uvedli 46krát a aplikaci léků i.v. a infuzí 15krát. Odpověď zda se ZA se podílí na přípravě a asistenci u transfuze značili respondenti 7krát. Zavedení nosogastriční sondy uvedli respondenti 23krát a 2krát označili možnost zavedení periferního žilního vstupu. V rámci poskytované ošetrovatelské péče, ZA provádí edukaci nemocného a respondenti nabízenou možnost označili 14krát.

**Graf 6 V rámci ošetrovatelského procesu poskytuje ZA ošetrovatelské činnosti**



Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí je 257 (100 %). ZA se v rámci ošetrovatelského procesu podílí na sběru anamnestických údajů označili respondenti 74krát (29 %). Diagnostiku ošetrovatelských problémů označili respondenti 22krát (9 %), 35krát (14 %) označili respondenti plánování ošetrovatelské péče, realizaci ošetrovatelské péče uvedli respondenti 82krát (32 %) a hodnocení výsledků ošetrovatelské péče odpověděli respondenti 41krát (16 %).

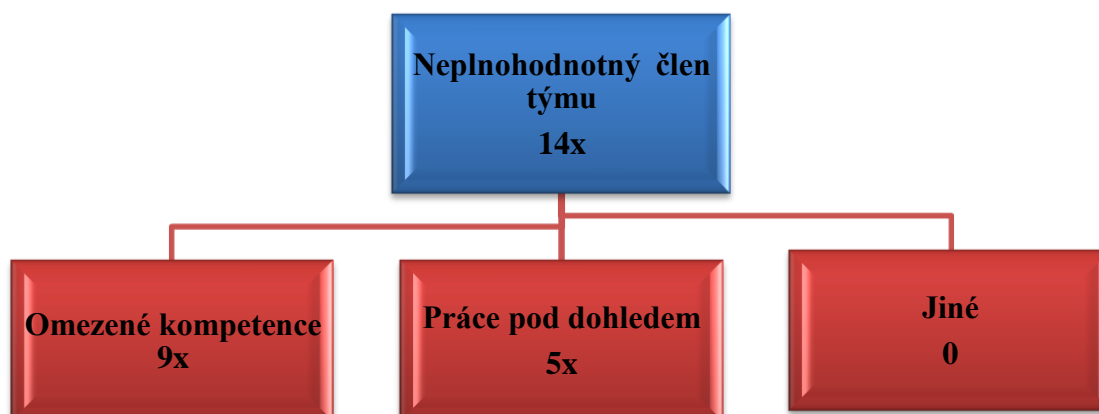


**Tabulka 4 ZA plnohodnotný člen ošetrovatelského týmu**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	43	47,7	47,7	47,8
Pouze částečně	33	36,7	36,7	84,4
Ne	14	15,6	15,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z počtu 90 (100 %) respondentů považuje ZA za plnohodnotného člena ošetrovatelského týmu 43 (47,7 %), 33 (36,7 %) respondentů vnímá ZA pouze částečně jako člena ošetrovatelského týmu. Odpověď ne zvolilo 14 (15,6 %) respondentů.

**Schéma 1 Důvod pro neplnohodnotného člena týmu**



Respondenti měli možnost odpovědět ze tří možných odpovědí. Ti, kteří označili odpověď „Ne“ 14 (15,6 %), mohli následně označit další tři možné varianty odpovědí. Omezené kompetence označilo 9 respondentů, 5 respondentů uvedlo práci pod dohledem. Odpověď jiné neuvedl žádný z respondentů. Sestry manažerky nepovažují ZA za plnohodnotného člena týmu.

**Tabulka 5 Kompetence ZA určené zákonnou normou**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Přínosné	34	37,7	37,7	37,7
Nepřínosné	50	55,6	55,6	93,3
Jiné	6	6,7	6,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

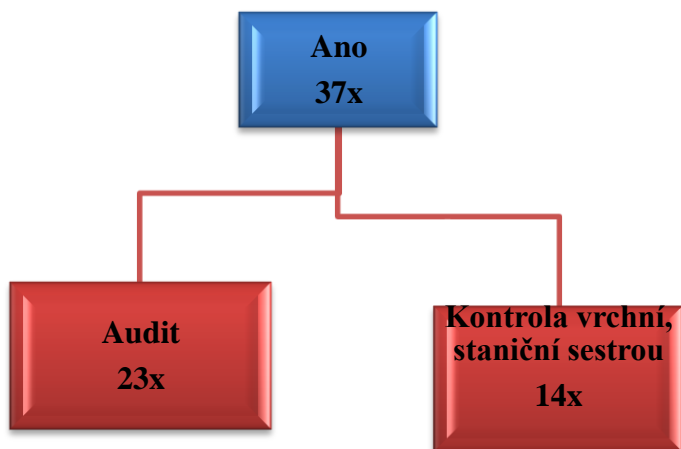
Z počtu 90 (100 %) respondentů považuje kompetence ZA za přínosné 34 (37,7 %), 50 (55,6 %) se domnívá, že kompetence ZA určené zákonnou normou jsou nepřínosné. Odpověď jiné zvolilo 6 (6,7 %) respondentů, kteří považují kompetence ZA za byrokratické.

**Tabulka 6 Kontrolní mechanismy dodržování kompetencí ZA**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	37	41,1	41,1	41,1
Nevím o nich	45	50,0	50,0	91,1
Ne	8	8,9	8,9	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z počtu 90 (100 %) respondentů 37 (41,1 %) uplatňuje kontrolní mechanismy dodržování kompetencí ZA, 45 (50 %) respondentů neví, zda jsou kontrolní mechanismy v rámci zařízení uplatňovány, 8 (8,9 %) zvolilo odpověď ne.

## Schéma 2 Kontrolní mechanismy dodržování kompetencí ZA.



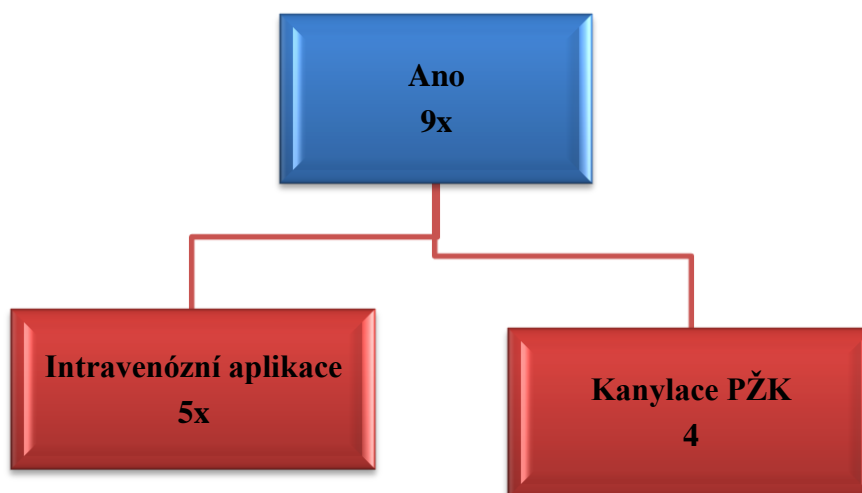
Sestry manažerky měly možnost odpovědět ze tří možných odpovědí. Ty, které označily odpověď ano 37 (41,1 %), se mohly dále vyjádřit, jaké kontrolní mechanismy jsou uplatňovány. Audit uvedlo 23 sester manažerek, kontrola vrchní, staniční sestrou zaznamenalo 14 manažerek.

**Tabulka 7** Pověřování ZA činnostmi nad rámec kompetencí

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	9	10,0	10,0	10,0
Částečně ano	34	37,8	37,8	47,8
Výjimečně	20	22,2	22,2	70,0
Nejsem jist/a	8	8,9	8,9	78,9
Ne	19	21,1	21,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z počtu 90 respondentů (100 %) pověřuje ZA ve výjimečných případech činnostmi nad rámec kompetencí 9 (10 %), 34 (37,8 %) pouze částečně, zcela výjimečně ZA pověřuje činnostmi nad rámec kompetencí 20 (22,2 %) respondentů. Odpověď nejsem se jist/a zvolilo 8 (8,9 %) respondentů a 19 (21,1 %) respondentů uvedlo odpověď ne.

### Schéma 3 Pověřování ZA činnostmi nad rámec kompetencí



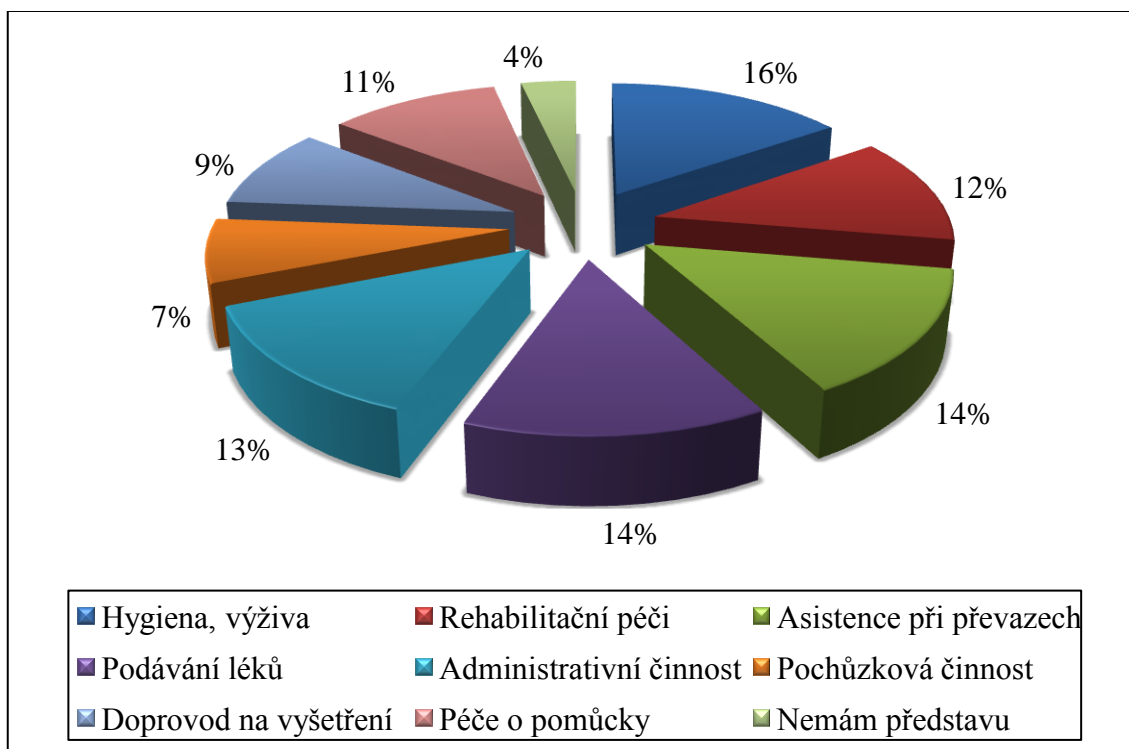
Sestry manažerky měly možnost odpovědět na otázku, zda pověřují ZA ve výjimečných případech činnostmi nad rámec jejich kompetencí. Z pěti možných variant, zvolilo ano 9 (10 %) manažerek, které mohly dále odpovídat, jakými činnostmi ZA pověřují. Intravenózní aplikaci označilo 5 a kanylaci PŽK 4 manažerky.

**Tabulka 8 Kritéria přijetí ZA**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozsah kompetencí	18	20,0	20,0	20,0
Ekonomické	25	27,8	27,8	47,8
Uplatnění ve směnném provozu	47	52,2	52,2	100,0
Jiné	0	0	0	
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) se 18 (20 %) domnívá, že kritériem pro přijetí ZA do zdravotnického zařízení je rozsah kompetencí, 25 (27,8 %) považuje za důvod přijetí kritéria ekonomická. Uplatnění ve směnném provozu uvedlo 47 (52,2 %) respondentů. Nabídku jiné nevyužil nikdo.

**Graf 7 Uplatnění ZA v ošetrovatelských činnostech**



Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Z celkových 593 (100 %) odpovědí, ve kterých ošetrovatelských činnostech by ZA našel profesní uplatnění, respondenti 91krát (16 %) zvolili hygienu a výživu, 85krát (14 %) respondenti vybrali odpověď asistence při převazech. Z další nabídky profesního uplatnění ZA, respondenti uvedli 81krát (14 %) podávání léků a 79krát (13 %) administrativní činnosti. Z nabídky odpovědí dále respondenti zvolili 73krát (12 %) rehabilitační péči a 65krát (11 %) respondenti označili odpověď péče o pomůcky. Dále pak respondenti uvedli 55krát (9 %) doprovod na vyšetření a 43krát (7 %) pochůzkovou činnost. 21krát (4 %) respondenti odpověděli, že nemají představu, v jakých ošetrovatelských činnostech by našel ZA profesní uplatnění.

**Tabulka 9 Standard vymezující odborný dohled**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	35	38,9	38,9	38,9
Nevím	6	6,7	6,7	45,6
Ne	49	54,4	54,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z 90 (100 %) respondentů 35 (38,9 %) uvedlo, že má na svém pracovišti vypracovaný standard vymezující odborný dohled. 6 (6,7 %) respondentů zvolilo odpověď nevím. Z další nabídky odpovědí označilo 49 (54,4 %) respondentů odpověď ne.

**Tabulka 10 Budoucnost ZA**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Studium VŠ	72	80,0	80,0	80,0
Levná pracovní síla	13	14,4	14,4	94,4
Zbytečný	5	5,6	5,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

72 (80 %) respondentů zvolilo možnost, že ZA bude dále studovat na VŠ, 13 (14,4 %) respondentů se domnívá, že se ZA stane levnou pracovní silou. ZA bude v budoucnu zbytečný, označilo 5 (5,6 %) respondentů.

**Tabulka 11 Respektování pracovní náplně ZA**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	24	26,7	26,7	26,7
Částečně	66	73,3	73,3	100,0
Ne	0	0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

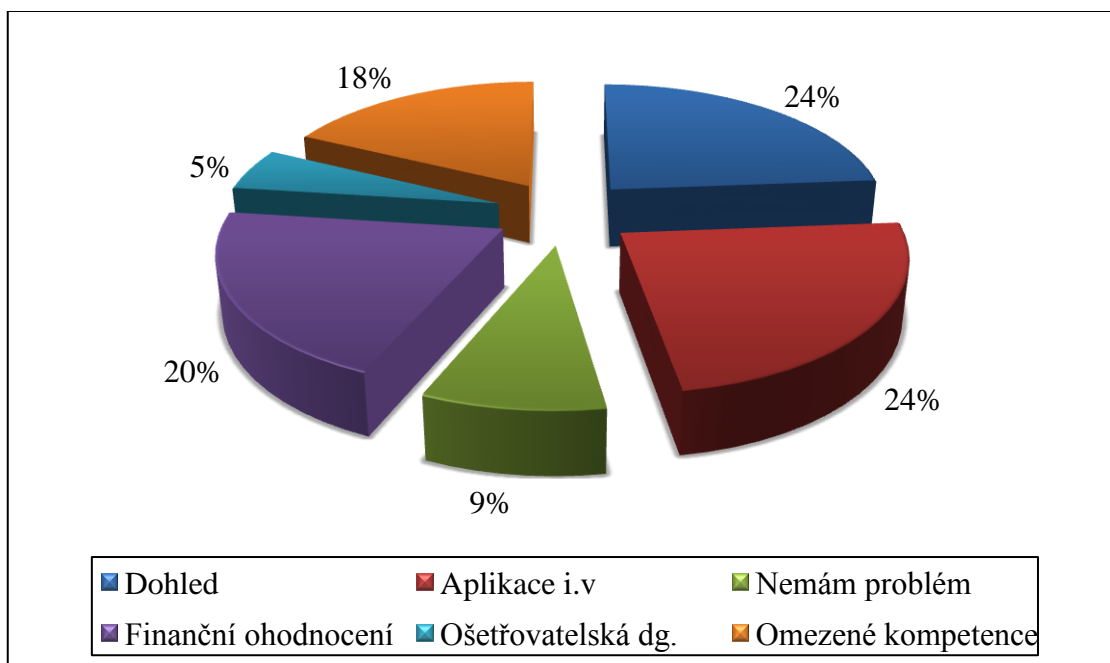
Z počtu 90 (100 %) respondentů 24 (26,7 %) označili odpověď kladnou, ZA respektují pracovní náplně, 66 (73,3 %) respondentů se domnívá, že ZA respektuje pracovní náplň pouze částečně. Žádný z respondentů se nerozhodl pro odpověď ne.

**Tabulka 12 Respektování VS pracovní náplně ZA**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	58	64,4	64,4	64,4
Částečně	32	35,6	35,6	100,0
Ne	0	0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z 90 (100 %) respondentů uvedlo 58 (64,4 %), že VS respektují pracovní náplně ZA. Dalších 32 (35,6 %) se domnívá, že respektují částečně. Odpověď ne neuvedl žádný respondent.

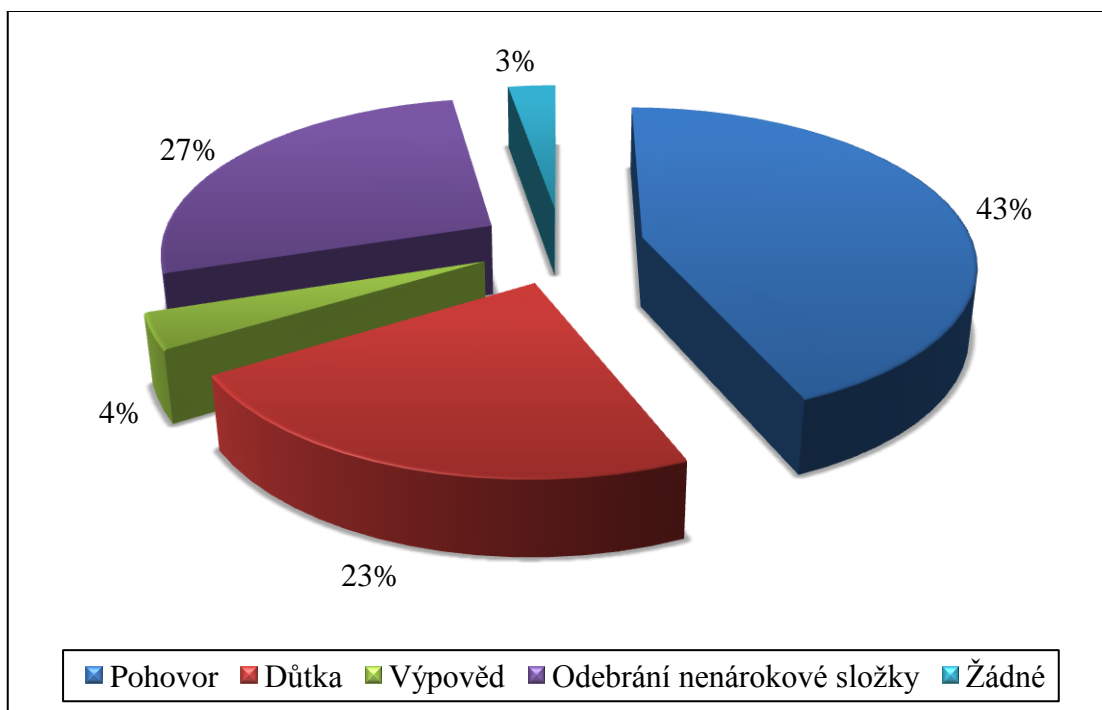
**Graf 7 Rozdíly v kompetencích ZA a VS**



Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Z celkového počtu 383 (100 %) odpovědí, jaké vnímají rozdíly v kompetencích ZA a VS, uvedli 90krát (24 %) oblast odborného dohledu, 79krát (20 %) zvolili finanční ohodnocení. Jako rozdíl v kompetencích VS a ZA vnímají respondenti v aplikaci i.v., tuto možnost označili 90krát (24 %). 20krát (5 %) zvolili z nabídky odpovědí ošetrovatelskou diagnostiku, 34krát (9 %) respondenti uvedli, že nemají problém s rozdílnými kompetencemi a 68 krát (18 %) uvedli respondenti omezené kompetence.



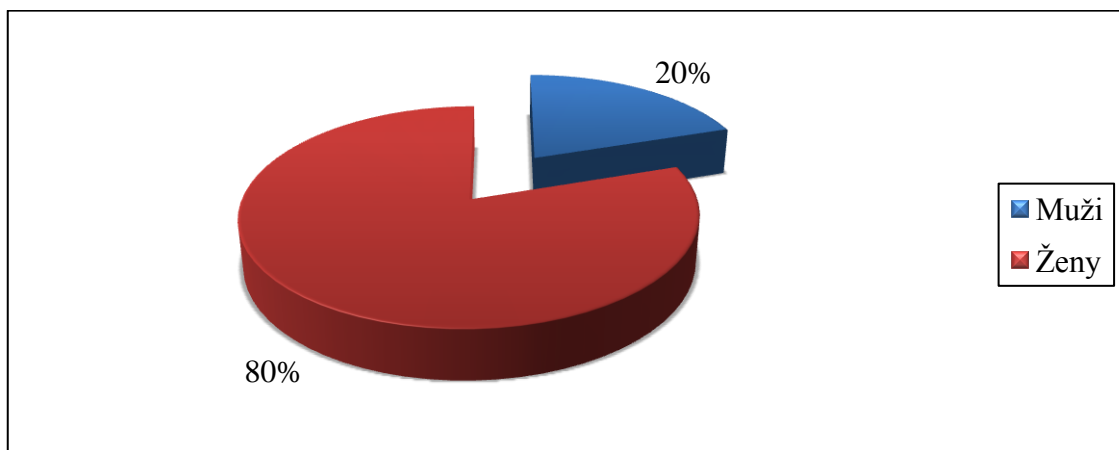
**Graf 8 Postihy v případě překročení kompetencí**



Respondenti měli možnost u této otázky výběru více odpovědí. Z celkového počtu 110 (100 %) odpovědí týkajících se postihu v případě překročení kompetencí ZA uvedli respondenti 48krát (43 %) pohovor. Důtka, jako forma postihu byla respondenty uvedena 25krát (23 %). Výpověď jako postih v případě překročení kompetencí zvolili respondenti 4krát (4 %), 30krát (27 %) respondenti uvedli jako formu postihu, odebrání nenárokové složky mzdy. 3krát (3 %) respondenti odpověděli, že nejsou uplatňovány žádné postihy v případě překročení kompetencí.

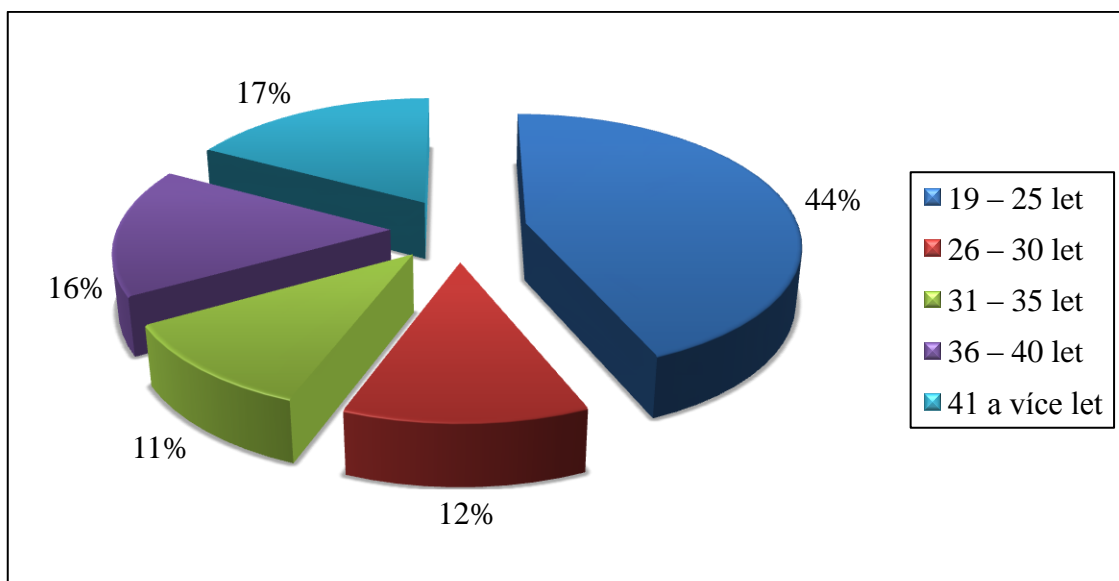
4.1.2 Výsledky kvantitativního šetření s respondenty – zdravotnickými asistenty a všeobecnými sestrami

**Graf 9 Pohlaví respondentů**



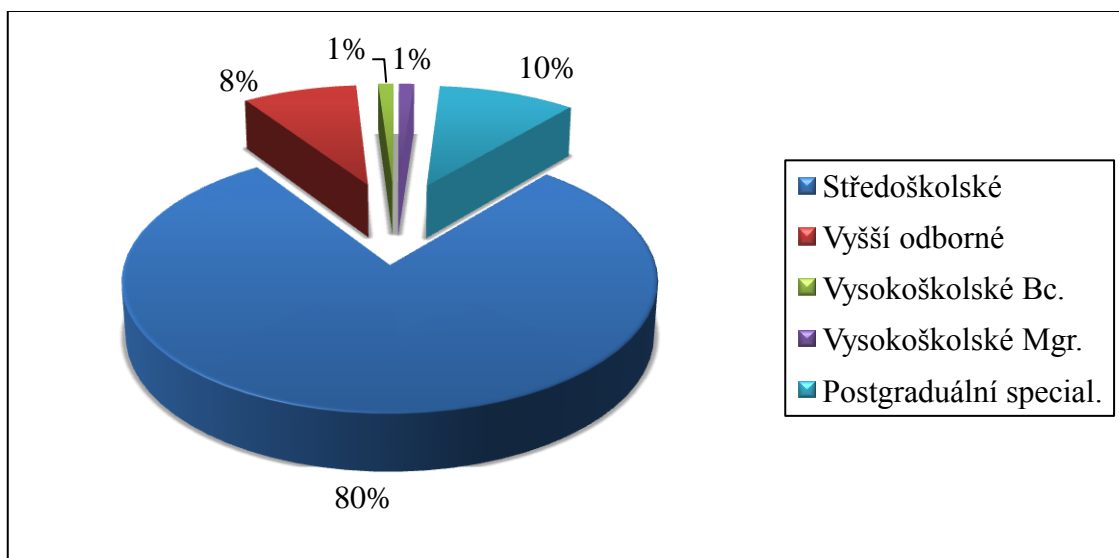
Ze 181 (100 %) respondentů bylo 36 (19,9 %) mužů a 145 (80,1 %) žen

**Graf 10 Věk respondentů**



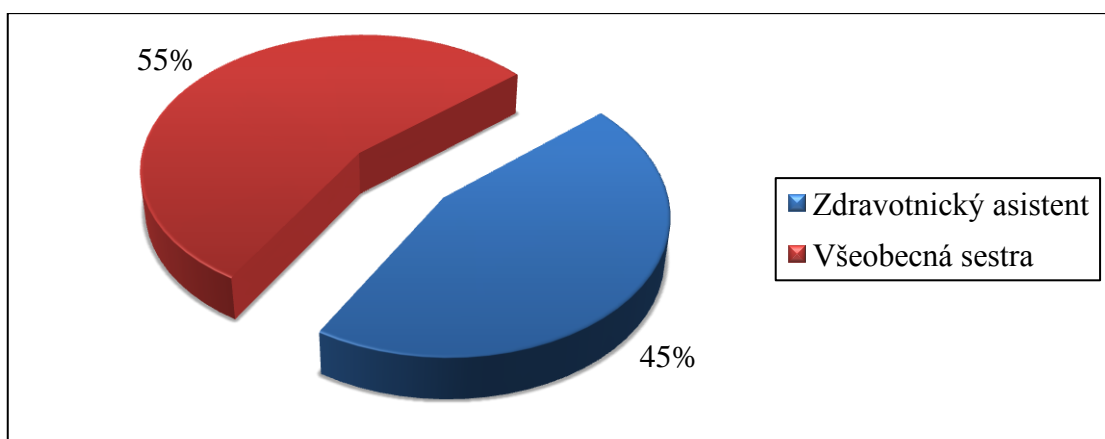
Ze 181 (100 %) respondentů bylo 79 (43,6 %) věkové kategorie 19 – 25 let, 26 – 30 let bylo 22 (12,2 %) respondentů, 20 (11 %) respondentů bylo ve věkové kategorii 31 – 35 let, 36 – 40 let bylo 29 (16 %) respondentů. V poslední věkové skupině 41 a více let bylo 31 (17,1 %) respondentů.

**Graf 11 Dosažené vzdělání**



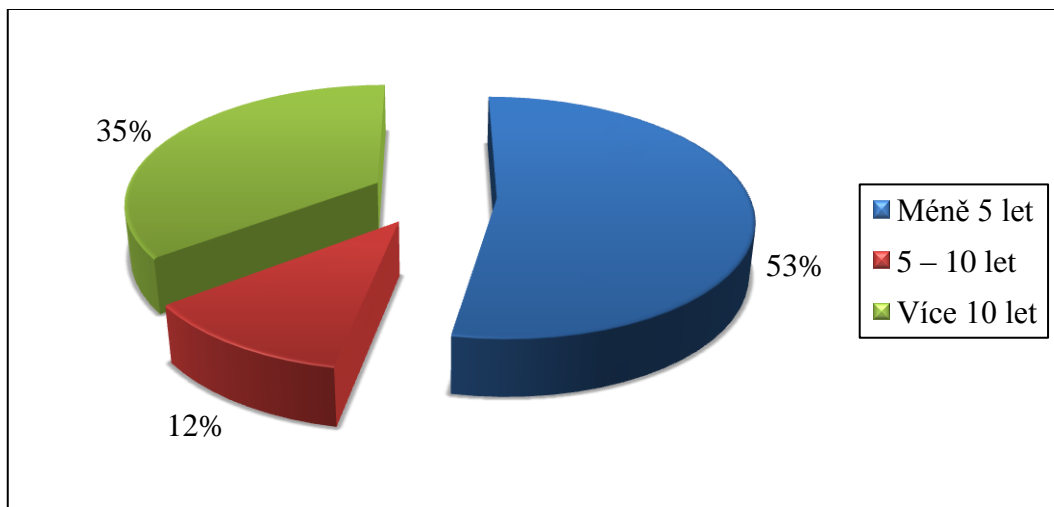
Z celkového počtu 181 (100 %) dotazovaných respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání 144 (79,6 %), 15 (8,3 %) respondentů dosáhlo vyššího odborného vzdělání. Vzdělání vysokoškolského – bakalářského typu označili 2 (1,1 %) respondenti, magisterské uvedli také 2 (1,1 %) respondenti. 18 (9,9 %) respondentů označilo jako nejvyšší dosažené vzdělání postgraduální specializační studium.

**Graf 12 Obor vzdělání**



Ze 181 (100 %) dotazovaných respondentů bylo 81 (44,8 %) zdravotnických asistentů a 100 (55,2 %) všeobecných sester.

**Graf 13 Délka praxe**



U 96 (53,6 %) respondentů byla délka praxe menší než 5 let, 5 – 10 let pracuje ve zdravotnictví 21 (11 %) respondentů a více jak 10 let praxe uvedlo 64 (35,4 %) respondentů.

### Vztah znalosti kompetencí ZA a oboru vzdělání VS

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H<sub>0</sub>: Znalost kompetencí zdravotnického asistenta je nezávislá na oboru vzdělání respondentů.

H<sub>A</sub>: Znalost kompetencí zdravotnického asistenta je závislá na oboru vzdělání respondentů.

**Tabulka 13 Znalost kompetencí ZA**

		Dobře	Částečně	Ne	Celkem
Obor vzdělání	ZA	42	29	10	81
	VS	35	53	12	100
	Celkem	77	82	22	181
Počet %	ZA	51,9%	35,8%	12,3%	100 %
	VS	35,0%	53,0%	12,0%	100 %
	Celkem	42,5%	45,3%	12,2%	100 %
Znaménkové schéma	ZA	+	-	o	
	VS	-	+	o	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ ).

Zdravotničtí asistenti odpovídali na tuto otázku odlišně od všeobecných sester. Srovnáním odpovědí je zřejmé, že dobře zná kompetence 42 (51,9 %) ZA na rozdíl od 35 (35 %) VS. VS nejčastěji volily možnost odpovědi částečně 53 (53 %).

Znaménkové schéma odhaluje statisticky významné rozdíly v odpovědích respondentů uvnitř kontingenční tabulky. Z výše uvedeného vyplývá, že ZA zná dobře své kompetence, kdežto VS kompetence zdravotnického asistenta znají pouze částečně.

**Tabulka 14 Chí kvadrát test**

	Hodnota	df	Významnost
Pearsonův chí kvadrát	5,913 <sup>a</sup>	2	0,050
Počet validních údajů	181		

a. 0 buněk (0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 9,85.

Dosažená hladina významnosti Pearsonova chí kvadrát testu 0,050 (5%) je menší než 5 %. Proto zamítáme na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy. Lze říci, že znalost kompetencí ZA se mění v závislosti na oboru vzdělání respondentů (kdy ZA znají statisticky významně lépe svoje kompetence než VS).

### Znalost kompetencí VS ve vztahu k oboru vzdělání ZA

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H<sub>0</sub>: Znalost kompetencí všeobecné sestry je nezávislá na oboru vzdělání respondentů.

H<sub>A</sub>: Znalost kompetencí všeobecné sestry je závislá na oboru vzdělání respondentů.

**Tabulka 15 Znalost kompetencí VS**

		<b>ANO</b>	<b>Ano částečně</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
Obor vzdělání	ZA	36	<b>31</b>	<b>14</b>	81
	VS	<b>91</b>	9	0	100
	Celkem	127	40	14	181
Počet %	ZA	44,4%	<b>38,3%</b>	<b>17,3%</b>	100 %
	VS	<b>91,0%</b>	9,0%	0%	100 %
	Celkem	70,2%	22,1%	7,7%	100%
Znaménkové schéma	ZA	---	<b>+++</b>	<b>+++</b>	
	VS	<b>+++</b>	---	---	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ ).

Srovnáním odpovědí je zřejmé, že u VS převládala odpověď ano 91 (91 %) a odpověď částečně ano u 9 (9 %) respondentů, kteří znají kompetence VS. Zdravotničtí asistenti, označili odpověď ano 36 (44,4 %) a částečně ano v 31 (38,3 %) odpovědích. Možnost ne z respondentů VS nevedl nikdo na rozdíl od ZA, kdy možnost ne označilo 14 (17,3 %) respondentů ZA.

Znaménkové schéma odkrývá statisticky významné rozdíly uvnitř kontingenční tabulky, kdy VS na položenou otázku statisticky významně častěji odpovídají, že znají dobře své kompetence. Naopak, respondenti ZA, statisticky častěji uváděli odpověď částečně ano a odpověď ne.

**Tabulka 16 Chí kvadrát test**

	Hodnota	df	Významnost
Pearsonův chí kvadrát	48,458 <sup>a</sup>	2	0,000
Počet validních údajů	181		

a. 0 buněk (0 %) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 6,27.

Dosažená hladina významnosti Pearsonova chí kvadrát testu 0,000 (0 %) je menší než 1 %. Zamítáme na 1 % hladině významnosti nulovou hypotézu, že znalost kompetencí všeobecné sestry je nezávislá na oboru vzdělání ve prospěch hypotézy alternativní. Lze tedy konstatovat, že znalost kompetencí VS se mění v závislosti na oboru vzdělání, kdy statisticky významně VS znají své kompetence.

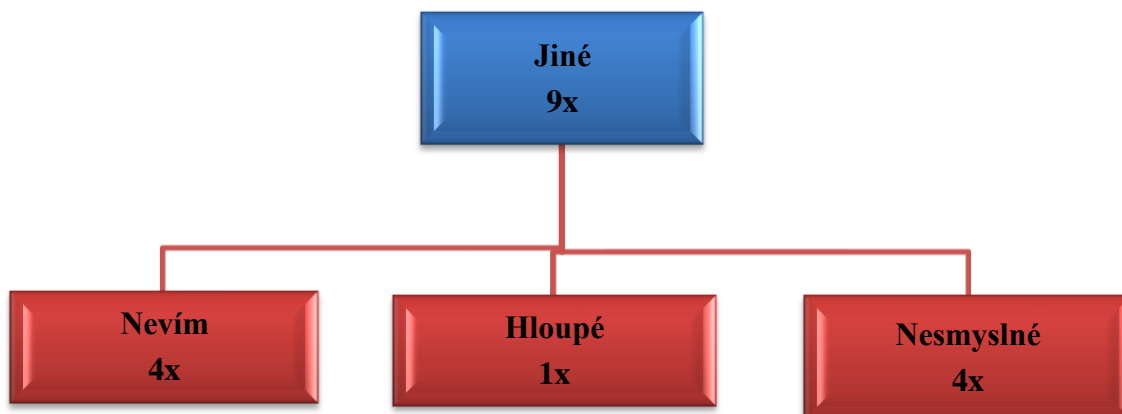


**Tabulka 17 Přínos kompetencí ZA a VS**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Přínosné	104	57,5	<b>57,5</b>	57,5
Nepřínosné	68	37,6	<b>37,6</b>	95,0
Jiné	9	5,0	<b>5,0</b>	100,0
<b>Celkem</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

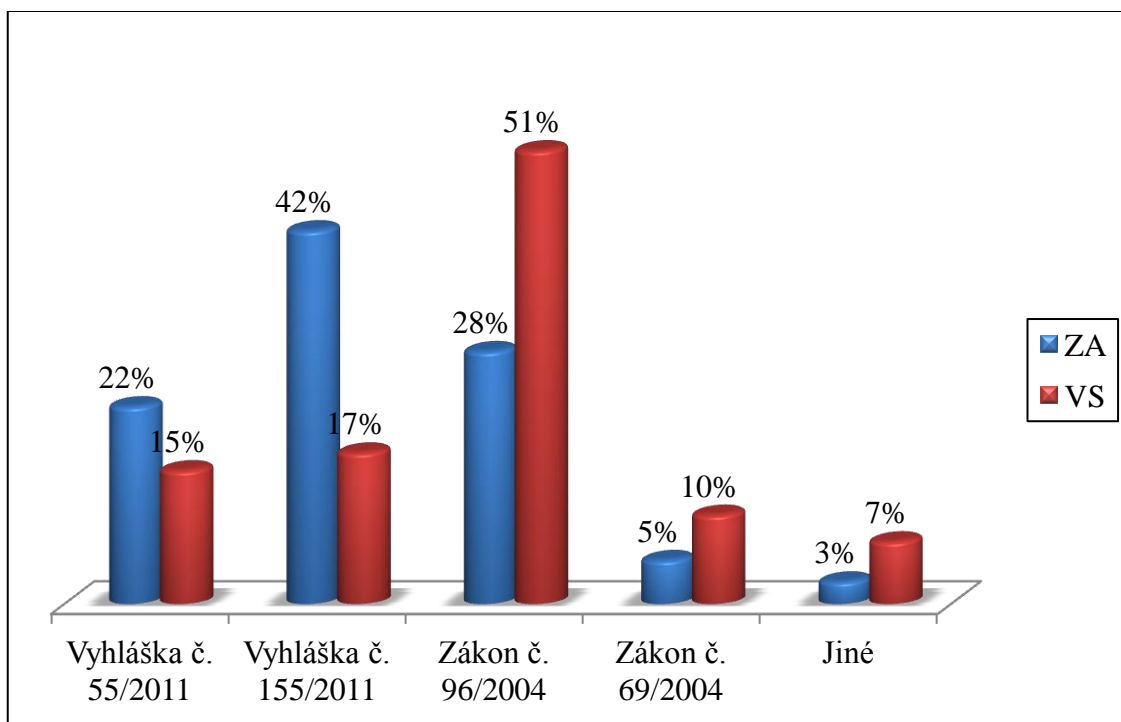
Ze 181 respondentů 104 (57,5 %) považuje kompetence ZA a VS za přínosné, 68 (37,6 %) za nepřínosné. Možnost jiné uvedlo 9 respondentů.

**Schéma 4 Kompetence ZA a VS**



Respondenti, kteří označili odpověď jiné, se dále mohli vyjádřit. Odpověď nevím uvedli 4 respondenti, 4 respondenti považují kompetence ZA a VS za nesmyslné a 1 respondent uvedl odpověď hloupé.

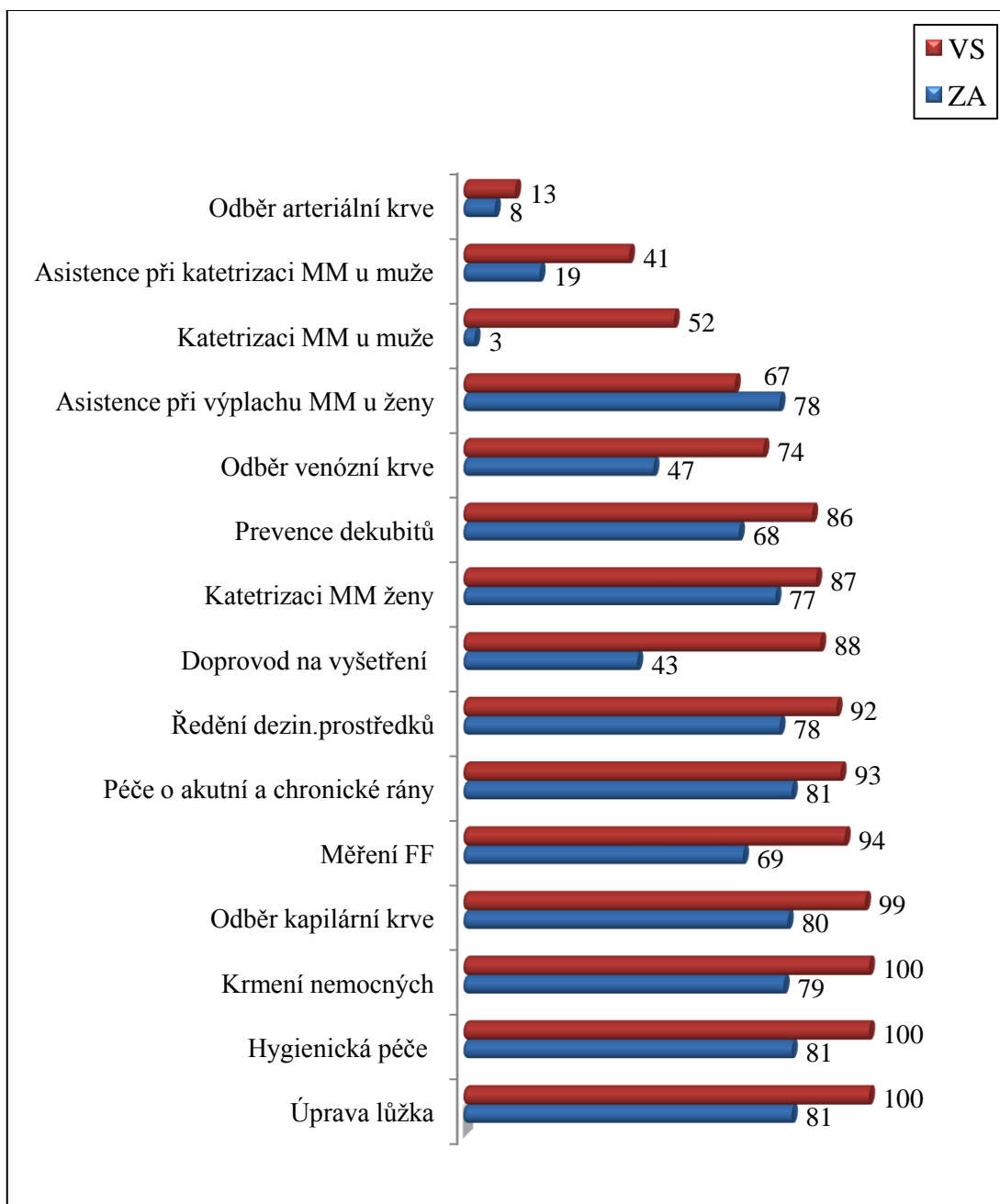
**Graf 14 Orientace v legislativě**



K tomu, kde mohu vyhledat činnosti, které je ZA a VS kompetentní provádět, 18 (22 %) respondentů – zdravotnických asistentů uvedlo vyhlášku č. 55/2011, vyhlášku č. 155/2011 označilo 34 (42 %) respondentů. Zákon č. 96/2004 uvedlo 23 (28 %) respondentů a zákon č. 69/2004 4 (4,9 %) respondenti. Možnost jiné označili 2 (3 %) respondenti, kteří následně uvedli jako zdroj informací internet.

Všeobecných sester vyhlášku č.55/2011 označilo 15 (15 %), 17 (17 %) uvedlo vyhlášku č. 155/2011. Zákon č. 96/2004 uvedlo 51 (51 %) sester a zákon č. 69/2004 sester 10 (10 %). 7 (7 %) označilo možnost jiné, kdy následně respondenti – všeobecné sestry uvedly, že neví a nezajímají se, kde najdou potřebné informace.

**Graf 15 Ošetrovatelské činnosti I. ZA a VS**



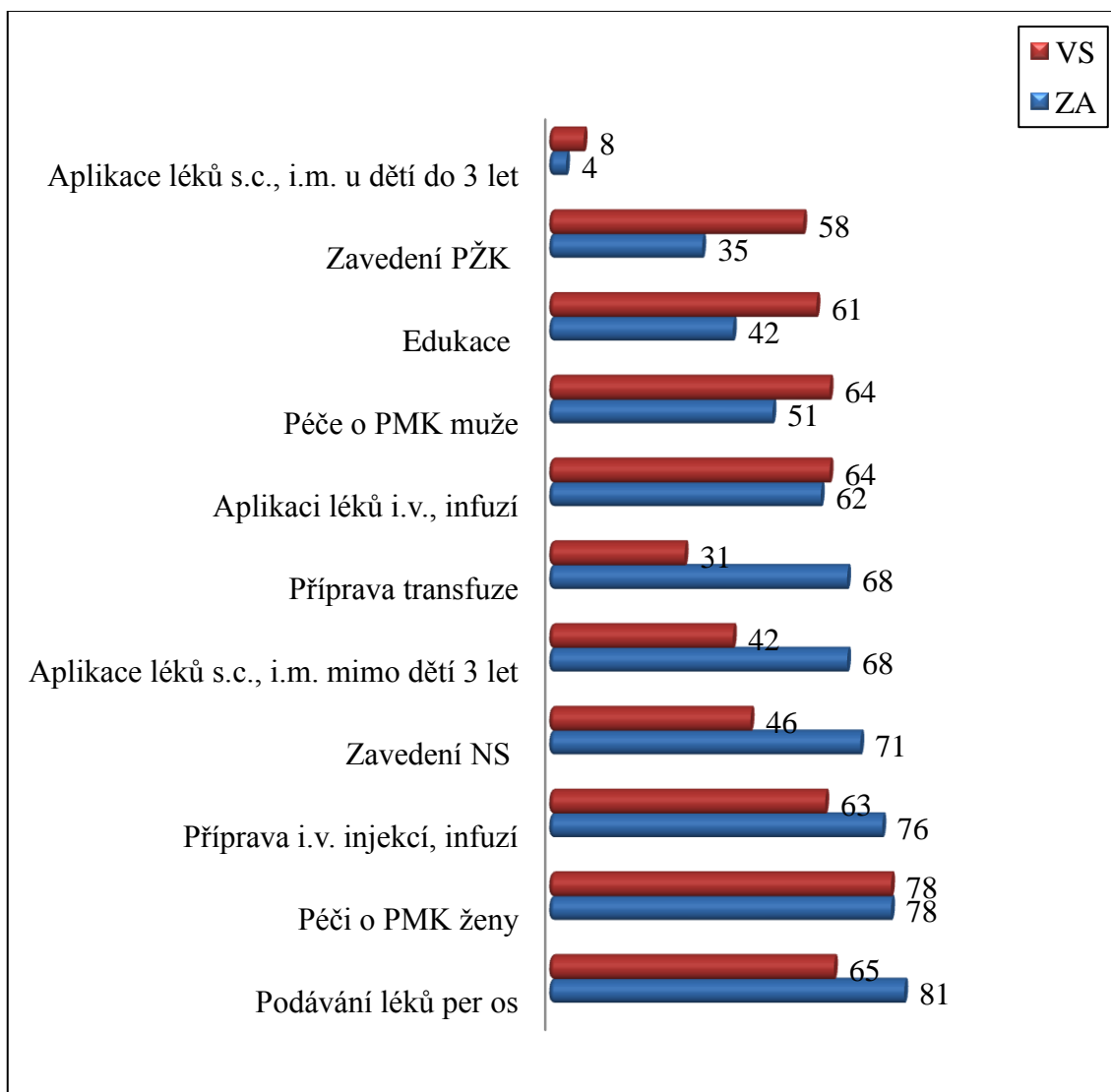
Respondenti ZA a VS měli u této otázky možnost více odpovědí, proto jsou výsledky uvedeny v absolutních číslech. Součet všech odpovědí je 1021.

Z odpovědí jaké činnosti v rámci ošetrovatelského procesu poskytují ZA shodně 100krát označili respondenti – všeobecné sestry, krmení nemocných, hygienickou péči a úpravu lůžka. Odběry kapilární krve označily VS 99krát, měření fyziologických funkcí

94krát. Další z činností, které ZA poskytuje, uvedly VS 93krát péči o akutní a chronické rány a 92krát přípravu a ředění dezinfekčních prostředků. Doprovod na vyšetření vybraly VS 88krát a katetrizaci močového měchýře 87krát. Z dalších ošetrovatelských činností, které ZA v rámci ošetrovatelského procesu poskytuje, vybraly VS 86krát odpověď prevence dekubitů a 74krát odběry venózní krve. Asistence ZA při výplachu močového měchýře u ženy odpověděly VS 67krát, 52krát katetrizaci močového měchýře muže a asistenci při katetrizaci močového měchýře u muže zaznamenaly VS 41krát. V rámci poskytované ošetrovatelské péče, ZA provádí odběr arteriální krve, jak označily 13krát všeobecné sestry.

Z odpovědí jaké činnosti v rámci ošetrovatelského procesu poskytuje ZA, vybrali úpravu lůžka respondenti – zdravotničtí asistenti 81krát a taktéž hygienickou péči. Z dalších ošetrovatelských činností, které ZA vykonává, respondenti 79krát uvedli krmení nemocných, 80krát odběr kapilární krve a 69krát měření fyziologických funkcí. V péči o akutní a chronické rány zaznamenali odpověď respondenti 81krát, 78krát označili přípravu a ředění dezinfekčních prostředků. Z dalších ošetrovatelských činností, které ZA poskytuje, označili 43krát respondenti doprovod na vyšetření a 77krát katetrizaci močového měchýře u ženy. Z nabídky odpovědí 68krát označily ZA odpověď prevenci dekubitů a 47krát odběry venózní krve. Asistenci při výplachu močového měchýře ženy uvedli ZA 78krát, oproti tomu katetrizaci močového měchýře muže 3krát a 19krát označili možnost asistence při katetrizaci močového měchýře u muže. Nabízenou možnost odběr arteriální krve označili ZA 8krát.

**Graf 16 Ošetrovatelské činnosti II. ZA a VS**



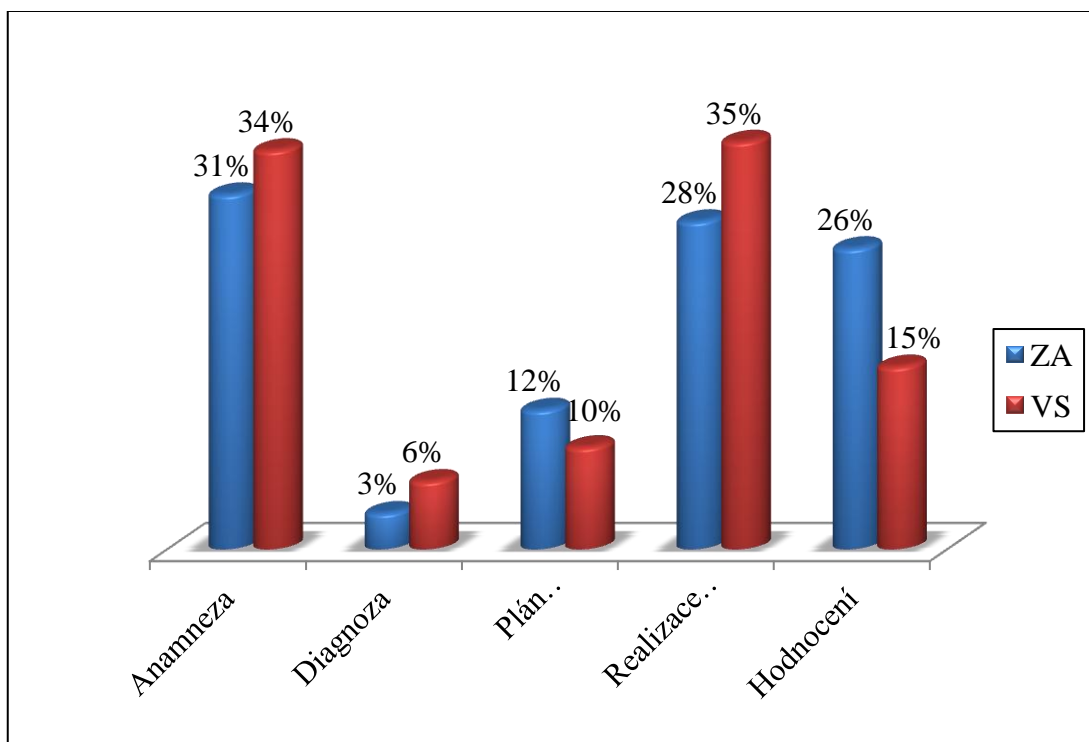
Respondenti ZA a VS měli u této otázky možnost více odpovědí, proto jsou výsledky uvedeny v absolutních číslech. Součet odpovědí obou kategorií respondentů je 1070.

Podávání léků, činnost, kterou v rámci ošetrovatelské péče ZA poskytuje, respondenti – zdravotničtí asistenti označili 81krát. Péči o permanentní močový katétr ženy udali respondenti 78krát, přípravu i.v. injekcí, infuzí uvedli ZA 76krát. V rámci ošetrovatelské péče se ZA podílí na zavádění nosogastriční sondy, tato možnost byla označena 71krát a 68krát aplikace léků s.c, i.m.mimo dětí do tří let taktéž příprava transfúze. Z dalších ošetrovatelských činností poskytovaných ZA v rámci

ošetřovatelského procesu označili 62krát ZA aplikaci léků i.v. a infuzí. Péči o permanentní močový katétr muže respondenti zaznamenali 51krát. ZA provádí edukaci nemocného, respondenti nabízenou možnost označili 42krát. V rámci poskytované ošetřovatelské péče, ZA provádí zavedení periferního žilního vstupu, nabízenou možnost označili ZA 35krát a aplikaci léků dětem mladším tří let 4krát.

Respondenti – všeobecné sestry z nabídnutých možností, jaké ošetřovatelské činnosti v rámci ošetřovatelského procesu poskytuje ZA, označily 65krát podání léků per os, 78krát péči o permanentní močový katétr ženy. 63krát zvolily VS přípravu i.v.injekcí, infuzí a 46krát zavedení nosogastriční sondy. Z dalších ošetřovatelských činností, které ZA v rámci ošetřovatelského procesu poskytuje, označily VS 42krát aplikaci léků s.c., i.m. a 31krát přípravu a asistenci u transfuze. Shodně 64krát uvedly VS aplikaci léků i.v., infuzí a péči o permanentní katétr muže. Edukaci nemocného zdravotnickým asistentem v rámci poskytovaných ošetřovatelských činností sestry zvolily 61krát, 58krát zavedení periferního žilního vstupu a 8krát aplikaci léků dětem mladším tří let.

**Graf 17 Ošetrovatelský proces**



Respondenti – zdravotníční asistenti měli u otázky, v rámci ošetrovatelského procesu poskytuje ZA ošetrovatelské činnosti, možnost výběru z více odpovědí. Celkový počet odpovědí ZA byl 258 (100 %). Sběr anamnestických údajů označili respondenti 79krát (31 %). Diagnostiku ošetrovatelských problémů uvedli respondenti 8krát (3 %). 31krát (12 %) vybrali ZA plánování ošetrovatelské péče. Realizaci ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu ZA zvolili 73krát (28 %) a 67krát (15 %) z nabídky odpovědí, označili hodnocení ošetrovatelské péče.

Respondenti – všeobecné sestry měly shodně možnost označit více odpovědí současně. Celkový součet odpovědí VS byl 273 (100 %). Na položenou otázku, v rámci ošetrovatelského procesu, ZA provádí sběr anamnestických údajů, uvedli respondenti 94krát (34 %). 16krát (6 %) respondenti uvedli diagnostiku ošetrovatelských problémů. Plán ošetrovatelské péče z nabídnutých odpovědí respondenti označili 24krát (10 %), realizaci ošetrovatelské péče 96krát (35 %). Odpověď ZA se podílí v rámci ošetrovatelského procesu na hodnocení ošetrovatelské péče, označili respondenti 43krát (15 %).

**Tabulka 18 Souhlas s posílením kompetencí VS**

		Ano	Ne	Nevím	Celkem
Obor vzdělání	ZA	3	52	26	81
	VS	4	44	52	100
	Celkem	7	96	78	181
Počet %	ZA	3,7%	64,2%	32,1%	100,0 %
	VS	4,0%	44,0%	52,0%	100,0 %
	Celkem	3,9%	53,0%	43,1%	100,0 %
Znaménkové schéma	ZA	0	++	--	
	VS	0	--	++	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ ).

Na námi položenou otázku, zda jsou respondenti pro posílení kompetencí, odpovídaly obě skupiny sester obdobně. 44 (44 %) VS uvedlo odpověď ne a tutéž variantu odpovědi označilo 52 (64,2 %) ZA. Možnost nevím označily 52 (52 %) VS a 26 (32,1 %) ZA. Pro posílení kompetencí VS, jsou pouze 4 (4 %) VS a 3 (3,7 %) zdravotničtí asistenti. Respondenti mohli následně uvést, jaké kompetence by uvítali. 4 VS by uvítaly posílení kompetencí v oblasti aplikace analgetik, antipyretik a hypnotik a 3 ZA uvedli posílení kompetencí VS v péči o akutní a chronické rány.

Znaménkové schéma odkrylo rozdílnost odpovědí na otázku, jste pro posílení kompetencí VS, kdy odpověď ne označili ZA častěji oproti VS, které se z nabídnutých variant odpovědí častěji přiklonily k možnosti nevím.



**Tabulka 19 Souhlas s posílením kompetencí ZA**

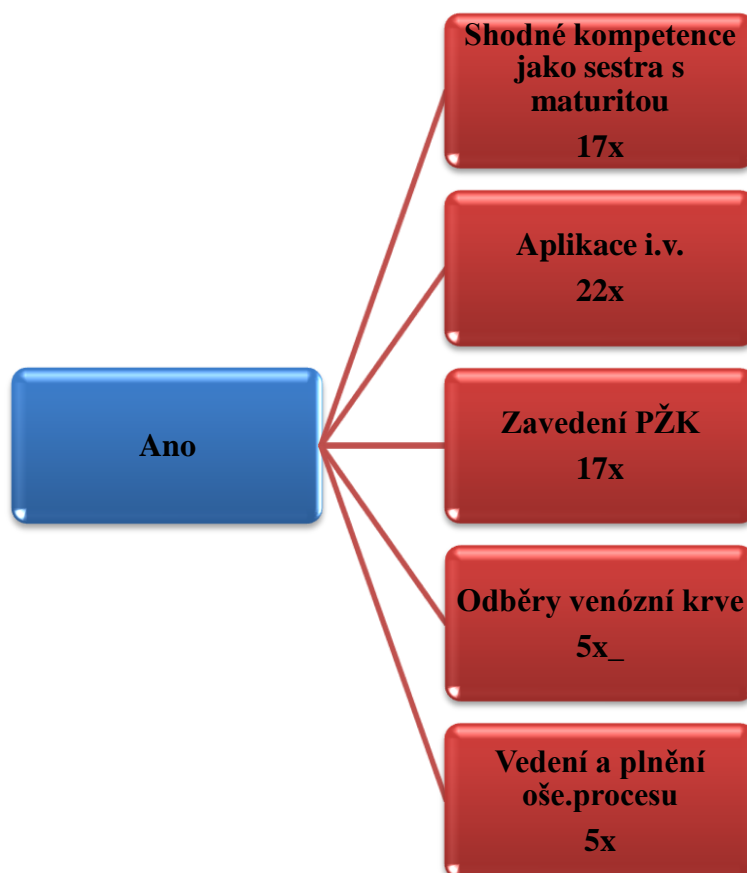
		Ano	Ne	Nevím	Celkem
Obor vzdělání	ZA	37	38	6	81
	VS	29	40	31	100
	Celkem	66	78	37	181
Počet %	ZA	45,7%	46,9%	7,4%	100,0 %
	VS	29,0%	40,0%	31,0%	100,0 %
	Celkem	36,5%	43,1%	20,4%	100,0 %
Znaménkové schéma	ZA	+	o	---	
	VS	-	o	+++	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ ).

Odpovědi respondentů k otázce posílení kompetencí ZA, volilo 37 (45,7 %) ZA kladnou odpověď oproti 29 (29 %) VS, které tuto možnost označily. Zvolit možnost ne se rozhodlo 38 (46,9 %) ZA a 40 (40 %) VS. V odpovědích nevím jsme zaznamenali rozdílné odpovědi obou kategorií 31 (31 %) VS neví, zda je pro posílení kompetencí ZA vzhledem k 6 (7,4 %) odpovědím ZA. Respondenti měli dále možnost se ke kladné odpovědi vyjádřit (viz schéma 6).

Znaménkové schéma odhaluje rozdíly v odpovědích respondentů uvnitř kontingenční tabulky. ZA statisticky více často uváděli možnost ano, jsem pro posílení kompetencí ZA, v porovnání s odpověďmi VS, které odpovídaly téměř shodně, pouze možnost odpovědi nevím uvedlo statisticky významně více respondentů – všeobecných sester.

**Schéma 6 Posílení kompetencí ZA**



ZA a VS, kteří označili odpověď ano 66 (36 %), se následně mohli vyjádřit, jaké kompetence ZA by posílili. 17 respondentů uvedlo shodné kompetence jako sestra s maturitou, aplikaci i.v. sdělilo 22 respondentů. Možnost posílení kompetencí v oblasti zavedení PŽK udalo 17respondentů. Odběry venózní krve, vedení a plnění ošetrovatelského procesu označilo shodně obě možnosti po 5 respondentech.

**Tabulka 20 Kontrolní mechanismy**

		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Obor vzdělání	ZA	8	53	20	81
	VS	30	52	18	100
	Celkem	38	<b>105</b>	38	181
Počet %	ZA	9,9%	65,4%	24,7%	100,0 %
	VS	30,0%	52,0%	18,0%	100,0 %
	Celkem	21,0%	<b>58,0%</b>	21,0%	100,0 %
Znaménkové schéma	ZA	---	o	o	
	VS	+++	o	o	

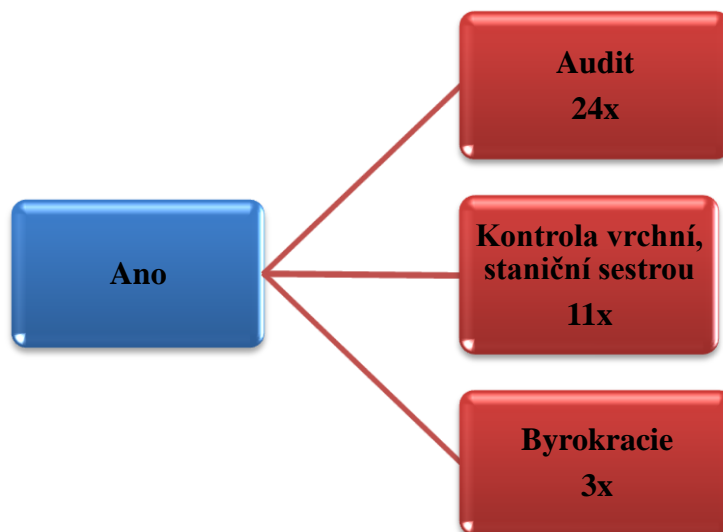
Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ ).

Z 81 (43,6 %) respondentů – zdravotnických asistentů 8 (9,9 %) označilo možnost ano, v rámci zdravotnického zařízení jsou uplatňovány kontrolní mechanismy. Variantu nevím zaznamenalo 53 (65,4 %) respondentů, 20 (24,7 %) respondentů se přiklonilo k možnosti ne.

Z celkového počtu 100 (56,4 %) respondentů – všeobecných sester 30 (30 %) uvedlo kladnou odpověď, v rámci zdravotnického zařízení jsou uplatňovány kontrolní mechanismy. O kontrolních mechanismech neví 52 (52 %) sester a zápornou odpověď označilo 38 (38 %) VS.

Znaménkové schéma odhaluje nejvýznamnější rozdíly v odpovědích uvnitř kontingenční tabulky, kdy VS vyjadřovaly statisticky významně častěji kladnou odpověď, zda jsou zajišťovány kontrolní mechanismy v rámci zdravotnického zařízení, než ZA.

### Schéma 7 Kontrolní mechanismy



Respondenti se vyjadřovali k uplatňování kontrolních mechanismů v jejich zdravotnickém zařízení. 24 respondentů uvedlo audit, 11 kontrolu vrchní staniční sestrou a 3 respondenti považuje kontrolní mechanismy za byrokracii.

**Tabulka 21 Prestiž profese ZA**

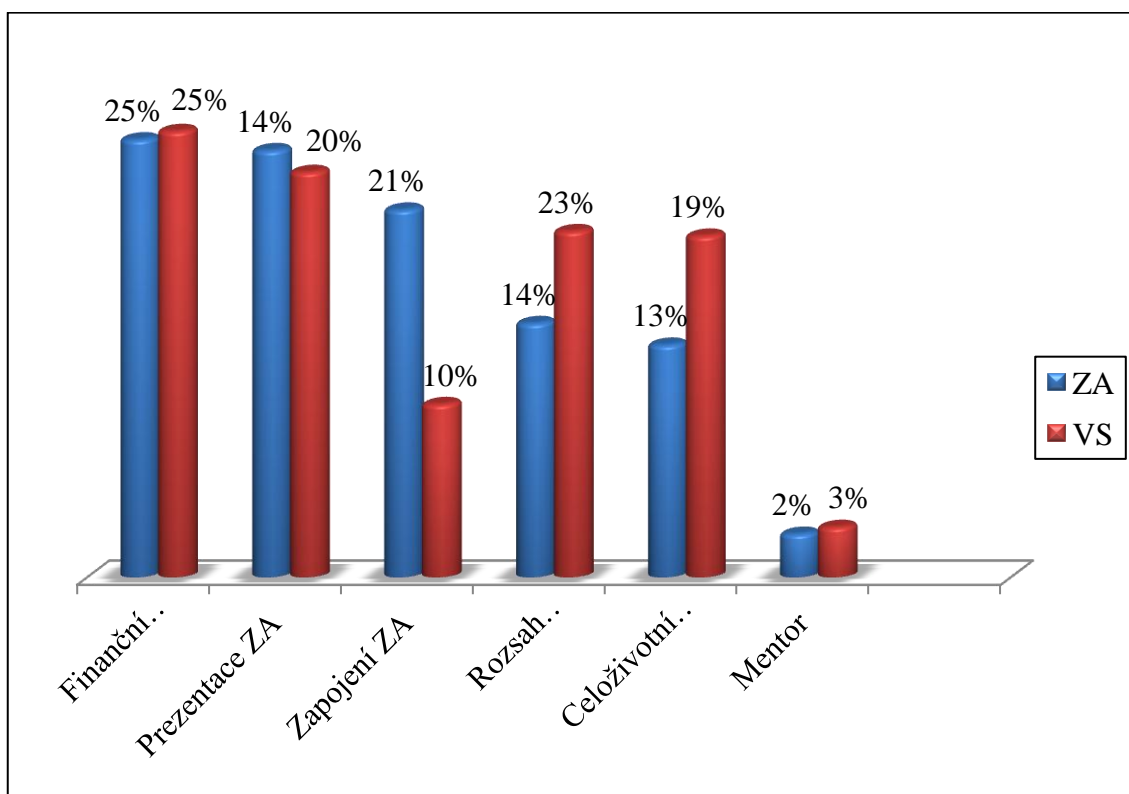
		Dostatečná	Nemohu posoudit	Nedostatečná	Jiné	Celkem
Obor vzdělání	ZA	1	16	<b>64</b>	0	81
	VS	4	40	<b>55</b>	1	100
	Celkem	5	56	<b>119</b>	1	181
Počet %	ZA	1,2%	19,8%	<b>79,0%</b>	0,0%	100,0 %
	VS	4,0%	40,0%	<b>55,0%</b>	1,0%	100,0 %
	Celkem	2,8%	30,9%	<b>65,7%</b>	0,6%	100,0 %

Z celkového počtu 81 (43,6 %) respondentů – zdravotnických asistentů se 1 (1,2 %) domnívá, že prestiž profese ZA je dostatečná, 16 (19,8 %) označilo možnost nemohu posoudit. Jako nedostatečnou prestiž považuje profesi ZA 64 (79 %) respondentů.

Ze 100 (56,4 %) respondentů – všeobecných sester se 4 (4 %) domnívají, že prestiž profese ZA je dostatečná, 40 (40 %) VS uvedlo možnost nemohu posoudit. 55 (55 %) VS uvedlo možnost nemohu posoudit.

VS se ztotožňuje s názorem ZA a to, že prestiž profese ZA je nedostatečná. Možnost jiné zvolil 1 (1 %) respondent.

**Graf 17 Zvýšení prestiže povolání ZA**



Respondenti – zdravotničtí asistenti měli u této otázky možnost výběru více variant odpovědí. Z celkového počtu 326 (100 %) odpovědí na otázku, jak zvýšit prestiž povolání ZA, označili ZA 81krát (25 %) finanční ohodnocení, 79krát (14 %) prezentaci mezi veřejností. Zapojení v ošetrovatelském týmu uvedli ZA 68krát (21 %) a rozsah kompetencí 47krát (14 %). Zvýšení společenské prestiže vidí ZA v celoživotním vzdělávání, tuto možnost označili 43krát (13 %), 8krát (2 %) odpověděli mentorem na oddělení.

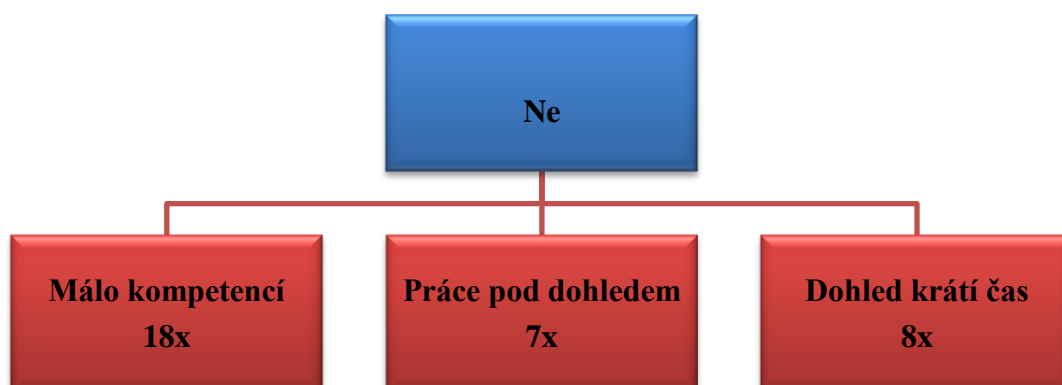
Z počtu 387 odpovědí VS, označily VS 98krát (25 %) finanční ohodnocení, rozsah kompetencí 89krát (23 %). Prezentaci ZA mezi veřejností uvedly VS 76krát (20 %), 75krát (19 %) celoživotní vzdělávání. Zapojení ZA v ošetrovatelském týmu zaznamenaly VS 38krát (10 %) a 11krát (3 %) vybraly možnost mentorem na oddělení.

**Tabulka 22 Vyhovuje VS spolupráce se ZA**

		<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
	Ano	35	20,9	37,0	37,0
	Nevím	32	17,3	32,4	69,4
	Ne	33	18,2	30,6	100,0
	<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>56,4</b>	<b>100,0</b>	
Vyřazení	81	43,6			
<b>Celkem</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>			

Z počtu 100 (56,4 %) odpovědí VS, vyhovuje spolupráce se ZA 35 (20,9 %) VS. Možnost odpovědi nevím označilo 32 (17,3 %) a záporně se vyjádřily 33 (18,2 %) všeobecné sestry (viz schéma 8).

**Schéma 8 Spolupráce VS se ZA**



Všeobecné sestry, kterým nevyhovuje spolupráce se ZA, mohly dále vybrat z další nabídky odpovědí. Málo kompetencí vyjádřilo 18 VS, 7 všeobecných sester označilo práci pod dohledem a možnost dohled mi krátký čas, zvolilo 8 všeobecných sester.

**Tabulka 23 Navýšení kvality ošetrovatelské péče**

		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Obor vzdělání	ZA	54	23	4	81
	VS	57	29	14	100
	Celkem	<b>111</b>	52	18	181
Počet %	ZA	66,7%	28,4%	4,9%	100,0 %
	VS	57,0%	29,0%	14,0%	100,0 %
	Celkem	<b>61,3%</b>	28,7%	9,9%	100,0 %

Z celkového počtu 181 (100 %) respondentů odpovídalo na otázku, zda by ZA mohl zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče, uvedlo 54(66,7 %) respondentů – zdravotnických asistentů možnost ano. 23 (28,4 %) ZA neví, zda by se mohl podílet na zvýšení kvality poskytované péče a 4 (4,9 %) ZA odpovídali záporně.

Kladnou odpověď označilo 57 (57 %) respondentů – všeobecných sester, 29 (29 %) VS uvedlo možnost nevím. K záporné odpovědi se přiklonilo 14 (14 %) dotazovaných všeobecných sester.

### **Pověřování ZA nad rámec kompetencí ve vztahu k oboru vzdělání**

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Názor na pověřování ZA nad rámec jeho kompetencí je nezávislý na oboru vzdělání respondentů.

HA: Názor na pověřování ZA nad rámec jeho kompetencí je závislý na oboru vzdělání respondentů.

**Tabulka 24 Pověřování ZA versus obor vzdělání**

		<b>Ano</b>	<b>Částečně ano</b>	<b>Nejsem si jist</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
Obor vzdělání	ZA	<b>36</b>	<b>31</b>	5	9	81
	VS	25	<b>31</b>	<b>32</b>	12	100
	Celkem	61	62	37	21	181
Počet %	ZA	<b>44%</b>	<b>38%</b>	6%	11%	100,0%
	VS	25%	<b>31%</b>	<b>32%</b>	12%	100,0%
	Celkem	34	34	20	12	100,0%

Z celkového počtu 181 (100 %) respondentů, 31 (44 %) ZA a 25 (25 %) VS uvedlo kladnou odpověď a to, že jsou ZA pověřováni činnostmi nad rámec kompetencí. Odpověď částečně vybralo shodně 31 (38 %) ZA a 31 (31 %) VS. 5 (6 %) ZA si není jisto, zda jsou pověřováni nad rámec kompetencí a 9 (11 %) ZA uvedlo zápornou odpověď. 32 (32 %) VS si není jisto, zda je ZA pověřován nad rámec jeho kompetencí a možnost ne, ZA není pověřován činnostmi nad rámec jeho kompetencí, uvedlo 12 (12 %) VS. Celkově vyjadřuje svůj souhlas (ano a částečně ano) s pověřováním nad rámec kompetencí 103 (68 %) dotázaných respondentů.



**Tabulka 25** Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Významnost
Pearsonův chí kvadrát	20,345	3	0,000
Počet validních údajů	181		

0 buněk (0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 9,4

Dosažená hladina významnosti Pearsonova chí-kvadrát testu 0,000 (0 %) je menší než 1 %. Zamítáme na 1 % hladině významnosti nulovou hypotézu, že názor na pověřování ZA činnostmi je nezávislý na oboru vzdělání respondentů. Byl prokázán statisticky významný vztah v názoru, že ZA je pověřován činnostmi nad rámec jeho kompetencí ve vztahu k oboru vzdělání.

## Vnímání ZA jako plnohodnotného člena týmu ve vztahu k oboru vzdělání respondentů

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Vnímání ZA jako plnohodnotného člena ošetrovatelského týmu je nezávislé na oboru vzdělání respondentů

HA: Vnímání ZA jako plnohodnotného člena ošetrovatelského týmu je závislé na oboru vzdělání respondentů

**Tabulka 26 ZA plnohodnotný člen týmu versus obor vzdělání**

		Ano	Nevím	Ne	Celkem
Obor vzdělání	ZA	48	31	2	81
	VS	56	31	13	100
	Celkem	104	62	15	181
Počet %	ZA	59,3%	38,2%	2,5%	100,0 %
	VS	56,0%	31,0%	13,0%	100,0 %
	Celkem	57,5%	34,2%	8,3%	100,0 %
Znaménkové schéma	ZA	o	o	--	
	VS	o	o	++	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ ).

Na položenou otázku, vnímáte ZA jako plnohodnotného člena týmu, odpovídali zdravotničtí asistenti nejčastěji ano (59,3 %) a téměř shodně jako všeobecné sestry (56 %). U zdravotnických asistentů v zastoupení odpovědí nevím nejsou velké rozdíly v porovnání s odpověďmi všeobecných sester, které jsou téměř na stejné úrovni. Rozdíly byly zřejmé v odpovědích ne (2,5 %) zdravotnických asistentů a (13,0 %) všeobecných sester.

Znaménkové schéma odhalilo statisticky významnou rozdílnost v odpovědi ne (ZA není plnohodnotný člen ošetrovatelského týmu), kdy VS statisticky významně častěji odpovídaly ne 13 % než ZA 2,5 %.

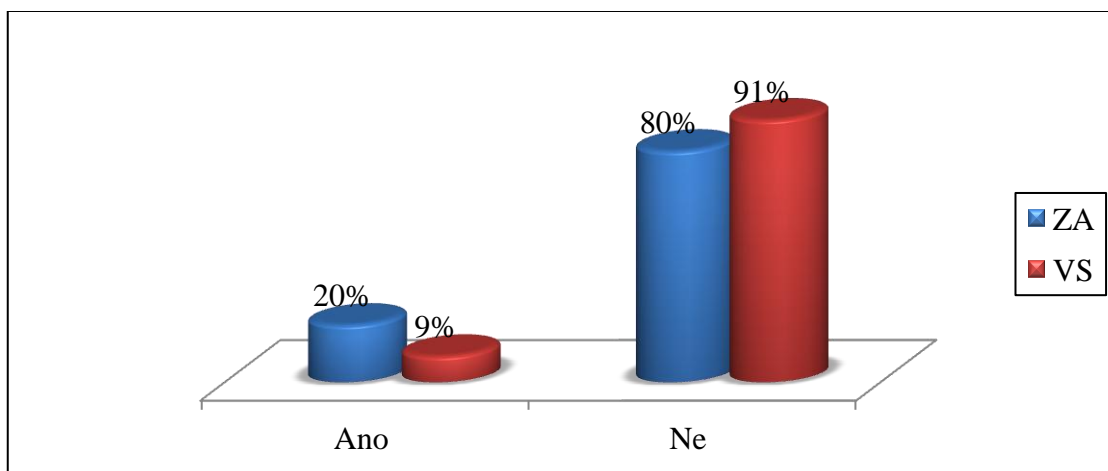
**Tabulka 27 Chí kvadrát test**

	hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	6,762 <sup>a</sup>	2	0,034
Počet validních údajů	181		

a 0 buněk (0 %) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 6,71.

Dosažená hladina významnosti Pearsonova chí-kvadrát testu je 0,034 (3,4 %) je menší než 5 % a zamítáme tedy na hladině 5 % významnosti nulovou hypotézu. Byl prokázán vztah vnímání ZA jako člena ošetrovatelského týmu ve vztahu k oboru vzdělání. Statisticky významný vztah byl prokázán pouze v kategorii ne.

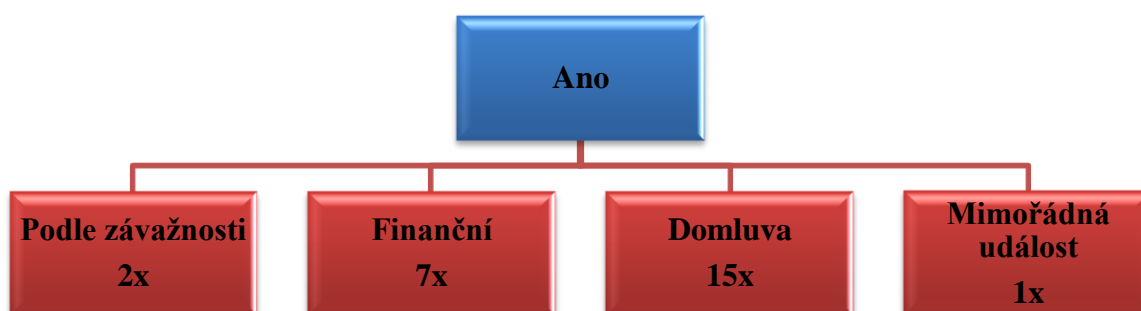
**Graf 18 Postih**



V případě činností, které ZA vykonává nad rámec kompetencí je uplatňován postih, odpovědělo 16 (19,8 %) ZA ano a 65 (80,2 %) ne.

9 (9 %) respondentů – všeobecných sester zvolilo odpověď ano a 91 (91 %) možnost ne, není uplatňován postih.

**Schéma 9 Postih**



ZA a VS se mohli dále volně vyjádřit, jaké postihy jsou uplatňovány. Nejčastěji sestry uvedly domluvu 15krát, jako formu trestu. Finanční postih zaznamenalo 7 respondentů, 2 respondenti, že záleží na závažnosti. Mimořádnou událost, jako postih při porušení kompetencí ZA, uvedl 1 respondent.

## 5 DISKUSE

V diplomové práci jsme se zaměřili na postavení a na problematiku dodržování kompetencí poměrně nové zdravotnické profese - zdravotnický asistent. Přínos a uplatnění této mladé profese v moderní profesionální ošetrovatelství je nejednoznačný a v ošetrovatelské praxi problematický. Výzkumné šetření bylo realizováno z pohledu sester manažerek, všeobecných sester a samotných zdravotnických asistentů. Zabývali jsme se otázkou, jak jsou naplňovány a reálně uskutečňovány profesní kompetence zdravotnických asistentů prostřednictvím zákonných norem a také nás zajímalo a chtěli jsme zmapovat postavení zdravotnických asistentů v současném profesionálním ošetrovatelství. Výzkumné šetření diplomové práce bylo zaměřeno i na názory managementu na využití a zapojení této nelékařské profese pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Pro zjištění výše uvedených cílů jsme v empirické části zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření. Pro sběr dat byla použita dotazníková metoda. Pro výzkumné šetření byly zpracovány dva typy dotazníků. První výzkumný soubor tvořily sestry manažerky, u kterých jsme ověřovali znalost kompetencí, realizaci ošetrovatelské péče a začleňování zdravotnického asistenta do ošetrovatelského týmu. Druhým výzkumným souborem byli zdravotničtí asistenti a všeobecné sestry. U této skupiny sester jsme se pokoušeli zjistit znalosti a dodržování kompetencí v rámci poskytované ošetrovatelské péče a začlenění zdravotnického asistenta do ošetrovatelského týmu dle zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Dotazníky byly distribuovány na standardní oddělení v nemocnicích Středočeského kraje a Prahy se souhlasem hlavní sestry (náměstkyně ošetrovatelské péče). Záměrně neuvádím konkrétní zdravotnická zařízení, vzhledem k tomu, že si nepřály zveřejnit svou účast na výzkumném šetření. Souhlas poskytla pouze Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov a Fakultní nemocnice v Motole. Dalším problémem bylo neumožnění výzkumu ve zdravotnickém zařízení. Nejčastější důvody, které zdravotnická zařízení uvedla, byly, že šetření umožňuje pouze svým zaměstnancům. Mohu se jen domnívat, že důvodem odmítnutí výzkumného šetření mohou být obavy ze získaných informací o

začleňování zdravotnických asistentů do ošetrovatelských týmů a plnění jejich kompetencí bez souhlasu se zákonem.

Dotazník vytvořený pro manažerky, vyplnilo celkem 110 (100 %) sester a z tohoto počtu bylo 78 (87 %) žen a 12 (13 %) mužů (graf 1). Tento fakt není nijak překvapující, neboť je všeobecně známo, že počet žen v ošetrovatelské profesi převládá nad počtem mužů. Přesto je toto zjištění zajímavé, že se mužský element dostává do profesionálního ošetrovatelství a současně také do manažerských pozic. Více jak třetina 36 (40 %) dotázaných sester manažerek uvedla středoškolské vzdělání, ale je zde již znatelný současný trend vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v počtu vysokoškolského vzdělání bakalářského typu to uvedlo 22 (24 %) dotázaných (graf 3). Husník ve svém článku uvádí, že současné zdravotnické školství prochází významnými koncepčními změnami a přesun vzdělávání všeobecných sester na terciární úroveň koresponduje s požadavky Evropské unie (Husník, 2006), toto tvrzení se nám potvrdilo i ve výzkumném šetření.

V tabulce 1 jsou zpravovány údaje, zda manažerky při přijetí preferují všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty. Tabulka 2 navazuje na předešlou, jaký vliv mají manažerky na přijetí zdravotnického asistenta na své oddělení. Polovina (51,1 %) sester uvedla kladnou odpověď a to, že preferují všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty. 39 (43,3 %) se nepodílí na rozhodování o výběru zaměstnanců do svého týmu. Pouze 5 (5,4 %) manažerek neupřednostňuje ve výběru všeobecné sestry na úkor zdravotnických asistentů. Pokud se nad problematikou zamyslíme, jaké mají tedy rozhodovací pravomoci manažerky střední linie, jak vzájemně komunikují s vedením nebo pouze slepě plní příkazy a nechtějí si dělat problémy. Je to neznalost kompetencí zdravotnického asistenta, která jim svazuje ruce? Otázek jsme si položili mnoho, ale odpověď si asi musí dát každý sám. Na tuto problematiku navazují výsledky našeho výzkumného šetření, kdo má jaký vliv na přijetí zdravotnického asistenta do zdravotnického zařízení. Vliv managementu zdravotnického zařízení uvedlo 33 (36,7 %) sester. Regulování počtu zaměstnanců podle nařízení zdravotní pojišťovny respektive podle vyhlášky MZ č. 411/2011 Sb. uvedlo 43 sester (47 %). Ekonomický vliv a vlastní rozhodnutí je v uvedených odpovědích zanedbatelný (tabulka 2). Klademe si

otázku, jak je možné, že na přijetí zdravotnického asistenta má vliv zdravotní pojišťovna se svým normativem na počty kvalifikovaného zdravotnického personálu (pod odborným dohledem, pod přímým vedením). Odpovědi se nám dostalo takové, že pojišťovna podléhá nařízení ministerstva zdravotnictví. Jak to tedy je? Je paradoxní, že současné zdravotnictví upozorňuje na ekonomické problémy, ale zdravotnická zařízení jsou omezena normativy na počty zdravotnického personálu (asistentů), kteří by podle mého názoru byli ekonomicky méně nároční a tím pádem uplatnitelní. Problematiku uplatnění zdravotnických asistentů na trhu práce zmínila i Mikšová ve svém článku pro časopis Sestra (Mikšová, 2009). Prioritou profesionálního ošetrovatelství současnosti je zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Vzdělaná sestra v moderním ošetrovatelství umí kriticky myslet a zhodnotit kdo, jak a kým z ošetrovatelského týmu bude poskytnuta efektivní ošetrovatelská péče. Toto zjištění koresponduje s výzkumným šetřením, uvedeném v diplomové práci Vodičkové (Vodičková, 2011). V rámci ověřování H3: *při poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu upřednostňuje management všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty*, jsme zaznamenali, že manažerky musí vycházet z legislativních požadavků zdravotní pojišťovny respektive ministerstva zdravotnictví a ve velmi malé míře mohou uplatnit svůj vliv na přijetí zdravotnického asistenta na oddělení. Výše zmíněné zjištění naší hypotézu potvrzuje.

Sestry manažerky jsme oslovili s otázkou, zda se orientují v kompetencích zdravotnického asistenta (tabulka 3) a současně jsme ověřovali znalost činností, které je zdravotnický asistent kompetentní realizovat (graf 5), což považujeme za klíčový předpoklad pro poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Více jak polovina 56 (62 %) sester manažerek si je jista znalostí kompetencí zdravotnického asistenta. Je ale s podivem, že 34 (38 %) pochybuje o svých znalostech kompetencí asistenta. Zajímalo nás proto, jaké činnosti manažerky uvedou (graf 5). Podle našeho názoru odpovědi korespondují s předchozím zjištěním, kdy sestry manažerky označily i činnosti, které nejsou zdravotničtí asistenti kompetentní provádět (zavedení periferního žilního vstupu, aplikaci i.v., katetrizaci močového měchýře muže, ale i arteriální odběry). Jsem přesvědčena, že tím vědomě či nevědomě porušují legislativu a to zákon č. 96/2004 Sb. a vyhlášku č. 55/2011 Sb., ve svém článku na totéž upozorňuje i

Bártlová, při poskytování ošetrovatelské péče je nutné vycházet z platné legislativy (Bártlová, 2007). Manažerky měly možnost se vyjádřit k otázce pověřování zdravotnických asistentů, ve výjimečných případech nad rámec jejich kompetencí. Tato otázka ve své podstatě navazuje na již výše zmíněné. Ze zpracovaných výsledků zřetelně vyplynulo, že více jak polovina sester pověřuje zdravotnického asistenta činnostmi nad rámec kompetencí (tabulka 6). Činnosti, které zdravotničtí asistenti vykonávají, uvedly manažerky intravenózní aplikaci a zavádění periferního žilního vstupu (schéma 3). S tímto zjištěním koresponduje otázka, zda sestry pověřují ve výjimečných případech zdravotnického asistenta činnostmi nad rámec jeho kompetencí. Z našeho pohledu nebylo zjištění až tak překvapivé a tento výsledek jsme více méně očekávali. 63 (70 %) sester manažerek odpovídalo ano, částečně ano a výjimečně, že pověřují asistenta nad rámec kompetencí, možnost ne a nejsem si zcela jist, uvedlo 27 (30 %) sester. Domnívám se, že zdravotničtí asistenti často suplují všeobecné sestry a manažerky si neuvědomují, že porušují danou legislativu

Graf 2 předkládá názor na činnosti zdravotnického asistenta v rámci ošetrovatelského procesu. Sestry manažerky na prvním místě (32 %) uvedly realizaci ošetrovatelské péče, dále se zdravotnický asistent podílí v (29 %) na sběru anamnestických údajů a 16 % na hodnocení výsledků. Diagnostiku ošetrovatelských problémů uvedlo 9 % sester. Ošetrovatelský proces považují za nenahraditelnou a nezbytnou součást ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je znakem pro moderní ošetrovatelství a svědčí o vysoké odborné a profesionální úrovni. Zcela se ztotožňují s názorem Tóthové. Ta ve své publikaci pohlíží na postavení sestry v poskytování ošetrovatelské péče a považuje za nenahraditelného každého zdravotnického pracovníka, který ji poskytuje (Tóthová, 2009).

Manažerky měly vyjádřit názor, zda je zdravotnický asistent plnohodnotným členem ošetrovatelského týmu (tabulka 4) a dále vyjádřit svůj názor na jeho zákonnou normou určené kompetence (tabulka 5). Nejčastěji se vyskytla kladná odpověď, kdy 43 (47,7 %) sester považuje asistenta za plnohodnotného člena týmu, ale 33 (36,7 %) si to myslí jen pouze částečně. Negativně odpovědělo 14 (15,6 %) sester, které nevnímají zdravotnického asistenta jako platného člena týmu a důvody, které souvisí s jejich



rozhodnutím, byly omezené kompetence, práce pod dohledem (schéma 1). Zajímavé bylo i zjištění, že více jak polovina 50 (55,6 %) sester manažerek nepovažuje kompetence zdravotnického asistenta za přínosné. Můžeme se pouze domnívat, že názor sester manažerek vychází z ne právě dobré znalosti kompetencí a činností, anebo z nejasné formulace pojmu „*odborný dohled, přímé vedení*“, které zdravotnickým asistentům určuje zákon č. 96/ 2004 Sb. a vyhláška č. 55/2011 Sb., nebo nechtějí měnit zavedené stereotypy. Z našeho pohledu tento výsledek celkem vypovídá i o nezkušenosti se začleňováním asistenta do týmu, vymezení jeho náplní práce, též se setkáváme s názorem je to „*lepší*“ ošetřovatelka s maturitou. V časopise Florence se autorky Mikšová a Škubová opírají o názor Juráskové, která uvádí optimální a ekonomicky výhodné složení ošetřovatelského týmu, tedy třicet až čtyřicet procent kvalifikovaných všeobecných sester a šedesát až sedmdesát procent zdravotnických asistentů (Florence, 2009). Vždyť spolupráce všeobecných sester a zdravotnických asistentů umožňuje větší prostor pro individuální péči a měla by být určitým benefitem pro pacienta v uspokojování jeho potřeb. Návaznost a prolínání ošetřovatelských činností zdravotnických pracovníků je v současném zdravotnictví podmínkou, vedoucí k již několikrát opakované kvalitě ošetřovatelské péče. Nezbývá než konstatovat, že realita je ale jiná.

Na výše uvedené navazuje otázka směřující k uplatňování kontrolních mechanismů v rámci zdravotnického zařízení (tabulka 6, schéma 2). 37 (41,1 %) sester manažerek realizuje kontrolní mechanismy, podle jejich vyjádření formou auditu anebo formou kontrolní činnosti vrchní či staniční sestry. Zarážející pro nás bylo zjištění, že více jak polovina dotazovaných neví 45 (50 %) nebo 8 (8,9 %) neprovádí kontrolní činnost. Jak tedy zvyšovat kvalitu, když chybí zpětná vazba. Pryč je doba, kdy každý „*dělá všechno a nikdo nedělá nic*“. Máme odpovědnost za svou práci a právě manažerka by měla být tou osobou v týmu, která nejenže bude kontrolovat, ale i vzdělávat, upozorňovat na chyby, sledovat dodržování náplně práce, kompetence a vyvozovat závěry s použitím nejnovějších metod řízení. Domnívám se, že právě oblast řízení lidských zdrojů je opomíjena, vždyť kontrolní činnost nemusí být pouze příkaz a zákaz, ale již pracovní porada, pravidelné setkání týmu (workshop) řeší problémy z komplexního hlediska.

Z dalších alternativ je diskuze, instruktáž, mentoring a celá řada dalších technik koučování. Myslím si, že je náročné hodnotit tým, ale je třeba si uvědomit, že pokud se stanoví jasná kritéria, bude stoupat nejen kvalita poskytované ošetrovatelské péče, ale i spokojenost členů ošetrovatelského týmu. Bylo by zajímavé zjistit, zda má vliv vzdělání sester manažerek na jejich řídicí manažerské schopnosti.

Problém profesního uplatnění zdravotnických asistentů ukazuje graf 7. Sestry manažerky měly možnost označit činnosti, ve kterých si myslí, že by zdravotnický asistent našel uplatnění. Proč uvedly sestry v 7 % pochůzkovou a 13 % administrativní činnost a v 9 % doprovod pacienta na vyšetření, nás překvapilo. Pochůzkovou činnost a doprovod pacienta může zastat ošetrovatelka nebo sanitárka, proč zdravotnický asistent? S tímto názorem se neztotožňuji a domnívám se, že odpovědi pramení z neznalosti, nepochopení či nezkušenosti s novým zdravotnickým oborem. Touto problematikou se ve svém článku zabývá Tomčíková a uvádí, že je nutné zcela změnit pohled na nový zdravotnický obor a budovat prestiž oboru s ohledem na postavení v ošetrovatelském týmu a na trhu práce a současně také podpořit zájem manažerů zdravotnických zařízení o tuto kategorii zdravotnických pracovníků (Tomčíková, 2006).

Zkušenosti se začleněním zdravotnických asistentů do ošetrovatelského týmu jsou malé. První absolventi ukončili kvalifikační studium v roce 2008 a do praxe jich odešlo malé procento (Hellerová, 2009). Touto problematikou jsme se ve výzkumném šetření zabývali i my (tabulka 10). Sestrám manažerkám jsme daly možnost vyjádřit se, jak vidí budoucnost zdravotnických asistentů. 72 (80 %) dotazovaných manažerek uvedlo, že odejde studovat na vyšší nebo vysoké školy, pouze 13 (14,4 %) sester uvedlo možnost, že se asistent stane levnou pracovní silou. Z vlastní zkušenosti vím, že značné procento absolventů zdravotnických škol dále pokračuje ve studiu na vysoké škole. Pokud nesplní požadavky pro studium na vysoké škole je mu téměř bez problémů umožněno studium na vyšší odborné škole státní či soukromé. Pomineme-li duplicitu kvalifikačního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jen malou ekonomickou výhodnost, prodlužuje se kvalifikační studium a do praxe se i tak opravdu dostává jen velmi malé procento absolventů zdravotnických škol. Předpokládáme, že budoucnost se bude odvíjet z aktuální koncepce ošetrovatelství a možnosti pracovního uplatnění. V

této souvislosti dojde i k tolik očekávaným legislativním změnám novelizací zákona č. 96/2004, který by v letošním roce měl projít standardním legislativním procesem. Předpokládaná změna by měla být uskutečněna počátkem roku 2013.

Druhá část kvantitativního výzkumného šetření byla zaměřena na všeobecné sestry a zdravotnické asistenty. Zpracováno bylo celkem 181 (100 %) dotazníků vytvořených pro obě skupiny sester. Z celkového počtu zpracovaných dotazníků (graf 9) byla převaha žen 145 (80,1 %) a 36 (19,9 %) mužů. Nejvíce byla zastoupena skupina se středoškolským vzděláním 144 (79,9 %) dotázaných respondentů, druhou skupinu reprezentovali respondenti s vyšším, vysokoškolským a specializačním vzděláním (graf 3). Z výše uvedeného vyplývá, že na standardních odděleních, námi oslovených, stále převažuje středoškolské vzdělání. V našem dotazníkovém šetření byli respondenti rozděleni do dvou skupin (graf 4), všeobecné sestry 100 (55,2 %) a 81 (44,8 %) zdravotnických asistentů.

V položené otázce jsme ověřovali statistickou významnost tvrzení, že znalost kompetencí zdravotnického asistenta je závislá nebo nezávislá na oboru vzdělání respondentů (tabulka 13, 14). Odpovědi zdravotnických asistentů, kteří znají své kompetence „dobře“ (51,9 %) ve srovnání s všeobecnými sestrami, kdy kompetence zdravotnického asistenta zná „dobře“ (35 %) dotazovaných všeobecných sester. Statistickou významnost, jsme ověřovali chí-kvadrát testem, který potvrdil, že znalost kompetencí je závislá na oboru vzdělání, v tomto případě na oboru všeobecná sestra. Je ale s podivem, že všeobecné sestry se v kompetencích zdravotnického asistenta až tak neorientují vzhledem k vzájemné spolupráci a odbornému dohledu daného legislativní úpravou. Touto problematikou se zabývá i Vodičková ve své diplomové práci a pokládá si otázku, jak umožňuje všeobecná sestra zdravotnickému asistentovi zapojit se do ošetrovatelského procesu, uspokojovat základní životní potřeby nemocného, zapojovat zdravotnického asistenta do přímé péče, když právě ona se dostatečně neorientuje v činnostech daných zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 55/2011 Sb. (Vodičková, 2011). Domníváme se, že postavení zdravotnický asistentů v týmu, který nezná jeho kompetence je složité. Mohou být tedy zapojováni do ošetrovatelských činností zcela samostatně nebo naopak z neznalosti příslušných kompetencí. Uvědomují si, že se

vystavují možnému právnímu postihu? Máme za to, že vzájemná spolupráce, znalosti a vědomosti eliminují rizika pochybení a poškození nemocného. Za zamyšlení stojí i postoj managementu oddělení a jeho kontrolní činnost v rámci oddělení a nemocnice. Porovnávání těchto skupin respondentů, ale nebylo záměrem této práce. V otázce obdobného charakteru jsme ověřovali statistickou významnost tvrzení, že znalost kompetencí všeobecné sestry je závislá či nezávislá na oboru vzdělání. Opět jsme použili statistickou metodu chí-kvadrát testu. Odpovědi respondentů byly statisticky významně jiné než u předešlé otázky (tabulka 14,15). 91 (91 %) všeobecných sester se shoduje, že „znají“ své kompetence. Nezaznamenali jsme žádnou negativní odpověď. Oproti tomu 36 (44,4 %) dotazovaných zdravotnických asistentů statisticky významně méně zná „dobře“ kompetence všeobecné sestry. Z výsledku usuzujeme, že asistenti nemají potřebu znát kompetence všeobecné sestry. Tady bychom viděli prostor pro sestry manažerky, které by v rámci týmu měly pracovat s oběma skupinami zdravotnických pracovníků a minimalizovat tím možná právní rizika pochybení v nedodržování kompetencí. Otázkou ale zůstává, kolik činností již dnes sestry provádí, aniž by k tomu měly kompetence. Z praxe víme, že sestry jsou pověřovány činnostmi, které jsou plně v kompetenci lékaře. Touto problematikou se zabývá ve svém výzkumu Bártlová, která sleduje pověřování sestry odbornými úkoly nad rámec kompetencí (Sestra, 2007). Vystává otázka, jak významně může ovlivnit management kvalitu péče, dodržování kompetencí, vztahy na pracovišti? Domníváme se, že vytvářením konstruktivní atmosféry, komunikací, důslednou kontrolou, správným způsobem řízení a spolupráci zdravotnického týmu, v tom vidíme budoucnost profesionálního ošetřovatelství.

Grafem 13 jsme chtěli prezentovat, jak se všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti orientují v platné legislativě a kde mohou najít příslušné kompetence. Porovnáním obou skupin respondentů, kdy 42 % zdravotnických asistentů nejčastěji označilo fiktivní vyhlášku č. 155/2011 Sb. a až posléze zákon č. 96/2004 Sb. a vyhlášku č. 55/2011 Sb. 51 % všeobecných sester primárně označilo zákon č. 96/2004 Sb., ale následně pak smyšlenou vyhlášku č. 155/2011 Sb. Myslím si, že uvedení smyšlené otázky v nabídce odpovědí bylo zavádějící, ale utvrzuje mě to v názoru, že zdravotničtí pracovníci nemají

vyhlášku č.55/2011 Sb. ještě dostatečně zafixovanou. Přesto se domnívám, že rozsah činností, které může a má vykonávat v rámci multidisciplinárního týmu a profese, by měl znát každý zdravotnický asistent, všeobecná sestra, ale i ostatní zdravotničtí pracovníci. V hodnocení ošetrovatelské péče se zdravotničtí asistenti (26 %) rozcházejí s odpověďmi všeobecných sester (15 %).

Ošetrovatelský proces je metodou práce, jejíž součástí jsou tedy i činnosti zdravotnického asistenta. Tóthová ve své publikaci uvádí, že ošetrovatelský proces má nenahraditelnou funkci v moderním ošetrovatelství a je znakem vysoké profesionální úrovně poskytované ošetrovatelské péče. Ve výzkumném šetření jsme položili otázku, jaké činnosti v rámci ošetrovatelského procesu provádí zdravotnický asistent (graf 17). Sběr anamnestických údajů označilo 31 % zdravotnických asistentů a 34 % všeobecných sester. Významné rozdíly v odpovědích zdravotnických asistentů a všeobecných sester nebyly v diagnostice, plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Na základě zjištěných údajů jsme si položili otázku, zda má možnost zdravotnický asistent využívat informace a znalosti v ošetrovatelském procesu podle zákona č. 96/2004 Sb. Domníváme se, že ano, ale konkrétní zapojení je často určováno managementem oddělení popřípadě vedením zdravotnického zařízení. Postavení zdravotnických asistentů v systému poskytované ošetrovatelské péče je složitou otázkou a přináší značné problémy. Problematické se jeví právě vymezení konkrétních pracovních činností a jejich rozdělení na jednotlivé členy ošetrovatelského týmu.

V našem výzkumném šetření jsme se respondentů dotázali, zda jsou pro posílení kompetencí všeobecných sester (tabulka 26). Překvapivý byl názor všeobecných sester, kdy 44 % není pro navýšení svých kompetencí a 52 % neví, jestli je zapotřebí navyšovat kompetence sestrám. Toto mínění je celkem překvapující, vzhledem k tomu, že sestry již dlouho volají pro navýšení svých kompetencí. Obávají se sestry snad, že to pro ně bude další pracovní zátěž nebo se bojí větší zodpovědnosti? Proto jsme sestrám a asistentům, které označili kladnou odpověď, dali možnost vyjádřit se, jaké posílení kompetencí by navrhovali. Nejčastěji všeobecné sestry uváděly aplikaci analgetik, antipyretik a hypnotik. Jurásková v rozhovoru pro časopis Florence (2011) uvádí, že se podařilo zařadit do sazebníku výkonů ty činnosti, které sestry mohou vykonávat

samostatně a tím se všeobecným sestřím rozšíří jejich kompetence. Zdravotničtí asistenti by viděli navýšení kompetencí všeobecných sester v oblasti péče o akutní a chronické rány. 64 % zdravotnických asistentů se domnívá, že není třeba navyšovat kompetence všeobecným sestřím. Mohu se pouze domnívat, že z pohledu zdravotnického asistenta je tento výsledek asi logický. Vodičková ve své diplomové práci hodnotí rozdílné postavení zdravotnických asistentů v ošetrovatelském týmu a vnímání své pozice podřízeného vůči všeobecné sestře (Vodičková, 2011). Z mého pohledu by právě zdravotnický asistent měl najít své pevné místo v rámci ošetrovatelského týmu a naplňovat jemu stanovené kompetence. Tabulka 27 ukazuje odpovědi, zdali jsou respondenti pro posílení kompetencí zdravotnických asistentů. Odpovědi zdravotnických asistentů se rozdělily téměř na polovinu. 46 % zdravotnických asistentů uvádí, že je pro posílení svých kompetencí a druhá část 47 % uvedlo zápornou odpověď. Procentuálně více všeobecných sester 40 %, není pro navýšení kompetencí zdravotnického asistenta. Pro možnost ano se rozhodlo (29 %) všeobecných sester. Třetina (31 %) sester si není jista navýšením kompetencí zdravotnického asistenta. Respondenti, kteří se shodli na kladné odpovědi, mohli navrhnout, jaké kompetence by zdravotnickému asistentovi navýšili. Nejčastěji uváděli shodné kompetence jako sestra s maturitou, intravenózní aplikace, zavedení periferního žilního vstupu, vedení a plnění ošetrovatelského procesu. Doufáme, že problematiku navyšování kompetencí přinese dlouho očekávaná velká novela zákona č. 96/2004 Sb., kde budou upraveny podmínky odborného dohledu, podmínky pro výkon povolání a jasně specifikované kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. Myslíme si, pokud bude jasně určená legislativní úprava, povede to efektivnímu využití jednotlivých zdravotnických profesí a to povede ke zvýšení kvality péče o pacienta.

Všeobecným sestřím a zdravotnickým asistentům jsme ve výzkumném šetření položili stejnou otázku jako sestřím manažerkám, a to, zda jsou a popřípadě jaké kontrolní mechanismy jsou v rámci jejich oddělení uplatňovány (tabulka 6, 7, 28 schéma 2, 3, 7). 53 (65,4 %) zdravotnických asistentů a 52 (52 %) všeobecných sester neví o žádných kontrolních mechanismech, které jsou v rámci jejich oddělení. Vrátili se k odpovědím sester manažerek, které odpovídaly shodně, dospěli jsme

k přesvědčení, že více jak polovina všech respondentů vůbec neví o žádných kontrolních činnostech v rámci jejich oddělení. Porovnáním odpovědí ano 8 (9,9 %) zdravotnických asistentů a 30 (30 %) všeobecných sester docházím k přesvědčení, že jsou kontrolovány pouze všeobecné sestry a to formou auditu nebo staniční či vrchní sestrou. Překvapivým zjištěním pro nás byl i fakt, že sestry a asistenti považují kontrolu za formu byrokracie. Tento fakt koresponduje i s výše uvedeným zjištěním a to v souvislosti s pověřováním zdravotnických asistentů činnostmi nad rámec kompetencí. K ověření statistické významnosti údajů jsme zvolili statistickou metodu pomocí chí-kvadrát testu. Byla prokázána statistická významnost v názoru, že zdravotnický asistent je pověřován nad rámec svých kompetencí, jak uvedlo 67 (82 %) zdravotnických asistentů a 56 (56 %) všeobecných sester (tabulka 32, 33). Vrátila bych se k odpovědím sester manažerek (tabulka 7), kdy se všechny skupiny oslovených respondentů shodují, že zdravotnický asistent je pověřován nad rámec svých kompetencí. K ověření námi stanovené H1, *zdravotničtí asistenti jsou vedeni k dodržování kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče dané zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 55/2011 Sb.*, jsme respondentům položili otázku, zda je v rámci jejich oddělení uplatňován postih a pokud ano, jaký (graf 18). Výsledek výzkumného šetření byl pro nás zdrcujícím zjištěním, kdy 65 (80 %) zdravotnických asistentů a 91 (91 %) všeobecných sester uvedlo, že při porušení zákonných kompetencí není uplatňována žádná forma postihu. Zbývající respondenti v možnosti ano, označili formy postihu a to finanční postih, domluvu a záznam o mimořádné události (schéma 9). Chtěli bychom zdůraznit, že naplňování kompetencí stanovených zákonnou normou je přístupováno s velkou shovívavostí, jak sester manažerek, tak všeobecných sester. Toto zjištění je pro nás do značné míry zklamáním, protože nepotvrzuje námi stanovenou H1. Systém, jenž byl nastaven na zkvalitnění ošetrovatelské péče pro pacienta, tak význam této transformace se ztrácí v realitě.

Pokusili jsme se o pohled na společenskou prestiž povolání zdravotnického asistenta (tabulka 29). Došli jsme k závěru, že společenská prestiž zdravotnických asistentů, podle odpovědí 64 (79 %) zdravotnických asistentů a 55 (55 %) všeobecných sester je nedostatečná. Je celkem zarážející, že za dostatečnou ji považuje pouze 6

respondentů. Položila jsem si otázku, proč na společenském žebříčku má tato profese tak nedostatečnou vážnost. Odpověď je asi nejednoznačná. Jedná se o mladý obor, nejsou zkušenosti, prezentace na veřejnosti jsou „všelijaké“ a to jistě neprospívá popularitě. Dalším problémem může být i motivace ke studiu oboru zdravotnický asistent. Ve veřejnosti je pevně zakořeněná „zdravotní sestra“ a asistent je považován za něco podřadného. Lze říci, že jsme předpokládali takový výsledek výzkumného šetření a proto jsme dali naším respondentům možnosti, jak by se podle jejich mínění mohla zvýšit společenská prestiž oboru zdravotnický asistent (graf 17). Asistenti a všeobecné sestry (25 %) se shodli na vyšším finančním ohodnocení. Na druhé a třetí místo zařadili zdravotničtí asistenti prezentaci na veřejnosti a dostatečné zapojení v rámci ošetrovatelského týmu a rozsah kompetencí. Společenskou prestiž zdravotničtí asistenti uváděli až na čtvrtém místě ze šesti možných. Všeobecné sestry na druhé místo zařadily větší rozsah kompetencí. A jako třetí v pořadí se sestry shodly s asistenty a to v dostatečném zapojení asistenta do týmu. Z dalších možností, které by zvýšily společenskou prestiž, uváděli respondenti celoživotní vzdělávání, dále pak mentora na oddělení.

Ve výzkumném šetření jsme dali prostor na odpověď pouze všeobecným sestrám. Cílem tohoto záměru bylo zjistit, jak všeobecným sestrám vyhovuje spolupráce se zdravotnickým asistentem (tabulka 30, schéma 8). Odpovědi všeobecných sester se téměř stejným počtem rozdělily pro možnost ano, ne a nevím. Bylo pro nás zajímavé zjištění, že třetina všeobecných sester neví, jestli jim vyhovuje spolupráce se zdravotnickým asistentem v rámci ošetrovatelského týmu. Můžeme se pouze domnívat, že všeobecné sestry nejsou přizpůsobené či zvyklé na spolupráci se zdravotnickým asistentem. Otázkou může být i ne příliš dobrá znalost kompetencí, jak již bylo výše uvedeno. Problémem může být i počet zdravotnických asistentů na standardním oddělení, často jsou to dva, tři, ale také jeden asistent v ošetrovatelském týmu a sestry tedy nemají mnoho zkušeností se vzájemnou spoluprací. Dále se mohu domnívat, že 33 (18,2 %) sester, které odpovídaly možnostem ne a dále vybíraly eventualitu, proč jim spolupráce nevyhovuje, uváděly často diskutované „malé kompetence, práci pod dohledem, a dohled sestrám krátí čas“. Uvažujeme nad tím, proč sestry uváděly, že jim



dohled krátí čas. Je možné, že sestry ještě v mnohých zdravotnických zařízeních doplňují činnosti jiných profesí, například sanitáře, ošetřovatele, ale také vykonávají různé činnosti za lékaře, jak zmiňuje Bártlová (2007). Z toho usuzuji, že již nechťejí další odpovědnost související s dohledem nad zdravotnickým asistentem. Kooperace obou profesí má jeden cíl, zvýšení kvality poskytované péče. Kvalitní ošetřovatelská péče plně saturuje potřeby nemocného, což bez týmové spolupráce nelze a smyslem toho všeho je spokojený pacient. Za klíčové považuji, že perspektiva obou profesí se bude odvíjet z koncepce zdravotnictví, nové legislativní úpravy, vzdělání a v nemalé míře působení sester manažerek na uplatnění zdravotnických asistentů v ošetřovatelském týmu a praxi.

V rámci ověřování hypotézy H3: *Kompetence zdravotnického asistenta přispívají k efektivnímu poskytování ošetřovatelské péče v rámci zdravotnického týmu*, bylo zjištěno, že 54 (66,7 %) zdravotnických asistentů a 57 (57 %) všeobecných sester se shoduje, že kompetence zdravotnického asistenta mohou zvýšit kvalitu ošetřovatelské péče. Tuto skutečnost dokumentuje tabulka 31. Pro potvrzení hypotézy jsme ještě respondentům položili záměrně otázku, zda vnímají zdravotnického asistenta jako plnohodnotného člena týmu. Ze statisticky zpracovaných údajů vyplývá (tabulka 34), že více jak polovina 48 (59,3 %) zdravotnických asistentů a 56 (56 %) všeobecných sester vnímá zdravotnického asistenta jako plnohodnotného člena ošetřovatelského. Tento výsledek šetření potvrzuje námi stanovenou hypotézu a přispívá ke zjištění, že zdravotnický asistent do budoucna získá své pevné místo v profesionálním týmu i přes počáteční peripetie s nevyjasněnou formulací „dohledu“ a problematickým přijetím vymezených kompetencí. Profese zdravotnického asistenta má před sebou velkou výzvu narušit letitý stereotyp s jedním nelékařským zdravotnickým oborem „všeobecnou sestrou“, přijmout výzvu a uplatnit se jako nová mladá profese v současném profesionálním ošetřovatelství, s cílem stát se nezanedbatelnou součástí ošetřovatelského týmu. Prioritou současného moderního ošetřovatelství je týmová spolupráce vedoucí k poskytování efektivní ošetřovatelské péče. Činnosti jednotlivých členů týmu musí být jasně definované, srozumitelné, kontrolovatelné a vzájemně se musí prolínat za předpokladu dodržení všech legitimních norem. Předpokládáme, že

budoucnost obou profesí se bude odvíjet od avizovaných změn a to novelty zákona MZČR č. 96/2004 Sb. a diskutovaného návrhu transformační komise o zrušení vyhlášky MZČR č. 55/2011 Sb.

Výstupem této diplomové práce je ověření současného stavu výše uvedené problematiky.

## 6 ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem Zdravotnický asistent – přínos pro kvalitní ošetrovatelskou péči jsme se zabývali problematikou dodržování kompetencí, postavení a uplatnění zdravotnického asistenta v rámci ošetrovatelského týmu. Toto téma jsme zvolili pro svou aktuálnost, i s ohledem na očekávané legislativní změny.

Pro účel této diplomové práce jsme si stanovili tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit stav naplňování kompetencí zdravotnických asistentů. Druhý cíl měl za úkol zmapovat postavení zdravotnických asistentů v současném profesionálním ošetrovatelství. Třetím cílem bylo zjistit názory managementu na využití těchto dvou nelékařských profesí při poskytování ošetrovatelské péče. Pro empirickou část diplomové práce bylo použito kvantitativní výzkumné šetření, které bylo realizováno pomocí dotazníkové metody. Pro respondenty byly připraveny dva typy dotazníků. Osloveni byli zdravotničtí asistenti, staniční a vrchní sestry a všeobecné sestry. Prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření byly ověřovány předem stanovené hypotézy. První stanovená hypotéza: Zdravotničtí asistenti jsou vedeni k dodržování kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče dané zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 55/2011 Sb., byla vyvrácena, protože podle respondentů, v rámci poskytované ošetrovatelské péče dochází k porušování zákonných kompetencí zdravotnického asistenta. Hypotéza 2: Kompetence zdravotnického asistenta přispívají k efektivnímu poskytování ošetrovatelské péče v rámci zdravotnického týmu, byla potvrzena, podle respondentů je zdravotnický asistent součástí profesionálního ošetrovatelského týmu a jeho přínos pro kvalitu ošetrovatelské péče je neoddiskutovatelný. Poslední hypotéza H 3: Při poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu upřednostňuje management všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty, se též potvrdila. Z výsledků vyplývá, že management upřednostňuje při přijetí nových zaměstnanců všeobecné sestry před zdravotnickými asistenty.

Zjištěné výsledky potvrzují současný stav výše uvedené problematiky. Výsledky budou poskytnuty sestrám manažerkám ve zdravotnických zařízeních, kde byl výzkum uskutečněn k případné sebereflexi a ke zlepšení ošetrovatelských činností v praxi. Námi

zjištěné výsledky by bylo možné prezentovat v rámci vzdělávání zdravotnických pracovníků s cílem objasnění vymezených pravidel zdravotnických asistentů a všeobecných sester v rámci multidisciplinárního týmu. Dále by mohly být výsledky této práce publikovány v odborných časopisech Florence a Sestra.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAMCZYK, R. Vzdělávání sester v 21. století. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 6, s. 16-17. ISSN 1210-0404.

ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. Přel. L. Dobrovodská, M. Tesáčková. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 57 s. ISBN 80 – 7013 – 392 – 9.

ALFARO LE FEVRE, R. *Critical thinking and critical judgment*. Philadelphia: Elsevier Science, 2004. 300 p. ISBN 0-7216-9729-1.

ANASTISSIADOU, H.; K., FRIEDLOVÁ. *Pojetí ošetrovatelství u nás a v zahraničí. In Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Semily: Galén, 2000. 29 s. ISBN 80-86257-21-5.

ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. 10 vydání. Praha: Grada, 2002. 856 s. ISBN 80-247-0469-2.

BÁRTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické Organizace (srovnání s ostatními státy EU). In *Dny Marty Staňkové III, Vzdělávání sester: současnost a očekávání. Sborník z mezinárodní konference*. Praha: Galén, 2006, 61-68 s. ISBN 80-7262-434-2.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6 přepracované a doplněné. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210 – 0404.

BEDRNOVÁ, E.; NOVÝ, I. *Psychologie a sociologie řízení*. 2.vyd.Praha: Management Press, 2004. 598 s. ISBN 80-7261-064-3.

BECK, R. C., *Motivation: Theories and principles*. 1. vyd. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2004. 470 s. ISBN 0-13-111445-X.

BĚLOHLÁVEK, F. *Jak vést a motivovat lidi*. 5 vydání. Brno: Computer Press, 2008. 116 s. ISBN 978-80-251-2235-8.

BILLINGS, D. M., HALSTEAD, J.A. *Teaching in Nursing: A Guide for Faculty*. 3rd.ed. St. Louis: Saunders Elsevier, 2009. 560 p. ISBN: 978-1-4160-4084-2.

BRANT, C., LEYDON G. M. The role of the health-care assistant in general practice. *British Journal of Nursing*, 2009, vol. 18, no. 15, p. 926-933. ISSN 0966-0461.

DICROCE, Helen R.; GROHAR-MURRAY, Mary Ellen. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

DĚDINA, J., CEJTHAMR, V. *Management a organizační chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 339 s. ISBN 80-247-1300-4.

FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Ošetrovatelství – teorie*. 1 české vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

HOLEŠINSKÁ, P. *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 376 s. ISBN 80-247-0536-2.

HUSNÍK, P. Plné třídy zdravotnických asistentů?. *Učitel'ské noviny*, 2006, roč. 109 č. 19, s. 9. ISSN 0139-5718.

*Charakteristika vzdělávacího programu studijního oboru 53-41-M/007 Zdravotnický asistent*. [on line] [cit. 2011-11-18] Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/53/5341M007>.

CHRZOVÁ, A. Role sester se mění. *Florence*. 2005, č. 1, s. 38-39. ISSN 1801-464X.

JIRKOVSKÝ, D., A. ARCHALOUSOVÁ. Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské unii. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, LXXIII, č. 1. Dostupné z: [www.pmfhk.cz/VZL/VZL\\_1\\_2004/Vz11\\_5.Jirkovsky.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL_1_2004/Vz11_5.Jirkovsky.pdf).

JOBÁGYOVÁ, D; KOPECKÁ, K. Rola sestry a motivácia v povolání: Nové trendy v ošetrovatelství II. In. České Budějovice: [s. n.], 2003. s. 76-82. ISBN 80-7040-636-4.

KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.

KILÍKOVÁ, M. *Základy manažmentu v ošetrovatelstve I*. 1. vyd. Bratislava: Sapiaientia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4.

Kolektiv autorů. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ. Metodické pokyny MZ CR. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2004, částka 9, s. 2. [on-line] [cit. 2011-01-28]. [http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatelske-pece\\_1854\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatelske-pece_1854_15.html).

KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1,2*. Přel. A. Krišková, M. Musilová, V. Závodná. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

KUTNOHORSKÁ, J. *Historie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

MARKOVÁ, E. Dny Marty Staňkové IV., *Vzdělávání sester a jeho proměny*. 1.vyd. Praha, Galén, 2007. 104s. ISBN 978-80-7262-476-8.

MAYEROVÁ, M., RŮŽIČKA, J. *Moderní personální management*. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2000. 173 s. ISBN 80-86022-65-X.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2007. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

MIKŠOVÁ, Z. *Uplatnění zdravotnických asistentů na trhu práce*. Florence, 2009, roč. 5, č. 1, s. 11-13. ISSN 1801-464X.

MIKŠOVÁ, Z.; ŠKUBOVÁ, J. *Kompetence všeobecné sestry (VS) a zdravotnického asistenta (ZA)*. Florence. 2009, roč. 5, č. 2, s. 5. ISSN 1801-464X.



MLÝNKOVÁ, J. *Změny v profesní přípravě sester po 2. světové válce*. In Vinohradské ošetrovatelství: 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost: recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Evropské sociálně zdravotní centrum, 2008, s. 57-64. ISBN 978-80-87244-14-2.

PACOVSKÝ, V. *O moderním ošetrovatelství*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1981, 80 str. ISBN nedostupné.

POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství: Koncepce českého ošetrovatelství*. 2.vyd. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49s. ISBN 80-7013-420-8.

*Rámcový vzdělávací program* [on line] [cit. 2012-01-12]. Dostupné z www: <http://zpd.nuov.cz/uvod2.htm>.

ROZSYPALOVÁ, M.; SVOBODOVÁ, H; ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1.

ROZSYPALOVÁ, M; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.

SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 247 s. ISBN 80-7254-424-1.

SOUČEK, Z. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. 1.vyd. Olomouc: Professional Publshing, 2006, 196 s. ISBN 80-86946-18-5.

SPISBURY, K. MEYER, J. Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 2004, vol. 12, no. 6, p. 411-418. ISSN 0966-0429.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN: 80-7184-243-5.

*Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.

ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKUBOVÁ, J. Malá a velká novela ošetrovatelského zákona. Od kdy a o čem? *Florence*. 2011, roč. 7, č. 2, s. 3. ISSN 1801-464X.

TEPPER, B. B. *Manažerské schopnosti a dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 1996. ISBN 80-7169-347-2.

THORTON, L. What is holistic nursing? *American Holistic Nurses Association*, [online] [cit. 2012-03-05]. Dostupné z [www: http://www.ahna.org/AboutUs/WhatisHolisticNursing/tabid/1165/Default.aspx](http://www.ahna.org/AboutUs/WhatisHolisticNursing/tabid/1165/Default.aspx).

TOMČÍKOVÁ, N. a R. POKOJOVÁ. Uplatnění zdravotnických asistentů v praxi. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 6, s. 15-16. ISSN 1210-0404.

TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 160 s. ISBN: 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN: 80-7013-324-8.

VLASÁKOVÁ, D. Dopad pozměněné legislativy do ošetrovatelské praxe. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 8, s. 9-11. ISSN 1801-1349.

VODIČKOVÁ, P. *Role zdravotnických asistentů a sester v ošetrovatelském procesu*. České Budějovice, 2011. 154 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta.

Vyhláška č. 39/2005 Sb. ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 8, s. 189-211. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 96/2004 sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Kompetence

Kvalita péče

Ošetřovatelský proces

Spolupráce

Všeobecná sestra

Zdravotnický asistent

## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Dotazník pro sestry manažerky

Příloha 2 Dotazník pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty

Příloha 3 Kompetence Zdravotnického asistenta

## **Příloha 1 Dotazník pro sestry manažerky**

Vážené kolegyně, kolegové,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech v navazujícím magisterském studiu. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Vámi uvedené údaje budou využity výhradně k výzkumným účelům pro mou diplomovou práci na téma Zdravotnický asistent – přínos pro kvalitu profesionálního ošetrovatelství. Odpovídejte prosím pravdivě, Vaše odpovědi zaškrtněte nebo vypište do připravených kolonek (použité zkratky **VS – všeobecná sestra, ZA – zdravotnický asistent**). U otázek, kde nejsou uvedeny možnosti odpovědí, napište svůj vlastní názor. Prosím o zodpovězení všech otázek v dotazníku.

Dotazník je určen pro **vrchní a staniční sestry**.

Za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace děkuji.

Bc. Miroslava Brožová

<b>1. Pohlaví:</b>
<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
<b>2. Věk:</b>
<input type="checkbox"/> 19 – 25 let <input type="checkbox"/> 26 – 35 let <input type="checkbox"/> 36 – 40 let <input type="checkbox"/> 41 – 50 let <input type="checkbox"/> 50 a více let
<b>3. Nejvyšší dosažené vzdělání:</b>
<input type="checkbox"/> Středoškolské <input type="checkbox"/> Vyšší odborné <input type="checkbox"/> Vysokoškolské – bakalářské

<input type="checkbox"/> Vysokoškolské – magisterské <input type="checkbox"/> Postgraduální specializační studium
<b>4. Délka praxe:</b>
<input type="checkbox"/> Méně než 5 let <input type="checkbox"/> 5 – 10 let <input type="checkbox"/> Více než 10 let
<b>5. Ve výběru budoucích zaměstnanců preferujete VS před ZA?</b>
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nerozhoduji o výběru zaměstnanců <input type="checkbox"/> Ne
<b>6. Na přijetí či nepřijetí ZA na Vaše oddělení má vliv:</b>
<input type="checkbox"/> Management nemocnice <input type="checkbox"/> Normativ stanovený vyhláškou MZ č. 411/2011 <input type="checkbox"/> Normativ stanovený zdravotní pojišťovnou <input type="checkbox"/> Ekonomické vlivy <input type="checkbox"/> Mám vliv já <input type="checkbox"/> Jiné (vypište)..... .....
<b>7. Orientujete se ve výkonech, které je ZA kompetentní provádět?</b>
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nejsem si zcela jistý/á <input type="checkbox"/> Ne
<b>8. V rámci poskytované ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu poskytuje ZA tyto ošetrovatelské činnosti (lze označit více možností):</b>
<input type="checkbox"/> Ředění dezinfekčních prostředků a péče o pomůcky <input type="checkbox"/> Úprava lůžka <input type="checkbox"/> Hygienická péče <input type="checkbox"/> Krmení nemocných <input type="checkbox"/> Prevence dekubitů

- Doprovod pacienta na vyšetření
- Měření fyziologických funkcí
- Odběr kapilární krve
- Odběr venózní krve
- Odběr arteriální krve
- Ošetření akutních a chronických ran
- Katetrizaci močového měchýře u ženy
- Katetrizaci močového měchýře u muže
- Asistence při katetrizaci močového měchýře u muže
- Asistence při výplachu močového měchýře u ženy a muže
- Péči o PMK u ženy
- Péče o PMK u dítěte do 3let
- Péče o PMK u muže
- Podávání léků per os
- Aplikace léků s.c., i.m. mimo dětem do tří let
- Aplikace léků s.c., i.m. dětem do tří let
- Příprava i.v. injekcí a infuzních roztoků
- Aplikaci léků i.v. a infuzí
- Příprava a asistence u transfuze
- Zavedení nosogastriční sondy
- Zavedení periferního žilního vstupu
- Edukace
- Jiné .....
- .....

**9. V rámci poskytované ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu poskytujete ZA tyto ošetrovatelské činnosti (lze označit více možností):**

- Sběr anamnestických údajů
- Diagnostika ošetrovatelských problémů
- Plánování ošetrovatelské péče



- Realizace ošetrovatelské péče
- Hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

**10. Vnímáte ZA jako plnohodnotného člena ošetrovatelského týmu?**

- Ano
- Pouze částečně
- Ne (pokud ne, tak proč)
  - Omezené kompetence
  - Práce pod dohledem
  - Jiné (vypište).....

.....

.....

.....

**11. Kompetence ZA určené zákonnou normou považují za:**

- Přínosné
  - Nepřínosné
  - Jiné uveďte).....
- .....

**12. Jsou v rámci vašeho oddělení (zařízení) uplatňovány kontrolní mechanismy na dodržování kompetencí ZA?**

- Ano (uveďte jaké).....
- Nevím o nich
- Ne

**13. Pověřujete ve výjimečných případech ZA činnostmi, které jsou nad rámec jeho kompetencí?**

- Ano (pokud ano, vypište jakými)
- Částečně ano
- Výjimečně
- Nejsem si zcela jista

Ne

**14. Jaká máte kritéria pro přijetí ZA?**

- Rozsah kompetencí ZA
- Ekonomické
- Možnost uplatnění ve směnném provozu
- Jiné

(uveďte).....

.....

....

**15. Ve kterých ošetrovatelských činnostech by ZA, podle Vašeho názoru, našel profesní uplatnění? (více možností)**

- Hygiena, výživa
- Rehabilitační péči (polohování, nácvik soběstačnosti)
- Asistence při převazech
- Podávání léků
- Administrativní činnost
- Pochůzková činnost
- Doprovod na vyšetření
- Péče o pomůcky
- Nemám představu

**16. Máte na Vašem pracovišti vypracovaný standard vymežující odborný dohled?**

- Ano
- Nevím
- Ne

**17. Myslíte si, že v budoucnu bude ZA:**

- Dále studovat, aby získal kvalifikaci VS
- Stane se levnou pracovní silou
- Bude ve zdravotnictví zbytečný

**18. Respektují ZA pracovní náplně?**

- Ano
- Částečně
- Ne

**19. Respektují VS pracovní náplně ZA?**

- Ano
- Částečně
- Ne

**20. Jaké rozdíly vnímáte v kompetencích ZA a VS?**

**21. Jaké jsou postihy v případě překročení kompetencí?**

## **Příloha 2 Dotazník pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty**

Vážené kolegyně, kolegové

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech v navazujícím magisterském studiu. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Vámi uvedené údaje budou využity výhradně k výzkumným účelům pro mou diplomovou práci na téma Zdravotnický asistent – přínos pro kvalitu profesionálního ošetrovatelství. Odpovídejte prosím pravdivě, Vaše odpovědi zaškrtněte nebo vypište do připravených kolonek. U otázek, kde nejsou uvedeny možnosti odpovědí, napište svůj vlastní názor. Prosím o zodpovězení všech otázek v dotazníku (použité zkratky **VS – všeobecná sestra, ZA – zdravotnický asistent**).

Dotazník je určen **všeobecným sestřám a zdravotnickým asistentům**.

Za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace děkuji.

Bc. Miroslava Brožová

<b>1. Pohlaví:</b>	
<input type="checkbox"/>	Muž
<input type="checkbox"/>	Žena
<b>2. Věk:</b>	
<input type="checkbox"/>	19 – 25 let
<input type="checkbox"/>	26 – 30 let
<input type="checkbox"/>	31 – 35 let
<input type="checkbox"/>	36 – 40 let
<input type="checkbox"/>	41 a více let
<b>3. Nejvyšší dosažené vzdělání:</b>	
<input type="checkbox"/>	Středoškolské
<input type="checkbox"/>	Vyšší odborné
<input type="checkbox"/>	Vysokoškolské – bakalářské
<input type="checkbox"/>	Vysokoškolské – magisterské
<input type="checkbox"/>	Postgraduální specializační studium

<b>4. Obor vzdělání:</b>	
<input type="checkbox"/>	Zdravotnický asistent
<input type="checkbox"/>	Všeobecná sestra
<b>5. Délka praxe:</b>	
<input type="checkbox"/>	Méně než 5 let
<input type="checkbox"/>	5 – 10 let
<input type="checkbox"/>	Více než 10 let
<b>6) Myslíte si, že znáte kompetence ZA?</b>	
<input type="checkbox"/>	Ano dobře
<input type="checkbox"/>	Ano částečně
<input type="checkbox"/>	Ne
<b>7 Myslíte si, že znáte kompetence VS?</b>	
<input type="checkbox"/>	Ano dobře
<input type="checkbox"/>	Ano částečně
<input type="checkbox"/>	Ne
<b>8. Kompetence ZA a VS určené zákonnou normou považují za:</b>	
<input type="checkbox"/>	Přínosné
<input type="checkbox"/>	Nepřínosné
<input type="checkbox"/>	Jiné (uved'te).....
<b>9. Kompetence ZA a VS mohu vyhledat</b>	
<input type="checkbox"/>	Vyhláška č. 55/2011 Sb.
<input type="checkbox"/>	Vyhláška č. 155/2011 Sb.
<input type="checkbox"/>	Zákon č. 96/2004 Sb.
<input type="checkbox"/>	Zákon č. 69/2004
<input type="checkbox"/>	Jiné (uved'te).....
<b>10. V rámci poskytované ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu poskytuje ZA tyto ošetrovatelské činnosti: (více možností)</b>	
<input type="checkbox"/>	Ředění dezinfekčních prostředků a péče o pomůcky
<input type="checkbox"/>	Úprava lůžka
<input type="checkbox"/>	Hygienická péče
<input type="checkbox"/>	Krmení nemocných

- Prevence dekubitů
- Doprovod pacienta na vyšetření
- Měření fyziologických funkcí
- Odběr kapilární krve
- Odběr venózní krve
- Odběr arteriální krve
- Ošetření akutních a chronických ran
- Katetrizaci močového měchýře u ženy
- Katetrizaci močového měchýře u muže
- Asistence při katetrizaci močového měchýře u muže
- Asistence při výplachu močového měchýře u ženy

**11. V rámci poskytované ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu poskytuje ZA tyto ošetrovatelské činnosti: (více možností)**

- Péči o PMK u ženy
- Péče o PMK u dítěte do 3let
- Péče o PMK u muže
- Podávání léků per os
- Aplikace léků s.c., i.m. mimo dětem do tří let
- Aplikace léků s.c., i.m. dětem do tří let
- Příprava i.v. injekcí a infuzních roztoků
- Aplikaci léků i.v. injekcí a infuzí
- Příprava a asistence u transfuze
- Zavedení nosogastrické sondy
- Zavedení periferního žilního vstupu
- Edukace

**12. V rámci ošetrovatelského procesu provádí ZA tyto činnosti: (více možností)**

- Sběr anamnestických údajů
- Diagnostika ošetrovatelských problémů
- Plánování ošetrovatelské péče
- Realizace ošetrovatelské péče
- Hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

<b>13 Jste pro posílení kompetencí VS?</b>
<input type="checkbox"/> Ano (pokud ano jaké) ..... <input type="checkbox"/> Nevím <input type="checkbox"/> Ne
<b>14 Jste pro posílení kompetencí ZA?</b>
<input type="checkbox"/> Ano (pokud ano jaké) ..... <input type="checkbox"/> Nevím <input type="checkbox"/> Ne
<b>15. Jsou v rámci Vašeho zařízení uplatňovány kontrolní mechanismy zaměřené na dodržování příslušných kompetencí?</b>
<input type="checkbox"/> Ano (pokud ano, tak jaké) ..... <input type="checkbox"/> Nevím <input type="checkbox"/> Ne
<b>16. Myslíte si, že prestiž profese ZA je dostatečná?</b>
<input type="checkbox"/> Dostatečná <input type="checkbox"/> Nemohu posoudit <input type="checkbox"/> Nedostatečná <input type="checkbox"/> Jiné (vypište).....
<b>17. Jak by bylo podle Vás možné zvýšit prestiž povolání ZA?(více možností)</b>
<input type="checkbox"/> Vyšší finanční ohodnocení <input type="checkbox"/> Větší rozsah kompetencí <input type="checkbox"/> Dostatečné zapojení ZA <input type="checkbox"/> Lepší prezentace ZA mezi veřejností <input type="checkbox"/> Celoživotní vzdělávání <input type="checkbox"/> Mentorem na oddělení <input type="checkbox"/> Jiné vypište).....
<b>18. Vyhovuje Vám spolupráce se ZA? (označí pouze VS)</b>
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nevím

<input type="checkbox"/> Ne (pokud ne tak v čem) - Málo kompetencí - Práce pod dohledem – kontrola - Dohled mi krátí čas na jiné činnosti
<b>19. Domníváte se, že ZA jako součást ošetrovatelského týmu by mohl zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče?</b>
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nevím <input type="checkbox"/> Ne
<b>20. Je pověřován ZA i činnostmi, které jsou nad rámec jeho kompetencí?(označí pouze VS)</b>
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Částečně ano <input type="checkbox"/> Nejsem si zcela jistá/ý <input type="checkbox"/> Ne
<b>21. Je pověřován ZA i činnostmi, které jsou nad rámec jeho kompetencí?(označí pouze ZA)</b>
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Částečně ano <input type="checkbox"/> Nejsem si zcela jistá/ý <input type="checkbox"/> Ne
<b>22. Vnímáte ZA jako plnohodnotného člena ošetrovatelského týmu?</b>
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> Ne
<b>23. Pokud ZA vykonává činnosti nad rámec svých kompetencí (proti zákonu) je uplatňován postih?</b>
<input type="checkbox"/> Ano(pokud ano jaké)..... <input type="checkbox"/> Ne



### **Příloha 3 Kompetence zdravotnického asistenta**

#### **Zdravotnický asistent**

(1) Zdravotnický asistent vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu, v rozsahu své odborné způsobilosti může získávat informace nutné k určení ošetrovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony. Přitom pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky zejména může:

- a) sledovat fyziologické funkce a stav pacientů, zaznamenávat je do dokumentace, pečovat o vyprazdňování, provádět komplexní hygienickou péči, prevenci proleženin, rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování, dohlížet na dodržování pitného režimu, zajišťovat aplikaci tepla a chladu
- b) provádět rehabilitační ošetrovatelství, včetně prevence poruch imobility
- c) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta
- d) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při zajištění herních aktivit dětí
- e) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků
- f) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků a prádla, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby

(2) Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře může:

- a) podávat léčivé přípravky s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku
- b) odebírat biologický materiál, provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky)

- c) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii
- d) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při ošetření akutní a chronické rány
- e) připravovat pacienty k diagnostickým nebo léčebným výkonům, podle rozhodnutí lékaře, všeobecné sestry nebo porodní asistentky při nich asistovat, poskytovat ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich
- f) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při činnostech spojených s přijetím, přemísťováním, propuštěním a úmrtím pacientů

(3) Zdravotnický asistent pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru mûte v rozsahu své odborné způsobilosti při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče vykonávat činnosti uvedené v odstavci 1.

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