

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ošetřovatelství – autonomní profese v péči

diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová Ph. D.

Autor práce:

Štěpánka Petřů, Bc.

2013

ABSTRAKT

Ošetrovatelství – autonomní profese v péči

Ošetrovatelství prodělalo vlivem nedávných společenských událostí velké změny. Vlivem nových okolností bylo potřeba radikálně přistoupit i k novému pojetí ošetrovatelského oboru. Můžeme pak zaznamenat snahy o osamostatňování ošetrovatelské profese. Proto hlavní představitelky tohoto oboru přijaly efektivnější přístup k péči o pacienta. Významně jim k tomu napomáhá rozvoj výzkumu v ošetrovatelství, vysoká úroveň vzdělávání sester, nové manažerské techniky a sledování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Všechny jmenované prvky vedou k podpoře a posilnění autonomie ošetrovatelského oboru. Tímto tématem jsme se zabývali, protože vnímáme pozici ošetrovatelství a společenské postavení sester za neuspokojivé. Vytvořením naší diplomové práce jsme chtěli přispět k nemnoha literárním zdrojům, které se přímo věnují problematice autonomie ošetrovatelského oboru.

Teoretická část naší práce byla rozdělena na dvě části. V první jsme se zaměřili na vysvětlení pojmu autonomie ošetrovatelství a na vliv činnosti sestry s ohledem na samostatnost profese. Druhá část práce objasňuje prvky, které významně posilňují autonomii ošetrovatelského oboru.

Cílem této diplomové práce bylo: 1. Prozkoumat, zda sestry i lékaři považují ošetrovatelství jako autonomní vědní obor. 2. Zmapovat překážky zabraňující vnímat ošetrovatelství, jako autonomní vědní obor. 3. Zjistit aktuální možnosti k posílení autonomie ošetrovatelského oboru.

Empirická část práce je tvořena z kombinace kvantitativního s kvalitativním výzkumem. V kvantitativní části šetření nás zajímaly tři výzkumné hypotézy. 1. Sestry vnímají vzdělávání jako možnost získávání dovedností pro zajištění autonomie profese ve prospěch pacienta. 2. Sestry prezentují na veřejnosti ošetrovatelství jako samostatný obor. 3. Stav autonomie ošetrovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetrovatelské péče. Pro zpracování dat kvantitativní části výzkumu byla

použita metoda dotazování za pomoci techniky dotazníku. Obsahoval 41 otázek. V dotazníku byly použity uzavřené, polootevřené a otevřené otázky. Pro zpracování odpovědí byly použity výsečové grafy a tabulky. Pro statistické vyhodnocení výsledků bylo použito třídění 2. stupně. Výzkumným souborem pro kvantitativní část šetření byly sestry jak z ambulantních tak z lůžkových sektorů dvou zdravotnických zařízení. Celkem bylo distribuováno 220 dotazníků, ke zpracování bylo ponecháno celkem 134 (100%) správně vyplněných kusů.

Pro kvalitativní část výzkumu byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného dotazníku se sedmi otevřenými otázkami. Aktivně se výzkumného šetření zúčastnily 4 předsedkyně sekcí ČAS, kterým byl dotazník distribuován pomocí e – mailu. Jednotlivé odpovědi byly analyzovány a následně zpracovány do schémat. V tomto empirickém šetření jsme zjišťovali odpovědi na tři výzkumné otázky. 1. V jakém postavení jsou předsedkyně sekcí ČAS pro prosazování a obhajování ošetrovatelství jako autonomní profese? 2. Jaké překážky vnímané předsedkyněmi sekcí ČAS zpomalují prosazení autonomie ošetrovatelského oboru? 3. Co je možno udělat pro posílení autonomie ošetrovatelství v souboru jiných vědních či profesních oborů? Na výzkumné otázky zasláné pomocí polostrukturovaného dotazníku odpověděly čtyři předsedkyně sekcí ČAS.

Na základě získaných výsledků jsme zjistili, že sestry nepovažují ošetrovatelství za autonomní vědní disciplínu. Autonomnímu chápání ošetrovatelství zabraňuje nedostatek financí ve zdravotnictví, nevyhovující úroveň vzdělávání sester, jejich strach z odpovědnosti, nejednotnost a neorganizovanost. V mnohých případech je překážkou nemožnost zajistit chod pracoviště či nechápání ošetrovatelství jako autonomní profese. Vážným problémem se zdá být i nezájem sester a laické společnosti o ošetrovatelský obor a jeho nové poznatky. K posílení autonomie oboru by dle představ respondentů přispělo intenzivnější vzdělávání sester s využitím mezioborových informací a profesních poznatků. Nezastupitelnou roli v posílení autonomie ošetrovatelského oboru by hrála činnost společné nelékařské komory.

Nursing - An Autonomous Profession in Health Care

Nursing has undergone major changes under the influence of recent social events. Due to the influence of new circumstances, it was also necessary to radically approach to the new concept of nursing fields. Then we can register attempts to make the nursing profession independent. That is why the main representatives of this profession have adopted more efficient approach to the care for the patient. The development of the research in nursing helps them significantly, as well as high level of education of nurses, new management techniques and monitoring of the quality of provided nursing care. All mentioned elements lead to support and strengthening of autonomy of the nursing field. We dealt with this issue, because we perceive the position of nursing and the social status of nurses as unsatisfactory. With creating our diploma thesis we would like to contribute to a few literary sources, that are directly engaged in the issue of autonomy of the nursing field.

The theoretical part of our thesis was divided into two parts. In the first part we focus on the explanation of the concept of autonomy of nursing and the impact of activity of the nurse with regards to the autonomy of the profession. The second part of the thesis makes clear elements, which significantly strengthen the autonomy of the nursing field.

The aim of this thesis is the following: 1. To explore whether nurses and doctors consider nursing as an autonomous scientific field. 2. To map barriers preventing the perception of nursing as an autonomous scientific field. 3. To determine current possibilities for strengthening the autonomy of the nursing field.

The empirical part of the thesis is formed by the combination of quantitative and qualitative research. In the quantitative part of the investigation, we were interested in three research hypotheses. 1. Nurses perceive education as a potential acquisition of skills in order to ensure the autonomy of the profession for the benefit of the patient. 2. Nurses present nursing in public as a separate profession. 3. Status of the autonomy of nursing allows to promote results of the research in providing the nursing care. The

method of querying with the assistance of questionnaire was used for the data processing of the quantitative part of the research. It contained 41 questions. There were used closed, half-open and open questions in the questionnaire. There were used pie charts and tables for processing of responses. The 2nd degree classification was used for the statistical evaluation of the results. The researched group for the quantitative part of the investigation were nurses from ambulant and bedded sectors of two health care facilities. There were distributed 220 questionnaires in total, 134 (100 %) correctly completed pieces were kept for processing.

The querying method using the technique of semi-structured questionnaire containing seven open questions was used for the qualitative part of the research. Four chairwomen of sections of ČAS, who received the questionnaire via e-mail, actively participated on the investigation of the research. Individual responses were analyzed and subsequently processed into diagrams. In this empirical investigation we identified the answers to three research questions. 1. What is the position of chairwomen of sections of ČAS for promoting and defending nursing as an autonomous profession? 2. What obstacles perceived by chairwomen of sections of ČAS slow down the enforcement of autonomy of the nursing field? 3. What can be done to strengthen the autonomy of nursing in the group of other science or professional disciplines? The research questions sent in the form of half-structured questionnaire were answered by four chairwomen of sections of ČAS.

We found out on the basis of obtained results, that nurses do not consider nursing as an autonomous scientific field. Autonomous understanding of nursing is prevented by lack of financial sources in the health sector, inadequate level of education of nurses, their fear of liability, non-uniformity and disorganization. In many cases, the impossibility to ensure the course of the workplace or incomprehension of nursing as an autonomous profession are an obstacle. Serious problem seems to be lack of interest of nurses and laical society in the nursing profession and its new findings. According to ideas of respondents, strengthening of the autonomy of the profession would be contributed by more intensive education of nurses, while using interdisciplinary

information and professional knowledge. Indispensable role in strengthening the autonomy of the nursing field would be played by the activity of non-medical chamber.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Ošetrovatelství – autonomní profese v péči“ 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 vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a 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.....

.....

podpis studentky

Poděkování:

Děkuji paní PhDr. Marii Trešlové Ph. D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce. Dále děkuji své rodině za trpělivost, kterou prokázala při mých studiích a v neposlední řadě i všem respondentům za pomoc při našem výzkumném šetření.

Obsah

Úvod

1 Současný stav.....	6
1.1 Autonomie ošetrovatelství.....	6
1.1.1 Postavení sestry v autonomním ošetrovatelském oboru.....	6
1.1.2 Profesní vztahy ovlivňující autonomii sestry.....	7
1.1.3 Vliv teoretické základny na autonomii ošetrovatelského oboru.....	10
1.2 Prvky autonomie ošetrovatelství.....	11
1.2.1 Sestra a legislativa v oboru.....	11
1.2.2 Postavení metodologie v autonomním ošetrovatelském oboru.....	12
1.2.3 Sestra – představitelka autonomního ošetrovatelského oboru.....	15
1.2.3.1 Vliv filozofie sestry na autonomii ošetrovatelského oboru.....	15
1.2.3.2 Vliv autonomních rolí sestry na uspokojení potřeb nemocného.....	17
1.2.3.3 Postavení sestry a autonomního ošetrovatelského oboru ve společnosti..	19
1.2.3.4 Význam výzkumu v rozvoji autonomního ošetrovatelského oboru.....	21
1.2.4 Kompetence sestry.....	23
1.2.4.1 Vzdělání sester-jeden z významných prvků rozvoje autonomie ošetrovatelského oboru.....	23
1.2.4.2 Vliv národních a mezinárodních profesních organizací na podporu autonomie ošetrovatelství.....	28
1.2.4.3 Nástroje na sledování kvality poskytované péče.....	30
2 Cíle a hypotézy.....	34

2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Předpokládané hypotézy.....	34
2.3 Výzkumné otázky.....	34
3 Metodika.....	35
3.1 Metodika práce.....	35
3.2 Charakteristika souboru.....	37
4 Výsledky výzkumu.....	38
4.1 Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního výzkumu v grafech a tabulkách.....	38
4.2 Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního výzkumu.....	62
4.2.1 Hodnocení H1.....	62
4.2.2 Hodnocení H2.....	66
4.2.3 Hodnocení H3.....	67
4.3 Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech.....	68
5 Diskuse.....	84
6 Závěr.....	100
7 Seznam použité literatury.....	103
8 Klíčová slova.....	109

9 Přílohy.....	110
9.1 Seznam příloh.....	110

Seznam použitých zkratk

EBN	Ošetrovatelství založené na důkazech
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
EU	Evropská unie
DiS	Diplomovaný specialista
Bc.	bakalářský studijní obor
Mgr.	magisterský studijní obor
ICN	Mezinárodní rada sester
WHO	Světová zdravotnická organizace
OSN	Organizace spojených národů
ILO	Mezinárodní organizace práce
WENR	Pracovní skupina evropských sester
PCN	Stálý výbor sester Rady Evropy
ENG	Evropská ošetrovatelská skupina
NNF	Severská federace sester
SDS	Spolek diplomovaných sester
ČSS	Československá společnost sester
ČAS	Česká asociace sester
SAK	Spojená akreditační komise ČR
JCAHO	Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci

ÚVOD

Ošetřovatelství je přirozená lidská činnost, která svým působením zasahuje až do vzdálené minulosti. Do nedávné doby byla tato vědní disciplína v naší zemi vnímána jako pomocná profese lékařů.

Díky významným společenským změnám v našem státu můžeme v posledních letech zaznamenávat tendence k osamostatňování ošetřovatelského oboru. Z důvodu začlenění České republiky do Evropské unie, přizpůsobujeme i tuto profesi mezinárodním požadavkům. V západních zemích je již dávno běžné, že je sestra plnohodnotným partnerem lékaře. Takto je vnímána nejen lékařskou populací, ale i laickou veřejností. Proto si své společenské postavení sestra úzkostlivě chrání.

Velký podíl na rozvoji oboru v naší zemi má nepochybně rozmach výzkumu v ošetřovatelství a vzdělávání sester ve svém oboru. Zvolením vhodných řídicích metod, individuálním a holistickým přístupem k pacientovi, zajištěním sledování kvality poskytované ošetřovatelské péče se posunula ošetřovatelská disciplína na vyšší příčku samostatnosti a uznání. Tato pozice je spojena také s vyššími nároky na rozhodování sester a prosazování principů moderního ošetřovatelství.

V naší práci jsme se snažili zmapovat současný stav ošetřovatelství a jeho pozici ve společnosti. Zjišťovali jsme názory řadových sester, jejich managementu i sester nejvýše profesně postavených – předsedkyň jednotlivých sekcí profesní organizace ČAS. Zjišťovali jsme nejen aktuální stav oboru, ale i jeho možný vývoj v zájmu posílení autonomie ošetřovatelské profese.

Zvolili jsme toto téma, protože nám není stav ošetřovatelství a společenská prestiž sesterské profese lhostejná. Vytvořením naší diplomové práce jsme chtěli posílit poměrně řídké řady odborné literatury, která má přímý vztah k autonomii ošetřovatelského oboru.

1 Současný stav

1.1 Autonomie ošetrovatelství

1.1.1 Postavení sestry v autonomním ošetrovatelském oboru

Ošetrovatelství je samostatný vědní obor, jehož typickým znakem je práce s lidmi v době jejich zdraví i nemoci. Tento fakt řadí ošetrovatelskou disciplínu k pomáhajícím profesím. Rozvoj oboru má významný vliv nejen na společnost, ale především na každého jednotlivce. Podle názoru Farkašové (2006) provází ošetrovatelská péče jedince od jeho narození až po smrt. Široký rozsah působení ošetrovatelského oboru významně zasahuje i do psychosociální a výchovné péče. Ovlivňuje prevenci, diagnostiku, terapii, upevňování a podporu zdraví obyvatel. Hlavní představitelky ošetrovatelského oboru - sestry, svou péčí vyjadřují lásku k lidem, moudrost a snahu pomoci potřebným občanům. Snaží se zmírnit utrpení, pečovat o tělesně a duševně choré občany. Ke své práci využívají poznatky z medicíny, klinických a humanitních oborů, zejména pak z filozofie, psychologie, sociologie, pedagogiky a etiky (Mastiliaková I 2004).

Právě etika a morálka jsou nedílnou součástí všech oblastí ošetrovatelství. Na mravní hodnoty, svědomí a svobodné rozhodování představitelk ošetrovatelského oboru úzce navazuje autonomie profese. Pojem autonomie vznikl z řeckého slova nomos, který vyjadřuje sebezmocnění, sebeurčení. Sestrám umožňuje samostatně se rozhodnout s upřímným přesvědčením, že všechny činnosti a služby, které poskytují, jsou v zájmu příjemce péče. Jejich účast v autonomním týmu napomáhá plánovat, organizovat, usměrňovat a kontrolovat činnost pracovní skupiny, tak aby byla v souladu s přijatými pravidly a směrnici. Autonomie profese je jedním z faktorů, které jsou předpokladem pro posílení prestiže odvětví ve společnosti (Adamová 2002; Blecha 2002; Škrlovi 2003).

Obecně lze definovat prestiž jako úctu a ocenění osobě, předmětům či sociálním pozicím. Vyjadřuje ohodnocení chování druhého člověka při výkonu své sociální role. Sestra a její pozice ve společnosti je odrazem jejího společenského uznání a postavení

ošetřovatelství. Celospolečenský pohled na ošetřovatelský obor je však významně ovlivněn právě i postojem sester samých ke své profesi. Jejich přesvědčení, mají-li pracovat efektivně, vychází z jejich autonomního postavení v pracovním týmu, z oddanosti ke své práci, z víry v důstojnost člověka a z dodržování etických zásad. Sestra pracuje v týmu, kde autonomně řeší ošetřovatelské problémy. Ke svým pacientům přistupuje univerzálně - bez rozdílu věku, pohlaví, státní příslušnosti či náboženství. Péči poskytuje profesionálně, s emocionální neutralitou, což se ze sociologického pohledu shoduje s rolí lékařů (Beňadiková, Rapčíková 2009; Bártlová 2002).

1.1.2 Profesionální vztahy ovlivňující autonomii sestry

Sestra je jediným členem zdravotnického týmu, který se s nemocným v průběhu jeho hospitalizace pravidelně stýká. Protože jsou v úzkém kontaktu, může s ním navázat bližší vztah. Tráví s klientem ze všech zdravotníků nejvíce času, proto zná jeho potřeby, které také vyhodnocuje. Je pro něj zdrojem informací a zajišťuje mu kontakt s okolním světem. Sestra pacientovi napomáhá v době radostné, ale i v období, kdy je potřeba vyrovnat se s nepříznivými situacemi, které nastaly z důvodu onemocnění. Autonomně zajišťuje zejména základní potřeby – fyzické s pocitem jistoty a bezpečí. Ty jsou v době nemoci nejvíce ohroženy či porušeny (Bártlová 2009; Kost'ová 2007).

Sestra se pacientovi při jeho příjmu představí a objasní mu chod oddělení a jeho rozložení. Upozorní ho, že v případě potřeby může použít signalizační zařízení, s kterým se okamžitě spojí s ošetřujícím personálem. Nemocný se pak cítí jistější a klidnější. Vysvětlí mu význam zavedené léčby a vhodně motivuje k plnění žádoucích postupů. Nemocného pobízí ke konzumování dostatečného množství vhodných tekutin, objednává mu dietní stravu dle ordinace lékaře. V případě potřeby pacientovi dopomůže při stravování. Vysvětlí mu význam naordinované diety a objasní všechny nejasnosti, které ho vedou k pochybám. Zajišťuje vhodné podmínky pro kvalitní spánek a odpočinek. Je-li nemocnému chladno, poskytne mu přikrývku navíc. Klid obstará dodržováním léčebného řádu a vhodnou kombinací spolupacientů na pokoji, tak aby nebyl nikomu narušen jeho léčebný proces. Pokud nemocnému dovolí jeho zdravotní stav, aktivizuje ho. Od procházek po oddělení či po nemocničním parku, přes četbu

knihy až po sledování nových informací v televizi nebo rádiu. Sestra nemocnému umožní komunikovat s jeho rodinou a přáteli. Vede nemocného k jeho maximální soběstačnosti v rámci jeho onemocnění. Motivuje ho vhodnou komunikací ke zvládnání úkolů a tak posiluje jeho sebevědomí a autonomii.

Všechny tyto postupy vedou k navázání blízkého vztahu sestry s pacientem. Nemocný si uvědomuje svou pozici, a proto v sestru vkládá velkou důvěru. Dotazuje se jí na mnohé nejasnosti, které úzce souvisejí s jeho léčbou. Díky důvěře, kterou sestra získá, zjistí od pacienta důležité informace, které mohou významně ovlivnit jeho terapeutický proces. Závažné poznatky spolu s lékařem při své práci zohledňují a tak se sestra stává významným pojítkem pacienta s lékařem (Kost'ová 2007).

Nemocní v průběhu pobytu ve zdravotnickém zařízení vztah sestry k ostatním členům pracovní skupiny bedlivě sledují. Všimají si, jak sestra vede všechny členy, kteří se podílejí na léčebném procesu, ke spolupráci a souhře. K tomu využívá své profesionální schopnosti, které propojuje s požadavky humanity. Celý pracovní tým usiluje o nalezení společného cíle. Za tímto účelem sestra efektivně komunikuje s pacientem a jeho rodinou, motivuje je k jejich maximální spolupráci se zdravotníky. Autonomně se rozhoduje, volí vhodné postupy, řeší, poskytuje duševní útěchu, vyslechne a svým názorem i odbornými zkušenostmi a znalostmi napomůže zvládnout pacientovi i jeho rodině problémové situace. Stimuluje nemocného ke spolupráci s lékařem a tak zefektivňuje terapeutický zásah. Cílem sestry je spokojený a vyrovnaný pacient, u kterého se předpokládá aktivní spolupráce v ošetrovatelském procesu (Farkašová 2006; Mastiliaková I 2004).

Ne vždy byla sestra autonomním členem pracovního týmu. V dřívějších dobách lékaři nepovažovali za nutné mít vedle sebe vzdělanou, samostatnou pečovatelku. Byla pouhou vykonavatelkou lékařových ordinací a jeho pomocnicí. Jejím úkolem bylo pečovat o nemocného v přímé ošetrovatelské péči, netázat se a plnit zadané příkazy. Významným průlomem bylo období po druhé světové válce, kdy se i ženy začaly ucházet o lékařské povolání a tak se pomalu začalo vyrovnávat jejich postavení s pozicí mužů ve zdravotnickém oboru. Založení zdravotnických a později i vysokých škol

v poválečném období vedlo ke zvýšení kvalifikace a tím i samostatnosti sester. Jejich autonomie se odrážela zejména v rozhodování, v řešení ošetrovatelských problémů, vedení edukačních poraden a v osvětové činnosti.

Autonomie sester je v dnešní době ovlivněna podřízeností sester nejen lékařům, ale i sesterskému managementu. Tato vícenásobná podřízenost může vyvolat konflikty v profesionálních vztazích a v harmonické činnosti pracovní skupiny. Vzájemný postoj sestry a lékaře ovlivňuje pracovní atmosféru, což má dopad i na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Z pohledu moderního ošetrovatelství může být nové pojetí vztahů v týmu zdrojem rozporů v chápání rolí a odpovědnosti. Lékaři po sestřích mnohdy vyžadují provádění výkonů, ke kterým sestra není kompetentní, mohou vnímat její profesi jako dočasnou, ze které sestry odchází na mateřskou dovolenou, nebo mění své působiště z důvodu nadměrné fyzické nebo psychické zátěže. Mnohdy je sestra lékařem vnímána stále jako člověk, který má plnit úkol a nemá přemýšlet a zdržovat otázkami. Vztahy na pracovišti se odráží zejména na pacientovi, který vše registruje a vyvozuje si závěry o spolupráci celého zdravotnického týmu. V případě zjištění nevhodných vztahů se pak tato napjatá atmosféra může negativně projevit i na terapeutickém procesu nemocného a jeho pohledu na zdravotnický obor (Bártlová 2006, Bártlová 2009).

Pacient je velmi citlivý „senzor“, který vnímá nejen vztahy na pracovišti, ale i úroveň profesionálního chování a komunikaci zdravotnických pracovníků. Sestry si jsou vědomy tohoto faktu. Svůj profesionální projev tomu podřizují a k posílení svých odborných znalostí využívají teoretické poznatky, což do nedávné minulosti nebylo možné. Dříve činnost ošetrovatelek navazovala na praktické zkušenosti a tradice jejich předchůdkyň. Nyní díky pokrokovým sestřím, které do své profesionální praxe vkládají nové vědomosti, zkušenosti a filozofické názory, mohou užívat koncepční modely a teorie (Plevová 2011).

1.1.3 Vliv teoretické základny na autonomii ošetrovateľského oboru

Koncepční modely jsou tvořeny vědci, teoretiky a profesionály z praxe. Odráží se v nich filozofický pohled na problém pacienta a odborné zkušenosti autorů modelů. Vypovídají o abstraktním seskupení jejich představ.

Autonomie ošetrovateľského oboru byla významně posílena například zavedením vývojového a humanistického modelu Dorothy Elisabeth Oremové do praxe. Její holistický pohled na jedince a jeho rovnováhu se odrazil v konceptuálním rámci modelu. Založila ho na třech teoriích: teorie sebepečce, deficitu sebepečce a teorie ošetrovateľských systémů. Vycházela z předpokladů, že je člověk autonomní jedinec, který pečce o sebe sama vnímá jako samozřejmost. Úkolem sestry je posílit pacientovu soběstačnost, umožnit mu uspokojení jeho potřeby a následně tak udržet optimální zdravotní stav. Při svém zásahu využívá třech terapeutických systémů v závislosti na soběstačnosti jedince. V plně kompenzujícím systému sestra přebírá veškerou pečce za nemocného, v částečně kompenzujícím sestra dopomáhá a v podpůrně výchovném sestra edukuje a zajišťuje podnětné prostředí pro pacienta. Sebepečce Oremová chápe jako dobrovolně záměrně vykonávanou činnost sestry vedoucí k podpoře nedotknutelnosti klienta, jeho vývoje a pohody (Bekel, Halmo 2004).

Z důvodu zlepšování kvality poskytované pečce a snižování nákladů se do odborné praxe zavedl standardní ošetrovateľský model-Model „Funkčního typu zdraví“ od americké profesorky ošetrovateľství Marjory Gordonové. V 90. létech tento model sestry začaly uplatňovat i v Evropě v různých obměněných podobách. Autorka zahrnuje do modelu jak hodnocení funkčnosti, tak i problémového fungování zdraví posuzovaného (Mastiliaková 2004). Díky skladbě „Funkčního modelu zdraví“ sestry získávají informace o dotazovaném v takovém rozsahu, že se jejich následná odborná pečce dotýká všech oblastí sledované osobnosti. Sestry vyhledávají všechny problémové oblasti klienta. Přístupují k pacientovi holisticky, podle oborem vyznávané filozofie.

Práce sestry je po všech stránkách velmi odpovědná, protože sestra pracuje s lidmi, jejich zdravím a životy. Z toho důvodu jí byly dány určité hranice, které nesmí

překročit. Za tímto vymezením stojí legislativa a morální odpovědnost, které sestru usměřují a zároveň chrání.

1.2 Prvky autonomie ošetrovatelství

1.2.1 Sestra a legislativa v oboru

Práce sestry v sobě zahrnuje mnoho rovin a pohledů, z kterých se dá posoudit, zda se jedná o práci kvalitní sestry, či nikoliv. Profesionální složka sesterské činnosti vychází ze zákonů a směrnic. Máme na mysli mezinárodní legislativu Světové zdravotnické organizace a Evropské unie, z které pak i naše národní legislativa přímo ovlivňuje práci pracovníků ve zdravotnictví. Státní legislativu tvoří Ústava ČR, zákony o ochraně zdraví lidu, zdravotním pojištění, zdravotnických pomůckách a o povolání sester a porodních asistentek. Ze zákonů, které přímo ovlivňují činnost sestry je to zákon 96/2004 o podmínkách způsobilosti k výkonu nelékařské profese později novelizován zákonem 105/2011, vyhláška 424/2006 o činnosti zdravotnických pracovníků novelizovaná vyhláškou 55/2011. Také vyhláška 423/2004 Sb., upravující kreditní systém pro osvědčení bez odborného dohledu zastává významné místo v činnosti sester. Nezanedbatelnou roli hraje i vyhláška o vzdělávání zdravotníků 39/2005, která stanovuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti. Všechny tyto legislativní normy se významně odrážejí na práci sestry. Chce-li sestra podpořit autonomii ošetrovatelského oboru, měla by se aktivně podílet na jejich tvorbě a tím tak více prezentovat svou profesi na veřejnosti (Farkašová 2006; Mičudová 2007).

Další rovinou, kterou sestra přímo ovlivňuje při výkonu své práce, je oblast vzájemných vztahů a morálního chování. Svou činností a vystupováním významně ovlivňuje pracovní atmosféru. Proto byla tato skutečnost zanesena do Etického kodexu nelékařského zdravotnického pracovníka. Tento dokument se zaměřuje na vystupování sestry, vzájemné vztahy mezi spolupracovníky, odborníky a klienty. První Etický kodex sester byl vytvořen Mezinárodní radou sester v roce 1953. Naši odbornou společností byl přijat až 29. března roku 2003. Z tohoto důvodu je sestra povinna při vykonávání

své práce dodržovat všechna jeho ustanovení (Bártlová 2009; Kolektiv autorů 2002, Staňková 2006).

V etickém kodexu se odráží i práva pacientů, která v naší zemi byla přijata dříve, nežli etický kodex sester. Podle jeho znění sestra obhajuje práva pacientů, respektuje člověka jako autonomní osobnost ve všech jeho rovinách. Vnímá jedince jako individuum, ke kterému přistupuje empaticky. Považuje ho za svrchovaného partnera, který má právo spolurozhodovat při své léčbě. Zajišťuje pacientovu intimitu, předává informace, ke kterým je kompetentní. Sestra je vázaná mlčenlivostí v souvislosti s výkonem svého povolání a nikdy nezneužije důvěry nemocného. V případě, že poruší tuto část kodexu, vystavuje se právní sankci.

Svým působením sestra ovlivňuje nejen jedince, ale i celou společnost, kterou vede k podpoře zdraví, k ochraně i posílení životního a sociálního prostředí. V její činnosti jí napomáhá práce v mezioborovém týmu, kde si váží svých spolupracovníků a přejímá, je-li to nutné, roli obhájkyne nemocného. Svým jednáním udržuje prestiž povolání a zvyšuje společenské uznání zdravotnických profesí. Aktivně se vzdělává a své poznatky uvádí do praxe. Podporuje tak svou odbornost, intelektuální a osobní růst. Soustavným zvyšováním vlastní kvalifikace udržuje a zvyšuje důležitost oboru a tím napomáhá rozvoji ošetrovatelské profese (Vondráček, Wirthová 2009).

Účelnost práce sestry se odvíjí od koncepce ošetrovatelství. Významnou úlohu zde zastupují i vhodné chování a dobré vztahy na pracovišti. Její činnost musí mít řád, být logicky seřazená a provedená, tak aby nedošlo k opomenutí některé z pacientových rovin (věstník č. 9).

1.2.2 Postavení metodologie v autonomním ošetrovatelském oboru

Za tímto účelem byla vytvořena série plánovaných činností a myšlenkových pochodů - ošetrovatelský proces. Díky jeho využití sestry aplikují teoretické poznatky do praxe a tak zajišťují vyšší kvalitu poskytované péče. Odborná veřejnost se s tímto pojmem poprvé setkala v roce 1955. V současné době se stal mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe, který je charakteristický svou systematičností a racionálním

postupem. Sestra ho využívá při svém plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jejím cílem je uspokojení individuálních potřeb jedince, proto ke klientovi přistupuje lidsky, vnímá ho celistvě, ve všech jeho rovinách. Zajímá se o rovinu fyzickou, psychickou, sociální i duchovní. Škrla (2008) tento přístup sestry k pacientovi označil za „autentickou přítomnost“ (Plevová 2011).

Sestra se při využití ošetrovatelského procesu potýká se zpracováním pěti na sebe navazujících fází. Nejdříve se zaměří na důkladné anamnestické posouzení jedince, při čemž získává informace, které ověřuje a třídí. Při svém rozhovoru důkladně pacienta pozoruje a zjišťuje objektivní známky jeho problémů. Vypomáhá si fyzikálními vyšetřeními, hodnotícími stupnicemi, škálami, dotazníky či testy. V případě nedostatečných či neucelených informací zajistí kontakt a rozhovor s příbuznými nebo zákonnými zástupci nemocného. Spolu pak za pomoci vhodné a účelné komunikace doplní chybějící data. Sestra nahlíží do zdravotnické dokumentace, kde získá další významné informace. K uskutečnění kvalitního sběru anamnestických údajů je jejím úkolem zajistit vhodné prostředí a dostatek času, který věnuje pouze dotazovanému. Anamnestická část ošetrovatelského procesu je fáze základní, kde sestra pracuje v logickém sledu a postupuje systematicky. Proto je zcela nezbytné, aby jí sestra věnovala maximální pozornost. Hodnotitelka by měla při této činnosti účelně komunikovat, být trpělivá a musí umět naslouchat.

Ze získaných poznatků sestra stanovuje potřeby nemocného, informace správně vyhodnocuje a definuje ošetrovatelský problém. Formuluje ho jasně, stručně, s individuálním zaměřením. Přiřazuje ho k nejvhodnější ošetrovatelské diagnóze, která je tvořena ze standardizovaného názvu, číselného kódu, definice a charakteristiky souvisejících anebo rizikových faktorů (Mastiliaková 2004; Plevová 2011; Pochylá 2005).

Při sestavování ošetrovatelských diagnóz sestra využívá mezinárodní klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA II. Tato standardizace ošetrovatelských terminologií je užívaná již ve dvaceti státech světa. Do budoucna by měla být přiřazena k revidované Mezinárodní klasifikaci nemocí vytvořené Světovou

zdravotnickou organizací. Využití klasifikačního systému NANDA II. zjednodušuje sestrám národní i mezinárodní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky, ulehčuje hodnocení nemocného a zlepšuje jemu poskytovanou ošetrovatelskou péči. NANDA II. přispívá k rozvoji informační techniky ošetrovatelského oboru, ke zdokonalení elektronických ošetrovatelských záznamů o pacientovi. Studentům ošetrovatelství ulehčuje výuku a orientaci v informacích o pacientech. České sestry díky využívání této technologie řadí úroveň své profese na stejný stupeň, jako zaujímají ostatní vyspělé státy (Plevová 2011).

Po stanovení ošetrovatelské diagnózy sestra naplňuje vhodný postup péče. Nejdříve vyhodnotí priority ošetrovatelských diagnóz, formuluje cíle a výsledná kritéria. Do své činnosti se snaží aktivně zapojit hodnoceného pacienta. Vybízí ho k jeho aktivní účasti při plánování ošetrovatelských intervencí, aby i z jeho strany bylo dosaženo očekávané změny (Mastiliaková 2004).

Svůj plán společně realizují. Významně jí k tomu napomáhá i přechod organizace práce od funkčního typu péče na systém skupinové péče. Sestry během své pracovní směny zodpovídají za realizaci a zdokumentování ošetrovatelského procesu u skupiny pacientů, které osobně předají sestře z následné služby. Velkým pozitivem tohoto způsobu práce je možnost sestry důkladněji poznat svou skupinu nemocných a tak lépe definovat jejich neuspokojené potřeby (Pochylá 2005).

Pro zajištění maximální individuální péče o pacienta by bylo vhodné přijmout systém primární sestry. Pacienta by se při jeho přijetí ujala primární sestra, která by byla jeho vedoucí ošetrovatelkou po celou dobu hospitalizace. Spolu s ostatními členy týmu by zajišťovala realizaci ošetrovatelského procesu. V případě své nepřítomnosti ve službě, by přebrala odpovědnost pověřená sestra. Tímto způsobem by byla určena odpovědná konkrétní osoba za poskytování individuální péče. Sestra by celý průběh ošetrovatelského procesu odpovědně zaznamenala do dokumentace, tak aby se mohla posoudit a kontrolovat efektivita její práce (Mastiliaková 2004; Plevová 2011).

Poslední krok, který musí sestra ve spolupráci s pacientem udělat, je zhodnotit účinek ošetrovatelských intervencí. V případě, že pacient či sestra obsah vyhodnocení stanovené diagnózy určí za neuspokojivý, sestra rozhodne o přezkoumání celého postupu. V průběhu procesu zjišťuje pacientův aktuální stav a následně stanovuje nové diagnózy, stávající popřípadě upravuje. Proto se o ošetrovatelském procesu hovoří jako o cyklickém ději podporujícím individuální profesionální ošetrovatelskou péči, kterou poskytuje po všech stránkách kvalifikovaná sestra (Mastiliaková 2004; Plevová 2011).

1.2.3 Sestra – představitelka autonomního ošetrovatelského oboru

Sestra je hlavní představitelkou ošetrovatelství a jediná, kdo může pozvednout autonomii ošetrovatelského oboru. Úroveň své poskytované péče, vědomostmi, dovednostmi a přístupem ke klientům a kolegům v pracovním týmu, prezentuje obor a jeho samostatnost.

1.2.3.1 Vliv filozofie sestry na autonomii ošetrovatelského oboru

Významně se v projevu sestry odráží její filozofie. Svým komplexním přístupem k nemocným uznává a svou profesionalitou dokazuje zájem o každého pacienta zvlášť. Současný vztah sestry s klientem se ztotožňuje s holistickým filozofickým směrem, který vznikl v 80. letech 20. století. Obdobný postoj k člověku známe z historie už z období řecké a římské civilizace.

Ne vždy byl holismus v ošetrovatelské péči uznávaným filozofickým směrem. V historii pohled na člověka významně ovlivnila církevní moc. V dobách neprofesionálního ošetrovatelství se prosazoval idealismus, který vyznával pohled na tělo odděleně od jeho psychiky. Proto ne vždy byl zásah ošetrovatelek z pohledu pacienta dostatečný. Ošetrovatelky duši chápaly jako vědomí a tělesnou schránku, jako bezduchou část organismu. Postupem doby byl tento filozofický směr nahrazen humanismem. Teprve až v 19. století se významní psychologové Freud, Reich, Fromm a Erikson snažili prosadit holistický postoj k člověku (Mastiliaková 2004; Pavlíková).

Z ošetrovatelského pohledu celistvě vnímala člověka už Florence Nightingalová při svém působení v Krymské válce. Spolu se svými spolupracovnicemi pečovala o fyzické potřeby nemocných. Zajišťovali pacientům teplo, pravidelný příjem potravy, tekutin, ošetřovaly rány, snažily se zmírnit utrpení raněných. Nightingalová se starala i o sociální potřeby zraněných. Díky její zásluze dostávali žold i po dobu nemoci. Často navštěvovala hospitalizované a hovořila s nimi, předčítala jim knihy, starala se o jejich korespondenci. Její počínání blahodárně působilo na psychiku nemocných. Pro svůj přístup se Florence Nightingalová těšila velké oblibě a uznání u raněných či nemocných vojáků. Pozornosti Florence neuniklo ani prostředí, v kterém se nemocní nacházeli. Zjistila, že má nepříznivý průběh nemocí přímý vztah s okolím, v kterém se pacienti nachází, a proto se snažila zajistit alespoň základní požadavky na jeho zlepšení. Infekční pacienty oddělila od neinfekčních, zajistila přísun čerstvého vzduchu větráním, dostatek světla a tepla. Snažila se zabezpečit i hygienické požadavky. Zasadila se o výstavbu toalet a prádelny. Její práce se zúročila ve snížené úmrtnosti nemocných, což mohla i statisticky podložit. Vedla si pravidelné záznamy o vyléčení a úmrtnosti pacientů před a po provedení změn. Tímto počínáním si získala uznání u lékařů i anglické vlády a tak posílila prestiž ošetrovatelského oboru mezi laickou i odbornou společností (Kutnohorská 2010).

V 19. století rozvojem techniky a věd, byl humanistický pohled na člověka vystřídán materialistickým. Do popředí se dostává hmotná povaha světa před vědomím. V polovině 20. století, díky velkému rozvoji diagnostických a terapeutických postupů a metod ve zdravotnictví, musela sestra nemocného člověka vnímat spíše z mechanického a biomedicínského pohledu. Jedinec a jeho jednota ustupovali do pozadí a v centru zájmu všech zdravotníků byli pouze fyzické problémy a nemoc pacienta. S tímto přístupem se sestra současnosti odmítá ztotožnit. Snaží se vnímat člověka celistvě, protože uznává, že bezproblémová funkčnost těla je závislá na somatické a psychické rovnováze nemocného. Její snahou je hledat souvislosti mezi pacientovým tělem a psychikou. Samostatně a odpovědně vyhledává potřeby nemocných nejen z oblasti fyzické, ale i z roviny sociální, kognitivní, emocionální či duchovní. Zprostředkovává pacientovi kontakt s rodinou a okolním světem, napomáhá řešit jeho sociální problémy,

vyposlechne ho a díky vhodnému terapeutickému rozhovoru nemocného uklidní. Bude-li si to nemocný přát, zajistí prostředí a návštěvu duchovního. Umožní pacientovi v průběhu léčebného procesu vyznávat svou víru a provádět rituály s ní spojené. Všechny informace z různých rovin nemocného propojuje a snaží se podchytit potřeby, které svým působením negativně ovlivňují stav pacienta. Pohlíží na člověka jako na individuální, neopakovatelnou holistickou bytost, která je ve vzájemném vztahu se svým okolím. Vychází z předpokladu, že příčina chorob vzniká na podkladě mnoha faktorů. Proto také svůj ošetrovatelský zásah směřuje na všechny roviny osobnosti jedince. Sestra usiluje o získání důvěry pacienta a k jeho podchycení ke spolupráci při řešení ošetrovatelských problémů. Svou filozofii aplikuje v době klientova zdraví i nemoci. V současné době je však zastáván trend rychlé hospitalizace a včasného propuštění klienta do domácího ošetření. Proto sestry pracující na některých lůžkových odděleních, nemohou pacientovi poskytovat tak časově náročnou péči, jako je aplikace ošetrovatelského procesu s holistickým přístupem. Z toho důvodu je vhodné přenést tento způsob ošetřování také na sestry pracující v agenturách domácí péče (Irmiš 2001; Munzarová 2005).

Člověk je sestrou vnímán nejen jako jednotlivec v době jeho zdraví či nemoci, ale i jako rodina, komunita nebo také celá společnost. Vždy je však příjemcem ošetrovatelské péče v určitém prostředí, které je složeno z vnějších a vnitřních vlivů. Ty pak výrazně ovlivňují příjemcův zdravotní stav. Sestra se snaží poskytnout svou péči s ohledem na neuspokojené potřeby nemocného a v rozsahu, který se odvíjí od zachovalého stupně příjemcova zdraví. Zjišťuje, zda stačí pouhá podpora a udržení zdraví, nebo může-li alespoň svými zásahy napomoci k zmírnění utrpení nemocného a k usnadnění prožívání velmi těžkých životních okamžiků (Mastiliaková 2004; Plevová 2011).

1.2.3.2 Vliv autonomních rolí sestry na uspokojení potřeb nemocného

Sestra se při svých ošetrovatelských intervencích zaměřuje a vychází z neuspokojených potřeb, které se mohou projevit jako nedostatek nebo nadbytek. Naplnění těchto problémových potřeb vede k optimálnímu fungování jedince, který si

osvojit vhodný způsob chování ve standardních i zátěžových situacích (Mastiliaková 2004; Plevová 2011).

Jednotlivé role, které sestra využívá při uspokojování porušených potřeb pacienta, vychází z její emocionální neutrality a ze schopnosti vytvořit pocit bezpečí. Pozice *pečovatelky* se od sestry očekávala již od pradávna. Je úzce spjata s poskytováním základní ošetrovatelské péče, kterou sestra aplikuje ve zdravotnickém zařízení i v terénní péči. Do nedávna byla role *asistentky* jednou z nejdůležitějších úkolů sestry. Sestra se při jejím plnění účastní na přípravě klientů k diagnosticko - terapeutickým výkonům, při kterých také asistuje, uklidňuje pacienty a po jejich průběhu o klienty pečuje. Nastiňuje nemocným možnou cestu, jak docílit pozitivních změn v jejich zdravotním stavu a jak předejít komplikacím. Vede je k upevňování zdraví, rozvoji soběstačnosti a napomáhá dlouhodobě nemocným žít se svou nemocí či se znevýhodněním. Vhodně komunikuje nejen s pacienty, ale i s rodinnými příslušníky, aby byl problém pro ochořelé a jejich okolí přijatelný. Ochotně radí a učí nejen je, ale i své kolegyně, novým poznatkům a dovednostem k osvojení postupů a lepšímu zvládnutí problémových situací. Staví se tak do pozice *edukátorky a mentorky*. Při své práci sestra vyhledává problémy, plánuje a realizuje jejich řešení. Je tedy *koordinátorkou*, která při výkonu své práce poznává pacienta a vnímá, chápe jeho potřeby, které se snaží zajistit. Jednou z nejnáročnějších pozic je role *advokáta*. Sestra advokátka zahrnuje v jedné osobě advokáta prosazujícího právo pacienta a *obhájce* stojícího za přáním a zájmy jiného člověka. Sestra objasňuje nemocnému jemu nesrozumitelné úkony. Zajišťuje dodržování všech práv, která jsou zanesena v naší zemi platné listině - Práva pacientů. V případě klientovi neschopnosti vyjádřit své potřeby a přání, stává se sestra jeho *mluvčím*. Takto naplňuje nemocnému pocit bezpečí a jistoty. Sestra se snaží předejít poškození či ohrožení pacienta a tak zabraňuje ztrátě jeho důvěry. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytné řídit a koordinovat celý ošetrovatelský proces. Ten zabezpečuje ošetrovatelský tým, v kterém se sestra staví do pozice samostatně pracujícího člena. V pracovní skupině zaujímá roli *managerky*, která organizuje, kontroluje, motivuje své podřízené. Často se stává *nositelkou změn*, při snaze zajistit vyšší efektivitu práce. Sestra se také aktivně zapojuje do výzkumu, při kterém

vyhledává ošetrovatelské problémy. Výsledky svého šetření sestry *výzkumnice* uvádí do praxe, kde si ověřuje své tvrzení (Staňková 2002; Kolektiv autorů 2002; Beňadiková, Rapčíková 2009; Špirudová, Králová 2006).

Profese sestry je souhrnem pracovních pozic s rozmanitým obsahem, které sestry získala odbornou přípravou. Při jejich realizaci se může setkat s rozporem mezi jasně danými normami a konkrétní situací, kterou musí řešit. Významně se zde odráží její schopnost se adaptovat na svou roli, ovládnout city a povznést potřeby nemocného nad potřeby své. Osvojení si takto profesionálně zvládnutého chování vyžaduje od sester intenzivní motivaci, trénink, duševní sílu a vzdělávání se. Při plnění svých rolí sestry přijímají kritiku své práce a ze svých chyb vyvozují důsledky. Při práci využívají kritické a strategické myšlení. Sociální role sester a náhled společnosti na její povolání se vyvíjí a obměňují v závislosti na pokroku, kterým prochází celá společnost (Bártlová 2002; Zvoníčková, Jirkovský 2006).

1.2.3.3 Postavení sestry a autonomního ošetrovatelského oboru ve společnosti

Při výkonu svého povolání je sestry vystavena mnohým faktorům, které významně ovlivňují její činnost vedoucí k podpoře samostatnosti oboru a prezentaci ošetrovatelského povolání. Je nezastupitelným článkem v péči o zdraví. Svou odpovědnou prací přináší pozitivní změny do oboru a tak přímo ovlivňuje názor společnosti na ošetrovatelskou profesi. Vytváří tak profesionální image a image sestry. Její postavení ve společnosti je úzce propojeno se změnami, které doléhají i na její práci. Významně se image mění v průběhu času. Od humanitně založené obětavé, empatické sestry se dnes očekává i progresivní a zdravě asertivní vzdělaná odbornice, která ovládá moderní zdravotnické postupy. Společnost sleduje, jak sestry prezentují sebe samy a své povolání, jaký zaujímají postoj k dané problematice i jak vnímají ošetrovatelský obor legislativní orgány a média. Velký podíl na utvoření příznivé externí image sesterské profese má i prezentace ošetrovatelství při získávání nových studentů do zdravotnických škol (Prudíková 2007; Škrlovi 2003).

Sestra však nemusí vnímat všechny podněty shodně se svým okolím. Při hodnocení své image se zamýšlí nad sebou sama, nad svým postavením ve společnosti a uznáním ošetrovatelské profese ze svého pohledu. Moderní sestra klade důraz na posílení profesionální hrdosti. Nepodceňuje vhodné a efektivní složky verbální i neverbální komunikace, které využívá i při aktivní účasti na odborných seminářích či kongresech. Své dovednosti využívá i ve větší snaze angažovat se na vysokých řídicích pozicích zdravotnických zařízení. Ve většině případů se vedení a organizace těchto zařízení sestry nepodílí. Jsou opomíjeny, byť tvoří nejpočetnější skupinu nelékařských zdravotnických pracovníků. I Wallace (2000) zastává názor, že by se sestry měly více angažovat v politické oblasti, stát se svým vysokoškolským vzděláním rovnocennými partnery lékařům a politikům, při řešení mnohých problémů. Svým zviditelněním posílí své sebevědomí a podpoří image ošetrovatelského oboru. Zacharová, Gulášová (2010) se domnívají, že prestiž sesterské profese lze posílit i účastí sester ve výzkumných projektech, aktivním zapojením do profesních organizací a mediální informovaností veřejnosti o nových poznatcích v oboru ošetrovatelství (Mičudová 2007).

Od sester manažerek se očekává důvěryhodnost, flexibilita, vyrovnanost a ochota riskovat. Měly by dokázat odhalit skryté rezervy a prosadit pozitivní změny. Vhodná motivace pracovního kolektivu ať k provedení plánované či neplánované změny významně posune k stmelení a aktivitě pracovního týmu. Ten potom vydává maximální výsledky v péči o klienta a v jeho spokojenost. Svou pozornost sestry manažerky zaměřují i na optimalizaci pracovních podmínek, zajištění ideálního počtu kvalifikovaného personálu a vhodných pomůcek. Všechny tyto procesy mají jediný cíl. Zvýšit kvalitu poskytované odborné ošetrovatelské péče, spokojenost klienta a v neposlední řadě i sester. Aktivní řadové sestry managerky zapojují do odpovědných pozic a tím tak zajistí i vlastní zainteresovanost sester na zlepšení poskytované ošetrovatelské péče (Farkašová 2006; Grohar-Murray, DiCrocce 2003).

Velkým pomocníkem k zjednodušení sesterské práce je zavedení nových pracovních technologií. Nejedná se pouze o diagnostické a terapeutické postupy, ale také o informační metody, které ušetří sestřím čas.

Informační technologie napomáhají sestřám lépe zužitkovat také získané výsledky z odborného výzkumu. V naší zemi je zatím v prvopočátcích, ale ve vyspělých západních zemích zaujímá významné postavení. Jeho pozornost je zaměřena zejména na rozvoj ošetřovatelské teorie, praxe a vzdělávání (Farkašová 2006; Grohar-Murray, DiCroce 2003; Chrzová 2005).

1.2.3.4 Význam výzkumu v rozvoji autonomního ošetřovatelského oboru

Za prvopočátek odborného výzkumu v ošetřovatelství se považují písemné doklady Florence Nightingalové o sledování a vedení statistiky při poskytování ošetřovatelské péče. V první polovině 20. století se výzkumná činnost zaměřovala zejména na systematické vzdělávání sester, jejich přípravu a na porovnání úrovně vzdělání odborných učitelek. Válečné období vneslo do výzkumu potřebu zjistit stav zdravotnického prostředí a stupeň pracovních požadavků kladených na ošetřující personál. Výsledky prováděných výzkumů prokázaly potřebu zkvalitnění a sjednocení poskytované péče. Díky zvýšenému počtu vzdělaných sester a zájmu společnosti o rozvoj ošetřovatelství, začala v poválečném období ve Spojených státech amerických vznikat výzkumná centra. Sestry výsledky svých poznatků začaly publikovat v odborném časopise *Nursing Research*. Od sedmdesátých let 20. století díky zvyšující se úrovni vzdělání sester nastal prudký rozvoj výzkumné činnosti, k čemuž přispělo i založení Institutu pro další vzdělávání nyní Národní centrum pro výzkum v ošetřovatelství (Mastiliaková 2004; Plevová 2011; Bártlová 2008).

V České republice se datuje rozvoj ošetřovatelského výzkumu až od konce 20. století, kdy se vzdělávání sester přesouvá na akademickou půdu. Do této doby byl výzkum zaměřen zejména na vzdělávání, výuku a zdravotní výchovu, protože probíhal pod vedením sester připravovaných pro učitelskou praxi.

Dnešní vzdělávací náplň vysokých škol směřuje absolventky ke kritickému myšlení, které vede k zodpovědnému rozhodnutí, zda po uvážení všech získaných informací budou souhlasit, odmítnou či změní své stanovisko k danému problému. Budoucí sestry i sestry v praxi se nad problémy učí přemýšlet v souvislostech, chápat

obsah myšlenky, kterou posuzují. Následně zaujmají vlastní stanovisko k řešení problému a za jeho řešení přijímají veškeré důsledky. Obsah sylabu podporuje schopnosti studujících efektivně využít kvantitativní a kvalitativní přístup při zkoumání problémových otázek v ošetrovatelství (Maňák 2003, Wallace 2002).

Dnešní pojetí výzkumu vychází z potřeby zvýšit výkonnost, kvalitu a efektivitu poskytované ošetrovatelské péče. Rychlý rozvoj nových poznatků a prudce se měnící způsob léčby s potřebou udržet trend s neustálými změnami v péči vedou sestry k potřebě využití nových informačních technologií, které by podle mínění Wallace (2000) měly být přístupné všem představitelům odborné praxe. Za tímto účelem byl zřízen informační odkaz – Evidence based nursing (EBN), který využívají sestry z mnoha států světa. Vychází z vědeckých poznatků a důkazů, které jsou základem ošetrovatelských poznatků. Pro jejich využití v praxi je nezbytná informovanost sester o jeho existenci. Překážkou se může stát jazyková negramotnost a cena, kterou uživatelé musí uhradit. Některé sestry mohou k těmto možnostem přistupovat s obavami a s nepochopením, proto raději využívají a preferují výsledky „tradiční“ ošetrovatelské péče. Kvalita ošetrovatelské činnosti může být ovlivněna i nízkým počtem a nedostupností kvalitních odborných časopisů a databází, nadměrným počtem přidělených pacientů, administrativními a organizačními nedostatky pracoviště. Orientace v EBN zpočátku může způsobovat potíže. Sestra volí vyhledávání podle klíčových slov, autora nebo jazyka. Ve své praxi využívá své vlastní klinické zkušenosti, na jejich základě aplikuje výsledky vědeckého výzkumu, hodnotí jeho metody a odhaduje spolehlivost získaných dat (Fineout 2005; Mastiliaková 2004; Mandysová 2009).

Sestra při práci s EBN postupuje v několika na sebe navazujících krocích. Nejprve si kriticky musí uvědomit nejistotu a nejasnosti při poskytování péče. Poté formuluje otázky, které lze vyhledat v odkazu. Pro sestavení dynamické otázky využívá standardizované formáty PICO (T). Pod písmenem P sestra definuje charakteristickou zkoumanou populaci, I vyjadřuje intervence nebo oblast zájmu, C stav nebo porovnání zájmu, O požadovaný výsledek a T definuje časový rámeček, pro který je otázka

sestavena. Následně definuje klíčová slova a vyhledá nejlepší dostupný důkaz, který následně kriticky zhodnotí. Zajímá se o jeho validitu, klinickou významnost a použitelnost. Sestra po prozkoumání výsledků uvede poznatky do klinické praxe. Závěrem jejich účinnost zhodnotí (Fineout 2005; McSherry 2002; Melnyk 2005).

Nositelky změn se při svém bádání zaměřují nejen na zkvalitnění své ošetrovatelské činnosti, ale svou pozornost věnují i oblasti vzdělávání se zaměřením na tvorbu edukačních materiálů. V oblasti řízení se sestra výzkumnice zabývá problematikou zátěže zdravotnického personálu, pracovními vztahy mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky, kvalitou péče a její efektivností.

Sestry své výzkumné závěry prezentují v odborném tisku a na odborných konferencích pořádaných na národní i mezinárodní úrovni. K posílení autonomie a postavení sester ve společnosti se Mgr. Jurásková Ph.D. domnívá, že by sestry měly o významných novinkách z ošetrovatelského oboru informovat veřejnost formou tiskových konferencí o ošetrovatelství. Wallace (2000), autorka Strategických dokumentů, vidí posílení ošetrovatelské autonomie ve vyčlenění veřejných prostředků na podporu výzkumu v oboru, který provádí kompetentní sestry (Pochylá 2005; Škubová 2010).

1.2.4 Kompetence sestry

Sestry při výkonu svého povolání zastávají mnoho na sebe navazujících rolí. Zvládnutí každé z nich vyžaduje od představitelk ošetrovatelství určitou dávku znalostí a dovedností. Některé jsou jim dány, jiné si musí osvojit při svém studiu. Aby sestry dosáhly vysoký stupeň své profesionality, bylo nutné zajistit jejich organizované odborné vzdělávání.

1.2.4.1 Vzdělání sester- jeden z významných prvků rozvoje autonomie ošetrovatelského oboru

Jako první se organizované výuky sester ujala Florence Nightingalová. Po svém návratu z Krymské války založila roku 1860 v Londýně “Školu Florence Nightingalové

pro zdravotní sestry“. Vzdělávání zde probíhalo jak po teoretické stránce, tak i po praktické. Celé studium bylo ukončeno po čtyřech letech. Školní zařízení absolvovalo i mnoho zahraničních studentek, čímž se profesionální úroveň ošetrovatelské péče posilovala i v zahraničí. Díky vzdělávání dnes vnímáme Nightingalovou jako zakladatelku moderního ošetrovatelství, neboť vložila do oboru systém a tak pozvedla jeho odbornou úroveň (Kutnohorská 2010).

V naší zemi byl rozvoj ošetrovatelské péče podmíněn několika faktory. Zejména změna společensko-ekonomických, kulturních a sociálních podmínek spolu se vznikem emancipačního, národnostního a ženského hnutí, demokracie, humanismu a uvědomění si stavu zdraví národa, přiměly společnost k zamyšlení se nad úrovní ošetrovatelské péče. Tohoto problému se chopila představitelka ženského hnutí spisovatelka Karolína Světlá, která se svými aktivitami snažila řešit vzniklou situaci. Svou činností dala podnět v roce 1874 k založení první České ošetrovatelské školy v Praze. Ženy se zde vzdělávaly v několikaměsíčních kurzech. Byly připraveny po teoretické, ale i praktické stránce. Význam založení České ošetrovatelské školy spočíval v prvním organizovaném vzdělávání ošetrovatelky v našich zemích. Fakt, že i lékaři projevíli zájem o odborně vzdělané ošetrovatelky, vedl k podpoře provozu školy. Její činnost však byla po několika letech ukončena a po vzniku Československé republiky nahrazena dvouletými ošetrovatelskými školami. Díky Alici Masarykové se po první světové válce významně rozvíjí Český červený kříž, sociální a ošetrovatelská péče. Na její pozvání přicestovaly do naší země tři americké sestry, které svými zkušenostmi pozitivně ovlivnily vývoj ošetrovatelské péče u nás. Zavedením nové studijní koncepce významně posílily úroveň výuky. Dokázaly propojit teoretické poznatky s praxí. Teoretická výuka vycházela především z knihy Nightingalové „O ošetrování nemocných“ a z dalších zahraničních odborných knih. V pozdějších letech se Alice Masaryková podílela i na vzniku Vyšší sociální školy (Farkašová 2006).

Meziválečné období se vyznačuje zaměřením ošetrovatelské péče na samostatnou práci v terénu. Pro schopnost, rozhodování a vedení péče se autonomie sester v tomto období těšila velké společenské vážnosti (Kutnohorská 2010).

V období po druhé světové válce se zakládají další ošetrovatelské školy. Některé jsou civilní, jiné mají církevního zřizovatele. Vyšší ošetrovatelská škola měla za úkol připravit učitelky ošetrovatelství, vedoucí a vrchní sestry k výkonu povolání. V primární zdravotní péči měly sestry nezastupitelné místo. V terénu pracovaly samostatně. Pomocí různých kurzů a poraden působily na široké vrstvy obyvatelstva. Poválečné ošetrovatelství se zaměřilo na pomoc postiženým válkou, sociálně závislým a osamělým občanům (Farkašová 2006).

Významným mezníkem v rozvoji českého ošetrovatelství se stal rok 1948. Ošetrovatelské školy zřizované církví byly z politických důvodů zrušeny, což bylo právně podloženo přijetím školského zákona č. 95/1948 Sb. V jeho znění byla zavedena i devítiletá školní docházka. Od roku 1955 se dle vládního nařízení č. 80/1955 Sb. výuka sester prodloužila na čtyři roky. Náplň studia byla zaměřena zejména na osvojení technické stránky léčebných výkonů. Humanitní obory jako psychologie, sociologie nebo etika byly zastoupeny v nedostatečném rozsahu. Zdárné ukončení výuky studentky završily složením maturitní zkoušky (Kutnohorská 2010; Rozsypalová- Sestry vzpomínají).

Protože byly absolventky mladé a mnohdy ještě nevyzrálé, mohly pokračovat ve svém vzdělávání v pomaturitním kvalifikačním studiu nebo na vysoké škole. Významné postavení v pozvednutí autonomie ošetrovatelského oboru zaujala Filozofická fakulta Karlovy univerzity v Praze. Zde byl v roce 1960 otevřen vysokoškolský obor Psychologie a péče o nemocné. V době založení patřila naše země k prvním evropským zemím s celistvým univerzitním studiem pro zdravotní sestry. Aprobace oboru se později změnila na Ošetrovatelství – pedagogika. Tento obor poskytoval ucelenou přípravu vyučujícím ošetrovatelských předmětů na zdravotnických školách. Učitelky svými znalostmi a přístupem ovlivňovaly mladou generaci nastávajících sester a tak nepřímo rozvíjely autonomii ošetrovatelského oboru jako vědní disciplíny.

Pokud sestry chtěly své znalosti a dovednosti rozšířit, mohly navštěvovat brněnský specializační vzdělávací ústav-Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků později přejmenované na Institut pro další vzdělávání

středních zdravotnických pracovníků. Tato možnost se však sestřám naskytla až po roce 1960. V současné době je stejné zařízení nositelem názvu Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Další vzdělávání zdravotnických pracovníků a stanovení podmínek pro výkon zdravotnického povolání bylo zaneseno v zákonu 20/1966, o péči o zdraví lidu. Povinnost zdravotnického pracovníka absolvovat nástupní praxi určila vyhláška č. 44/1966 Sb. Vyhláška č. 79/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, upravuje kategorii zdravotnických pracovníků s jiným vysokoškolským vzděláním. Celoživotnímu vzdělávání se věnuje zákon 96/2004 (Farkašová 2006; Hofštetrová- Knotková 2007).

Do devadesátých let dvacátého století se autonomie ošetrovatelského oboru potírala. Sestry byly považovány za asistentky lékařů, neměly rovnocennou pozici ve zdravotnickém týmu. Devadesátá léta minulého století však přinesla naší zemi významné společensko-politické změny, s kterými nastala i potřeba transformace vzdělávání v ošetrovatelství. Jejím záměrem bylo vybudování stejnorodé koncepce vzdělávacího procesu sester dle kritérií Evropské unie (EU). Obor všeobecná sestra na středních zdravotnických školách byl nahrazen zdravotnickým asistentem, jehož kompetence jsou v omezeném rozsahu. Variantou střední zdravotnické školy je i zdravotnické lyceum. Tento typ školy, založen roku 2005, se zaměřuje na studenty, kteří mají ambice pokračovat ve studiu na lékařských, zdravotně-sociálních či pedagogických fakultách. Studium nabízí rozšířené všeobecné poznatky v ošetrovatelském oboru (Kutnohorská 2010; Plevová 2011).

Po absolvování střední zdravotnické školy může zdravotnický asistent od roku 1996 volit v dalším vzdělávání mezi tříletou vyšší zdravotnickou školou zakončenou závěrečnou zkouškou s titulem „diplomovaný specialista (DiS)“, nebo dát přednost studiu na vysoké škole v bakalářských od roku 1992 (Bc.) a později i magisterských (Mgr.) studijních oborech. Bakalářské studium vychází z ošetrovatelských a medicínských předmětů, magisterské se již zaměřuje na určitou ošetrovatelskou oblast, výzkum, didaktiku a management v ošetrovatelství. Magisterská úroveň vzdělání však

musela se svým otevřením počkat, až do schválení nového vysokoškolského zákona 111/1998 Sb. Jeho znění vešlo v platnost 1. 1. 1999. Minimální požadavky na studijní programy, tak aby absolvent obdržel odbornou způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, jsou zaneseny ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., specializační obory upravuje nařízení vlády č. 463/2004 Sb. (Kutnohorská 2010; Plevová 2011; Pohlová 2011).

Studium na vysokých školách svým absolventům umožňuje rozvoj nejen znalostí a dovedností, ale cíleně působí i na jejich postoje. Napomáhá studentům nahlížet na situaci z různých úhlů pohledu a rozvíjí tak nejen jejich tvrdé dovednosti, ale především podporuje a rozvíjí jejich měkké dovednosti. Velký důraz je kladen na osvojení kritického myšlení a na osvojení si efektivní komunikace, která napomáhá vybudovat mezi pacientem a jeho ošetřovatelem vztah důvěry. Proto je nezbytné uplatňovat i empatické reflektivní a aktivní naslouchání. Při takto vedeném rozhovoru si sestra - student vytváří partnerský vztah s klientem. Také Wallace (2000) se přiklání k názoru, že jsou vysokoškolsky vzdělané sestry spokojenější, neboť jsou schopny poskytovat holistický přínos ošetřovatelskému oboru (Pokorná 2008).

Zmíněné typy zdravotnických škol vyjma magisterského studia se řadí do pregraduálního kvalifikačního studia, kde absolvent získal kvalifikaci pro výkon svého povolání. Specializační studium studentovi umožňuje osvojit si poznatky spojené s danou odborností. Probíhá ve vzdělávacích institucích, v jednotlivých vzdělávacích modulech. Výuku student zakončuje úspěšným složením atestační zkoušky. Způsobilost k výkonu specializovaného zdravotnického povolání je zanesena v zákonu č. 96/2004 (Plevová 2011; Mareková 2011).

Nezanedbatelnou roli ve vzdělávání zdravotnických pracovníků hraje celoživotní vzdělávání. Sestra využívá nabídek certifikovaných, inovačních a odborných kurzů, přednášek, seminářů, kongresů, odborných stáží v akreditovaných zařízeních a e-learningovým studiem. Může se podílet na vypracování metodiky, publikovat, zabývat se pedagogickou a vědecko-výzkumnou prací. Magisterské, doktorandské, specializační

a celoživotní vzdělávání je zařazeno do postgraduálního studia sester (Plevová 2011; kolektiv autorů 2002).

Zdravotnická zařízení využívají nabídky školicích firem. Ty pak sestry školí zejména v rozvoji měkkých dovedností, nejčastěji v rozvoji manažerských dovedností, osobního rozvoje, odborných a ve výkonných rolích. Sestry učí vést efektivní komunikaci bez spěchu, s objasněním všech nejasností a vyčkáním na reakce a vyjádření klienta. Cílem projektů je zlepšit aktivní přístup k pacientovi, rozšířit znalosti a dovednosti sester. Školící akce motivují sestry a posilují prestiž zaměstnavatele pořádajícího školící kurzy. Zaměstnancům posilují ochotu přijmout změnu, trvale zajistí přístup k rozvoji a vzdělání, posilují loajalitu k zaměstnavateli. Záměrem vzdělávacích programů je příprava interních lektorů, které zajistí další vzdělávací aktivity v daném zdravotnickém zařízení (Jičínská 2008; Hepnerová 2010; Pekara a kol. 2012).

Významnou roli v předávání zkušeností představuje mentorink v ošetrovatelské péči. Sestry mentorky pomáhají osvojit a zvýšit si znalosti potřebné pro kvalitní práci v oboru. Pomáhají studentům ošetrovatelství dosáhnout cíle, rozvíjí jejich znalosti a praktické dovednosti. Samy mentorky musí mít pro vykonávání takto odpovědné práce kvalitní vzdělání, které sestry pokryjí několikaletou praxí v oboru, svou registrací a absolvováním speciálního kurzu. Tento kurz může být také součástí vzdělávacího studijního programu ošetrovatelství.

Sestry si své poznatky a zkušenosti předávají. K tomu jim napomáhají i profesní organizace.

1.2.4.2 Vliv národních a mezinárodních profesních organizací na podporu autonomie ošetrovatelství

To, že je ošetrovatelství autonomní profesí značí i založení a aktivní činnost první zahraniční profesní ošetrovatelské společnosti - Mezinárodní rady sester (ICN). Její vznik se datuje do roku 1899. Její aktivita, v čele se zakladatelkou a prezidentkou Ethel Gordon Bedgordovou- Fenwickovou, byla podnětem ke vzniku dalších národních profesních organizací na celém světě. ICN svou pozornost věnovala a věnuje podpoře

ošetřovatelského oboru, vyhledávání problémů a jejich řešení. Vychází z potřeby zkvalitnění péče o zdraví a zefektivnění ošetřovatelské činnosti. Rozvíjí a podporuje sesterské kompetence. Své úsilí směřuje na rozšíření ošetřovatelství do všech stran světa, současně pak vyzdvihuje důležitost národních asociací sester. Rada bojuje za zkvalitnění pracovních i ekonomických podmínek sester a vede členky k vyššímu výkonu při tvorbě profesních standardů. Výsledky svých aktivit sestry z nejstarší mezinárodní profesní organizace prezentují na mezinárodních sjezdech i ve třech odborných časopisech, které publikují. Rada úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Organizací spojených národů (OSN) a Mezinárodní organizací práce (ILO). Dnes je v Mezinárodní radě sester účastno přes 160 národních sesterských organizací (Kutnohorská 2010; Plevová 2011; Staňková 2002).

Významnou pozici v autonomii ošetřovatelského oboru zastává výzkumná činnost a aplikace jejích výsledků do praxe. Touto problematikou se zabývá od roku 1978 Pracovní skupina evropských sester WENR. Také naše sesterská organizace Česká asociace sester se stala aktivní členkou již v roce 1985. V roce 1993 se stala Praha hostitelským městem mezinárodní konference sester z celé Evropy.

Mezi další mezinárodní profesní společnosti sester se řadí Stálý výbor sester Rady Evropy (PCN), Evropská ošetřovatelská skupina (ENG), a Severská federace sester (NNF) (Staňková 2002).

Také v České republice působí sesterské profesní společnosti. Od roku 1921 se datuje působení Spolku absolventek školy ošetřovatelské, který se v roce 1928 přejmenoval na Spolek diplomovaných sester (SDS). Členky organizace bojovaly za posílení prestiže svého oboru, pořádaly přednášky a kurzy k zvýšení odborné kvalifikace ošetřovatelek, které byly zařazeny v registračním systému diplomovaných sester. Zástupkyně Spolku hájily profesní zájmy, zasadily se o budování ubytoven pro sestry, o úpravu jejich pracovní doby a nárok na dovolenou. Tak byla posílena i občanská svoboda ošetřovatelek. SDS se zabýval sjednocením pracovních uniforem a aplikací poznatků z praxe do odborných časopisů. Od roku 1937 organizace publikovala ošetřovatelský časopis *Diplomovaná sestra*. Protože byly zástupkyně Spolku aktivní,

stala se organizace právoplatným členem ICN. Veškerá činnost Spolku však byla pozastavena příchodem 2. světové války a v pozdější době i politickou situací roku 1948. Únorovými událostmi se byl SDS nucen sloučit s Revolučním odborovým hnutím. Tato skutečnost byla podnětem pro vyloučení Spolku z Mezinárodní rady sester. Dění Pražského jara roku 1968 umožnilo zrození nové Československé společnosti sester (ČSS), která byla vytvořena dvěma národními organizacemi. Významné změny zažila společnost po listopadu 1989. Ošetřovatelství, tak jako celá veřejnost, podstoupilo velkou přestavbu a z podřízené role se stal ošetřovatelský obor autonomním. Od roku 1990 vznikaly první Kluby sester, které daly základ v roce 1991 pro založení České asociace sester. ICN ji v roce 1994 přijala za svého nového člena. Současně vedle sebe fungovaly dvě profesní organizace, které v roce 2000 splynuly v největší, odbornou organizaci sester v Česku asociaci sester (ČAS). Svaz je rozdělen do jednotlivých sekcí, dle specializace sester. Jejimi členy jsou sestry, nelékařští i sociální pracovníci a zaměstnanci zdravotnického školství. Asociace podporuje ošetřovatelský obor, aktivně se účastní na úrovni mezioborové a mezinárodní spolupráce. Podílí se na zlepšení podmínek pro profesní a morální úroveň nelékařských zdravotnických pracovníků a na přípravě nové legislativy (Kutnohorská 2010; Plevová 2011; Staňková 2002).

1.2.4.3 Nástroje na sledování kvality poskytované péče

Sestry i veřejnost mohou vnímat kvalitu péče individuálně, protože je tento proces ovlivněn mnoha faktory. Významně se zde uplatňuje věk, pohlaví, předchozí zkušenost, vědomosti, vzdělání, očekávání, hodnoty a kultura. Úkolem sestry je poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči vycházející z potřeb příjemce, která má být účinná, dostupná a přiměřená z pohledu využití možností. Tomuto problému se věnovala i legislativa, která umožnila přijetí efektivního systému péče. K přijetí tohoto nového postupu vedly zdravotnickou veřejnost vzrůstající nároky společnosti na poskytování vysoce profesionální péče s omezenými ekonomickými možnostmi zdravotnických zařízení. Proto byla sestrám odborníky stanovena profesní závazná norma kvality v podobě pracovních standardů. Sestry se při své práci řídí jejich

dodržováním a následně i výsledky kontrol, které sledují kvalitu poskytovaných služeb. Měřitelné standardy umožňují objektivní hodnocení, jsou nástrojem k zefektivnění a zkvalitnění jejich profesionální činnosti. Vymezují nejen kompetence a pracovní místo sestry, ale i její vzdělání a etický projev v zaměstnání (Farkašová 2006; Mášová, Havrdlíková 2009).

S prvními ošetrovatelskými standardy se sestry setkaly již v Krymské válce. Florence Nightingalová v nich svou pozornost zaměřila na ošetrovatelský proces, a tak nastavila první indikátory kvality péče. S významnějším rozmachem standardů ve zdravotnictví se setkáváme až v 70. letech dvacátého století ve Spojených státech amerických v souvislosti s vyhlášením Charty práv pacientů. Za zakladatele a člověka, který dal standardům řád, je považován americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedián. Ten definoval kvalitu zdravotní péče jako: „Takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“ (Mášová, Havrdlíková, Sestra 9/2009, s. 19).

Standardy jsou významným indikátorem kvality poskytované ošetrovatelské péče. Jejich součástí je systematické prověřování provádění postupů odborným způsobem. Svou pozornost zaměřují na účinnost poskytovaných ošetrovatelských služeb, finanční efektivnost a etickou přiměřenost. O takové kontrole sestry hovoří jako o auditu. Sestry se aktivně podílí na průběhu interních i externích auditů. Často jsou vybrané představitelky v auditorské komisi, jejíž funkce je vyhledávat rozdíly mezi poskytovanou péčí a standardy. Účel auditu není postihovat sestry za nalezené neshody v poskytované péči, ale poukázat na zjištěné odchylky, hledat možná řešení k jejich nápravě. V důsledku pozitivních závěrů auditů, může být zdravotnickému zařízení uděleno ocenění akreditovaného pracoviště (Procházková 2011).

V naší zemi se akreditacemi zabývá Spojená akreditační komise ČR (SAK), která hodnotí stupeň připravenosti zdravotnických institutů. V její kompetenci je i tvorba a kontrola národních standardů. Standardy se stále vyvíjí a upravují, vychází

z nejnovějších poznatků vědy, techniky a praxe. Splňují tak aktuální potřeby jejich uživatelů. Ve světě se kontrolou efektivnosti poskytované péče zabývá Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare). Vydávání a kontrola mezinárodních standardů je pracovní náplň Mezinárodní organizace pro standardizaci ISO (International Organization for Standardization) (Kolektiv autorů 2002).

Cílem standardů je zajistit pacientům bezpečný pobyt ve zdravotnickém zařízení a sestřím ochranu před neoprávněnou sankcí. Sestry díky nim pracují autonomně, samostatně se rozhodují, konají a nesou odpovědnost za své činy, neboť svou činností přímo ovlivňují pacientův život a jeho kvalitu. Standardy podporují autonomii ošetrovatelského oboru a posilují pozice sester v evropské společnosti (Mášová, Havrdlíková 2009; Standardy oš. péče-URL; Pelikánová 2010).

Dodržování standardů je závazné pro všechny úrovně sester. Ty se však od sebe liší svými kompetencemi, které jsou limitovány vzděláním sester. Pravomoc českých sester je legislativně upravena vyhláškou 424/2004 Sb., která byla později nahrazena vyhláškou č. 55/ 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato zákonná norma vyšla ze struktury kompetencí vypracovanou Mezinárodní radou sester (ICN). Dokument definuje kompetence jako oprávnění a povinnost sestry samostatně vykonávat činnosti svěřené právní normou na základě svých znalostí, dovedností a postojů. Z jeho znění vyplývá, že sestra průběžně doplňuje své vzdělání a je profesně flexibilní (Mastiliaková 2006; Alexander, Runciman 2003).

Cílem ošetrovatelského oboru je ochrana veřejnosti. Stát tento záměr podporuje a stanovuje regulační systémy ovlivňující vymezení rozsahu činností sester a požadavky na vzdělání. Zabývá se kontrolou průběžného dodržování odbornosti a mechanismem disciplinárního jednání. Regulace se dotýká vzdělávání, profese a praxe sester. Za účelem ochrany společnosti před nekompetentním pracovníkem a srovnatelnosti kvalifikace byl zřízen Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Sestry se přihlašují a obnovují svou

registraci v tomto systému již od roku 2004. Registr zajišťuje vysoké normy pro osobní a profesní rozvoj sestry a její pracovní nasazení. Sestra, která se přihlásí do databáze a splní její podmínky, obdrží Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Tak se stává registrovanou, samostatnou pracovnící (Farkašová 2006).

S prvním seznamem sester se mohly představitelky oboru setkat již v období první republiky. Tento rejstřík vytvořily diplomované sestry sdružené ve Spolku diplomovaných sester. Vývojem politických událostí po roce 1948 však registr zanikl. Na podnět významných mezinárodních profesních sesterských organizací se opět v roce 1998 objevuje zmínka o potřebě jeho založení (Hofštetřová Knotková 2010).

Cílem všech těchto regulačních mechanismů je zajistit veřejnosti kvalitní ošetrovatelskou péči, posílit autonomii i prestiž sestry a ošetrovatelství. Sestry si tento fakt uvědomují, svou pracovní činnost podřizují nejen legislativě, ale i profesním standardům, které vnímají, jako velký přínos pro svou práci. Své kompetence si hájí plněním požadavků Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Sestry si pravidelně svou registraci obnovují a tím tak posilují své postavení v profesi a následně i pozici ošetrovatelského oboru (Farkašová 2006).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Prozkoumat, zda sestry i lékaři považují ošetrovatelství jako autonomní vědní obor.

Cíl 2: Zmapovat překážky zabraňující vnímat ošetrovatelství, jako autonomní vědní obor.

Cíl 3: Zjistit aktuální možnosti k posílení autonomie ošetrovatelského oboru.

2.2 Předpokládané hypotézy

H1: Sestry vnímají vzdělávání jako možnost získání dovedností pro zajištění autonomie profese ve prospěch pacienta.

H2: Sestry prezentují na veřejnosti ošetrovatelství jako samostatný obor.

H3: Stav autonomie ošetrovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetrovatelské péče.

2.3 Výzkumné otázky

VO 1: V jakém postavení jsou předsedkyně sekcí ČAS pro prosazování a obhajování ošetrovatelství jako autonomní profese?

VO 2: Jaké překážky vnímané předsedkyněmi sekcí ČAS zpomalují prosazení autonomie ošetrovatelského oboru?

VO 3: Co je možno udělat pro posílení autonomie ošetrovatelství v souboru jiných vědních či profesních oborů?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Empirická část diplomové práce s názvem „Ošetřovatelství – autonomní profese v péči“ byla zpracována kombinací kvantitativního s kvalitativním výzkumným šetřením.

Pro zpracování dat kvantitativní části výzkumu byla použita metoda dotazování za pomoci techniky dotazníku (Příloha 4). Dotazník byl anonymní, vytvořen a použit výhradně pro tuto práci. Obsahoval 41 otázek. V dotazníku bylo použito 32 uzavřených otázek, z kterých bylo pět otázek identifikačních. Dále 2 otázky polootevřené a 7 otevřených. V naposled jmenovaných otázkách respondenti vyjadřovali své názory a postoje. Výzkumné šetření probíhalo v měsících prosinec 2012 - leden 2013. Pro popisnou statistiku s výšečovými grafy a tabulkami byl použit program Microsoft Office Word 2007. Pro statistické vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření bylo použito třídění 2. stupně v Microsoft Office Excel 2007 a následně program SPSS. Hypotézy byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Zvolená hladina významnosti

$\alpha = 5 \%$.

K testování první hypotézy byly použity odpovědi na otázky 2, 4, 5, 6. Jako doplňkové jsme využili otázky 7 – 18. Při zhodnocení první hypotézy „Sestry vnímají vzdělávání jako možnost získání dovedností pro zajištění autonomie profese ve prospěch pacienta“ bylo našim výzkumným šetřením zjištěno, že tuto hypotézu není třeba testovat podle chí kvadrátu, neboť četnost jedné z odpovědí byla 90 %.

Pro vyhodnocení druhé hypotézy „Sestry prezentují na veřejnosti ošetřovatelství jako samostatný obor“ byly použity odpovědi na otázky 19, 21, 23, 24, 25, 26, 33. Třetí hypotéza „Stav autonomie ošetřovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetřovatelské péče“ byla zhodnocena pomocí odpovědí na otázky 34, 37, 38, 39, 41. U obou jmenovaných hypotéz byla stanovena hraniční hodnota zastoupení odpovědí „ano“ 60 %. Daná otázka byla započítána ve prospěch naší

hypotézy, pokud byl výskyt „správné“ odpovědi „ano“ 60 % nebo více. Četnosti odpovědí byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Testovaná nulová hypotéza neboli očekávané četnosti u všech odpovědí tedy byly stanoveny v poměru 60 % „ano“ (z celkového počtu 134 odpovědí to je 80,4 odpovědi) a 40 % „ne“ (z celkového počtu 134 odpovědí to je 53,6 odpovědi). Pouze v otázce 19, 25, 41 je výzkumný soubor menší. V otázce 19 jsme vycházeli z celkového počtu 69, protože jsme vyloučili odpovědi nevim. V odpovědích na otázku 25 byl výchozí počet odpovědí 45, neboť byl o odpověď požádán pouze výběrový výzkumný vzorek respondentů. U otázky 41 byly odpovědi nevim taktéž vyloučeny, proto vycházíme pouze ze 104 odpovědí. V otázkách, kde byla použita stupnice odpovědí „ano“ a „spíše ano“ a „ne“ a „spíše ne“, byly tyto kategorie sloučeny z důvodu malé četnosti odpovědí. Ve všech testech tedy byly vždy jen dvě kategorie odpovědí, „ano“ a „ne“.

Pokud byla dosažená hladina významnosti větší než 0,05 (5 %), znamená to, že počet správných odpovědí na danou otázku odpovídal poměru 60 % : 40 %, a proto potvrzuje naši stanovenou hypotézu. Pokud byla dosažená hladina významnosti menší než 0,05 (5 %), zjištěný poměr odpovědí se lišil od předpokládaného poměru 60 % : 40 %. Jestliže převládalo zastoupení odpovědi „ano“ (tj. více než 60 %), byla daná otázka rovněž započítána ve prospěch studované hypotézy. V opačném případě (větší než 40% zastoupení odpovědi „ne“) byla otázka v rozporu se stanovenou hypotézou.

Pro kvalitativní část výzkumu byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného dotazníku se sedmi otevřenými otázkami (Příloha 5). Polostrukturovaný dotazník byl vytvořen a použit výhradně pro tuto práci. Mezi respondentky byl distribuován pomocí e - mailu. Jednotlivé odpovědi byly analyzovány a následně zpracovány do schémat SmartArt pomocí programu Microsoft Office Word 2007. První čtyři schémata znázorňují názory jednotlivých respondentek na položené otázky. Páté až jedenácté schéma zobrazuje souhrnné odpovědi všech dotazovaných předsedkyň na jednotlivé otázky. Každé schéma znázorňuje odpovědi pouze na jednu otázku. Fialová pole zastupují otázky, oranžová odpovědi respondentek. Dvanácté schéma zrcadlí souhrnné výsledky kvalitativního šetření. Schéma zobrazuje současnou

realitu, přání předsedkyň, překážky s možnostmi jejich odstranění a návrh na řešení podpory autonomie profese.

3.2 Charakteristika souboru

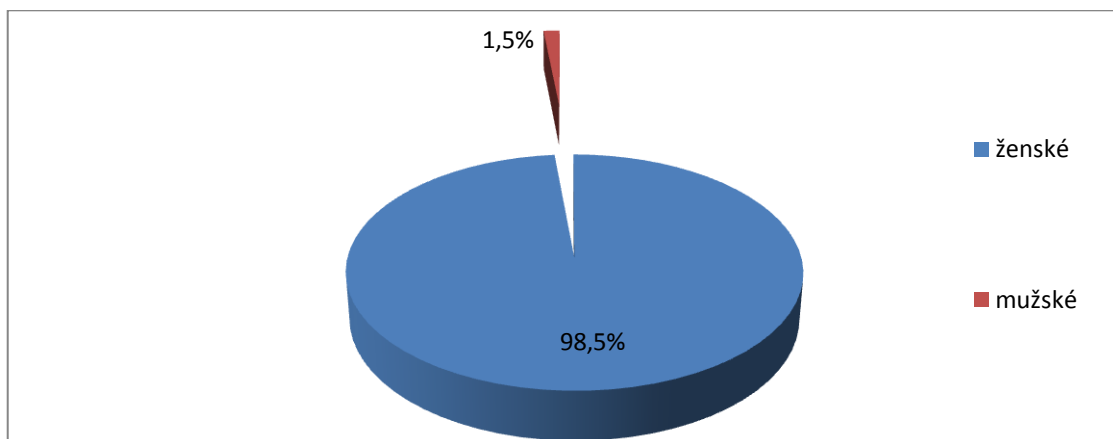
Výzkumným souborem pro kvantitativní část šetření byly sestry jak z ambulantních tak z lůžkových sektorů dvou zdravotnických zařízení. Celkem bylo distribuováno 220 dotazníků, navráčeno bylo 182 (82,7%) vyplněných dotazníků, pro nesprávné či neúplné vyplnění bylo vyřazeno 48 (21,8%) dotazníků. Ke zpracování bylo ponecháno celkem 134 (100%) správně vyplněných kusů.

Kvalitativní část výzkumného šetření byla vedena pomocí polostrukturovaného dotazníku, který byl zaslán e – mailem 21 respondentkám. Aktivně se výzkumného šetření zúčastnily 4 předsedkyně sekcí ČAS.

4 Výsledky výzkumu

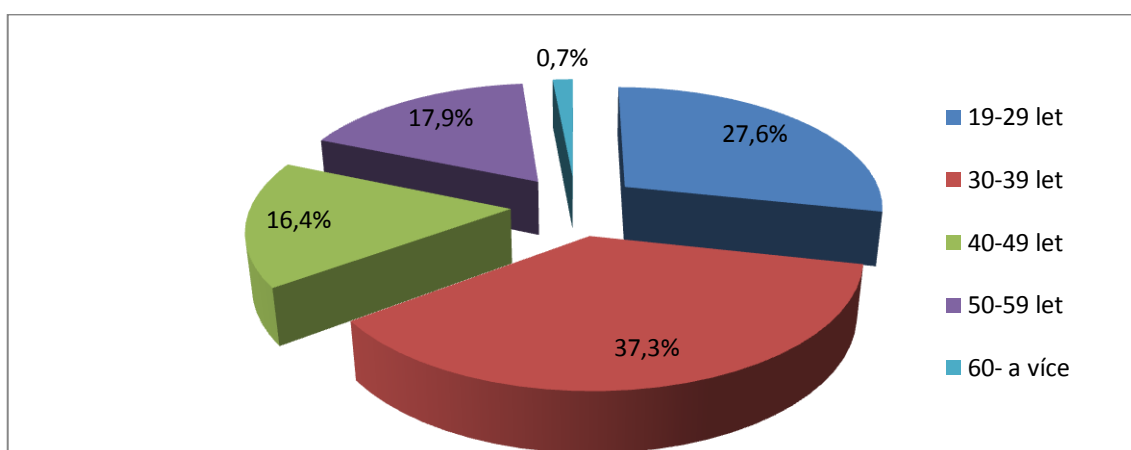
4.1 Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního výzkumu v grafech a tabulkách

Graf 1 Pohlaví respondentů



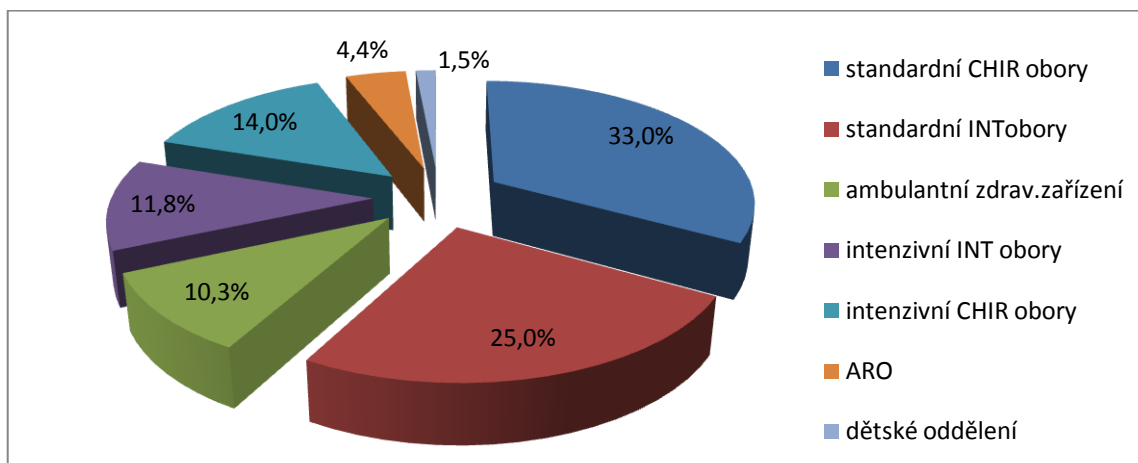
Z celkového počtu 134 (100%) dotazovaných respondentů uvedly 132 (98,5%) sestry, že jsou ženského pohlaví a 2 (1,5%) dotazovaní jsou pohlaví mužského.

Graf 2 Věk respondentů



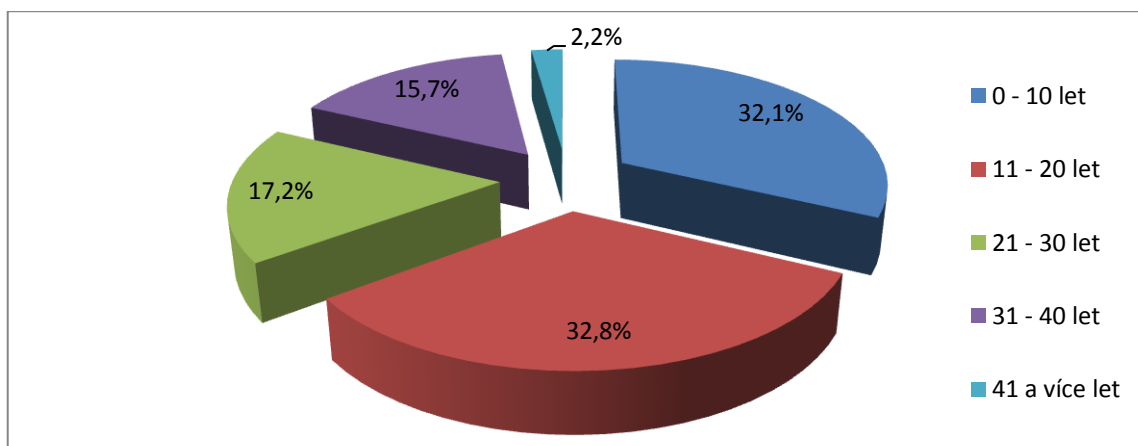
37 (27,6%) respondentů uvedlo, že jsou ve věkové hranici 19 – 29 let, 50 (37,3%) je ve věku 30 – 39 let, 22 (16,4%) ve věku 40 – 49 let. Mezi 50 – 59 lety se pohybuje 24 (17,9%) dotazovaných a 60 a více let je 1 (0,7%) tázanému respondentu.

Graf 3 Pracoviště respondentů



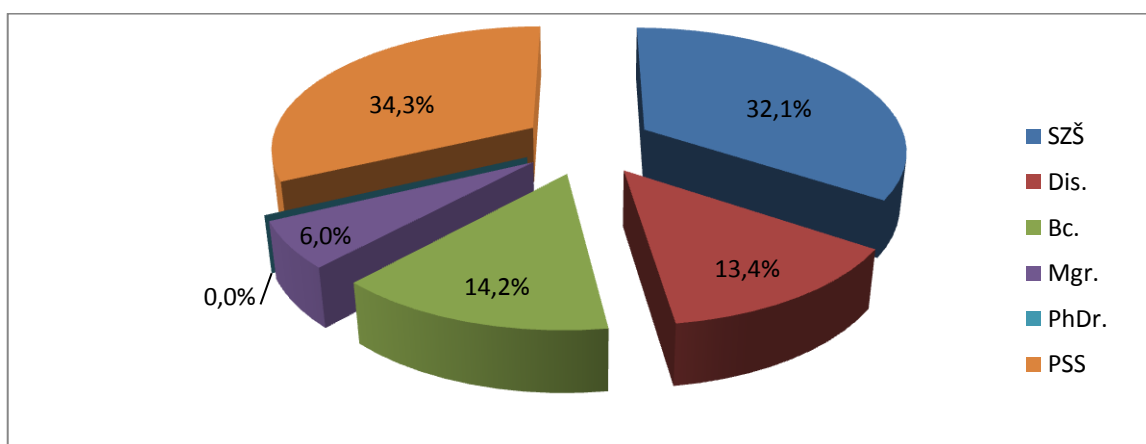
Na oddělení standardních chirurgických oborů pracuje 43 (33,0%) sester, 34 (25,0%) na standardních interních odděleních a 14 (10,3%) respondentů v ambulantních zdravotnických zařízeních. Intenzivní interní oddělení označilo 16 (11,8%) sester a na intenzivních chirurgických odděleních pracuje 19 (14,0%) dotazovaných. Na oddělení ARO je zaměstnáno 6 (4,4%) sester a 2 (1,5%) na dětském oddělení.

Graf 4 Délka odborné praxe



43 (32,1%) sester pracuje ve zdravotnickém zařízení deset a méně let, 44 (32,8%) 11 – 20 let a možnost 21 – 30 let uvedlo 23 (17,2%) dotazovaných sester. 31 – 40 let je zaměstnáno ve zdravotnickém zařízení 21 (15,7%) sester a 41 a více let pracují 3 (2,2%) dotazované.

Graf 5 Dosažené vzdělání



43 (32,1%) respondentů označilo vystudování střední zdravotnické školy, jako své nejvyšší dosažené odborné vzdělání. 18 (13,4%) sester má vyšší odborné vzdělání – Dis. a 19 (14,2%) tázaných udává bakalářské studium – Bc. Magisterské dokončilo 8 (6,0%) sester a vysokoškolské – PhDr. nikdo z dotazovaných (0%) neuvedl. Pomaturitní studium ukončilo 46 (34,3%) tázaných sester.

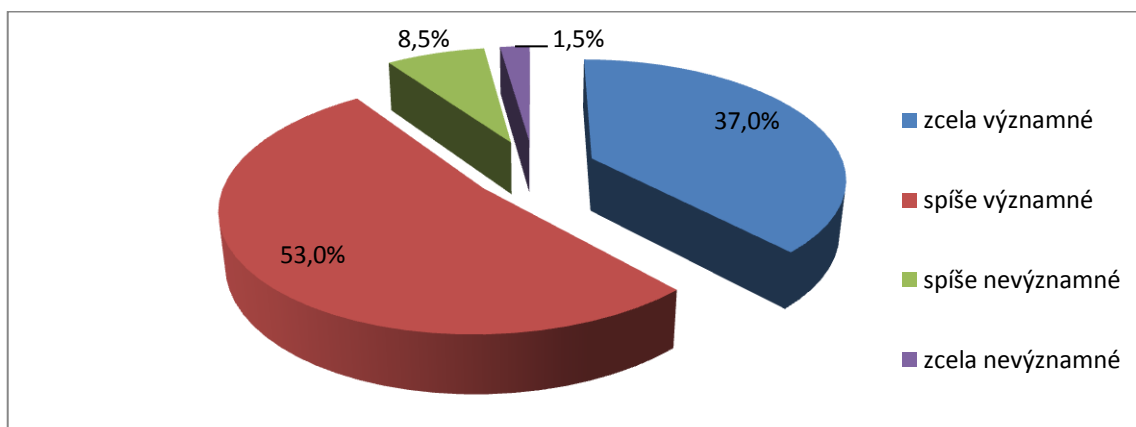
Tabulka 1 Vztah vzdělání k věku respondentů

	Vzdělání					Celkem
	Středoškolské s maturitou	Vyšší odborné (Dis.)	Vysokoškolské (Bc.)	Vysokoškolské (Mgr.)	Pomaturitní specializační studium	
Věk 19-29	12	10	8	3	4	37
30-39	16	5	8	4	17	50
40-49	7	3	1	1	10	22
50-59	8	0	2	0	14	24
60 a více	0	0	0	0	1	1
Celkem	43	18	19	8	46	134
Věk 19-29	32%	27%	22%	8%	11%	100%
30-39	32%	10%	16%	8%	34%	100%
40-49	32%	14%	5%	5%	45%	100%
50-59	33%	0%	8%	0%	58%	100%
60 a více	0%	0%	0%	0%	100%	100%
Celkem	32%	13%	14%	6%	34%	100%

Tabulka 1 znázorňuje vzájemný vztah dvou proměnných - věku respondentů a jejich vzdělání. Středoškolské odborné vzdělání s maturitou je zastoupeno téměř ve všech věkových skupinách rovnoměrně. Nejvyšší podíl SZŠ - 33%, se zobrazil ve věkové skupině 50 – 59 let. Vyšší odborné vzdělání – Dis. uvedlo 27% respondentů věkové skupiny 19 – 29 let. Bakalářské studium – Bc. 22% označili respondenti věkové hranice 19 – 29 let, poté 16% s věkem mezi 30 – 39 lety. Nejvyšší hodnota magisterského studia – Mgr. byla shodně označena věkem 19 – 29 a 30 – 39 let. Pomaturitní studium – PSS uvedlo nejvyšší množství respondentů (34%) ze všech dotazovaných sester. PSS

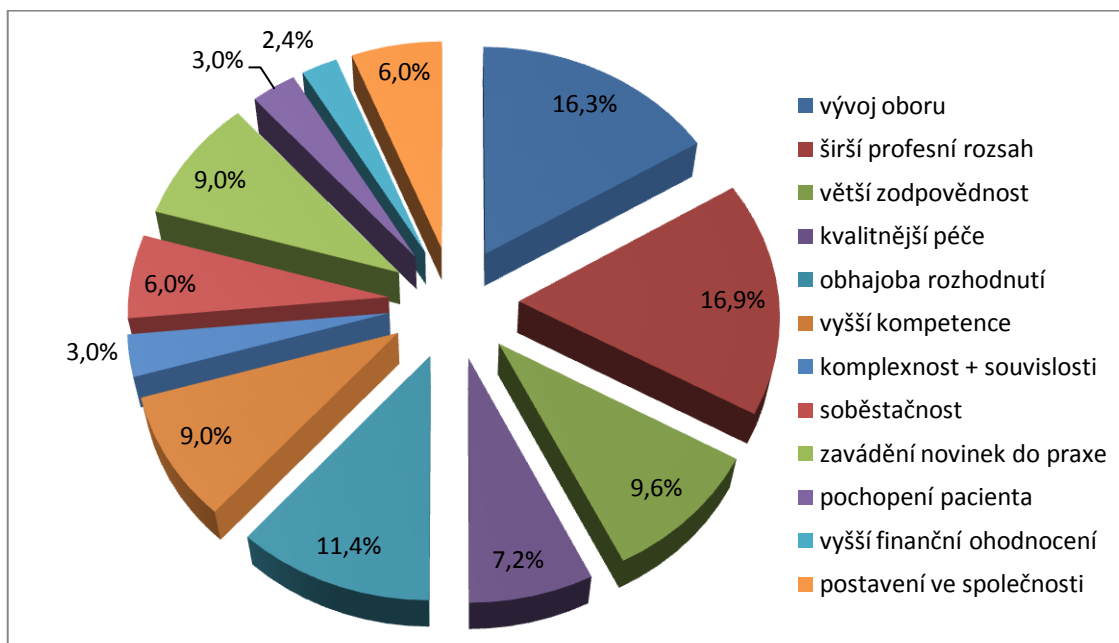
označilo 100% dotazovaných ve věku 60 a více let, 58% v rozmezí 50 – 59 let a 45% v rozmezí 40 – 49 let.

Graf 6 Význam vzdělání pro rozvoj autonomie



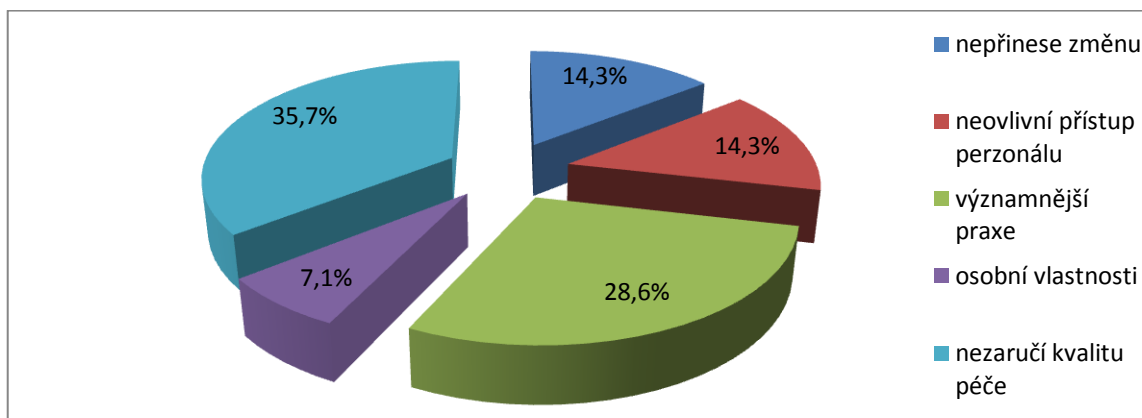
Za zcela významné považuje vzdělání pro rozvoj autonomie ošetrovatelského oboru 50 (37,0%) dotazovaných sester, spíše významné vidí vzdělání 71 (53,0%) respondentů. 11 (8,5%) sester vnímá vzdělání pro rozvoj autonomie za spíše nevýznamné a 2 (1,5%) sestry si myslí, že vzdělání sester je pro autonomii ošetrovatelského oboru zcela nevýznamné.

Graf 7 Pozitivní význam vzdělání pro autonomii oboru



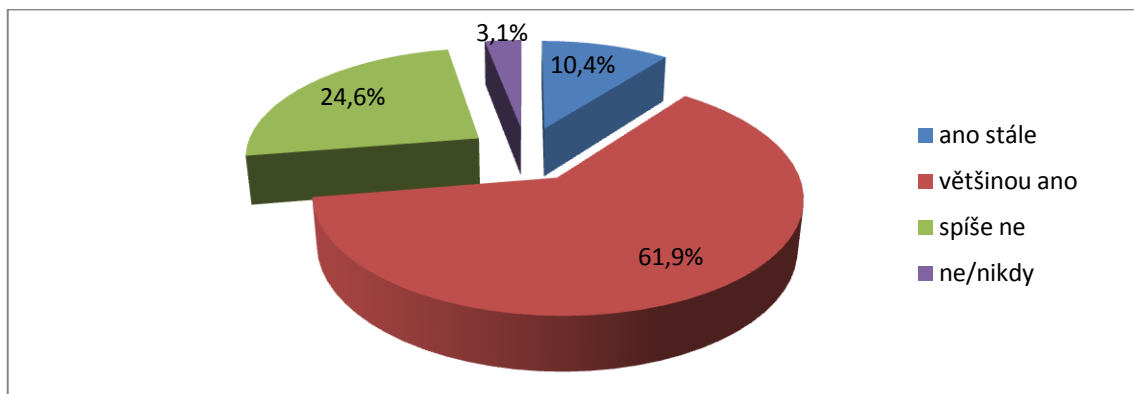
121 (100%) sester se vyjádřilo, z jakého důvodu si myslí, že je vzdělání sester významné pro autonomii ošetrovatelského oboru. Někteří respondenti ve svých odpovědích uvedli více důvodů. 27 (16,3%) tázaných se domnívá, že je vzdělání významné pro vývoj oboru, 28 (16,9%) zdůvodňuje své tvrzení širším profesním rozsahem. Větší zodpovědnost do své odpovědi napsalo 16 (9,6%) odpovídajících sester. Poskytování ucelenější péče díky kvalitnímu vzdělání sester upřednostňuje 12 (7,2%) tázaných. Lepší obhajobu svých rozhodnutí s vyšším vzděláním využije 19 (11,4%) sester. 5 (3%) respondentů si díky vzdělání složí lépe všechny odborné poznatky do souvislostí. Deseti (6,0%) sestrám umožní vzdělání soběstačnost, patnácti (9,0%; 9,0%) tázaným umožní zavést novinky do praxe a posílit kompetence. Pět (3,0%) napomůže lépe pochopit potřeby pacienta. 4 (2,4%) respondenti získají větší finanční ohodnocení a deseti (6,0%) sestrám napomůže k vyššímu postavení ve společnosti.

Graf 8 Nedostatečná pozice vzdělání pro autonomii oboru



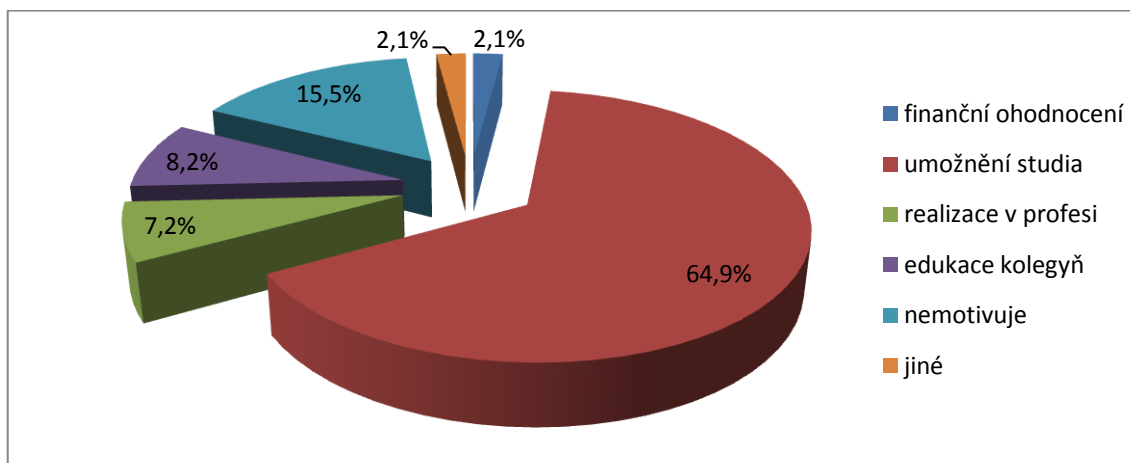
2 (14,3%) respondenti ze 13 (100%) dotázaných sester si myslí, že vzdělání sester nepřinese pozitivní změnu v oboru, 2 (14,3%) uvedli, že neovlivní přístup personálu, 4 (28,6%) dotazované se domnívají, že je pro autonomii oboru důležitější praxe. Vlastnosti sester jsou preferovány 1 (7,1%) sestrou a 5 (35,7%) dotazovaných se domnívá, že vzdělání nezaručí kvalitu sestry. Některé respondentky do svých dotazníků uvedly více důvodů.

Graf 9 Podpora managementu



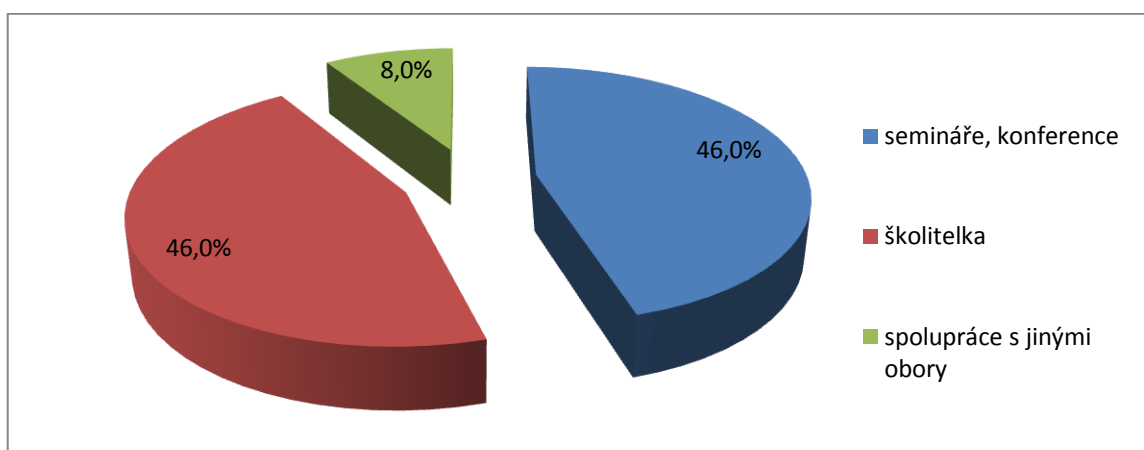
Ze 134 (100%) dotazovaných respondentů si 14 (10,4%) sester myslí, že management stále podporuje vzdělávání na podporu autonomie oboru a 83(61,9%) tázaných se domnívá, že většinou podporuje. 33 (24,6%) sester zastává názor, že spíše nepodporuje management vzdělávání na podporu autonomie oboru a nikdy nepodporuje ve 4 (3,1%) případech.

Graf 10 Způsob motivace managementu



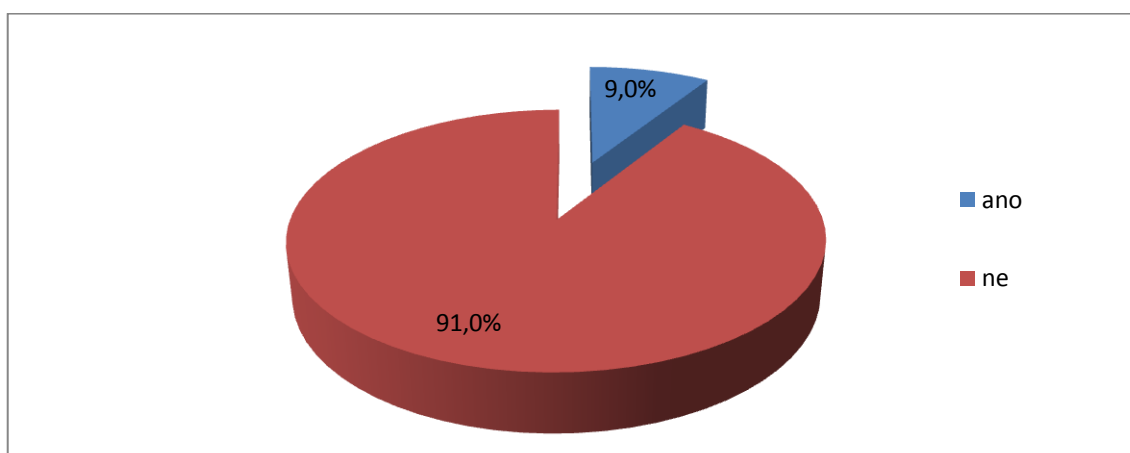
97 (100%) dotazovaných respondentů uvedlo možné způsoby motivace managementu ke vzdělávání na podporu autonomie profese. Finanční ohodnocení upřednostnily 2 (2,1%) sestry, umožnění studia označily 63 (64,9%) sestry a možnost realizace v profesi 7 (7,2%) dotazovaných. 8 (8,2%) sester edukuje kolegyně ve zdravotnickém zařízení a 15 (15,5%) není svým managementem motivováno. 2 (2,1%) respondenti označili jiný způsob motivace managementem ke vzdělávání na podporu autonomie ošetřovatelství.

Graf 11 Způsob realizace v profesi



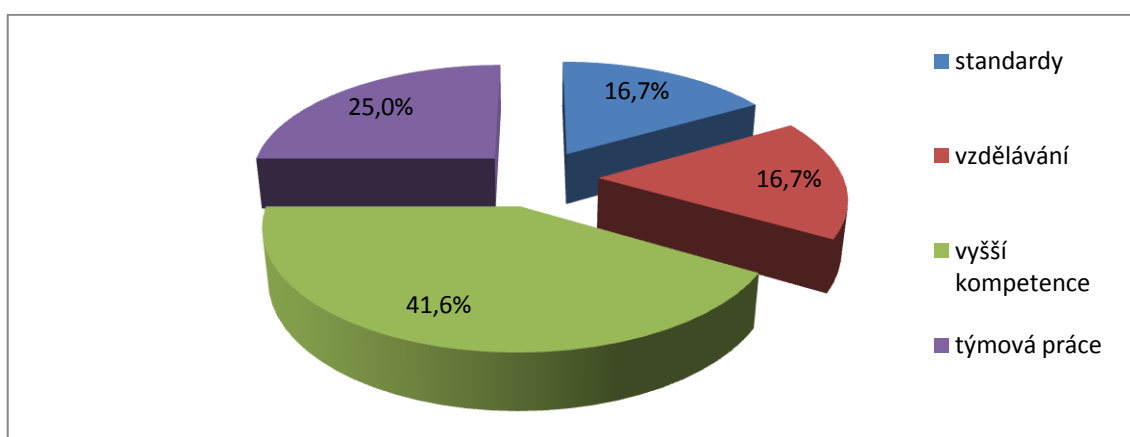
7 (46,0%) respondentů z 15 (100%) dotazovaných sester uvedlo, že se realizují v profesi pomocí aktivní účasti na kongresech – seminářích. 7 (46,0%) sester se stává školitelkou – kontaktní osobou. Jedné (8,0%) sestře je umožněna spolupráce s jinými obory.

Graf 12 Prvky autonomie realizované na tuzemské stáži



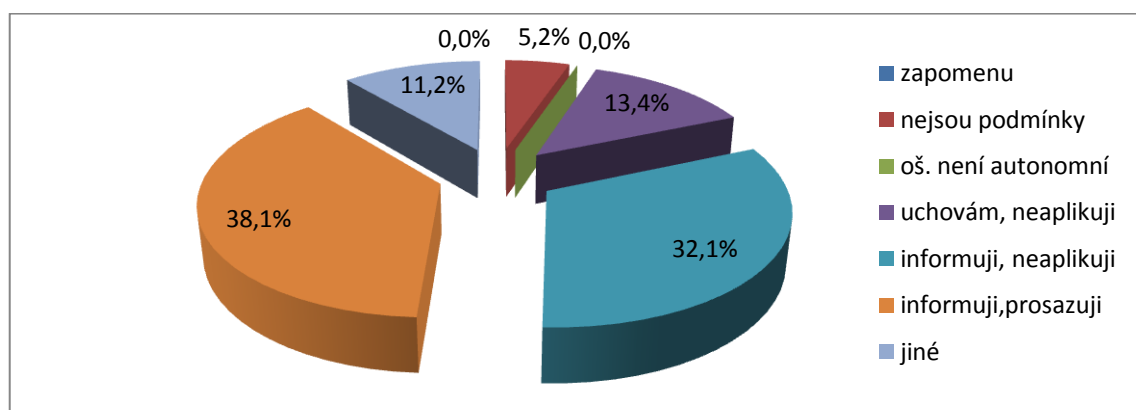
12 (9,0%) sester mělo možnost setkat se s realizací prvků autonomie na tuzemské stáži. 122 (91,0%) respondentů z celkového počtu 134 (100%) dotazovaných, tuto možnost nemělo.

Graf 13 Jednotlivé prvky autonomie na tuzemské stáži



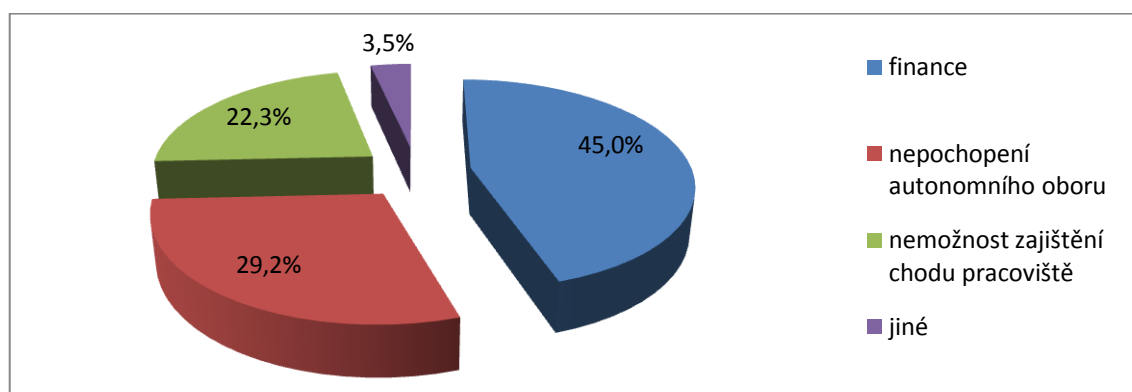
Na tuzemské stáži 2 (16,7%) sestry z 12 (100%) dotazovaných sester vnímají standardy jako prvky, kterými je charakterizována autonomie oboru, 2 (16,7%) preferují vzdělávání sester, vyšší kompetence označilo 5 (41,6%) respondentů a týmovou práci 3 (25,0%) dotazované sestry.

Graf 14 Využití nových informací



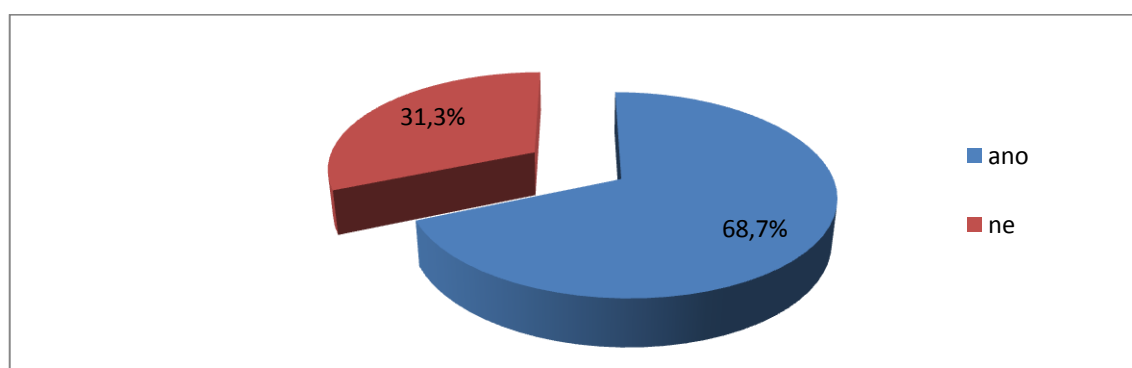
134 (100%) respondentů se vyjádřilo ke způsobu využití nových informací. Nikdo (0%) neoznámil, že by nové poznatky zapomněl. Z důvodu nevhodných podmínek by s novými informacemi nedělalo 7 (5,2%) sester nic a nikdo (0%) si nemyslí, že by ošetrovatelství nebyl autonomní obor. 18 (13,4%) respondentů si uchová informace v paměti a nesnaží se je aplikovat do praxe, 43 (32,1%) informuje kolegyně o nových poznacích a nesnaží se je aplikovat do praxe a 51 (38,1%) informuje kolegyně a zároveň i prosazuje nové poznatky do praxe. Možnost jiné označilo 15 (11,2%) tázaných sester.

Graf 15 Překážky v autonomní profesi



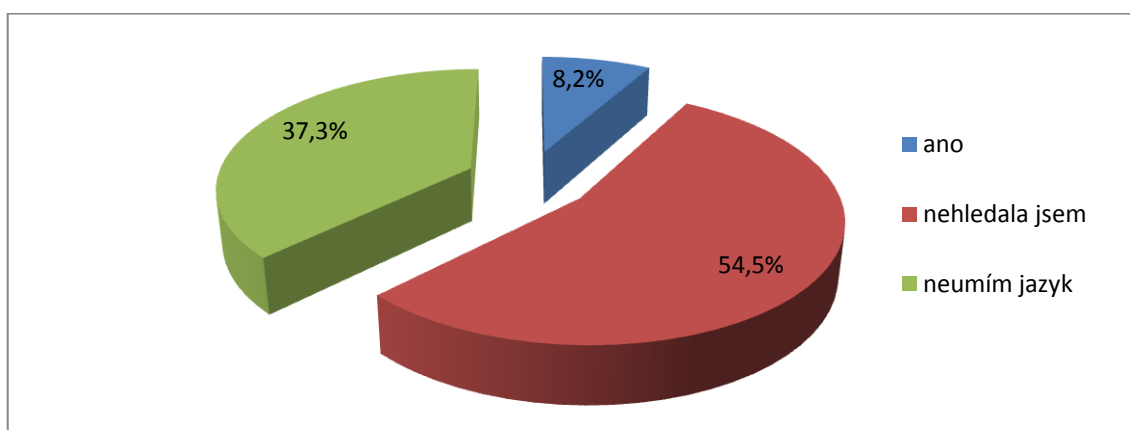
134 sester mohlo zvolit více odpovědí při zamyšlení se nad překážkami, s kterými se respondenti setkávají při realizaci ošetrovatelství, jako autonomní profese. Celkem bylo označeno 202 (100%) odpovědí. 91 (45,0%) sester se shodlo na nedostatku financí, 59 (29,2%) se domnívá, že není ošetrovatelský obor chápán, jako autonomní profese. 45 (22,3%) sester se přiklání k názoru, že je nemožné zajistit chod pracoviště a 7 (3,5%) sester volí odpověď jiné. Zdůvodnily jí ve čtyřech případech nedostatkem času a ve třech velkou odpovědností.

Graf 16 Vliv znalosti světového jazyka na autonomii oboru



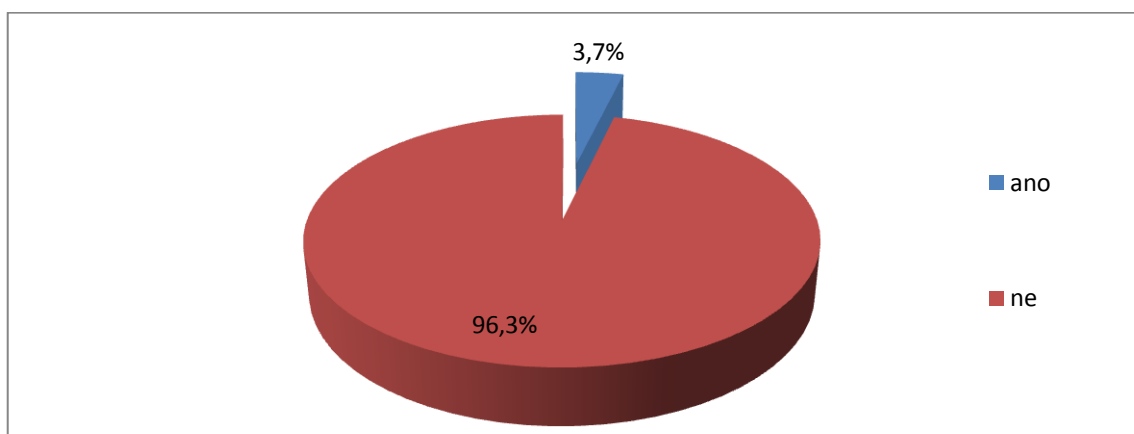
V 92 (68,7%) případech se sestry domnívají, že je znalost světového jazyka významná pro autonomii ošetrovatelství, 41 (31,3%) respondentů si myslí, že tato znalost důležitá není.

Graf 17 Prvky autonomie v zahraničních zdrojích



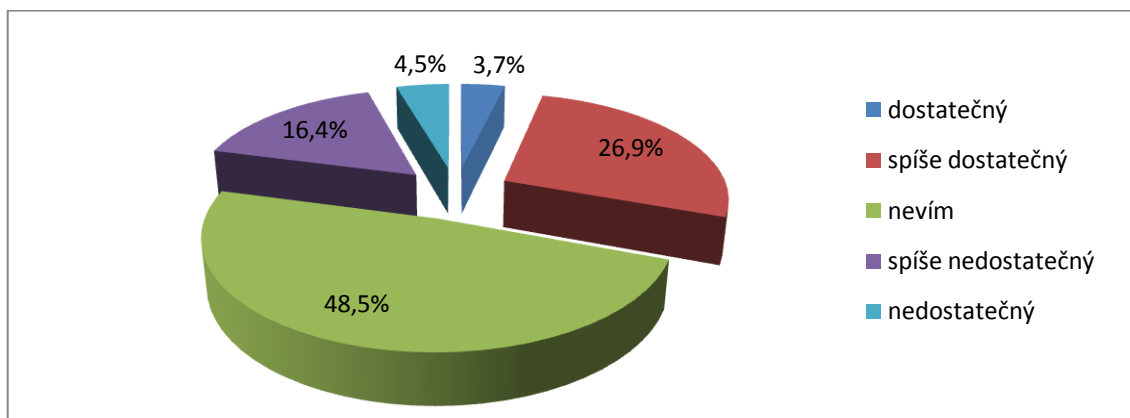
V zahraničních zdrojích prvky charakterizující autonomii oboru našlo 11 (8,2%) sester, 73 (54,5%) v těchto zdrojích nehledalo a 50 (37,3%) sester neumí jazyk.

Graf 18 Prvky autonomie na zahraniční stáži



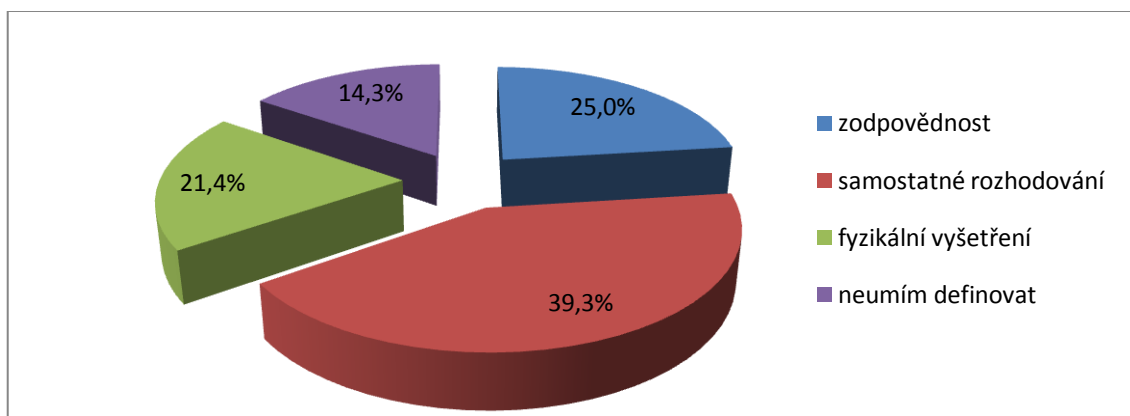
Na zahraniční stáži se 5 (3,7%) respondentů mělo možnost setkat s prvky charakterizující autonomii oboru při poskytování ošetřování v praxi, 129 sester (96,3%) tuto možnost nemělo.

Graf 19 Rozsah kompetencí v zákonu



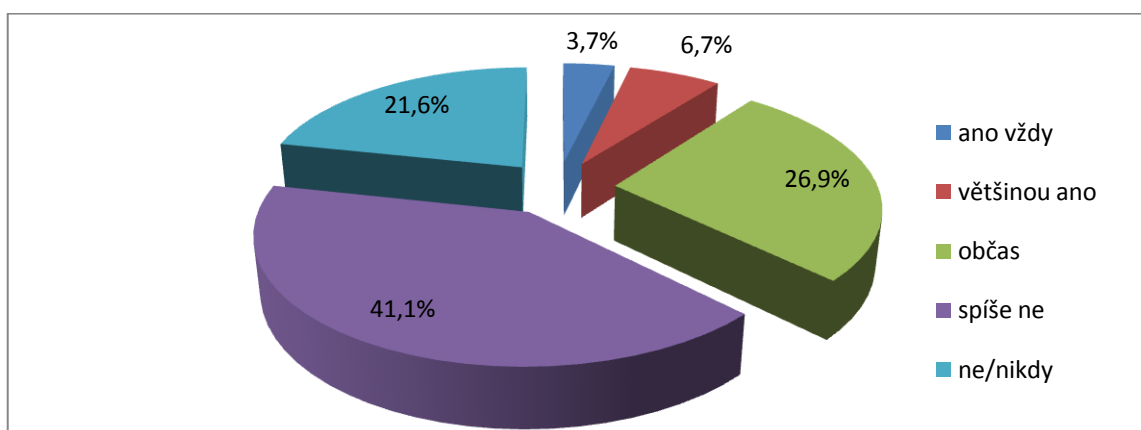
Rozsah kompetencí v zákonu, související s autonomií ošetřovatelství se zdá 5 (3,7%) respondentům dostatečný, 36 (26,9%) spíše dostatečný a 65 (48,5%) tázaných označilo odpověď nevím. 22 (16,4%) sester si myslí, že jsou kompetence zanesené v zákonu spíše nedostatečné a 6 (4,5%) sester se přiklonilo k odpovědi nedostatečné.

Graf 20 Posilující kompetence



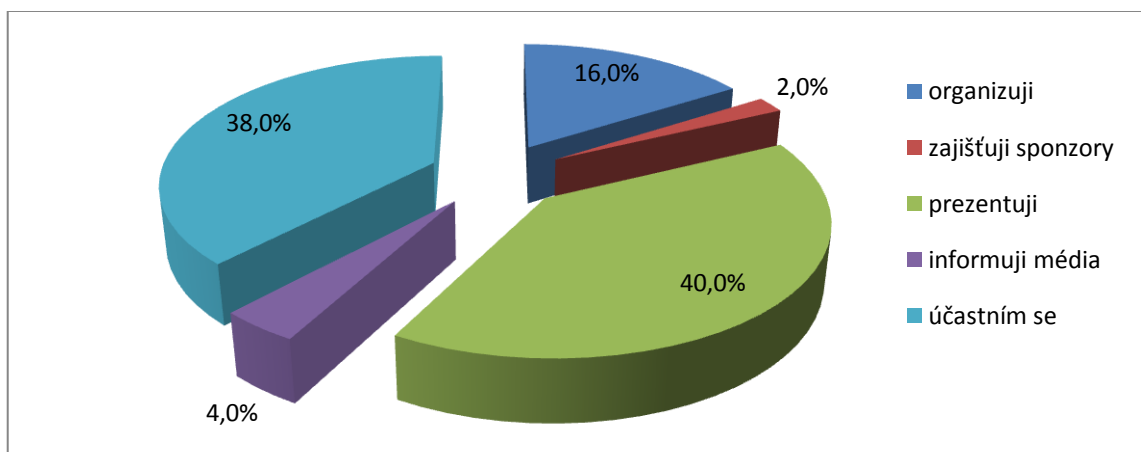
7 (25,0%) respondentů z 28 (100%) tázaných sester zařadilo k možným podporujícím kompetencím, které souvisejí s podporou autonomie ošetřovatelství, kompetence zvyšující zodpovědnost sestry. Samostatné rozhodování by podpořilo 11 (39,3%) tázaných a možnost samostatně provádět fyzikální vyšetření 6 (21,4%) sester. 4 (14,3%) respondenti neumí definovat, jaké kompetence by měly být posíleny.

Graf 21 Účast na odborných vzdělávacích akcích



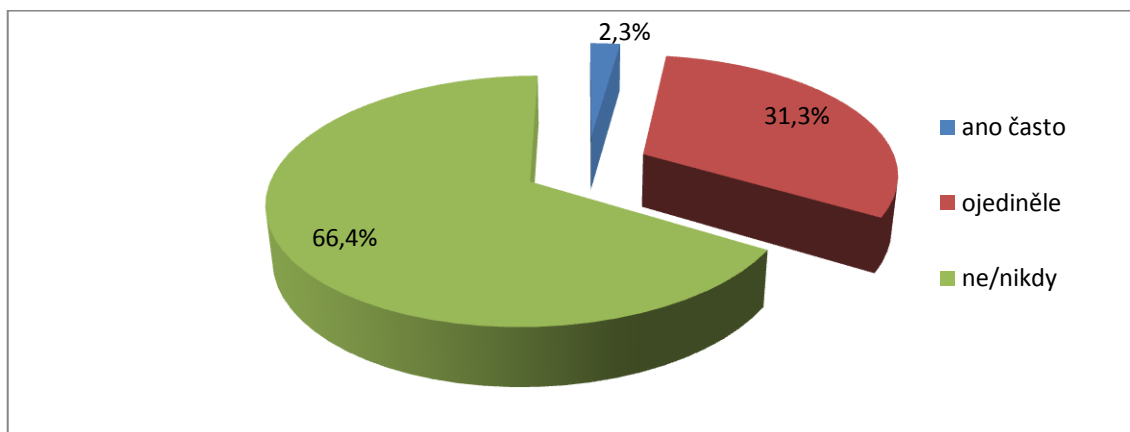
Ze 134 (100%) dotazovaných respondentů se vždy zapojuje 5 (3,7%) sester do přípravy odborných seminářů, konferencí. Většinou se zapojuje 9 (6,7%) respondentů a občas 36 (26,9%) tázaných. Spíše se nezapojuje 55 (41,1%) sester a neúčastní se 29 (21,6%) dotázaných.

Graf 22 Role v realizaci odborných konferencí



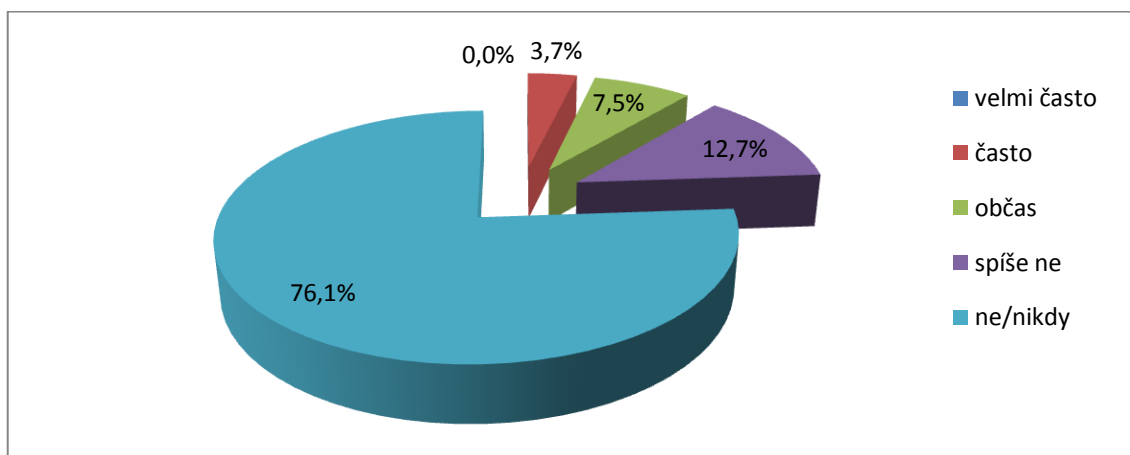
Z 50 (100%) odpovídajících sester 8 (16,0%) tázaných organizuje konference, 1 (2,0%) zajišťuje sponzory, 20 (40,0%) sester prezentuje své pracovní výsledky na odborných konferencích. 2 (4,0%) sestry jsou pověřeny informovat média a 19 (38,0%) se na konferenci pouze účastní.

Graf 23 Prezentace výsledků mezi odbornou veřejností



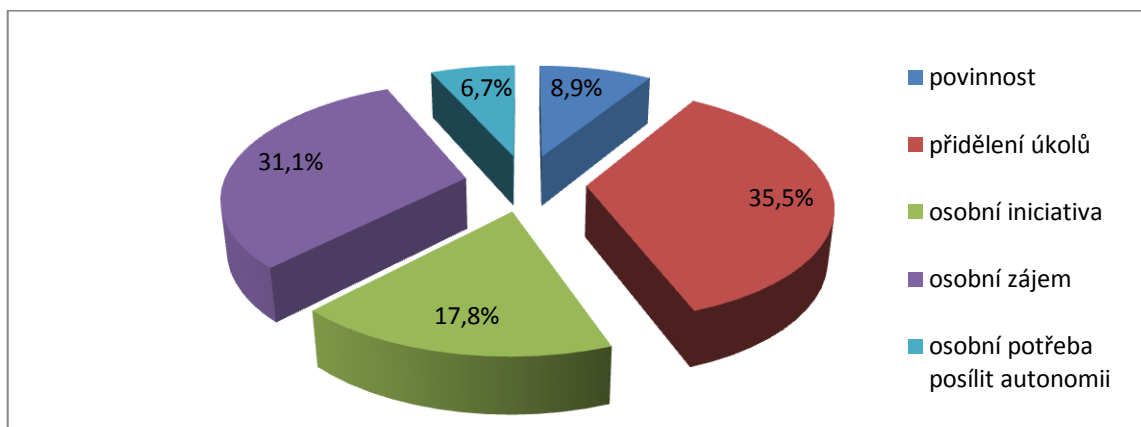
3 (2,3%) respondenti, ze 134 (100%) dotazovaných sester, často prezentují své pracovní výsledky mezi odbornou veřejností, 42 (31,3%) ojediněle a 89 (66,4%) tázaných své výsledky práce nikdy neprezentovali.

Graf 24 Edukační semináře pro laiky



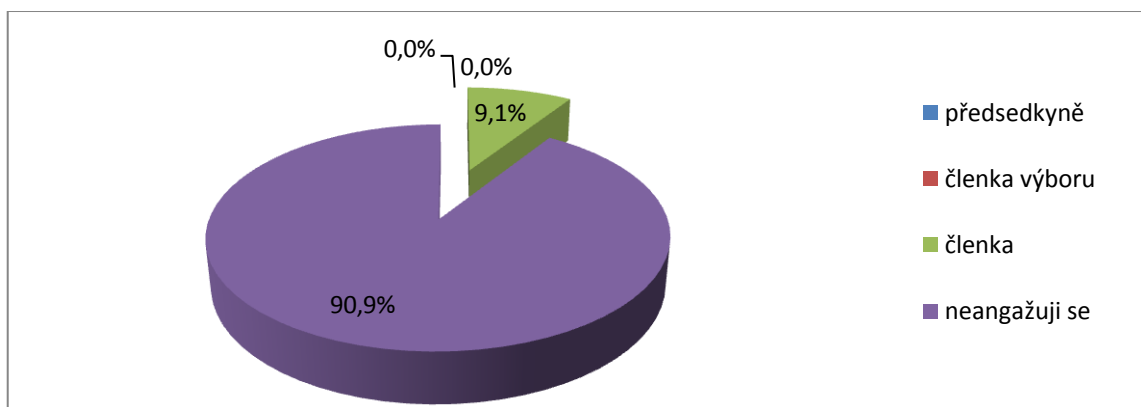
Nikdo se (0%) nezabývá velmi častým organizováním edukačních seminářů s ošetrovatelskou tematikou pro laickou veřejnost, často se této činnosti věnuje 5 (3,7%) sester a občas 10 (7,5%) tázaných. 17 (12,7%) sester spíše neorganizuje a nikdy tuto aktivitu neprovozovalo 102 (76,1%) dotazovaných respondentů

Graf 25 Motivace k aktivitám na odborných seminářích



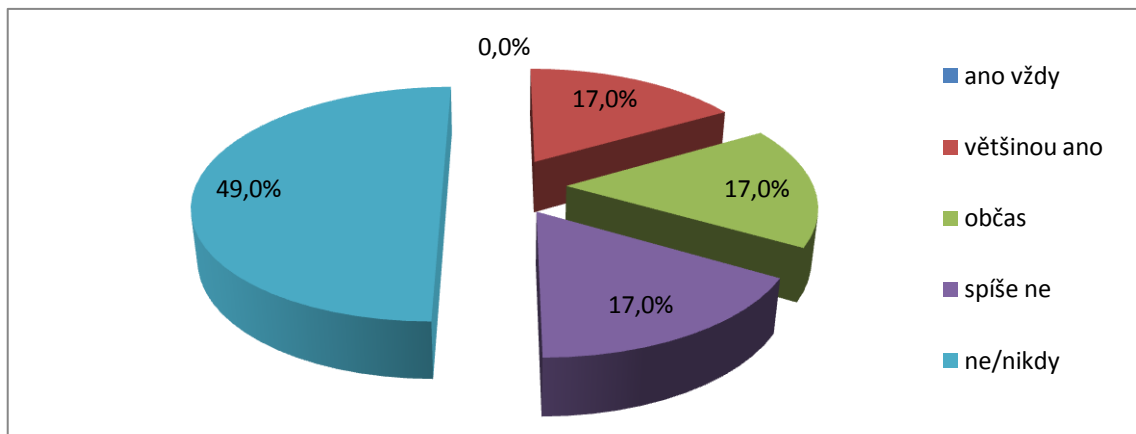
Ze 45 (100%) sester uvedly 4 (8,9%) dotázané, že je motivuje k aktivitě na odborných seminářích – kongresech povinnost, 16 (35,5%) přidělení úkolů a 8 (17,8%) respondentů osobní iniciativa. 14 (31,1%) sester osobní zájem a 3 (6,7%) dotázané osobní potřeba posílit autonomii ošetrovatelského oboru.

Graf 26 Angažovanost v ČAS



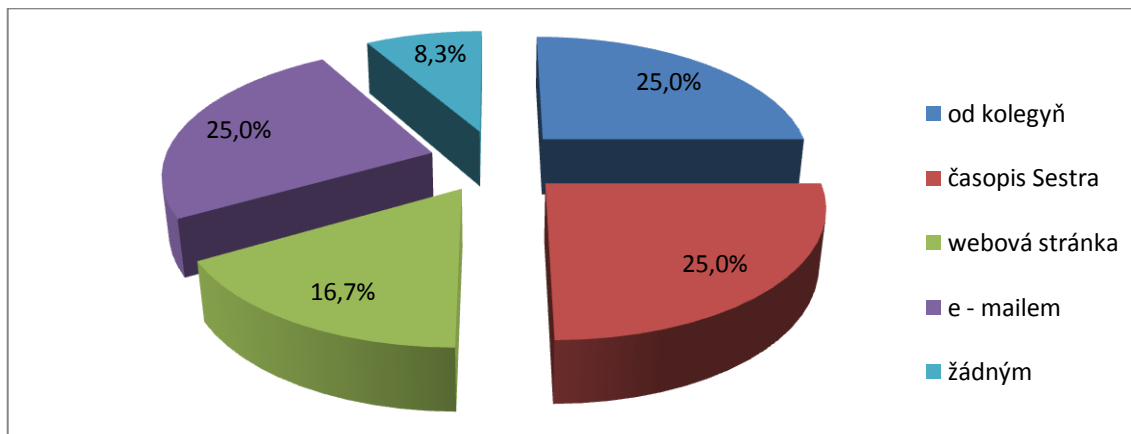
Ze 134 (100%) dotazovaných respondentů nikdo (0%, 0%) není předsedkyní ani členku výboru v profesní organizaci ČAS. Členkou ČAS je 12 (9,1%) dotazovaných a 122 (90,9%) sester se v organizaci neangažuje.

Graf 27 Účast na schůzích ČAS



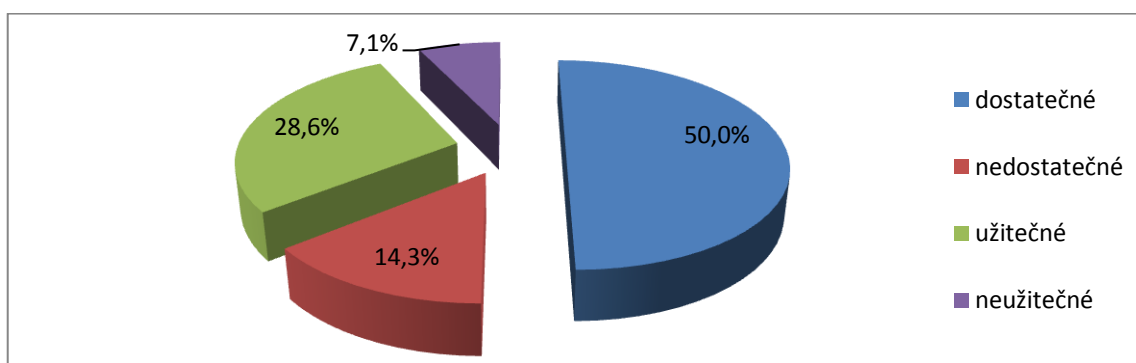
Nikdo (0%) se z celkového počtu 12 (100%) odpovídajících respondentů vždy neúčastní schůzí profesní organizace ČAS, 2 (17,0%) sestry se většinou účastní, 2 (17,0%) se účastní občas a 2 (17,0%) respondenti se spíše neúčastní. 6 (49,0%) tázaných nebylo přítomno nikdy na schůzi organizace ČAS.

Graf 28 Způsoby informovanosti o aktivitách ČAS



3 (25,0%) sestry jsou informovány o aktivitách profesní organizace ČAS od kolegyně, 3 (25,0%) z časopisu Sestra a 2 (16,7%) z webové stránky. E – mailem obdrží informace 3 (25,0%) dotazované. Bez informací je 1 (8,3%) sestra.

Graf 29 Význam informací z ČAS



12 dotazovaných sester se vyjádřilo k významu získaných informací, které se týkají aktivit profesní organizace ČAS. Respondenti mohli označit více odpovědí. Z celkového počtu 14 (100%) odpovědí označilo 7 (50,0%) sester informace za dostatečné, 2 (14,3%) nedostatečné a 4 (28,6%) užitečné. Neužitečná informace byla označena v jednom (7,1%) případě.

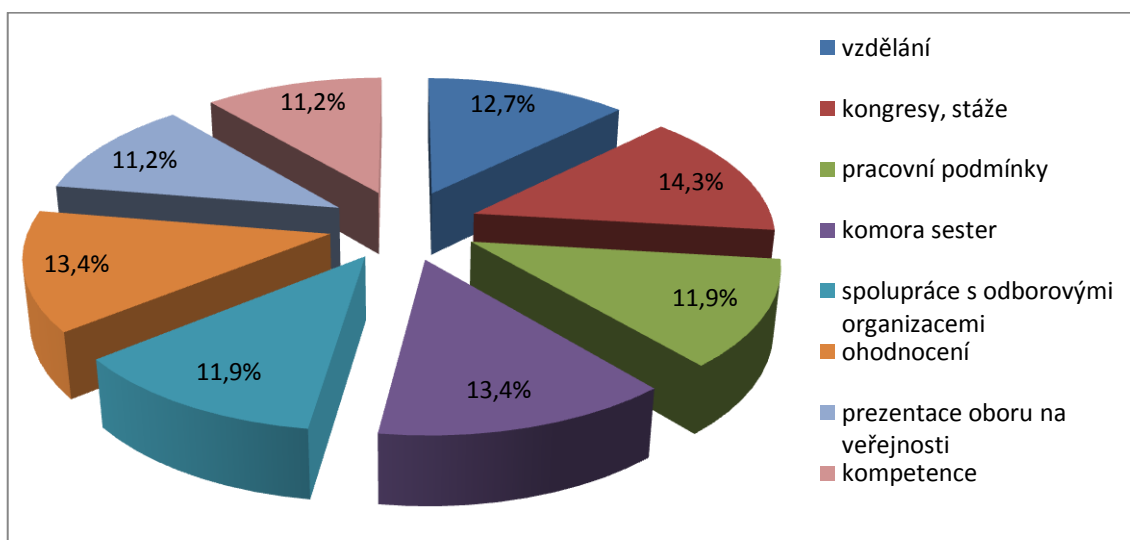
Tabulka 2 Míra podpory autonomie oboru od ČAS

Míra podpory autonomie od ČAS	0 Vůbec nepodporuje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Maximálně podporuje
Počet odpovědí	5	3	9	19	24	40	12	12	9	1	0
%	3,7	2,2	6,7	14,2	17,9	29,9	9,0	9,0	6,7	0,7	0

Respondenti měli možnost vyjádřit míru podpory autonomie ošetřovatelství organizací ČAS na škále 0 – 10. Označením pole 0, organizace vůbec nepodporuje autonomii oboru. Stupeň 10 vyjadřuje maximální podporu autonomie od profesní organizace ČAS. Ze 134 (100%) dotazovaných respondentů se 5 (3,7%) sester domnívá, že činnost ČAS nijak nepodporuje autonomii profese, stupněm 1 ohodnotili činnost ČAS 3 (2,2%) respondenti, dvojkou 9 (6,7%), trojkou 19 (14,2%) dotazovaných a čtyřkou 24 (17,9%) tázaných. Pětku by přiřadilo 40 (29,9%) sester, šestku i sedmičku 12 (9,0%, 9,0%),

osmičku 9 (6,7%) a devítku 1 (0,7%) sestru. Maximální podporu – desítku neoznačil nikdo (0%).

Graf 30 Nutná podpora činností v ČAS



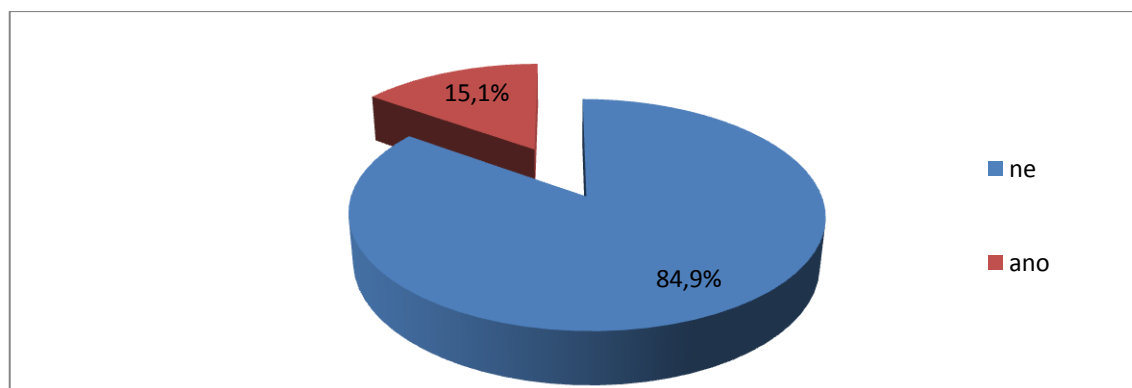
17 (12,7%) sester si myslí, že je potřeba posílit vzdělání sester, aby byla podpořena autonomie profese. Po vyšší frekvenci stáží a vzdělávacích kongresů volá 19 (14,3%) tázaných, pracovní podmínky by rádo zkvalitnilo 16 (11,9%) sester, založení komory sester by uvítalo 18 (13,4%) respondentů a spolupráci s odborovými organizacemi by podpořilo 16 (11,9%) tázaných. Ke zvýšení finančního ohodnocení se hlásí 18 (13,4%) sester a podpořit prezentaci oboru na veřejnosti by uvítalo 15 (11,2%) respondentů. Kompetence sestry by rádo posílilo 15 (11,2%) dotazovaných sester.

Tabulka 3 Míra ovlivnění autonomie výzkumem

Míra ovlivnění výzkumem	0 Vůbec neovlivní	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Maximálně ovlivní
Počet odpovědí	0	5	13	16	28	31	10	12	12	3	4
%	0	3,7	9,7	11,9	20,9	23,1	7,5	9,0	9,0	2,2	3,0

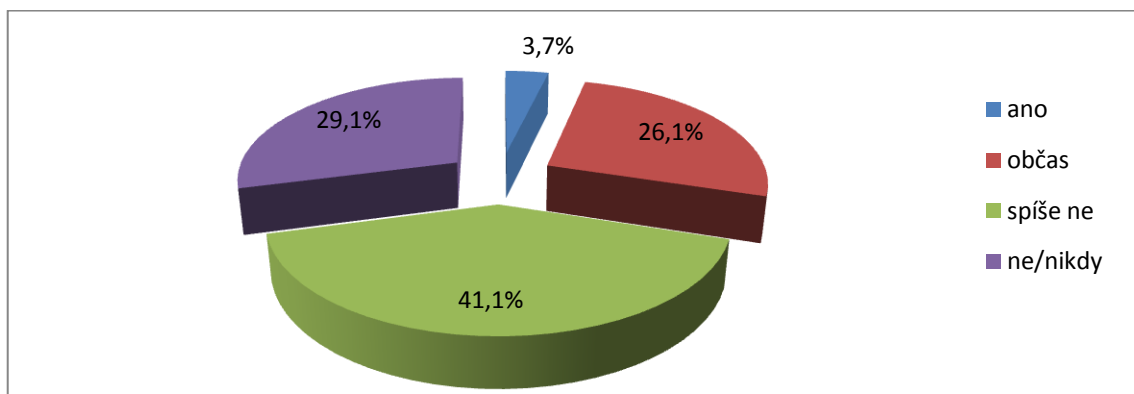
Respondenti měli možnost vyjádřit míru ovlivnění autonomie oboru výzkumem v ošetrovatelství na škále 0 – 10. Nikdo (0%) z tázaných neoznačil, že výzkum v ošetrovatelství nemá žádný vliv na posílení autonomie oboru. 5 (3,7%) sester označilo stupeň 1, 13 (9,7%) dvojku, 16 (11,9%) trojku a 28 (20,9%) čtyřku. Střední vliv – pětku označilo 31 (23,1%) tázaných, šestku 10 (7,5%), sedmičku a osmičku shodně zaznamenalo 12 (9,0%, 9,0%) respondentů. Devítku označily 3 (2,2%) sestry a desítku – maximální ovlivnění autonomie označily 4 (3,0%) tázané sestry.

Graf 31 Zdroje popisující autonomní prvky profese



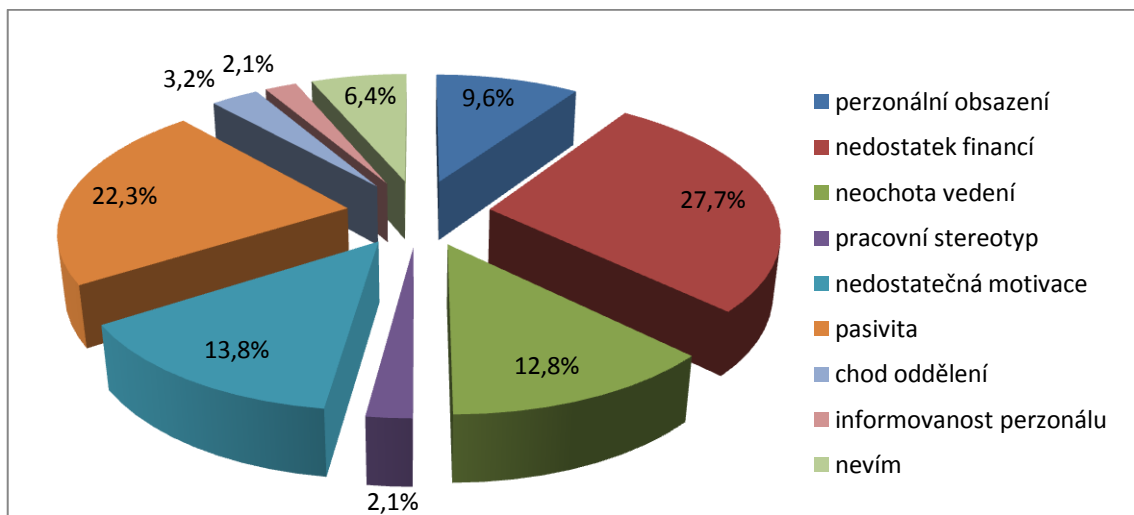
Zdroje, které popisují ošetrovatelství, jako autonomní profesi nezná 116 (84,9%) tázaných. 18 (15,1%) sester tuto informaci má. 8 respondentů odkazuje na odborné internetové stránky, 10 tázaných na odbornou literaturu (Teorie ošetrovatelství, Sestra, Florence, Diagnóza v ošetrovatelství, časopis ČAS).

Graf 32 Využití výzkumu na pracovišti



Na svém pracovišti se setkala se zaváděním výsledků výzkumu do praxe 5 (3,7%) sester, občas se setkala 35 (26,1%) tázaných a spíše se neseťkalo 55 (41,1%) respondentů. 39 (29,1%) dotázaných nikdy nebylo přítomno tomuto procesu.

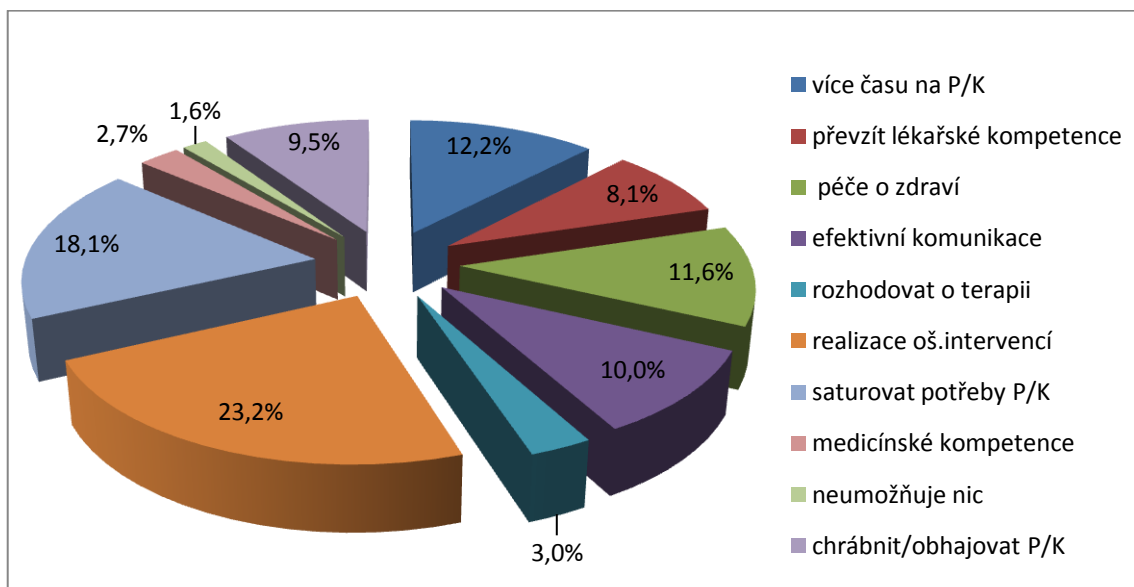
Graf 33 Překážky bránící realizaci výsledků výzkumu



94 (100%) dotazovaných respondentů definovalo překážky, které dle jejich názoru brání v použití výsledků výzkumu do praxe na jejich pracovišti. Nedostatečné personální obsazení uvedlo 9 (9,6%) tázaných, 26 (27,7%) si myslí, že je problém v nedostatku financí. Neochotu vedení přijmout nové postupy uvedlo 12 (12,8%) sester a pracovní stereotyp označily 2 (2,1%) sestry. Nedostatečnou motivaci vnímá 13 (13,8%) tázaných za problém. 21 (22,3%) sester vidí pasivitu personálu, 3 (3,2%) tázaní respondenti

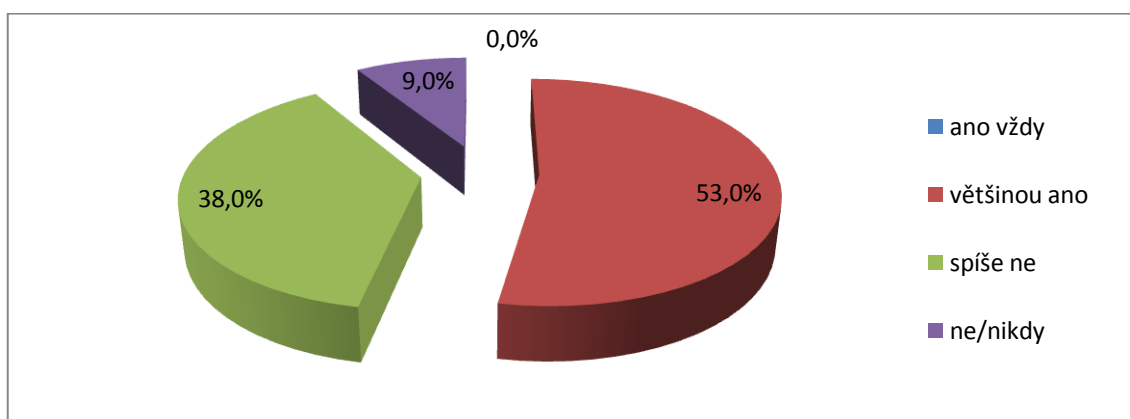
označili za překážku nevhodný chod oddělení, 2 (2,1%) informovanost sester a 6 (6,4%) tázaných nedokázalo specifikovat tyto překážky.

Graf 34 Možnosti autonomního ošetřovatelství



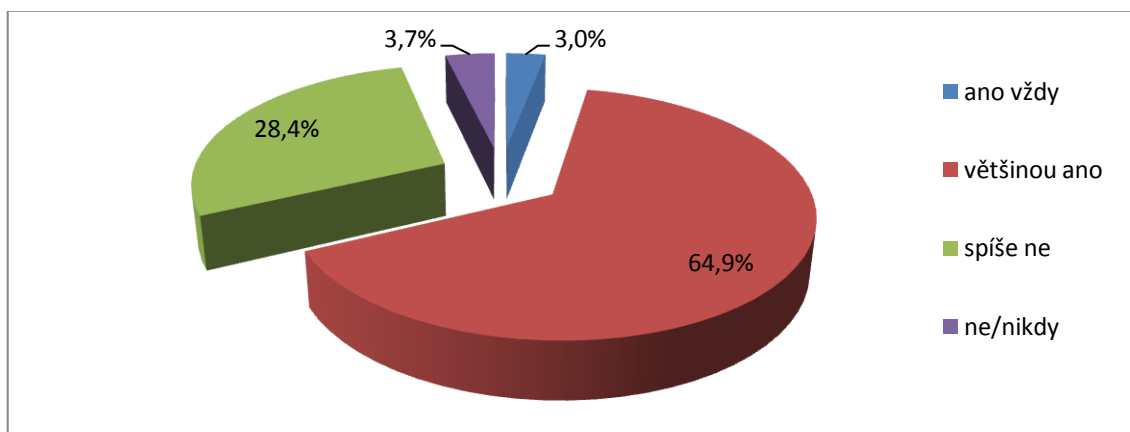
134 dotazovaných respondentů se vyjádřilo k možnostem, které získávají díky ošetřovatelství jako autonomní profesi. Respondenti mohli označit více odpovědí. Jejich celkový počet je 370 (100%). Více času na pacienta označilo 45 (12,2%) tázaných, lékařské kompetence by rádo převzalo 30 (8,1%) respondentů, 43 (11,6%) sestry se chtějí více zapojit do péče o zdraví, 37 (10,0%) respondentů využije autonomní ošetřovatelství k realizaci efektivní komunikace. Rozhodovat o terapii by rádo 11 (3,0%) sester a realizovat ošetřovatelské intervence 86 (23,2%) tázaných. Saturovat potřeby bude díky autonomnímu oboru 67 (18,1%) sester a medicínské kompetence navýší 10 (2,7%) tázaných. Šesti (1,6%) sestrám neumožní autonomie profese nic a 35 (9,5%) pomůže chránit a obhajovat pacienta.

Graf 35 Úspora času v autonomním ošetrovatelství



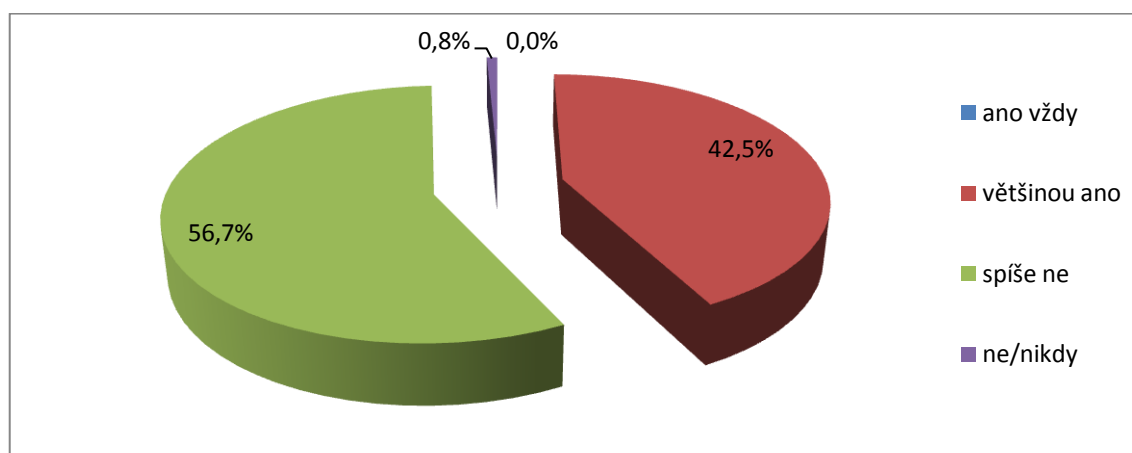
Ze 134 (100%) dotazovaných respondentů si nikdo (0%) nemyslí, že vede vždy prosazení autonomie oboru k úspoře času v práci sestry. 71 (53,0%) sester se domnívá, že většinou uspoří čas, 51 (38,0%) dotázaných si myslí, že spíše neuspoří a 12 (9,0%) sester stojí za názorem, že autonomie profese nikdy neuspoří sestře čas při její práci.

Graf 36 Prvky autonomie jako motivace sester



K aktivitě sestry vždy motivují prvky autonomní profese ve 4 (3,0%) případech. 87 (64,9%) tázaných zastává názor, že většinou sestry tyto prvky motivují a 38 (28,4%) respondentů se domnívá, že spíše nemotivují. 5 (3,7%) sester se vyjádřilo, že nikdy prvky autonomní profese nemotivují sestry k jejich vyšší pracovní aktivitě.

Graf 37 Prosazení prvků autonomie sestrami



57 (42,5%) dotázaných sester uvedlo, že sestry většinou prosazují prvky autonomie oboru v praxi, avšak vždy je neprosazuje dle jejich názoru nikdo (0%). K odpovědi – sestry spíše neprosazují prvky autonomie, se přiklonilo 76 (56,7%) tázaných a možnost - nikdy neprosazují, zvolila 1(0,8%) sestra.

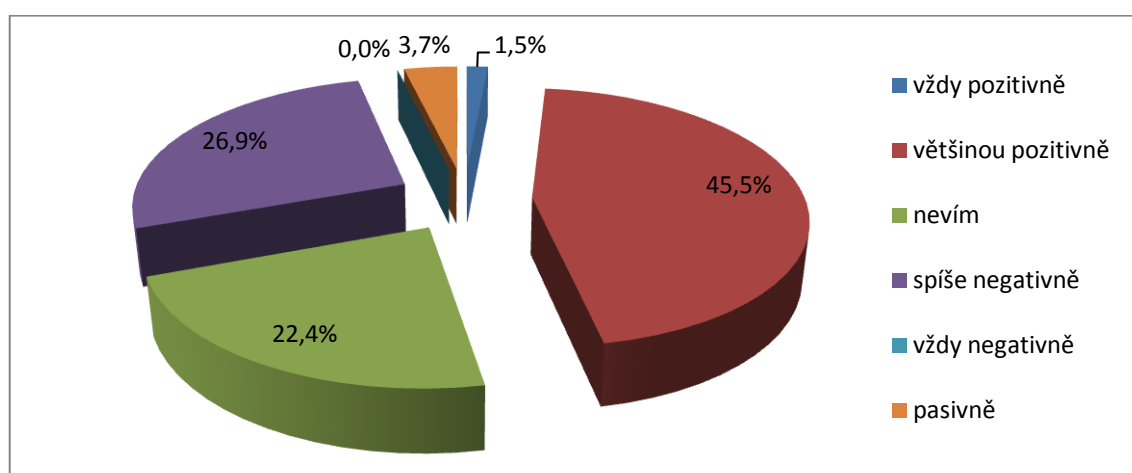
Tabulka 4 Podpora autonomie u jednotlivých skupin

Skupiny obyvatel	Ano		Ne		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Střední management	99	73,9%	35	26,1%	134	100
TOP management	56	41,8%	78	58,2%	134	100
Lékaři	40	29,9%	94	70,1%	134	100
Studenti ošetřovatelství	86	64,2%	48	35,8%	134	100
Pacient/klient	49	36,6%	85	63,4%	134	100
Rodinní příslušníci	34	25,4%	100	74,6%	134	100

99 (73,9%) dotázaných respondentů si domnívá, že střední management podporuje prvky autonomie. 35 (26,1%) tázaných se domnívá, že střední management tyto prvky

nepodporuje, TOP management v 56 (41,8%) případech podporuje a v 78 (58,2%) nepodporuje. Lékaři dle označení respondentů ze 40 (29,9%) případů podporují a z 94 (70,1%) odpovědí nepodporují. Studenti ošetřovatelství v 86 (64,2%) případech ano a v 48 (35,8%) ne. Pacienti z pohledu respondentů podporují ve 49 (36,6%) odpovědích a v 85 (63,4%) nepodporují. Respondenti si myslí, že rodinní příslušníci ve 34 (25,4%) případech podporují prosazování autonomie oboru a ve 100 (74,6%) případech si myslí, že nepodporují prosazování prvků autonomie ošetřovatelského oboru.

Graf 38 Reakce kolegyně na nové poznatky



2 (1,5%) respondenti se přiklání k názoru, že jejich kolegyně vždy pozitivně přijímají zavádění nových poznatků do praxe, 61 (45,5%) tázaných označilo odpověď většinou pozitivně a 30 (22,4%) sester se neumělo k otázce vyjádřit. Spíše negativně se staví k novým poznatkům kolegyně 36 (26,9%) dotázaných a pasivně 5 (3,7%) kolegyně respondentů. Možnost vždy negativně neoznačil nikdo (0%).

4.2 Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního výzkumu

4.2.1 Hodnocení H1

Podívejte se na graf 6. Při hodnocení H1 se chí kvadrát nedělal, protože četnost jedné proměnné z odpovědí byla 90%. H1 byla potvrzena.

Tabulka 5 Význam vzdělávání pro autonomii profese v závislosti na věku

	Vzdělávání je významné pro autonomii profese		Celkem
	Ano	Ne	
Věk 19-29	34	3	37
30-39	43	7	50
40-49	21	1	22
50-59	22	2	24
60 a více	1	0	1
Celkem	121	13	134
Věk 19-29	92%	8%	100%
30-39	86%	14%	100%
40-49	95%	5%	100%
50-59	92%	8%	100%
60 a více	100%	0%	100%
Celkem	90%	10%	100%

Pro všechny věkové skupiny je význam vzdělávání pro rozvoj autonomie oboru zásadní (90%). Nejmenší význam z dotazovaných věkových skupin mu přisuzují respondenti ve věkovém rozmezí 30 – 39 let a to 86% odpovědí. Za nevýznamné považuje vzdělávání malý počet dotazovaných respondentů (10%) z toho největší zastoupení se 14 % uvádí věková hranice 30 – 39 let.

Tabulka 6 Význam vzdělávání pro autonomii profese v závislosti na délce praxe respondentů

	Vzdělávání je významné pro autonomii profese		Celkem
	Ano	Ne	
0-10	38	5	43
11-20	38	6	44
Délka praxe 21-30	23	0	23
31-40	19	2	21
41 a více	3	0	3
Celkem	121	13	134
0-10	88%	12%	100%
11-20	86%	14%	100%
Délka praxe 21-30	100%	0%	100%
31-40	90%	10%	100%
41 a více	100%	0%	100%
Celkem	90%	10%	100%

Ve všech věkových skupinách převládá názor, že je vzdělávání významné pro rozvoj autonomie oboru (90%). Z dotazovaných věkových skupin se rozmezí 11 – 20 let odborné praxe zařadilo na poslední místo s 86% odpovědí, avšak na první místo se 14% v odpovědích, které negují význam vzdělávání pro podporu autonomie profese.

Tabulka 7 Význam vzdělávání pro autonomii profese v závislosti na dosaženém nejvyšším vzdělání respondentů

	Vzdělávání je významné pro autonomii profese		Celkem
	Ano	Ne	
Vzdělání Středoškolské s maturitou	39	4	43
Vyšší odborné (Dis.)	15	3	18
Vysokoškolské (Bc.)	18	1	19
Vysokoškolské (Mgr.)	7	1	8
Pomaturitní specializační studium	42	4	46
Celkem	121	13	134
Vzdělání Středoškolské s maturitou	91%	9%	100%
Vyšší odborné (Dis.)	83%	17%	100%
Vysokoškolské (Bc.)	95%	5%	100%
Vysokoškolské (Mgr.)	88%	13%	100%
Pomaturitní specializační studium	91%	9%	100%
Celkem	90%	10%	100%

90% respondentů označilo, že je vzdělávání významné pro rozvoj autonomie profese. 10% dotázaných respondentů tento názor nesdílí. Skupina Dis. je nejméně (83%) zastoupena v souhlasných odpovědích, nejvíce (17%) pak v negujících.

4.2.2 Hodnocení H2

Tabulka 8 Sestry prezentují na veřejnosti ošetřovatelství jako samostatný obor

K H2 se pojily otázky 19, 21, 23, 24, 25, 26, 33.

	Počet odpovědí		Celkem	Dosažená hladina významnosti	Platí H2?
	Pro hypotézu	Proti hypotéze			
Otázka 19	41	28	69	<0,1%	ano
Otázka 21	50	84	134	<0,1%	ne
Otázka 23	45	89	134	<0,1%	ne
Otázka 24	15	119	134	<0,1%	ne
Otázka 25	25	20	45	54,3%	ano
Otázka 26	12	122	134	<0,1%	ne
Otázka 33	18	116	134	<0,1%	ne

V tabulce číslo 8 hypotézu 2 potvrdily 2 otázky a vyvrátilo 5 otázek. Otázka 19 potvrdila hypotézu 41 hlasy spolu s otázkou 25, která jí podpořila 25 hlasy. Proti předpokládané hypotéze svědčí výsledky odpovědí otázek 23 (89 odpovědí), 24 (119), otázka 26 (122) a odpovědi na otázku 33 (116). Z tohoto šetření vyplývá, že náš předpoklad byl mylný. H2 byla vyvrácena.

4.2.3 Hodnocení H3

Tabulka 9 Stav autonomie ošetřovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetřovatelské péče

K H3 se pojily otázky 34, 37, 38, 39, 41.

	Počet odpovědí		Celkem	Dosažená hladina významnosti	Platí H3?
	Pro hypotézu	Proti hypotéze			
Otázka 34	40	94	134	<0,1%	ne
Otázka 37	71	63	134	9,7%	ano
Otázka 38	91	43	134	6,2%	ano
Otázka 39	57	77	134	<0,1%	ne
Otázka 41	63	41	104	90,4%	ano

V tabulce číslo 9 hypotézu 3 potvrdily 3 otázky a vyvrátily 2 otázky. Ve prospěch H3 svědčí odpovědi otázek 37 v 71 odpovědi, otázka 38 pomocí 91 odpovědi a otázka 41, která 63 odpověďmi souhlasí s H3. H3 vyvrací pouze otázka 34 pomocí 94 odpovědí a otázka 39 pomocí 77 odpovědí. Z tohoto šetření vyplývá, že náš předpoklad byl správný. H3 byla potvrzena.

4. 3 Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech

Schéma 1 Respondentka1

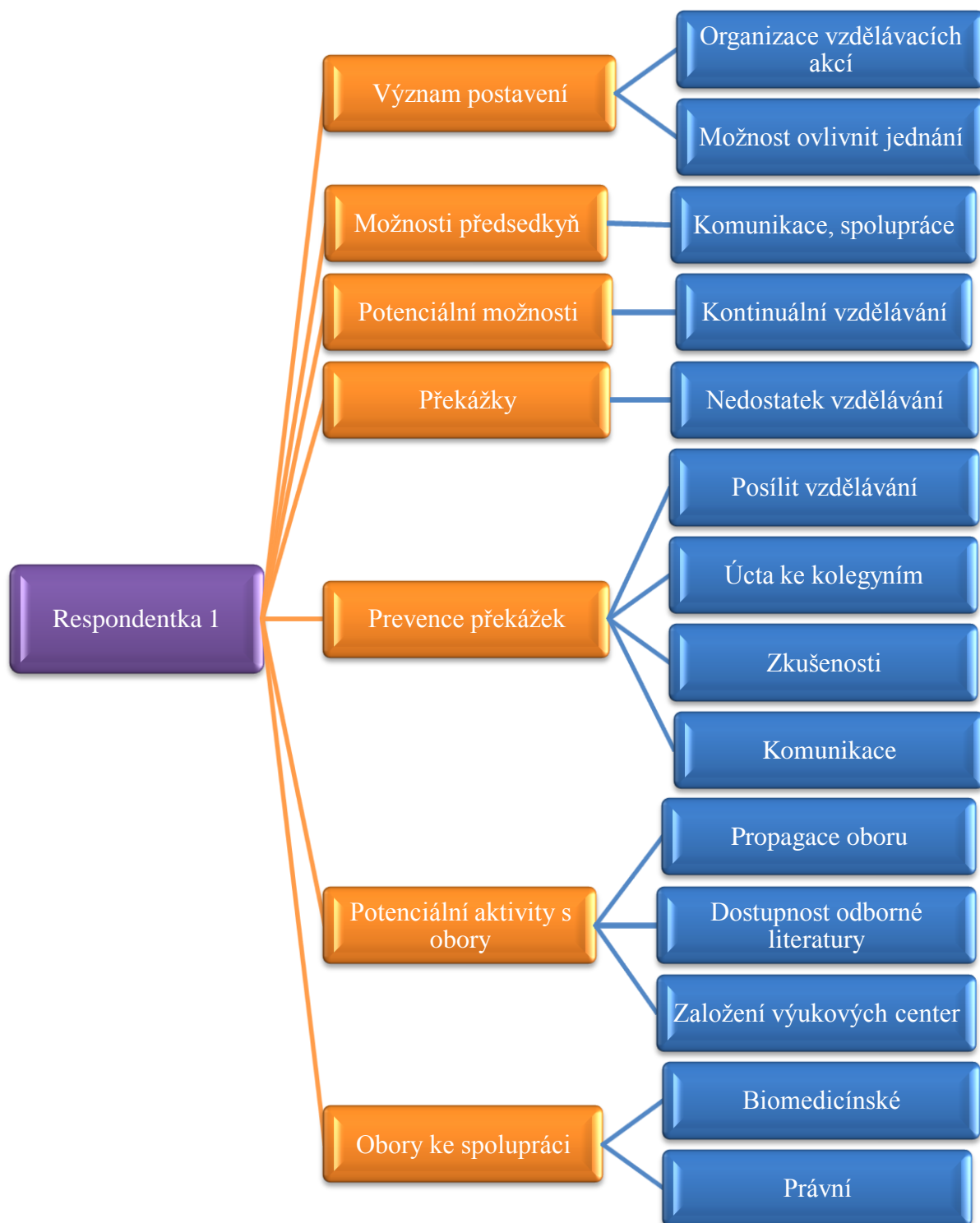


Schéma 1 zobrazuje názory první dotazované respondentky na předložený polostrukturovaný dotazník. Význam své pozice vzhledem k posílení autonomie ošetrovatelství, vidí předsedkyně sekce ČAS v možnosti *organizovat vzdělávací akce* pro ostatní sestry. Svou účastí na jednáních má možnost *ovlivnit mnohá významná rozhodování*. Domnívá se, že vhodnou *komunikací a spoluprací* s ostatními kolegyněmi, může významně podpořit tuto autonomii. Ráda by za tímto účelem podpořila *kontinuální vzdělávání* nelékařských zdravotníků. Jako nejvyšší překážku v posílení autonomie vnímá *nedostatečné vzdělávání* ošetrovatelského personálu. Proto by se ráda přiklonila k jeho *posílení*. Prevence překážek, které zpomalují posílení autonomie profese, vidí v *podpoře a využití zkušeností* sester, vhodné *komunikaci* a *úctě* ke kolegyním. Prestiž ošetrovatelského oboru by spolu s ostatními vědními obory podpořila *založením výukových center*. Nezbytností jejich kvalitního fungování by byla *dostupnost odborné literatury*. *Propagace oboru* by byla samozřejmostí. Nejraději by spolupracovala s *biomedicínskými* a *právními* obory zaměřenými na zdravotnickou problematiku.

Schéma 2 Respondentka2

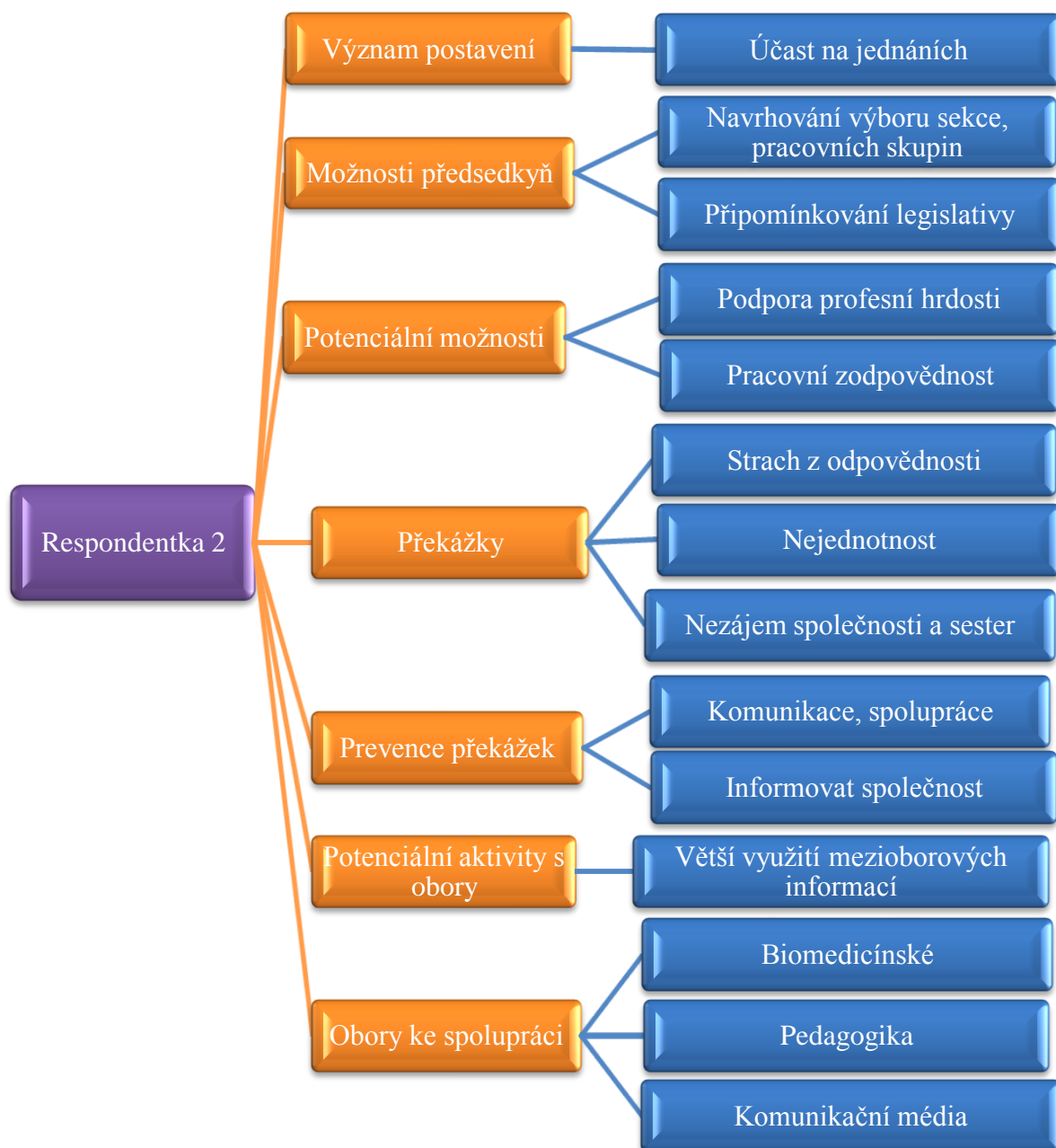


Schéma 2 znázorňuje postoj druhé respondentky k otázkám vztahující se k podpoře autonomie ošetrovatelství. Dotazovaná uvádí, že díky své pozici má *právo účastnit se na jednáních, vyjadřovat se* k současnému stavu i navrhovaným změnám. Je-li k tomu vyzvána, *připomínkuje návrhy* legislativy, koncepce materiálů nebo strategie. *Navrhuje* pracovní skupiny a výbor sekce. Ráda by podpořila *profesní hrdost sester a pracovní odpovědnost*. Dle jejího názoru je *strach z odpovědnosti, nejednotnost a nezájem* sester významnou překážkou v posilnění autonomie oboru. *Nezájem o problematiku* ošetrovatelského oboru vidí i v celé společnosti. Pomocí vhodné *komunikace, vzájemné spolupráce a dostatečné informovanosti* nejen mezi zdravotnickými pracovníky, ale v celé společnosti, by bylo možno těmto překážkám předejít. Předsedkyně by doporučila pro podporu autonomie ošetrovatelství spolupráci s *biomedicínskými a pedagogickými* obory, kde by ráda více využila nové *mezioborové informace*. Významné výsledky a úspěch profesní činnosti sester by *předávala komunikačním médiím*, která by měla za úkol o nich informovat společnost.

Schéma 3 Respondentka3

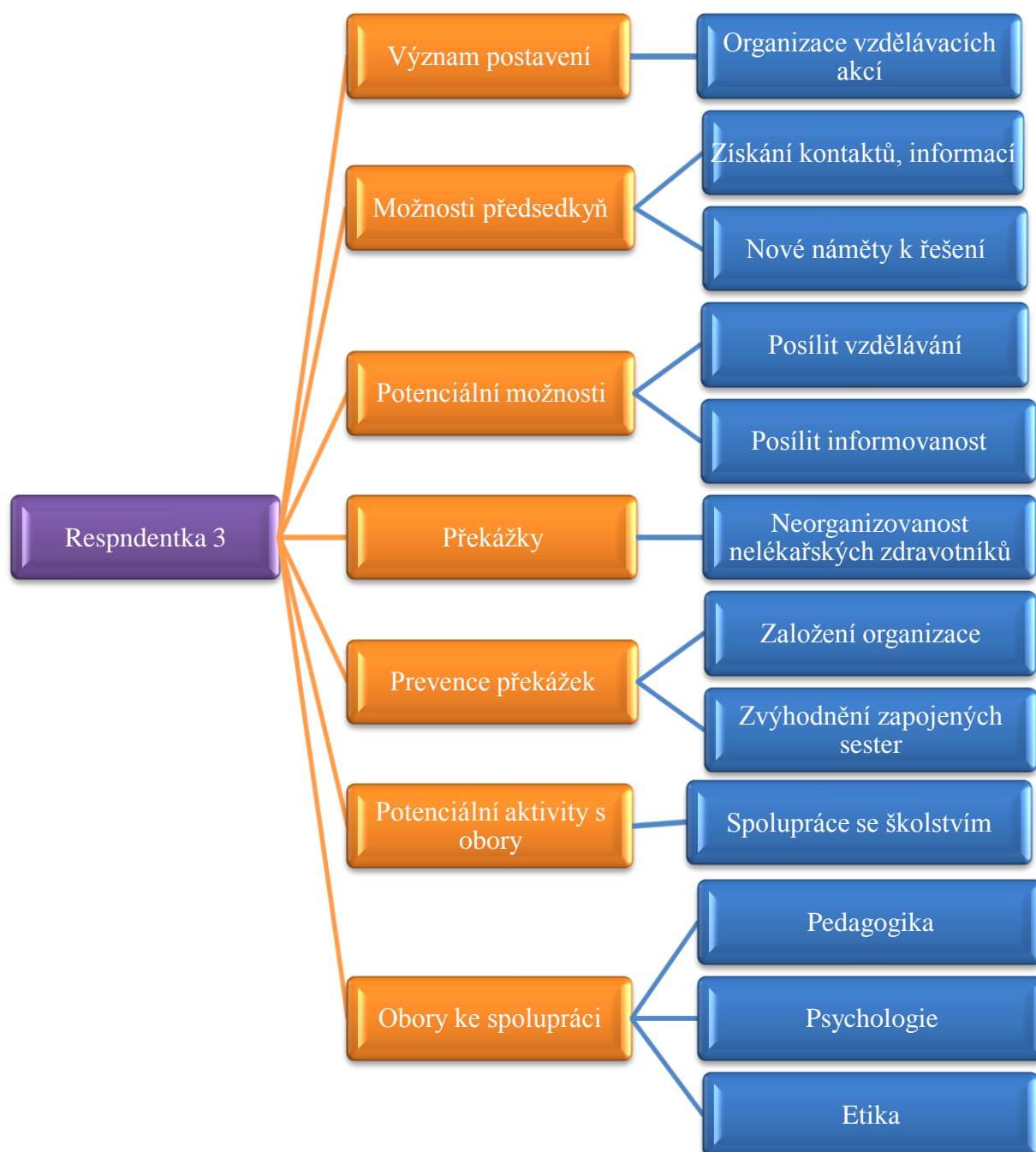


Schéma 3 informuje o názorech třetí dotazované respondentky na otázky, které zachycují problematiku autonomie ošetrovatelského oboru. Ona vidí význam své profesní pozice pro podporu samostatnosti oboru, v *organizování vzdělávacích akcí*. Její postavení jí umožňuje získat mnoho *nových a užitečných kontaktů i informací*. Tyto poznatky jsou pak často *námětem* k řešení. Při své činnosti by ještě ráda *podpořila vzdělávání sester* a jejich *informovanost*. Jako největší překážku v podpoře autonomie oboru pocítuje *nedostatečnou organizovanost* nelékařských zdravotníků. Řešení tohoto problému vidí v *založení profesní organizace* a následným *zvýhodněním* jejich *členek*. K podpoře samostatnosti profese by využila zejména spolupráci s rezortem *školsví*. Proto by nejraději spolupracovala s *pedagogickými* obory, dále pak s odvětvím *Psychologie* zabývající se zdravotnickou problematikou a s oborem *Etiky*.

Schéma 4 Respondentka4

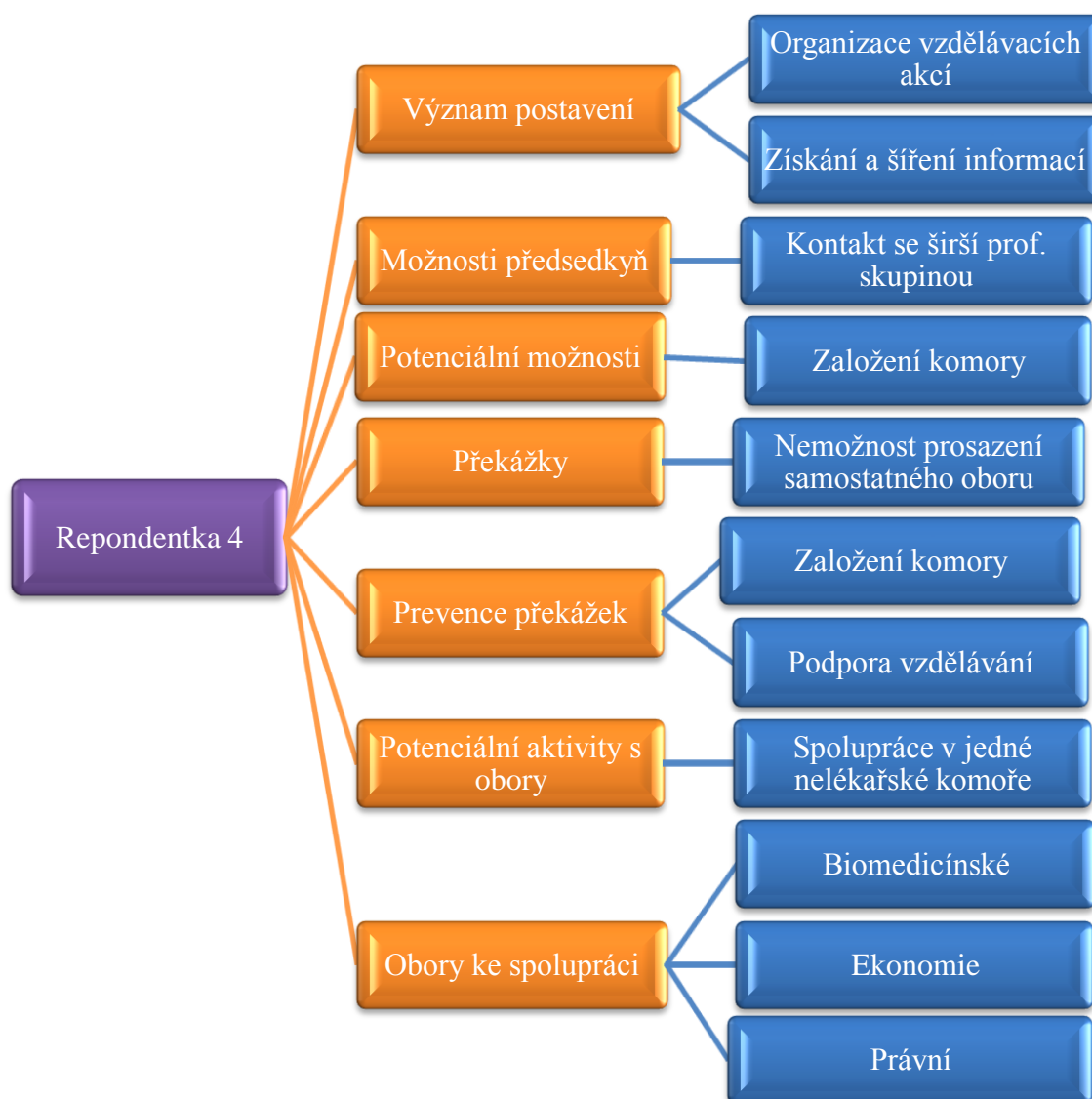


Schéma 4 odráží postoje a názory čtvrté respondentky na dotazy, které mají souvislost s problematikou podpory autonomie ošetrovatelství. Předsedkyně se domnívá, že je její postavení významné, zejména v možnosti *realizovat různé vzdělávací akce*, kde může *šířit* a současně i *získávat nové odborné informace*. Váží si *kontaktu se širokou profesní skupinou*, kterou by ráda sdružila do *společné organizace*. Problémem vidí *nemožnost prosadit samostatnost ošetrovatelství*, což by řešila *založením společné profesní komory a podporou vzdělávání sester*. Posílení autonomie oboru vidí ve *spolupráci všech členů*

jedné nelékařské komory. Určitě by využila spolupráci s biomedicínskými, ekonomickými a právními obory.

Schéma 5 Význam postavení předsedkyň ČAS pro podporu autonomie ošetrovatelství

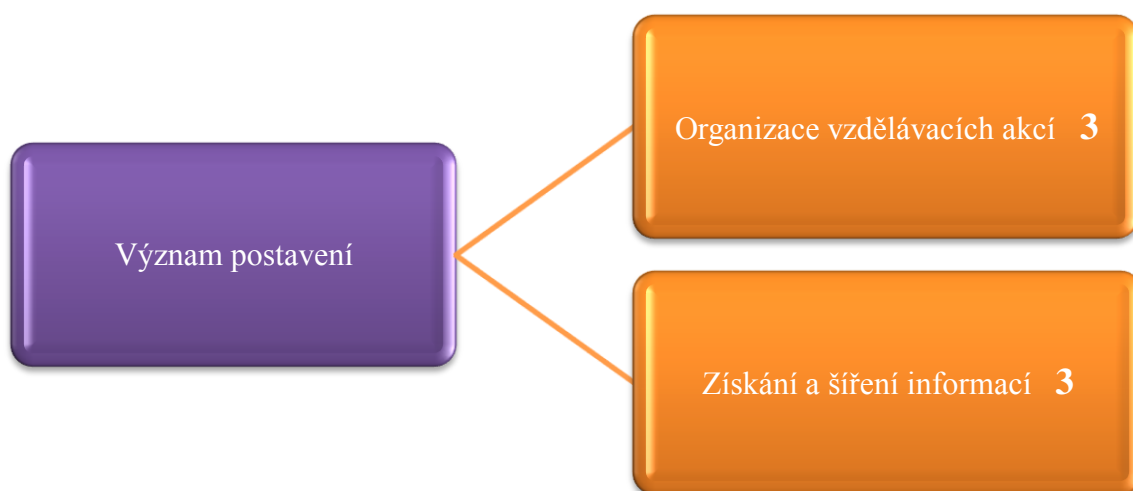


Schéma 5 znázorňuje pohled respondentek na postavení předsedkyň sekcí ČAS s ohledem na podporu autonomie ošetrovatelského oboru. Všechny dotazované označují tuto pozici za významnou. Tři předsedkyně vidí důležitost tohoto postavení v možnosti *organizovat vzdělávací akce* pro ostatní sestry. Ve třech případech se dotazované shodly, že díky své pozici mohou *získávat nové profesní informace* na jednáních a následně je *šířit* mezi širokou odbornou veřejností.

Schéma 6 Možnosti předsedkyň pro posílení autonomie ošetrovatelství

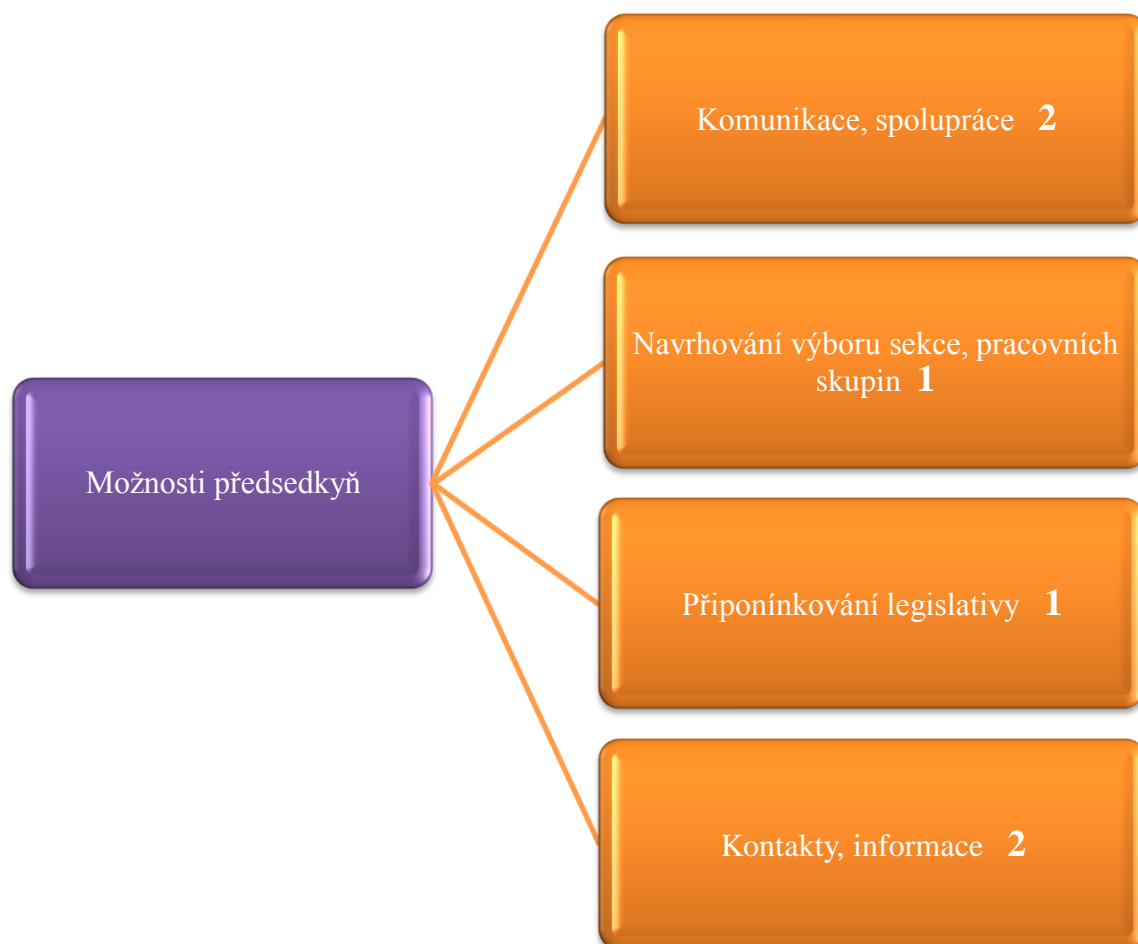


Schéma 6 odráží názor respondentek, jaké možnosti využívají k posílení autonomie ošetrovatelství. Dvě z dotazovaných upřednostňují zejména vhodnou *komunikaci* a vzájemnou *spolupráci*. Jedna předsedkyně udává možnost *navrhování výboru sekce a pracovních skupin*. Jedna využívá možnost *zasahovat* do stávající či připravované legislativy. Dvě dotázané posilují autonomii oboru *získáváním nových informací a kontaktů*.

Schéma 7 Potenciální možnosti předsedkyň pro posílení autonomie

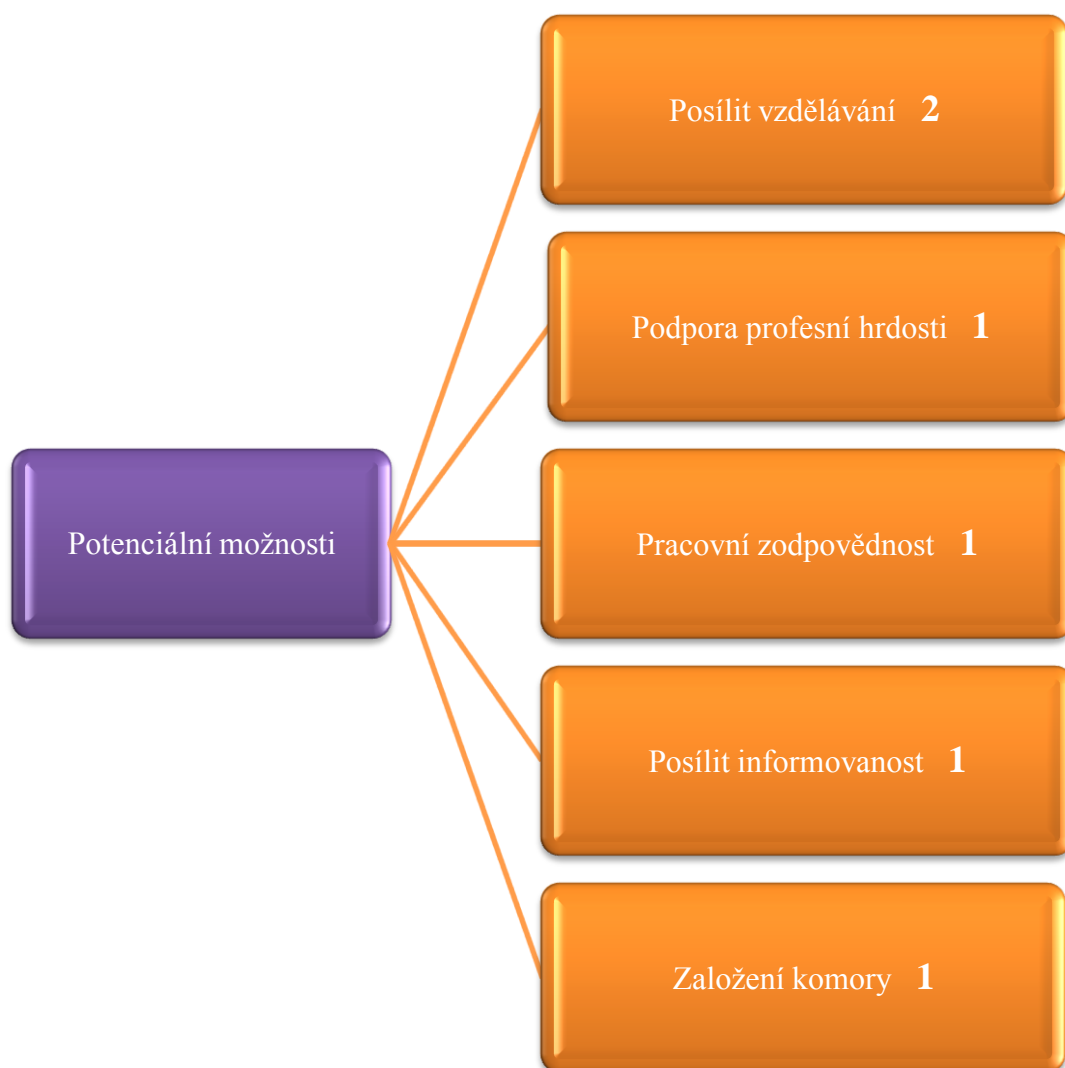


Schéma 7 znázorňuje potenciální možnosti předsedkyň sekcí ČAS. Pro posílení autonomie oboru by dvě z dotázaných rády podpořily *vzdělávání* sester. Jedna respondentka by se také snažila posílit jejich *informovanost*. Toho by bylo možné dosáhnout, dle názoru jedné předsedkyně, *založením profesní komory* nelékařských zdravotnických pracovníků. Potenciální možnost posílení autonomie oboru vidí jedna tázaná v podpoře *profesní hrdosti* a v posílení *pracovní odpovědnosti*.

Schéma 8 Překážky zpomalující posílení autonomie

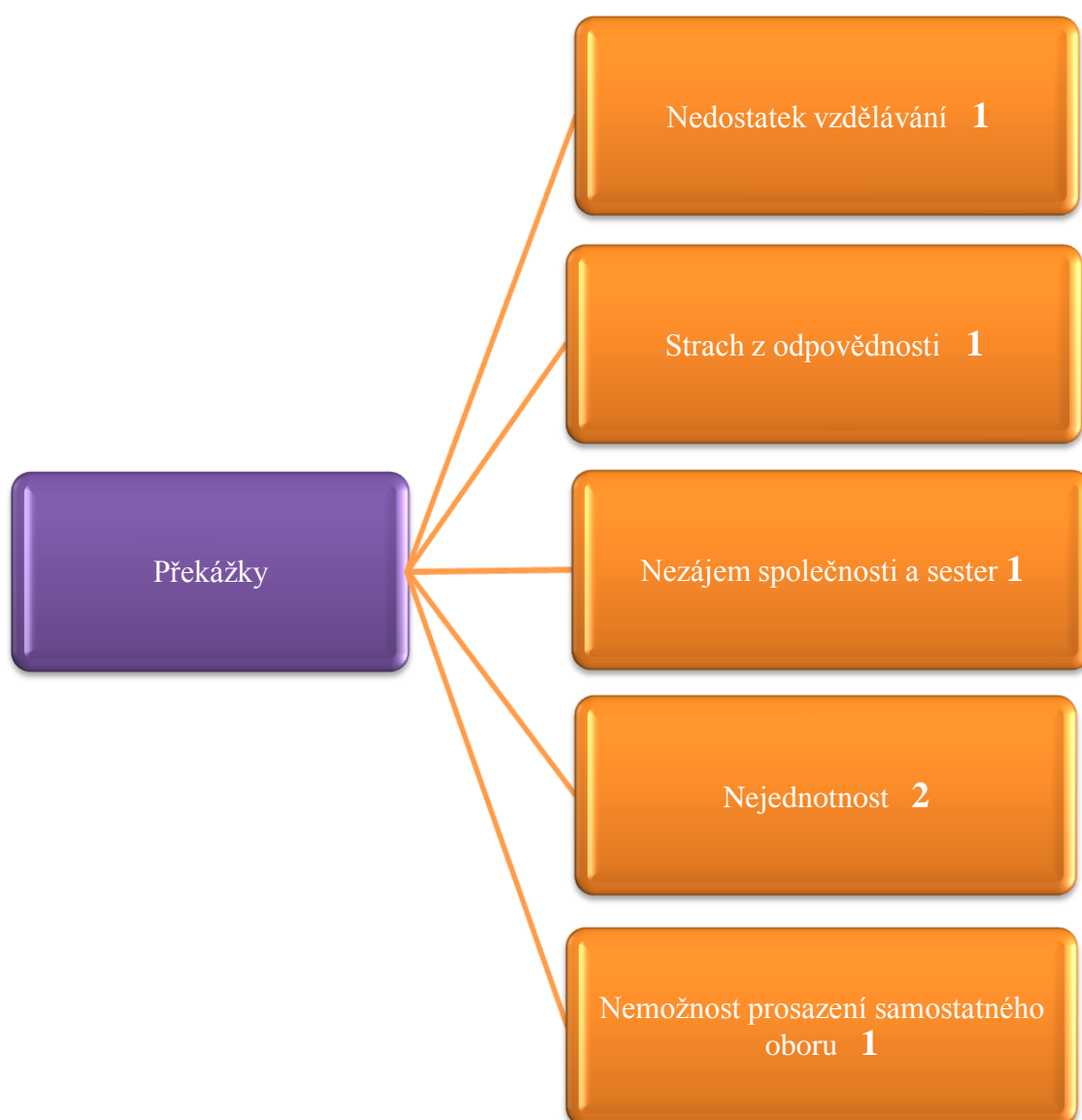


Schéma 8 osvětluje překážky, které zpomalují posílení autonomie ošetrovatelského oboru. Za největší problém vidí jedna respondentka *nedostatečné vzdělávání* sester, jejich *strach z odpovědnosti* a *nezájem o profesi* jak od společnosti, tak i od sester. Za nejvýznamnější překážku vnímají dvě předsedkyně *nejednotnost* všech nelékařských pracovníků. Jedna dotazovaná se domnívá, že nejzávažnějším problémem v posílení autonomie profese je *nemožnost prosadit její samostatnost*.

Schéma 9 Prevence překážek zpomalující posílení autonomie



Schéma 9 představuje možnou prevenci překážek, které negativně ovlivňují posílení autonomie profese. Cestu *podpory vzdělávání*, volbu *vstřícné komunikace a vzájemné spolupráce* by volily dvě dotazované. Stejný počet předsedkyň by založil *profesní organizaci*. *Úctu ke kolegyním*, *využití zkušeností sester*, zajištění *informovanosti společnosti* o dění v profesi a *zvýhodnění zapojených sester* v profesní komoře označila jedna dotázaná.

Schéma10 Možné podporující aktivity s jinými vědními obory



Schéma 10 ukazuje aktivity, které je možno dle názoru předsedkyň využít ve spolupráci s jinými vědními obory, k podpoře autonomie ošetrovatelství. Jedna respondentka by ráda *propagovala* svou profesi mezi odbornou i laickou společností, více *využívala mezioborové informace* a *spolupracovala v jedné nelékařské profesní organizaci*. Tři z dotázaných předsedkyň by rády podpořily rozvoj *vzdělávání* sester, ať v podobě *založení kvalitních vzdělávacích center* nebo *zajištěním vyšší dostupnosti odborné literatury*.

Schéma11 Doporučené vědní či profesní obory

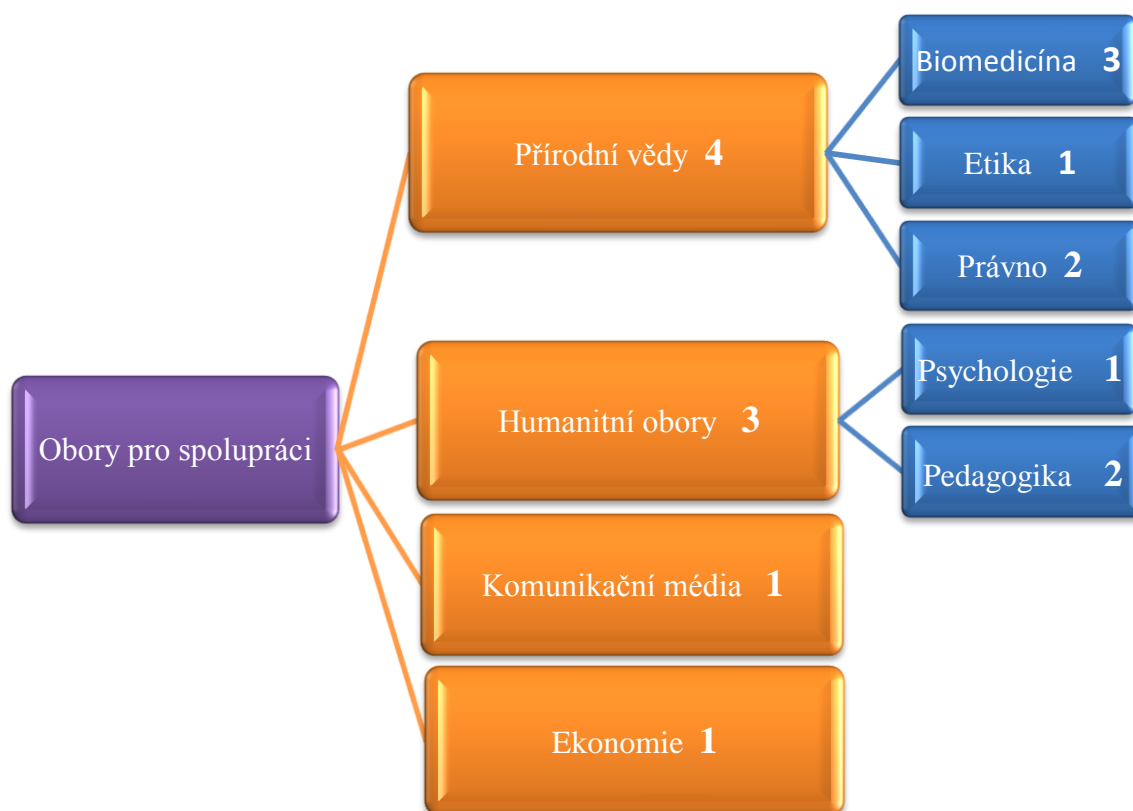


Schéma 11 představuje doporučené vědní či profesní obory, s kterými by předsedkyně rady navázaly bližší spolupráci v rámci posílení autonomie profese. S *biomedicínskými* obory by rády spolupracovaly tři respondentky, s *Etikou* jedna tázaná. Dvě s *právním* oborem, který se zabývá zdravotnickou problematikou. Dvě dotázané upřednostňují spolupráci s *pedagogickými* obory a jedna s *komunikačními médii a psychologickými* obory. Jedna respondentka preferuje *ekonomické* obory řešící zdravotnickou problematiku.

Schéma12 Výstup z kvalitativního šetření

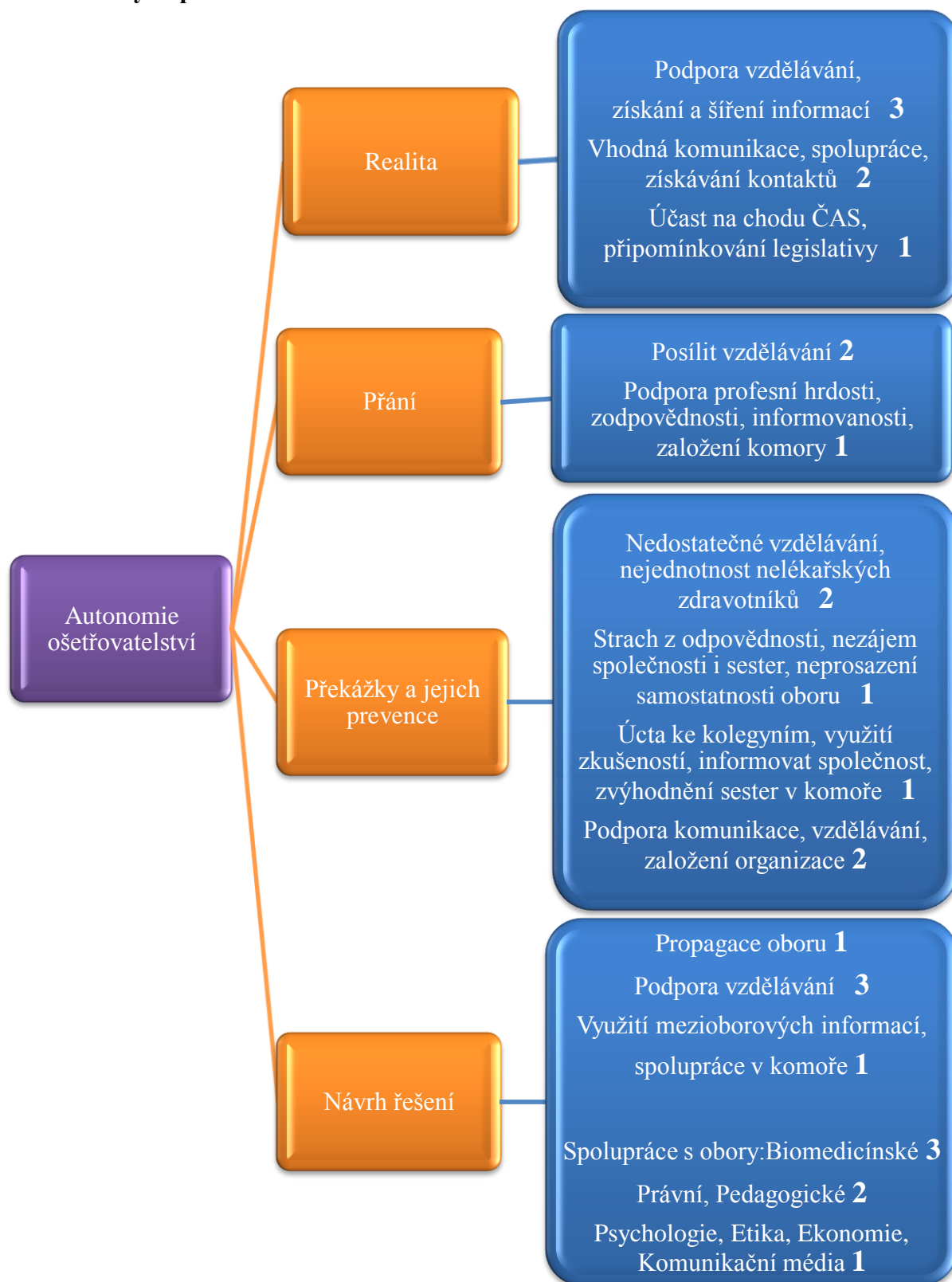


Schéma 12 je znázorněním výstupu kvalitativního výzkumu. Schéma zobrazuje současnou realitu, přání předsedkyň, překážky s možnostmi jejich odstranění a návrh na řešení podpory autonomie profese. Tři respondentky vypověděly, že jim postavení předsedkyň sekci ČAS napomáhá k podpoře autonomie, možností *získat* a později i *šířit informace*. Tímto způsobem podporují i *vzdělávání* sester. Dvě respondentky při své činnosti využívají vhodnou *komunikaci* a *spolupráci* mezi kolegyněmi. Díky účasti na jednáních *získávají* nové, důležité *kontakty*. Jedna dotazovaná se *účastní na chodu organizace ČAS* a má možnost *připomínkovat* legislativu, která má přímý vztah k ošetrovatelství. Ve dvou případech by si předsedkyně přály ještě *posílit vzdělávání* sester. Jedna sestra by si přála, aby byla *vytvořena profesní organizace*, aby došlo k *podpoře profesní hrdosti, pracovní odpovědnosti a informovanosti* odborné i laické společnosti. Největší překážkou vnímají dvě předsedkyně *nedostatečné vzdělávání a nejednotnost* nelékařských zdravotníků. Jedna respondentka uvedla *strach z profesní odpovědnosti, nezájem společnosti* a tím tak *nemožnost prosadit ošetrovatelství*, jako samostatný obor. Možnou prevencí těchto překážek se zdá být pro jednu předsedkyni *využití zkušeností* sester a *úcty* ke kolegyním. Nezbytná se pro ni zdá být i *dobrá informovanost* společnosti o novinkách v ošetrovatelském oboru a ráda by *zvýhodnila sestry*, které by vstoupily do nově vzniklé *profesní organizace*. Založení této komory by podpořily dvě dotázané. Ty by také rády využily kvalitní *komunikaci* a posílily *vzdělávání sester*. Současnou situaci tři předsedkyně navrhují vyřešit *podporou vzdělávání sester*. Jedna tázaná by *propagovala obor*, využívala *mezioborové informace* a maximálně podporovala *spolupráci v profesní organizaci*. Tři respondentky by nejraději využily spolupráci s *biomedicínskými* obory, dvě s *právními a pedagogickými* a jedna s *psychologickými* obory, *Ekonomií, Etikou* a *komunikačními médii*.

5 Diskuse

S transformací ošetrovatelství bylo naším záměrem prozkoumat, zda sestry vnímají svůj ošetrovatelský obor jako autonomní profesi. Sám pojem autonomie v sobě představuje samostatnost, svébytnost, ale také přijetí odpovědnosti za své rozhodování v zájmu pacienta. V případě, že by si sestry myslely, že ošetrovatelství není svébytný obor, tak nás zajímalo, jaké překážky omezují či zabraňují rozvoji autonomie a jaké možnosti můžeme využít pro posílení samostatnosti oboru.

Získávání informací pro teoretickou část této diplomové práce bylo zajímavé z důvodu toho, že zdroje, které se pojmem autonomie ošetrovatelství zabývají, v širším měřítku chybí. Můžeme říci, že tento slovní obrat funguje jako nevysvětlený pojem v zákonných a etických formách. Ve věstníku č. 9 – MZ ČR pojednávajícím o koncepci ošetrovatelství, se uvádí: „ V současném pojetí ošetrovatelství pracuje ošetrovatelský personál výrazně samostatněji“ (2004). Etický kodex pro zdravotní sestry objasňuje tuto problematiku formulací: „Sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání. Soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče“ (Staňková 2006). Z těchto citací se dají vyvodit mnohé prvky, které tvoří ošetrovatelství autonomním oborem, avšak jejich obsah a rozsah je široký.

Pro empirickou část jsme zvolili kombinaci kvantitativního s kvalitativním šetřením. Data kvantitativního bádání jsme získali za pomoci techniky dotazníku, informace kvalitativního šetření jsme obdrželi díky metodě dotazování prostřednictvím techniky polostrukturovaného dotazníku s otevřenými otázkami.

Kvantitativní část empirického výzkumu proběhla na konci měsíce prosince 2012 a začátkem ledna 2013. Naší cílovou skupinou se staly sestry různých úrovní vzdělání jak v lůžkovém, tak v ambulantním sektoru dvou zdravotnických zařízení. Dotazníky byly rozdány po předchozí domluvě s hlavními sestrami v jednotlivých zdravotnických zařízeních, následně pak s vrchními a staničními sestrami. Celkem bylo distribuováno 220 dotazníků v nemocnici Jindřichův Hradec a Pelhřimov. Zarážející

však byla jejich nízká návratnost (134). Můžeme se domnívat, že sestry odradila délka dotazníku, nebo snad vlastní téma? Byl pro ně náročný, či jen neměly chuť zamyslet se nad touto složitou problematikou? Při distribuci dotazníků jsme vyzorovali, že mnohé sestry neznaly pojem autonomie ošetrovatelství a dotazník tudíž nechtěly vyplnit. Až po jeho objasnění svolily, stát se respondentem našeho výzkumu. Další možností, proč dotazníky měly nízkou návratnost, mohla být i nadměrná vyčerpání sester. Je ale s podivem, jak je možné, že na některých odděleních byly dotazníky vyplněny všechny a na některých ani jeden? Je to snad ve vedení ošetrovacích jednotek? Povšimli jsme si, že oddělení, kde má vedoucí sestra vyšší vzdělání, byly dotazníky vyplněné téměř všechny. Oddělení, kde zaujímá vedoucí pozici sestra s nižším vzděláním, tyto dotazníky nebyly vyplněny nebo jen v malé míře.

Naším bádáním jsme si chtěli potvrdit domněnky, že *sestry vnímají vzdělávání jako možnost získání dovedností pro zajištění autonomie profese ve prospěch pacienta a že prezentují na veřejnosti ošetrovatelství jako samostatný obor*. Také nás zajímalo, zda *stav autonomie ošetrovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetrovatelské péče*. Tyto otázky nám vyvstaly, při zamyšlení se nad současným pojetím a aktuálním stavem ošetrovatelského oboru. Všechny otázky vychází ze zákonných a etických norem a proto nás zajímalo, zda a do jaké míry se realizují v praxi. Vycházeli jsme z předpokladu, že sestry při své profesní činnosti využívají kritické myšlení a pracují podle principů moderního ošetrovatelství, tak jak bylo uvedeno v teoretické části diplomové práce.

Díky prvním demografickým otázkám jsme získali základní informace o výzkumném vzorku. Odpovědi na tyto identifikační otázky nám umožnili rozdělit respondenty podle pohlaví, věku, pracoviště, délky jejich odborné praxe a dosaženého vzdělání. Výzkumný soubor byl tvořen ze 134 (100%) respondentů, přičemž jsme zjistili, že téměř všichni dotazovaní - 132 (98,5%) jsou ženy (graf 1). Nejvíce tázaných – 50 respondentů (37,3%) se zařadilo do věkové hranice 30 – 39 let (graf 2), významně je zastoupena věková hranice 19 – 29 let, kterou uvedlo 37 (27,6%) sester. Téměř shodný počet dotázaných 22 (16,4%) a 24 (17,9%) se hlásí k věkové hranici 40 – 49 a

50 – 59 let. Nejméně zastoupeným rozmezím je období 60 a více let, kterou uvedl 1 (0,7%) respondent. Nejčastějším pracovištěm byla standardní oddělení, která označilo 77 (58%) dotázaných respondentů (graf 3). Toto široké zastoupení si můžeme vysvětlit velkým množstvím a velikostí standardních ošetrovacích jednotek, jejichž chod je třeba zajistit potřebným počtem odborného personálu. Na jednotkách zaměřených na intenzivní péči je zaměstnáno 41 (30,2%) sester. Zde jsme předpokládali, že počet zúčastněných respondentů bude nižší z důvodu menšího počtu pracovních míst. Výzkumu se také zúčastnilo 14 (10,3%) ambulantních sester a 2 (1,5%) sestry z dětského oddělení. Toto malé množství respondentů si vysvětlujeme soukromým zřizovatelem většiny ambulantních složek. Lékaři, kteří zaměstnávají tyto sestry, většinou nemají zájem o zvýšení jejich kvalifikace. Sestry by pak museli i finančně patřičně ohodnotit, což je pro některé lékaře nežádoucí. Předpokládáme, že zde může hrát významnou úlohu i umožnění studia z důvodu zajištění chodu pracoviště, nebo snad i nedostatečná motivace ze strany zaměstnavatele. Do výzkumného šetření se nejvíce zapojila skupina 44 (32,8%) respondentů s 11 – 20 letou odbornou praxí (graf 4) a soubor 43 (32,1%) dotázaných s 10 a méně letou praxí. Tyto výsledky korespondují se zjištěnými hodnotami v grafu 2. Pokud se zaměříme na úroveň vzdělání respondentů (graf 5), zjistíme, že nejpočetnější skupinu výzkumného vzorku tvoří 46 (34,3%) sester s pomaturitním specializačním studiem – PSS a hned v zápětí soubor 43 (32,1%) respondentů se středoškolským odborným vzděláním – SZŠ. Tyto dva typy vzdělání jsou charakteristické pro vyšší věkovou skupinu dotazovaných, protože v předcházejících letech bylo maximální odborné vzdělání PSS. Až v dobách pozdějších nastal rozvoj vysokoškolského a vyššího odborného vzdělání pro sestry. K tomuto faktu odpovídá i výsledek tabulky 1, kdy věkově mladá skupina 19 – 29 let upřednostňuje středoškolské vzdělání s maturitou (32%), v zápětí uvedlo 27% dotázaných sester vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské bakalářské preferovalo 22% respondentů. Tato věková hranice je názornou ukázkou chápání mladé generace sester. Nastupující a mladá populace sester si uvědomuje, že vysokoškolské odborné vzdělání je nedílnou součástí moderní sestry a jí poskytované ošetrovatelské péče. Přesto však porovnáním výsledků odpovědí zaměřených na vztah věku respondentů a jejich vzdělání, zjišťujeme,

že nejvíce věkem zastoupení respondenti upřednostňují PSS vzdělání před různými stupni vyššího či vysokoškolského vzdělání (tabulka 1).

První oblastí našeho zájmu se stala otázka, kterou jsme se snažily zjistit, jaký význam má podle názoru respondentů vzdělávání sester pro posílení autonomie ošetrovatelského oboru. Předpokládali jsme, že *sestry vnímají vzdělávání jako možnost získání dovedností pro zajištění autonomie profese ve prospěch pacienta*. Ve svém předpokladu jsme vycházeli ze všech platných legislativních norem. V zákonu 96/2004, v koncepci ošetrovatelství, v Etickém kodexu nelékařských zdravotnických pracovníků a zejména ve směrnících platných pro EU je uvedeno, že sestra má povinnost se v průběhu svého profesního působení průběžně vzdělávat, získávat a uchovávat nové poznatky z oblasti své odbornosti. S tímto faktem souhlasí i Plevová (2011), která uvádí, že celoživotní vzdělávání zaujímá nezanedbatelnou pozici v podpoře autonomie ošetrovatelské profese. Proto jsme zjišťovali, jak se staví k tomuto faktu naši respondenti a zda může být tento názor ovlivněn jejich věkem (tabulka 5). Došli jsme k závěru, že pro 121 (90%) odpovídajících je vzdělávání důležité. 13 sester (10%) s tímto názorem nesouhlasí. Je s podivem, že nejmenší roli vzdělávání přisuzuje věková hranice 30 – 39 let (86%). Proč právě tato skupina? Podpořil snad tento názor pocit dostatečné sebejistoty až suverenity? S výsledkem tohoto šetření koresponduje i závěr zkoumání zobrazený v tabulce 6. Zde jsme porovnávali význam vzdělávání sester na délce jejich odborné praxe. Opět nám 121 (90%) dotazovaných respondentů potvrdilo, že je vzdělávání pro podporu autonomie profese důležité. Shoda nastala i v nejméně souhlasných odpovědích, které označili respondenti s 11 – 20 letou odbornou praxí (86%). Z těchto výsledků vyplývá, že respondenti považují **vzdělávání sester za významné bez ohledu na věk a délku své odborné praxe** (90% : 10%). Také nás zajímaly názory na tutéž otázku v porovnání s dosaženým vzděláním respondentů (tabulka 7). Zjistili jsme, že se sestry ve 121 (90%) odpovědi shodly na tvrzení, že je vzdělávání pro posílení autonomie profese významné. Z grafu 7 je zřejmé, že největší význam svého vzdělávání respondenti spatřují v možnosti podpořit vývoj oboru (16,3%), v umožnění širšího odborného rozsahu (16,9%) a v obhajobě profesních rozhodnutí (11,4%). Pouhých 13 (10%) respondentů se domnívá, že tomu tak není, že

vzdělávání sester neovlivní autonomii ošetrovatelského oboru. Tito respondenti tvrdí, že je významnější praxe než vzdělávání sester (28,6%) a že vzdělávání nezaručí kvalitu poskytované péče (35,7%) (graf 8). Překvapilo nás, že nejmenší váhu vzdělávání přisuzují respondenti s vyšším odborným vzděláním (83%). Bylo by zajímavé zjistit, co bylo pro ně motivem ke studiu na vyšší odborné škole? Také nás překvapilo, proč se sestry více neúčastní vzdělávacích akcí (graf 21), když sami vnímají vzdělávání za významný prvek moderní ošetrovatelky? Nejsou snad k celoživotnímu vzdělávání dostatečně motivovány? Z grafu 9 vyplývá, že zdravotnický management většinou podporuje (61,9%) vzdělávání svých pracovníků. Kde máme hledat důvod neúčasti sester na vzdělávacích akcích? Můžeme se domnívat, že je na vině nedostatek času sester, jejich přetíženost nebo nedostatečné zajištění chodu pracoviště? Všechny vyjmenované faktory jsou z našeho pohledu reálné. Z výsledků šetření tedy vyplývá, že **sestry přisuzují významnou pozici svému vzdělávání z hledem k podpoře autonomie profese a to bez ohledu na jejich vzdělání (90% : 10%). Hypotéza 1 byla statistickým šetřením potvrzena.**

Dále nás zajímaly odpovědi respondentů na otázky, které se vztahují k našemu druhému předpokladu, že *sestry prezentují na veřejnosti ošetrovatelství jako samostatný obor*. Předpokládali jsme, že by sestry měly zaujmout aktivní postavení, chtějí-li podpořit autonomii ošetrovatelské profese. Vycházíme z názoru, že k činnostem, které posilňují samostatnost oboru, patří aktivní účast na vzdělávacích akcích a účast v profesní organizaci. Je k zamyšlení, proč 55 (41,1%) sester uvedlo, že se spíše neúčastní vzdělávacích akcí (graf 21), když je tato povinnost zanesena i v zákoně 96/2004. Nikdy se do těchto aktivit nezapojilo 29 (21,6%) respondentů a občas nebylo přítomno 36 (26,9%) dotázaných. I Etický kodex uvádí: „Sestra je zodpovědná za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání“ (Staňková 2006). Tuto formu celoživotního vzdělávání volí 14 (10,4%) sester. Účastní se jich pravidelně, pokaždé, nebo alespoň ve většině případů, mají-li k tomu možnost. Z tohoto průzkumu vyplývá, že **se sestry většinou neúčastní vzdělávacích akcí** (tabulka 8). Z 50 (100%) odpovídajících sester je 31 (62,0%) respondentů zapojeno při organizování vzdělávacích akcí v organizační skupině (graf 22). Z toho 8 (16,0%) dotazovaných

konference organizuje, 1 (2,0%) je pověřena zajištěním sponzorů a 2 (4,0%) informují média o probíhajících konferencích. 20 (40,0%) respondentů prezentuje své pracovní úspěchy mezi profesní kolegy. Pasivní účast uvedlo pouze 19 (38,0%) sester. S posilněním autonomie ošetrovatelství a s jeho zviditelněním, je podle nás úzce spjatá aktivita sester. Proto jsme se zeptali všech respondentů 134 (100%) jestli své pracovní výsledky prezentují mezi odbornou veřejnost a tak se snaží přesvědčit veřejnost o samostatnosti ošetrovatelského oboru (graf 23). 3 (2,3%) respondenti své výsledky prezentují vždy, 42 (31,3%) ojedinele a 89 (66,4%) tázaných své pracovní výsledky nikdy neprezentovali. I když se Zacharová, Gulášová (2010) domnívají, že je pro podporu autonomie oboru nutné informovat veřejnost o nových poznacích v ošetrovatelské profesi, našim šetřením bylo zjištěno, že **sestry odbornou veřejnost o svých pracovních výsledcích neinformují** (33,6% : 66,4%). Proto nás zajímalo, zda respondenti alespoň organizují edukační semináře pro laickou veřejnost (graf 24). Často, nebo alespoň občas se této činnosti věnuje 15 (11,2%) dotázaných sester. 119 (88,8%) respondentů se k problematice informovanosti laické veřejnosti postavilo negativně. Buď tyto semináře nikdy neorganizovali, nebo se těmto aktivitám většinou nevěnují. **Z šetření vyplývá, že respondenti zaujali k otázce předávání informací o ošetrovatelství profesionální a laické veřejnosti většinou pasivní postoj** (11,2% : 88,8%). Jaké důvody vedou dotazované k takovým názorům a postojům? Ovlivňuje názor respondentů jejich motivace? Předpokládali jsme, že právě motivace zaujímá významné místo. Ze 45 (100%) sester, které odpověděly, co je vedlo k aktivitám na odborných seminářích, 20 (44,5%) dotázaných uvedlo povinnost nebo přidělení úkolů. 25 (55,5 %) sester přiměla osobní iniciativa, zájem nebo osobní potřeba (graf 25). Z tohoto šetření jsme zjistili, že **pokud se sestry účastní odborných seminářů, většina tak činí z potřeby svého profesního uspokojení** (44,5% : 55,5%). Domníváme se, že významnou roli v posilnění autonomie oboru zastává i profesní organizace ČAS. Podle Staňkové (2002) se ČAS podílí na zlepšení profesní a morální úrovni nelékařských zdravotnických pracovníků a na přípravě nové legislativy. Proto nás překvapilo, že je velmi malá účast v členství ČAS. Z celkového počtu respondentů je členem pouhých 12 (9,1%) respondentů a 122 (90,9%) dotazovaných se v organizaci neangažuje (graf 26).

Tento graf je důkazem, že se sestry neangažují v profesní organizaci ČAS (9,1% : 90,9%). Z 12 (100%) členek se schůzí ČAS většinou účastní 2 (17,0%) sestry, 2 (17,0%) občas a 2 (17,0%) se většinou neúčastní (graf 27). 6 (49,0%) respondentů se nikdy pracovní schůzky nezúčastnilo. Toto zjištění je zarážející. Pokud se neúčastní setkání, kde se doví nové informace, mohou popřípadě svým hlasem ovlivnit řešení některých problémových situací, proč jsou tedy členy? Pomohou tak podpořit autonomii oboru? Možná jim postačí získávat nové informace pouze zprostředkovaně. 3 (25,0%) sestry se doví nové poznatky z organizace ČAS od svých kolegyně, 3(25,0%) z časopisu Sestra a 3 (25,0%) e – mailem (graf 28). 2 (16,7%) sestry pravidelně navštěvují webové stránky ČAS a 1 (8,3%) dotazovaná je bez informací. Podle našeho názoru by měli být respondenti v získávání nových poznatků více aktivní. 7 (50,0%) členek ČAS považuje obdržené informace poskytnuté od ČAS za dostatečné, 4 (28,6%) za užitečné (graf 29). 1 (7,1%) dotazovaná si myslí opak. Tedy její názor je, že jsou získané poznatky neužitečné a za nedostatečné je hodnotí 2 (14,3%) sestry. Zajímalo nás názor všech respondentů, jaká je podle nich míra podpory autonomie ošetrovatelství od profesní organizace ČAS (tabulka 2). Dotazovaní mohli přiřadit svůj názor na číselnou osu 0 (bez podpory) – 10 (maximální podpora). Největší zastoupení měl střed osy, číslo 5 (40 respondentů - 29,9%) a mírně negativní pole 4 (24 tázaných - 17,9%) s polem 3 (19 sester – 14,2%). Výsledky této tabulky nastiňují postoj respondentů k organizaci ČAS. Závěry šetření jsou nepřesvědčivé, spíše se přikláníme k názoru respondentů, že organizace ČAS autonomii oboru podporuje pouze slabě. Zjišťovali jsme, jaké aktivity by měla ČAS podpořit, aby posílila autonomii oboru (graf 30). 36 (27,0%) respondentů by uvítalo podpořit vzdělávání sester větší četností kongresů či stáží. Tento poznatek nás zaujal. Překvapivé je, že se sestry zajímají o vzdělávání, vědí, že je důležité, ale přitom se nevzdělávají a na školení nechodí (graf 21). Podpora vzdělávání je v souladu se stávající legislativou a požadavky směrnic EU. 16 sester (11,9%) by zkvalitnilo pracovní podmínky, což bylo a je podle Kutnohorské (2010) náplní ČAS. 18 (13,4%) respondentů by se přiklonilo k založení komory. 16 (11,9%) tázaných by rádo spolupracovalo s odborovými organizacemi ostatních zdravotnických profesí. Ke zvýšení finančního ohodnocení se hlásí 18 (13,4%) sester a 15 (11,2%) dotázaných by

podpořilo samostatnost oboru. Se zněním zákona 96/2011 nesouhlasí 15 (11,2%) dotázaných respondentů, protože by kompetence, které jsou zde zaneseny, rádi ještě posílili. Je zajímavé, že potřebu posílit kompetence sester označilo tak málo respondentů, protože v grafu 19 bylo nespokojených respondentů s kompetencemi v zákonu o 13 více. Můžeme se domnívat, že si sestry myslí, že změna zákona není v pravomoci ČAS. Tento úsudek se neshoduje se Stanovami profesní organizace ČAS. 28 (20,9%) respondentů uvedlo, že si myslí, že je rozsah kompetencí v zákonu spíše nedostatečný až zcela nedostatečný (graf 19). 65 (48,5%) dotazovaných se k této otázce nedokázalo vyslovit. Proti těmto tvrzením stojí názor 41 (30,6%) sester, kterým se zdá být rozsah kompetencí v současné legislativě spíše dostatečný až dostatečný. Výsledkem této otázky bylo zjištění, že **jsou sestry spokojené se zněním zákona upravující kompetence sester** (20,9% : 30,6%). U 28 (100%) nespokojených respondentů jsme zjišťovali, jaké kompetence by ještě rádi podpořili (graf 20). 7 (25,0%) sester by navýšilo profesní zodpovědnost, k podpoře samostatného rozhodování se přiklání 11 (39,3%) dotázaných. Podle našeho názoru mohou oba dva požadavky respondentů posílit autonomii ošetrovatelství. Samostatné provádění fyzikálního vyšetření by podpořilo 6 (21,4%) respondentů a 4 (14,3%) sestry se k této problematice neumí vyjádřit. Z výzkumu lze vyvodit úsudek, že **sestry málo důvěřují profesní organizaci ČAS. Z těchto výsledků a statistického šetření vyvozujeme závěr, že sestry neprezentují na veřejnosti ošetrovatelství jako samostatný obor a tím ani jako autonomní disciplínu. Hypotéza 2 byla vyvrácena.**

Třetí oblastí našeho zájmu se stala domněnka, že *stav autonomie ošetrovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetrovatelské péče*. Zeptali jsme se respondentů, do jaké míry si myslí, že může ovlivnit úroveň autonomie oboru výzkum v ošetrovatelství (tabulka 3). Odpovědi na tuto otázku nebyly přesvědčivé. Většina odpovědí se na číselné ose pohybovala na úrovni čísla 5 s mírně negativním postojem. Minimální podporu výzkumu neoznačil nikdo (číslo 0), maximální podporu výzkumu pro podporu autonomie ošetrovatelství označili 4 (3%) respondenti. Proto jsme se zajímali, zda se sestry na svém pracovišti setkaly s realizací výzkumu (graf 32). 94 (70,2%) dotazovaných respondentů přiznalo, že tuto možnost ještě nemělo, naproti

40 (29,8%) sestrám, které s výsledky výzkumu již pracovaly. Tento výsledek šetření může být ovlivněn i faktem, že obě zkoumaná zdravotnická zařízení jsou na úrovni regionálních nemocnic. Předpokládáme, že se výsledky výzkumných šetření aplikují na tato pracoviště hůře a proto **většina sester tuto možnost nedostala**. Pokud jim bylo umožněno zúčastnit se **zavádění nových poznatků** do praxe, po zkušenosti s reakcí svých kolegů, 63 (47%) respondentů uvedlo, že s touto aktivitou jejich **kolegové nemají problém** (graf 38). Sestry se přiklání k názoru, že největším problémem, který brzdí zavádění výsledků výzkumných šetření do praxe, jsou nedostatečné finanční zdroje zdravotnických zařízení (27,7%), pasivita personálu (22,3%) a jeho nedostatečná motivace (13,8%) (graf 33). Přitom si 71 sester myslí, že by zavedením výsledků výzkumu a dalších prvků autonomie oboru ušetřily čas při své práci (graf 35). Fineout (2005) vidí význam výzkumu v potřebě zvýšit výkonnost, kvalitu a efektivitu poskytované ošetrovatelské péče. Tyto požadavky by mohly být uspokojeny právě díky dostatečnému času, který by sestrám výzkum uspořil. Tomuto postoji oponuje 63 respondentů. Přesto se většina dotazovaných přiklání k názoru, že **výzkum s ostatními prvky autonomie ušetří sestrám čas**. Snažili jsme se zjistit, zda mohou tyto prvky motivovat sestry k vyšší aktivitě (graf 36). Z šetření vyplynulo, že jsou respondenti v 91 odpovědi (67,9%) motivováni a tak mohou vykazovat vyšší pracovní činnost. Proti tomuto tvrzení se postavilo 43 (32,1%) dotazovaných, kteří se domnívají, že tomu tak není. Z odpovědí respondentů vyplývá, že **výzkum a ostatní prvky autonomie motivují sestry k činnosti**. Touto aktivitou respondenti zajišťují v 84,6% odpovědi sesterské kompetence (graf 34). Nejvíce je vynaložená energie směřována na zajištění ošetrovatelských intervencí (23,2%), uspokojení potřeb nemocných (18,1%) a na získání více času na pacienta (12,2%). Tyto uvedené aktivity se shodují se zněním Etického kodexu sester, v kterém se uvádí, že jsou sestry odpovědné za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče. Domnívali jsme se, že sestry prosazují prvky autonomie ošetrovatelství v praxi. Náš předpoklad nám vyvrátilo 77 (57,5%) respondentů, 57 (42,5%) dotázaných s námi souhlasí. **Sestry neprosazují prvky autonomie profese v praxi**, naproti tomu střední management v 99 odpovědích (73,9%) a studenti ošetrovatelství v 86 odpovědích (62,2%) prosazují (tabulka 4).

Ostatní zkoumané skupiny se podle názoru respondentů přiklání na stranu sester. Závěrem můžeme říci, že náš předpoklad byl správný. Na základě výsledků statistického šetření tvrdíme, že **stav autonomie ošetrovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetrovatelské péče, proto byla hypotéza 3 potvrzena.**

V kvalitativní části empirického výzkumu jsme zjišťovali, *jakou pozici mají předsedkyně sekcí ČAS pro podporu autonomie profese, jaké překážky vnímají jako zásadní pro autonomní rozvoj oboru a co je podle jejich názoru možno udělat ve spolupráci s jinými vědními obory pro upevnění autonomie ošetrovatelství.* Šetření probíhalo od ledna 2013 do února 2013. Dotazníky byly distribuovány e-mailem za pomoci sítě PC 21 respondentkám. Po opakované žádosti o odpověď aktivně vyhověly pouhé čtyři respondentky z 21 oslovených předsedkyň sekcí ČAS. 17 respondentek na prosbu nereflektovalo, nebo se bály, že by jejich odpovědi nezůstaly anonymní. Je s podivem, s jakým postojem některé předsedkyně přistoupily k aktivní účasti na řešení dotazníku. Neočekávali jsme, že by byl takový problém vyplnit dotazník cestou e – mailu. Domníváme se, že osoba, která zastává tak vysoké profesní postavení, musí předpokládat, že bude dotazovaná, že by měla brát zodpovědnost za své výroky a hlavně by měla jít příkladem pro ostatní sestry. Myslíme si, že by mělo v tomto případě převážít profesionální myšlení nad osobními pocity. Po analýze jednotlivých odpovědí z vyplněných polostrukturovaných dotazníků, byla vypracována schémata, která odráží názory respondentek na danou problematiku. Předsedkyně odpovídaly na sedm otázek, které mají přímý vztah ke třem výzkumným otázkám. První schémata (1– 4) zobrazují postoje každé respondentky na všechny otázky. Následná schémata (5-11) shrnují názory všech dotazovaných předsedkyň na jednu otázku. Dvanácté schéma je znázorněním výsledků kvalitativního šetření, které naznačuje současnou realitu, přání předsedkyň, překážky s možnostmi jejich odstranění a návrh na řešení podpory autonomie ošetrovatelské profese.

Zjišťovali jsme názory první respondentky (schéma 1). Předsedkyně v nich uvádí, že význam své profesní pozice vzhledem k podpoře autonomie ošetrovatelství shledává v pravomoci **organizovat vzdělávací akce** pro ostatní sestry. Podle jejího

názoru je **nedostatečné vzdělávání** ošetrovateľského personálu nejvyšší překážkou v posílení autonomie profese. V tomto bodu se shoduje s názorem řadových sester a sester manažerek (graf 30). Sama respondentka vystudovala pomaturitní specializační studium, proto by bylo její snahou **založit nová výuková centra s dostatečným množstvím odborné literatury**. Z jejího pohledu by byla **propagace oboru** samozřejmostí. Proto vnímá podporu těchto aktivit, jako za reálné východisko ze současného stavu. Do své pracovní náplně dotazovaná zařadila i pravidelnou **účast** na významných **jednáních**, která má možnost svým rozhodováním **ovlivnit**. Můžeme říci, že je její názor totožný s obsahem Stanov organizace ČAS: „Prostřednictvím delegovaných zástupců se mohou členky ČAS účastnit výběrových, konkurzních, atestačních i dohodovacích řízení.“ Předsedkyně se domnívá, že pokud bude při své práci využívat vhodnou **komunikaci a spolupráci** s ostatními kolegyněmi, **bude podporovat a využívat jejich zkušenosti**, povede tato cesta ke vzájemné **úctě** a následně i k **podpoře autonomie profese**. Její názory se v mnohých bodech shodují se zněním Etického kodexu nelékařských zdravotnických pracovníků, kde se uvádí: „Všeobecná sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií“ (Staňková 2006). Při své činnosti by předsedkyně nejraději spolupracovala s **biomedicínskými a právními** obory, které se zaměřují na zdravotnickou problematiku.

Snažili jsme se zjistit, jaké postoje zaujala druhá respondentka k položeným otázkám (schéma 2). Shodně s první dotazovanou uvedla, že se může **účastnit na jednáních**. Staňková (2002) uvádí, že vysoce postavené sestry angažované v profesní organizaci, mají možnost ovlivňovat zdravotnickou legislativu. Také naše dotazovaná tuto pravomoc uvedla. Má možnost **se vyjádřit** k současné situaci i navrhovaným změnám, **připomínkovat návrhy** legislativy, koncepce materiálů nebo strategie, což jí dle jejího názoru umožňuje posílit samostatnost ošetrovatelství. Do náplně práce spadá i **navrhování** pracovní skupiny a výboru sekce. Její odpovědi vychází z pravomocí, které jsou zaneseny do Stanov organizace ČAS. Nedostatečně využitou vidí oblast **profesní hrdosti sester a pracovní odpovědnosti**. Podle Prudíkové (2007) jsou právě tyto faktory významné pro tvorbu profesní image. Po zvýšení pracovní odpovědnosti volají i řadové sestry (graf 20). Nízkou úroveň profesní hrdosti a pracovní odpovědnosti

v kombinaci s *nejednotností a nezájmem sester*, respondentka vnímá jako vážné problémy, které zpomalují prosazování oboru. *Nezájem o problematiku ošetrovatelského oboru* vidí i v celé společnosti. Při řešení této situace by vsadila na využití vhodné *komunikace, vzájemné spolupráce a dostatečné informovanosti* nejen mezi zdravotnickými pracovníky, ale i v celé společnosti. Nové *mezioborové informace* by ráda předávala sestřím, tak jak uvádí Pochylá (2005), že své výzkumné závěry sestry prezentují mezi odbornou společností. O významných výsledcích a úspěchu profesní činnosti sester by *informovala komunikační média*, která by měla za úkol tyto poznatky předat celé společnosti. Předsedkyně by doporučila pro podporu autonomie ošetrovatelství spolupráci s *biomedicínskými a pedagogickými* obory, protože vnímá kvalitní vzdělávání sester za jeden ze základních předpokladů pro rozvoj autonomie ošetrovatelského oboru.

Zjišťovali jsme názory třetí respondentky (schéma 3) na dotazníkové šetření. I tato dotazovaná se shoduje v první otázce s postoji předešlých respondentek. Také ona vidí význam své profesní pozice pro podporu samostatnosti oboru, v *organizování vzdělávacích akcí*. Její postavení jí umožňuje získat mnoho *nových a užitečných kontaktů i informací*. Tyto poznatky využívá jako *náměty* k řešení. Respondentka s vystudovaným pomaturitním specializačním studiem by při své činnosti ráda *podpořila vzdělávání sester* a jejich *informovanost díky založení nových výukových center*. Jako největší překážku v podpoře autonomie oboru pocítuje *nedostatečnou organizovanost* nelékařských zdravotníků. Řešení tohoto problému vidí v *založení profesní organizace - komory* s následným *zvýhodněním* jejich *členek*. K podpoře samostatnosti profese by využila zejména spolupráci s rezortem školství. Proto by nejraději spolupracovala s *pedagogickými* obory, dále pak s odvětvím *Psychologie* a s oborem *Etiky*.

Názory a postoje na položené otázky čtvrté respondentky zobrazuje 4 schéma. Předsedkyně se domnívá, že je její postavení významné, zejména v možnosti *realizovat různé vzdělávací akce*, kde může *šířit* a současně i *získávat nové odborné informace*. Ve své odpovědi se i tato respondentka shoduje s názory ostatních dotazovaných

předsedkyň. Váží si *kontaktu se širokou odbornou skupinou*, kterou by ráda sdružila do *společné profesní organizace*. Zajímavé by bylo zjistit o jakou profesní organizaci se jí jedná, když je sama jednou z vrcholných představitelk profesní organizace. Svým názorem tak podpořila návrh třetí předsedkyně. Jako problém vnímá *nemožnost prosadit samostatnost ošetrovatelství*, což by řešila *podporou vzdělávání sester*. Posílení autonomie oboru vidí ve *spolupráci všech členů jedné nelékařské organizace*. Určitě by využila spolupráci s *biomedicínskými, ekonomickými a právními* obory.

V našem šetření jsme zjišťovali, *jaký význam přisuzují předsedkyně sekcí ČAS svému postavení* (schéma 5) s ohledem na podporu autonomie profese. Dotazované respondentky uvedly, že je jejich pozice v tomto ohledu zcela zásadní. Tento názor se shoduje i s obsahem díla Kutnohorské (2010), která uvádí, že sestry organizované v ČAS vždy podporovaly a bojovaly za posílení prestiže svého oboru, pořádaly přednášky a kurzy pro zvýšení odborné kvalifikace sester. Odpovědi respondentek se odrážely i v tomto ohledu, protože tři z dotázaných uvedly, že díky svému profesnímu postavení mají možnost *organizovat vzdělávací akce* pro ostatní sestry, čímž tak napomáhají rozšiřovat jejich odborné znalosti. Řadové sestry však volají po vyšším počtu vzdělávacích akcí. Za nedostatečné hodnotí možnosti využití tuzemských a zahraničních stáží (graf 13, 18). Určitě by uvítaly i organizování jazykových kurzů, protože z výsledků šetření vyplynulo, že sestry chápou význam znalosti cizích jazyků (graf 16) a podle našeho názoru by tyto znalosti následně mohly využít jak v přímé ošetrovatelské péči, tak i ve studiu odborné literatury (graf 19). Třemi odpověďmi dotazované označily i možnost účastnit se na významných jednáních, a tak *získávat nové informace*, které následně mohou *šířit* mezi širokou odbornou veřejností.

Zajímalo nás, *jaké možnosti využívají předsedkyně sekcí ČAS pro posílení autonomie ošetrovatelství* (schéma 6). Dvě z respondentek upotřebí při své činnosti *nové kontakty a informace*, které se jim podařilo získat při různých profesních jednáních. Ve dvou případech preferují *vhodnou a účelnou komunikaci*, která je nezbytná podle Bártlové (2009) při vzájemné *spolupráci* mezi jednotlivými členy pracovního týmu. Právě tuto hodnotu také označily dvě dotazované. Jedna předsedkyně

udává možnost *navrhování výboru sekce a pracovních skupin* a další respondentka se ztotožňuje se Staňkovou (2002), protože využívá možnost *zasahovat do* stávající či připravované *legislativy*.

Snažili jsme se zjistit, *jaké potenciální možnosti by předsedkyně sekcí ČAS ještě rády využily pro posílení autonomie oboru* (schéma 7). Nedostatečně využitý způsob podpory autonomie profese, vidí jedna tázaná ve vyzdvižení *profesní hrdosti* a v posílení *pracovní odpovědnosti*. K tomuto názoru se přiklání i Zacharová, Gulášová (2010), které by tak jako jedna z dotázaných rády viděly sestry zapojené do *profesní organizace* nelékařských zdravotnických pracovníků. Tak by se podle jedné respondentky mohly mezi sestrami mnohem lépe *šířit nové odborné informace*. Dvě předsedkyně by stávající *vzdělávací systém* sester ještě více zdokonalily.

V šetření jsme se zabývali otázkou, jestli existují nějaké *překážky* v posílení autonomie oboru. Pokud ano, tak měly předsedkyně sekcí ČAS vypsát, *kteřé* podle nich *nejvíce zpomalují podporu samostatnosti ošetrovatelského oboru* (schéma 8). Jedna respondentka vidí problém v *nemožnosti prosadit samostatnost oboru*. Dělá však respondentka z pohledu své pozice všechny možné kroky k podpoře autonomie ošetrovatelství? Další v *nedostatečném vzdělávání* sester a také ve *strachu z odpovědnosti a nezájmu o profesi* jak od sester, tak i od společnosti. Proti těmto názorům argumentují dvě předsedkyně, které se domnívají, že nejvýraznějším problémem v posílení autonomie oboru je *nejednotnost* všech nelékařských pracovníků.

Podle názoru dvou předsedkyň by se *proti těmto překážkám dalo „bojovat“* (schéma 9), *podporou vzdělávání* sester, volbou vstřícné *komunikace a vzájemné spolupráce* v pracovním týmu, tak jak to také uvedla ve své knize Farkašová (2006). Stejný počet předsedkyň by se rád zasadil o založení *profesní organizace*, v které by jedna respondentka *zvýhodnila zapojené sestry*. Po jedné dotázané by upřednostňovaly podporu *úcty ke kolegyním, lepší využití zkušeností* sester a zajištění dostatečné *informovanosti* společnosti o dění v profesi.

Dále nás zajímalo, *co je dle názoru předsedkyň možné udělat pro posílení autonomie ošetrovatelství v rámci spolupráce s jinými vědními či profesními organizacemi* (schéma 10). Jedna respondentka by ráda **propagovala svou profesi** mezi odbornou i laickou společností. Neuvedla však, jakým způsobem by si tento proces představovala. Měla na mysli snad přednášky, besedy či tiskové konference? O těch hovoří i Mgr. Jurásková Ph.D. ve svém rozhovoru se Škubovou (2010). Snažila by se více **využívat mezioborové informace a spolupracovat v jedné** nelékařské profesní **organizaci**. Tři z dotázaných předsedkyň by rády podpořily rozvoj **vzdělávání** sester, ať v podobě **založení** kvalitních **vzdělávacích center** nebo zajištěním vyšší **dostupnosti odborné literatury**. Můžeme říci, že odpovědi respondentek se významně shodují, zejména v oblasti vzdělávání, propagace profese a spolupráce s jinými obory, se zněním Etického kodexu nelékařských zdravotnických pracovníků. I řadové sestry přiznávají, že by byl pro ně přínos, kdyby jim byl umožněn vyšší profesní růst. Rády by se zdokonalovaly ve znalostech cizích jazyků (graf 17), nebo by své profesní znalosti obohacovaly účastí na odborných stážích (graf 18). Při prozkoumání grafu 18 nám vyvstala otázka: „Proč nemělo 129 sester možnost setkat se s prvky charakterizující autonomii oboru při poskytování ošetrování v praxi?“ Bylo to absencí těchto prvků, či snad tím, že sestry na žádných zahraničních stážích nebyly účastny? Naše domněnka je, že sestry tuto možnost neměly a nemají. Tuto oblast vidíme, jako jednu z možných skrytých potenciálů k posílení autonomie ošetrovatelské profese.

Pro podporu autonomie oboru by předsedkyně *nejraději spolupracovaly* s přírodními, humanitními, ekonomickými obory a s komunikačními médii (schéma 11). Z přírodovědných věd by rády tři respondentky využily **biomedicínské** profese, protože jsou dle jejich názoru příbuzné ošetrovatelství. Mnohé informace a nové poznatky z těchto oborů lze s úspěchem aplikovat do ošetrovatelské profese. **Etiku** by volila jedna dotazovaná. Protože je ošetrovatelství pomáhající obor, který je neustále v úzkém kontaktu s lidmi, vnímá tedy Etiku jako její nedílnou součást. Dvě respondentky vidí nezbytnou spolupráci s **právními** obory. Podle jejich názoru nastala doba, kdy je nutno čím dál více využívat služeb právních zástupců. Protože si dvě dotázané myslí, že je vzdělávání sester základem pro podporu autonomie profese, upřednostňují proto

spolupráci s *pedagogickými* obory. Jedna respondentka vidí východisko ze současné situace ve spolupráci s *komunikačními médii a psychologickými* obory. Jedna předsedkyně neopomenula zmínit i *ekonomické* obory řešící zdravotnickou problematiku.

Shrnutím výsledků kvalitativního výzkumu je schéma 12. Z různých úhlů pohledu jsou zde vyobrazeny názory respondentek na autonomii ošetrovatelství. Je třeba podotknout, že nás překvapily výsledky šetření, protože se předsedkyně ve svých odpovědích pohybovaly více na teoretické rovině než na praktické. Snad právě tento přístup je původcem současného stavu autonomie ošetrovatelské profese. Nyní předsedkyně sekcí k podpoře autonomie oboru využívají pravomoc *organizovat vzdělávací akce*. Sestry tak mohou více mezi sebou *komunikovat, získávat* nové důležité *kontakty a informace*. *Svým působením v ČAS se předsedkyně přímo podílí na chodu organizace ČAS a díky svému postavení jsou-li přizvány, připomínají legislativu, která má přímý vztah k ošetrovatelství. Rády by za pomoci pedagogických oborů posílili vzdělávání sester. Problém vidí i v nejednotnosti nelékařských zdravotníků. Z toho důvodu by podpořily vznik společné profesní komory se zvýhodněním všech členek organizace. Zde by si sestry dle názoru předsedkyň předávaly mezioborové informace, odborné novinky a zkušenosti, což by vedlo k úctě ke kolegyním a k následné lepší spolupráci. Tak by byla posílena pracovní odpovědnost a profesní hrdost sester.* Zamysleme-li se nad touto odpovědí, vyvstává otázka: „Jak může výše úrovně profesní hrdosti ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?“ Svým rozsahem by tato otázka mohla být další výzkumnou oblastí. *Nezájem společnosti by předsedkyně odbouraly* vzájemnou spolupráci s *komunikačními médii, která by* informovala odbornou i laickou společnost o novinkách v ošetrovatelském oboru. V rámci rozvoje autonomie ošetrovatelství by respondentky využily spolupráci s *biomedicínskými, právními, psychologickými* obory s *Ekonomií a Etikou*.

Výzkumný soubor lékařů v naší práci nebyl použit, protože z jejich strany nebyl zájem spolupracovat na této diplomové práci.

6 Závěr

Diplomová práce s názvem „ Ošetřovatelství – autonomní profese v péči“ byla zaměřena na zmapování současného stavu ošetřovatelského oboru, jeho prezentaci a pozici ve společnosti.

Při zpracování práce jsme vycházeli ze tří cílů. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry považují ošetřovatelství, jako autonomní vědní obor. Zjistili jsme, že sestry nepovažují ošetřovatelství za autonomní vědní disciplínu. V druhém cílu jsme mapovali překážky zabraňující vnímat ošetřovatelství, jako autonomní vědní profesi. Mezi největší překážky patří nedostatek financí ve zdravotnictví, úroveň vzdělávání sester, jejich strach z odpovědnosti, nejednotnost a neorganizovanost. V mnohých případech je překážkou nemožnost zajistit chod pracoviště či nevnímání ošetřovatelství jako autonomní profese. Vážným problémem se zdá být i nezájem sester a laické společnosti o ošetřovatelský obor a jeho nové poznatky. Třetím cílem jsme zjišťovali, aktuální možnosti k posílení autonomie ošetřovatelské profese. Samostatná pozice oboru by byla podpořena intenzivnějším vzděláváním sester, které by měly možnost využívat mezioborové informace a o svých profesních poznacích tak hovořit se svými kolegyněmi ve společné nelékařské komoře.

Empirická část diplomové práce je tvořena z kombinace kvantitativního s kvalitativním výzkumem. Pro zpracování dat kvantitativní části výzkumu byla použita metoda dotazování za pomoci techniky dotazníku. Obsahoval 41 otázek. V dotazníku byly použity uzavřené, polootevřené a otevřené otázky. Pro zpracování odpovědí byly použity výsečové grafy a tabulky. Pro statistické vyhodnocení výsledků bylo použito třídění 2. stupně. Výzkumným souborem pro kvantitativní část šetření byly sestry jak z ambulantních tak z lůžkových sektorů dvou zdravotnických zařízení. Celkem bylo distribuováno 220 dotazníků, ke zpracování bylo ponecháno celkem 134 (100%) správně vyplněných kusů. V této empirické části šetření nás zajímaly tři výzkumné hypotézy. V první hypotéze jsme předpokládali, že sestry vnímají vzdělávání jako možnost získávání dovedností pro zajištění autonomie profese ve prospěch pacienta. Hypotéza byla potvrzena, protože sestry uvedly, že přisuzují významnou pozici svému

vzdělávání. V druhé hypotéze jsme vycházeli z domněnky, že sestry prezentují na veřejnosti ošetrovatelství jako samostatný obor. Druhý předpoklad byl vyvrácen, neboť se sestry ve svých odpovědích přiklonily k názoru, že neprezentují na veřejnosti ošetrovatelství jako samostatný obor a tím ani jako autonomní disciplínu. V třetí hypotéze jsme vycházeli z názoru, že stav autonomie ošetrovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetrovatelské péče. Toto tvrzení sestry svými hlasy potvrdily a tak dokázaly, že stav autonomie ošetrovatelství umožňuje prosazovat výsledky výzkumu v poskytování ošetrovatelské péče. Proto byla třetí hypotéza potvrzena.

Pro kvalitativní část výzkumu byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného dotazníku se sedmi otevřenými otázkami. 21 respondentkám byl distribuován pomocí e – mailu. Aktivně se výzkumného šetření zúčastnily 4 předsedkyně sekcí ČAS. Jednotlivé odpovědi byly analyzovány a následně zpracovány do schémat SmartArt pomocí programu Microsoft Office Word 2007. V kvalitativní části výzkumného šetření jsme zjišťovali odpovědi na tři výzkumné otázky. 1. V jakém postavení jsou předsedkyně sekcí ČAS pro prosazování a obhajování ošetrovatelství jako autonomní profese? Respondentky uvedly, že organizují vzdělávací akce pro sestry, vyjadřují se k legislativě vztahující se k ošetrovatelské problematice. Využívají možnosti získávat nové informace a kontakty, které následně uplatňují pro posílení samostatnosti oboru. 2. Jaké překážky vnímané předsedkyněmi sekcí ČAS zpomalují prosazení autonomie ošetrovatelského oboru? Mezi největší překážky dotazované zařadily nedostatek vzdělávání sester, jejich strach z odpovědnosti, nejednotnost a neorganizovanost. Nezanedbatelným problémem je i nezájem společnosti o moderní ošetrovatelství s novými poznatky. 3. Co je možno udělat pro posílení autonomie ošetrovatelství v souboru jiných vědních či profesních oborů? Tuto situaci by pomohlo vyřešit vytvoření jedné profesní nelékařské organizace – komory spolu se zajištěním intenzivního vzdělávání sester. Spolupráce s biomedicínskými, pedagogickými, psychologickými, právními obory a s Etikou by byla přínosem pro podporu autonomie ošetrovatelství. Významnou úlohu by hrála i spolupráce s komunikačními médii.

Výstupem naší práce bylo vypracování návrhu na vzdělávací akci sester vedoucí k posílení autonomie oboru.

7 Seznam použité literatury

ADAMOVIČ, L. *Základy filosofie etiky*. 1. Praha: Fortuna, 2002. 152 s.

ISBN 80-7168-772-3.

ALEXANDER, M. F. a P. J. RUNCIMAN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-392-9.

BÁRTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. 2007, 2, IX, s. 254-259. ISSN 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ. *Vztah sestry - lékař*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 127 s. ISBN 978-807-0135-266.

BÁRTLOVÁ, S.; MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.

BEŇADIKOVÁ, D. a T. RAPČÍKOVÁ. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 28-30. ISSN 1210-0404.

BEKEL, G. a R. HALMO. *Teorie deficitu sebestarčivosti*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 60 s. ISBN 80-244-0749-9.

BLECHA, I., et al. *Filosofický slovník*. 2. Olomouc: Olomouc, 2002. 463 s.

ISBN 80-7182-064-4.

FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FINEOUT-OVERHOLT, E., JOHNSTON, L. Teaching EBP: Asking Searchable Answerable Clinical Questions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(3): 157–160.

FINEOUT-OVERHOLT, E., HOFSTETTER, S., SHELL, L., JOHNSTON, L. Teaching EBP: Getting to the Gold: How to Search for the Best Evidence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(4): 207-211.

GROHAR-MURRAY, M.E. a H.R. DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 317s. ISBN 80-247-0267-3.

HEPNEROVÁ, J. Školení je šance-podpora vzdělávání ve zdravotnickém zařízení. *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. 59, č. 6. ISSN 0044-1996.

HOFŠTETROVÁ - KNOTKOVÁ, M. Rok 2009 rokem 5. výročí vzniku Registru zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 1, s. 19-20. ISSN 1210-0404.

HOFŠTETROVÁ-KNOTKOVÁ, M. Vzděláním investujeme sami do sebe. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 3, s. 110. ISSN 1801-464X.

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

IRMIŠ, F. Spiritualita v medicíně a psychosomatice: biopsychosociálněduchovní hledisko. *Praktický lékař*, 2001, roč. 81, č. 8, s. 465-468. ISSN 0032-6739.

JIČÍNSKÁ, K. Osobní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 2, s. 15-16. ISSN 1210-0404.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřovatelství: pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0477-9.

KOSTŮVÁ, T. Obhajoba práv- sestra obhájkyně práv pacientů. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 5, s. 12. ISSN 1210-0404.

KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetřovatelství*. 1. Praha: Grada, 2010. 208 s.

ISBN 978-80-247-3224-4.

MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E. *Ošetřovatelství založené na důkazech – zahraniční databáze*. [online] [cit. 2012-02-14]

URL:<<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelstvi-zalozene-na-dukazech-zahranicni-databaze-415919>>

MAŇÁK, J. a V. ŠVEC. *Výukové metody*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 219 s.

ISBN 80-7315-039-5.

MAREKOVÁ, B. Sestry a celoživotní vzdělávání. *Sestra*. 2011, X, 1-2, s. 14-15.

ISSN 1335-9444.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 8070134577.

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství : I. díl Systémový přístup*. 1. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

MASTILIAKOVÁ, D. Vznikne v České republice dynamické kurikulum výuky. *Ošetřovatelství*. 2006, roč. 8, č. 1-2, s. 21-26. ISSN 1212-723X.

MÁŠOVÁ, R., HAVRDLÍKOVÁ, M. Standardy ošetřovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 9, s. 19-20. ISSN 1210-0404.

McSHERRY, R. (ed) *Evidence-Informed Nursing: a Guide for Clinical Nurses*. London, New York: Routledge, 2002. ISBN 978-0415204972.

MELNYK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E. *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams, 2005. ISBN 13-978-0-7817-4477-5.

MIČUDOVÁ, E. Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti. *Sestra*. 2007, roč.17, č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.

MPSV.CZ, *Práva pacientů*. [online] [cit. 2011-11-06]

URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. Praha: Grada, 2005. 156 s.

ISBN 80-247-1024-2.

PELIKÁNOVÁ, I. Rogersovský přístup v humanizaci ošetřovatelství. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 04, s. 28-29. ISSN 1210-0404.

PELIKÁNOVÁ, M. Nikdy jsem nelitovala, že jsem sestra. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 1, s. 8-11. ISSN 1210-0404.

PLEVOVÁ, I., et al. *Ošetřovatelství I*. 1. Praha: Grada, 2011. 288 s.

ISBN 978-80-247-3557-3.

POHLOVÁ, A. a Z. POHLOVÁ. Přístup všeobecných sester z klinické praxe ke studiu na VŠ. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 04, s. 17-18. ISSN 1210-0404.

POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství:základní terminologie*. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 8070134208.

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

PROCHÁZKOVÁ, E. Kontrola kvality přímé péče. *Sestra*. 2011, X, 1-2, s. 12-13. ISSN 1335-9444.

PRUDÍKOVÁ, O. Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 3, s. 21. ISSN 1210-0404.

Standardy ošetrovatelské péče [online] [cit. 2012-10-24]

URL:<http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osevratelske-pece_1854_15.html

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 2: Etický kodex sester, Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 47s. ISBN 8070132639.

STAŇKOVÁ, M. *Sestra - reprezentant profese*. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P. Posouvá se fokus globálního ošetrovatelství?. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 2, s. 7. ISSN 1210-0404.

ŠKUBOVÁ, J. *Florence: O prestiži sester s ministryní zdravotnictví*. Praha: Ambit Media, a.s., 2010, VI, č. 4. ISSN 1801-464X.

ŠPIRUDOVÁ, L. a J. KRÁLOVÁ. Naplňují naše sestry důležitou profesní roli advokátky pacienta. *Ošetrovatelství*. 2006, roč. 8, 1-2, s. 17-20, ISSN 1212-723X .

VONDRÁČEK, L. a V. WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

WALLACE, M. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.

WALLACE, M. *Strategické dokumenty 2: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.

ZACHAROVÁ, E. a I. GULÁŠOVÁ. Profesionální image sester. *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. 59, č. 18, s. 25. ISSN 0044-1996.

ZVONÍČKOVÁ, H. a D. JIRKOVSKÝ. Mění se role sester. *Ošetrovatelství*. 2006, roč. 8, č. 1-2, s. 15-16. ISSN 1212-723X.

8 Klíčová slova

Autonomie

Humanizace

Moderní ošetřovatelství

Sestra

Role

Vzdělávání

Výzkum

Kvalita

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Návrh na vzdělávací akci sester vedoucí k posílení autonomie oboru

Příloha 2 Souhlas s výzkumným šetřením – Nemocnice Pelhřimov, p. o.

Příloha 3 Souhlas s výzkumným šetřením – Nemocnice Jindřichův Hradec, s. r. o.

Příloha 4 Dotazník pro sestry

Příloha 5 Polostrukturovaný dotazník pro předsedkyně sekci ČAS

Příloha 1

Návrh na vzdělávací akci sester vedoucí k posílení autonomie oboru

Téma: Posílení vnímání autonomie ošetřovatelství poskytovateli péče

Cíl: Absolvent kurzu prokazuje dovednosti k prezentaci ošetřovatelství jako autonomního oboru

Organizátor:

- Místo: vzdělávací centrum nemocnice
- Počet účastníků: max. 20
- Frekvence: 1 – 2x/1 rok
- Doba kurzu: 60 hod

Metodika:

- Úvodní přednáška
- Skupinová práce – modelové situace
- Řešení obtížných a krizových situací na téma:
 - a) Obhajoba ošetřovatelských rolí a intervencí
 - b) Role ošetřovatelství v prevenci
- Zpětná vazba
- Projektová výuka

Pomůcky: Audio, video, kamera

Náplň kurzu:

- 1) Prezentace oboru => autonomie
 - Obhajoba potřeb pacienta
 - Účast na odborných seminářích

- Pořádání edukačních vzdělávacích akcí pro laickou společnost
 - Vhodná motivace sester
 - Podpora profesní hrdosti sester, jejich odpovědnosti a jednoty
 - Častější uvádění výsledků výzkumu do praxe
- 2) Výzkum na téma: Autonomní role sestry
- Práce s aktuálními problémy jednotlivých účastníků na jejich odděleních (domácí zpracování)
- 3) Realizace výsledků do praxe
- Projekt
 - Vyhodnocení výsledků projektů

Zdroj: vlastní

Příloha 2



tel.: 565 355 105
fax: 565 324 645
e-mail: jdejmk@hospital-pe.cz
web: www.hospital-pe.cz

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov
Mgr. Jitka Dejmková
Náměstek OP

Bc. Štěpánka Petřů
Nádražní 187
377 01 Jindřichův Hradec

V Pelhřimově dne 17. 12. 2012

Věc: Odpověď na žádost o umožnění výzkumného šetření formou dotazníkového šetření pro účely diplomové práce

Vážená kolegyně.

S provedením kvantitativního výzkumu v Nemocnice Pelhřimov, p. o., který bude prováděn formou dotazníkového šetření pro účely Vaší diplomové práce na téma „Ošetrovatelství – autonomní profese v péči“, **souhlasím.**

Přeji úspěšné ukončení studia.

S pozdravem

Mgr. Jitka Dejmková

Příloha 3

NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, a.s.

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Českých Budějovicích v oddílu B, vložce číslo 1464
U Nemocnice 380/III., 377 38 Jindřichův Hradec
IČ: 26095157 DIČ: CZ26095157
tel. 384 376 134, fax. 384 321 534, e-mail. sekretariat@hospitaljh.cz
Bankovní spojení: Waldviertler Sparkasse von 1842 Jindřichův Hradec, č.ú. 9000034594/79

Bc. Štěpánka Petrů
Nádražní 187
Jindřichův Hradec
377 01

Věc : výzkumné šetření

S provedením kvantitativního výzkumu v Nemocnici J.Hradec , a.s. ,který bude prováděn formou dotazníkového šetření pro účely Vaší diplomové práce na téma – Ošetřovatelství – autonomní profese v péči , **souhlasím** .

Bc. Dana Běhounová

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
hlavní sestra
U Nemocnice 380/III.
377 38 Jindřichův Hradec
IČ 260 95 157 DIČ CZ26095157

Příloha 4

Dotazník

Milé kolegyně.

Jmenuji se Štěpánka Petřů a jsem studentka 2. ročníku magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány a použity pouze pro vytvoření mé diplomové práce na téma:“ Ošetřovatelství - autonomní profese v péči“ (**autonomie – sestra je samostatná, kompetentní k poskytování ošetřovatelské péče, odpovědná za své rozhodování a obhajobu profesních kompetencí**). Zamyslete se, zda tuto práci může vykonávat někdo jiný než sestra. Dotazník je anonymní. Zakroužkujte prosím jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak, popřípadě doplňte.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji. Štěpánka Petřů

- 1) Jaké je vaše pohlaví?** a) ženské b) mužské
- 2) Kolik je Vám let?** a) 19-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50-59
e) 60 a více
- 3) Na kterém oddělení pracujete?** c) ambulantní zdravotnické zařízení f) ARO
a) standardní chirurgické obory d) intenzivní interní obory g) dětské odd.
b) standardní interní obory e) intenzivní chirurgické obory
- 4) Kolik let pracujete ve zdravotnickém zařízení?**
a) 0-10 b) 11-20 c) 21-30 d) 31-40 e) 41 a více

5) Jaké máte dosažené nejvyšší odborné vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou (SZŠ) d) vysokoškolské – Mgr.
b) vyšší odborné – Dis. e) vysokoškolské – PhDr.
c) vysokoškolské – Bc. f) PSS – pomaturitní specializační studium

6) Myslíte si, že vzdělání sestry je významné pro autonomii profese?

- a) zcela významné b) spíše významné c) spíše nevýznamné d) zcela nevýznamné

7) Pokud jste označila v otázce 6 odpověď a) nebo b), uveďte proč?

8) Pokud jste označila v otázce 6 odpověď c) nebo d), uveďte proč?

9) Podporuje management Vaše vzdělávání zaměřené na podporu autonomní profese?

- a) ano stále b) většinou ano c) spíše ne d) ne/nikdy

Pokud jste odpověděla c) nebo d) přejděte na otázku č. 12.

10) Jakým způsobem Vás management motivuje k tomuto vzdělávání?

- a) finančním ohodnocením b) umožněním studia c) možnostmi realizace v profesi
d) edukací kolegyně ve zdravotnickém zařízení e) nemotivuje f) jiné

11) Pokud jste označila v otázce 10 odpověď c) nebo d), jakým způsobem realizaci provádíte?

12) Měla jste možnost setkat se s realizací prvků autonomie při poskytování ošetrovatelství v praxi na jiném pracovišti (tuzemská stáž)? a) ano b) ne

13) Pokud jste označila v otázce 12 odpověď ANO, napište, čím byla autonomie charakterizována (jakými prvky).

14) Nové informace, které získáte během vzdělávacích akcí či stáží:

a) zapomenu

b) nedělám s tím nic, protože nejsou podmínky (uved'te jaké)

c) nedělám s tím nic, protože ošetrovatelství není autonomní profesí (uved'te proč)

d) uchovám v paměti, ale nesnažím se je aplikovat do praxe

e) informuji o nich své kolegyně, ale nesnažím se je aplikovat do praxe

f) informuji o nich své kolegyně, prosazuji jejich zavedení do praxe

g) jiné

15) S jakými překážkami při realizaci ošetrovatelství jako autonomní profese se setkáváte? Možno označit více možností.

a) finance b) nepochopení ošetrovatelství jako autonomní profese c) nemožnost zajištění chodu pracoviště d) jiné (uved'te jaké)

16) Myslíte si, že znalost světového jazyka může podpořit autonomii ošetrovatelství? a) ano b) ne

25) K aktivitám, které jste uvedla v otázkách 21 – 24 a označila odpověď a) nebo b), Vás vedla:

a) povinnost b) přidělení úkolů c) osobní iniciativa d) osobní zájem e) osobní potřeba posílit autonomii

26) Jak se angažujete v profesní organizaci ČAS?

a) předsedkyně b) členka výboru c) členka d) neangažuji

V případě, že jste odpověděla d), přejděte na otázku 30.

27) Účastníte se pravidelně schůzí ČAS?

a) ano vždy b) většinou ano c) občas d) spíše ne e) ne/nikdy

28) Jakým způsobem jste informovaná o aktivitách ČAS?

a) od kolegyň b) časopisem Sestra c) webovou stránkou d) e- mailem e) žádným

29) Pokud dostáváte informace, jsou pro Vás: a) dostatečné b) nedostatečné

(možno označit více odpovědí) c) užitečné d) neužitečné

30) Do jaké míry si myslíte, že činnosti ČAS podporují autonomii ošetrovatelské profese? Zaznamenejte na přímce.

/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

vůbec nepodporuje

maximálně podporuje

31) Jaké činnosti by měla ČAS posílit ve prospěch autonomie ošetrovatelství? Vypište.

32) Do jaké míry si myslíte, že může výzkum (ošetřovatelství založené na důkazech) pozitivně ovlivnit činnosti podporující autonomii ošetřovatelské profese? Zaznamenejte na přímce.

/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

vůbec neovlivní

maximálně ovlivní

33) Znáte nějaké zdroje, ve kterých je popsáno ošetřovatelství jako autonomní profese? a) ano b) ne Pokud ano, uveďte jaké.

34) Setkala jste se s tím, že výsledky výzkumu (ošetřovatelství na základě důkazů) byly použity v praxi na vašem pracovišti?

a) ano b) občas c) spíše ne d) ne/nikdy

35) Pokud jste uvedla v otázce 34 odpověď c) nebo d), uveďte překážky, které tomu zabraňují.

36) Realizace ošetřovatelství, jako autonomní profese, mi umožňuje:

Možno uvést více možností.

a) mít více času na pacienta/ klienta f) rozhodovat o realizaci ošetřovatelských intervencí

b) převzít nějaké kompetence od lékařů g) saturovat potřeby pacienta/ klienta

c) zapojit se v péči o zdraví h) navýšit kompetence z oblasti medicíny

d) realizovat efektivní komunikaci ch) nic mi neumožňuje

e) rozhodovat o terapii i) chránit, obhajovat pacienta/ klienta

37) Vede prosazení autonomie k úspoře času v práci sestry?

a) ano vždy b) většinou ano c) spíše ne d) ne/nikdy

38) Myslíte si, že prvky autonomní profese motivují sestry k aktivitě?

a) ano vždy b) většinou ano c) spíše ne d) ne/nikdy

39) Myslíte si, že sestry prosazují prvky autonomie ošetrovatelství v praxi?

a) ano vždy b) většinou ano c) spíše ne d) ne/nikdy

40) Prvky ošetrovatelství, jako autonomní profese jsou podporovány:

a) středním managementem ano ne d) studenty ošetrovatelství ano ne

b) TOP managementem ano ne e) pacienty/ klienty ano ne

c) lékaři ano ne f) rodinnými příslušníky ano ne

41) Jak reagují kolegyně na zavádění nových poznatků do praxe?

a) vždy pozitivně b) většinou pozitivně c) nevím d) spíše negativně

e) vždy negativně f) je jim to jedno - pasivně

Zdroj: vlastní

Příloha 5

Dobrý den paní předsedkyně sekce ČAS.

Jmenuji se Štěpánka Petřů a jsem studentka 2. ročníku magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění níže uvedeného polostrukturovaného dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány a použity pouze pro vytvoření mé diplomové práce na téma: „Ošetřovatelství - autonomní profese v péči“. Dotazník je anonymní. Za odpovědi předem děkuji. S pozdravem Petřů

- 1) Jaký význam přisuzujete postavení předsedkyň sekcí ČAS pro rozvoj autonomie ošetřovatelského oboru?
- 2) Jaké možnosti, ve Vašem postavení, využíváte k posílení autonomie ošetřovatelství?
- 3) Jaké možnosti, z pozice předsedkyně sekce ČAS, byste ještě ráda využila pro posílení autonomie oboru?
- 4) Co vnímáte jako největší překážku, která zpomaluje posílení autonomie ošetřovatelství?
- 5) Jakým způsobem lze této překážce předejít?
- 6) Co je možno udělat pro posílení autonomie ošetřovatelství v souboru jiných vědních či profesních oborů?
- 7) S jakými vědními či profesními obory byste doporučila užší spolupráci v rámci podpory autonomie ošetřovatelské profese?

Zdroj: vlastní