

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Michaela Průchová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Michaela Průchová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES Z POHLEDU STUDENTŮ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Průchová Michaela

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelský proces z pohledu studentů

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 15

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, historie ošetrovatelského procesu a jeho vývoj, nové pojetí ošetrovatelské péče, výuka ošetrovatelského procesu, edukace

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelského procesu. V teoretické části se zaměřuji na ošetrovatelství – jak je definováno, na jeho cíle a charakteristické rysy. Dále se zabírám historií ošetrovatelství, vzděláváním v ošetrovatelství, pojednávám o současném ošetrovatelství, o ošetrovatelském procesu a edukaci ve zdravotnictví. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké mají studenti bakalářského a vyššího odborného studia znalosti o metodě ošetrovatelského procesu, zda uplatňují ošetrovatelský proces v praxi a jaký mají názor studenti na tuto metodu. Z provedeného výzkumu bylo zjištěno, že studenti mají dobré znalosti o metodě ošetrovatelského procesu a že ošetrovatelský proces uplatňují v praxi. Nicméně názor na tuto metodu je spíše negativní, případně zatím nemají utvořený jednoznačný názor.

Abstract

Surname and name: Průchová Michaela

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing process from the perspective of students

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered: 15

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 25

Keywords: nursing, nursing process, history of nursing process and its development, new conception of nursing care, teaching of nursing process, education

Summary: This bachelor's thesis focuses on the issue of the nursing process. The theoretical section focuses on nursing – as it is defined, on its goals and characteristic features. I also discuss the history of nursing, education in nursing, I discuss contemporary nursing, the nursing process and education in healthcare. The purpose of the research was to find out what knowledge students of bachelor's programmes and higher vocational programmes have about the nursing process method, whether they apply the nursing process in practice and what their opinion of this method is. On the basis of the executed research it was established that students have good knowledge about the nursing process method and apply the nursing process in practice. However, the students have a fairly negative opinion of this method or they have not yet formed a clear opinion of it.

Předmluva

Má kvalifikační práce se zaměřuje na ošetrovatelský proces. Téma ošetrovatelského procesu jsem si zvolila z toho důvodu, že ho považuji za velmi podstatnou součást vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Cílem mé kvalifikační práce je představení ošetrovatelského procesu jako nedílnou součást vzdělávacího procesu sester. Domnívám se, že bez dobrých znalostí ošetrovatelského procesu není možno poskytnout dostatečně kvalifikovanou péči zajišťující veškeré bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacientů/klientů. Účel mé práce je tedy vyzdvihnout podstatu této metody a zjistit celkovou erudovanost studentů v této oblasti.

Poděkování

Mé poděkování patří paní Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi po celou dobu zpracovávání bakalářské práce poskytovala. Také bych chtěla poděkovat své rodině, která při mně celou dobu stála, ač to nebylo vždy lehké. A v neposlední řadě bych chtěla moc poděkovat všem respondentům, kteří vyplnili dotazník a tím mi umožnili zrealizovat a dokončit tento výzkum.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	15
1.1 Definice.....	15
1.2 Cíle ošetřovatelství	15
1.3 Charakteristické rysy ošetřovatelství	15
2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	16
2.1 Profesionální ošetřovatelství.....	17
2.2 Historie českého ošetřovatelství	19
3 VZDĚLÁVÁNÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	24
3.1 Počátky.....	24
3.2 Vzdělávání po roce 1989	25
3.3 Vzdělávání a legislativa	26
4 SOUČASNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	28
4.1 Paradigma a metaparadigma	28
4.2 Konceptní modely	29
4.3 Konceptní teorie	30
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	31
5.1 Historie.....	31
5.2 Současnost	31
5.3 Fáze ošetřovatelského procesu.....	32
5.3.1 Zhodnocení/posuzování.....	32
5.3.2 Diagnostika.....	33
5.3.3 Plánování	35
5.3.4 Realizace.....	37
5.3.5 Vyhodnocení.....	37
6 EDUKACE	39
6.1 Vymezení základních pojmů v procesu zdravotnické edukace	39
6.2 Význam edukace ve zdravotnictví.....	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
7 FORMULACE PROBLÉMU	42
8 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43

8.1	Hlavní cíl.....	43
8.2	Dílčí cíle.....	43
8.3	Výzkumné otázky	43
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
10	METODIKA PRÁCE	45
11	ORGANIZACE VÝZKUMU	46
12	ANALÝZA ÚDAJŮ	47
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	70
14	DISKUZE	76
15	ZÁVĚR	83
	LITERATURA A PRAMENY.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH	88

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Škola, kterou respondent studuje.....	47
Graf č. 2 – Studijní ročník	48
Graf č. 3 – Byl na dané škole vyučován teoreticky ošetrovatelský proces	49
Graf č. 4 – Kde vznikl ošetrovatelský proces	50
Graf č. 5 – K čemu slouží ošetrovatelský proces	51
Graf č. 6 – Jak vnímá ošetrovatelský proces klienta/pacienta.....	52
Graf č. 7 – Fáze ošetrovatelského procesu	53
Graf č. 8 – Správně seřazené fáze ošetrovatelského procesu	54
Graf č. 9 – Jaký organizační systém je používán při realizaci ošetrovatelského procesu ...	55
Graf č. 10 – Co obsahuje ošetrovatelský plán	56
Graf č. 11 – Co obsahuje aktuální ošetrovatelská diagnóza	57
Graf č. 12 – Co znamená tzv. potencionální dg.	58
Graf č. 13 – Objektívni příznaky jsou	59
Graf č. 14 – Subjektívni příznaky jsou	60
Graf č. 15 – Uplatňuje student teoretické znalosti ošetrovatelského procesu při odborné praxi.....	62
Graf č. 16 – Názor respondentů na ošetrovatelský proces	66
Graf č. 17 – Názor respondentů na ošetrovatelské diagnózy	67
Graf č. 18 – Zvyšuje metoda ošetrovatelského procesu úroveň péče o nemocného?	68
Graf č. 19 – Přínos ošetrovatelského procesu pro pacienta z pohledu studentů.....	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Celkový počet správných odpovědí u jednotlivých testovacích otázek 61

Tabulka č. 2 – Přehled odpovědí o využívání teoretických znalostí při ODP..... 63

Tabulka č. 3 – Celkový počet správných odpovědí u jednotlivých forem studia..... 64

SEZNAM ZKRATEK

Aj.	A jiné
Atd.	A tak dále
Č.	Číslo
ČR.....	Česká republika
ČSČK.....	Československý červený kříž
EU.....	Evropská unie
IDVPZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
Např.	Například
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
Sb.....	Sbírka
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tzv.	tak zvaný
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ.....	Vysoká škola

ÚVOD

Ošetřovatelství je vědní disciplína, která se rozvíjí po celá staletí. Má velké množství definic a termínů, jež ošetřovatelství charakterizují. Těmito termíny jsou – starat se a pečovat o druhé. Pečovat a starat se o někoho na kom nám záleží je pud, který by měl mít ve vínku každý z nás. Uvědoměním pomáhat si, byl položen základní kámen k rozvoji ošetřovatelství, kdy se lidé prvotně ošetřovali a pečovali o sebe a své blízké z rodiny. Tato historická etapa dostala název – neprofesionální ošetřovatelství. Do dalšího rozvoje ošetřovatelství přispěla církev a věřící lidé. Lidé totiž začali smýšlet o tom, že pomocí druhému vykonávají dobrý skutek a tím se odvděčí Bohu. Po této etapě se rozvíjí další etapa, jež je pro ošetřovatelství tou nejdůležitější – profesionální ošetřovatelství. Na rozvoji profesionálního ošetřovatelství se podílí tři významné historické osobnosti, jimiž jsou – Florence Nightingalová, Nikolaj I. Pirogov a Henri Dunnant. Tyto tři osobnosti spojuje hlavní myšlenka a to ta, že ošetřovatelská péče musí být vykonávána na úrovni, systematicky, komplexně a hlavně odborně. Začal se klást velký důraz na hygienu, ošetřovatelskou péči všeobecně a na uspokojování lidských potřeb. Výše zmíněný princip ošetřovatelství je stále platný i ve 21. století, kde se klade vysoký důraz na vzdělání NLZP a tím zajištění té nejlepší ošetřovatelské péče pro pacienta/klienta.

Další významnou změnou v ošetřovatelství je zavedení ošetřovatelského procesu do praxe. S tímto pojmem jsme se mohli poprvé setkat v 50. letech 20. století. Ošetřovatelský proces je základní metodou poskytování ošetřovatelské péče, je zaměřený na aktivní vyhledávání, plánování a uspokojování individuálních potřeb člověka a tím zajistit co nejkvalitnější péči.

Pod pojmem ošetřovatelský proces si každý představí něco jiného. K vytvoření této práce mě vedl i fakt, že jsem se často v praxi setkávala spíše s odmítavým někdy až pohrdavým postojem již pracujících sester k ošetřovatelskému procesu. Velmi často jsem byla svědkem toho, že všeobecné sestry vnímaly ošetřovatelský proces a vedení dokumentace jako naprosto zbytečnou administrativní zátěž, která je jim spíše k zlosti. Tento postoj nemají jen tyto sestry, ale i mnoho studentů, kteří se musejí učit ošetřovatelský proces ve škole v rámci výuky ošetřovatelství. Já osobně jsem se setkala při svém studiu s negativním postojem studentů k ošetřovatelským teoriím. Mnoho lidí má pocit, že ošetřovatelský proces k ničemu nevede, ale opak je pravdou. Ošetřovatelský proces vede k uspokojování veškerých bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, které není pacient

z důvodu změněného zdravotního stavu schopen uspokojovat. Systematické uspokojování potřeb je hlavním posláním ošetřovatelské profese. Ale abychom mohli uspokojovat lidské potřeby, musíme mít představu o tom, co lidé potřebují. A k poznání těchto potřeb, dle mého názoru, vede ošetřovatelský proces. Jak jsem již zmínila, ošetřovatelský proces je vyučován na škole v rámci výuky ošetřovatelství a dále je obsažen i v jiných odborných předmětech, které jsou na škole vyučovány. Domnívám se tedy, že studenti by měli ošetřovatelský proces teoreticky znát a používat jej v praxi.

Vzhledem k tomuto faktu a mé zvědavosti jsem chtěla zjistit „Jaký je pohled studentů na tuto metodu?“ a „Jaké mají znalosti o ošetřovatelském procesu?“

Pro tuto práci jsem si nechala vypracovat rešerši v Národní lékařské knihovně v Praze (viz. příloha č. 5). Tyto podklady mi sloužily ke zpracování mé bakalářské práce. Z poskytnutých zdrojů rešerše jsem použila jen knižní literaturu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Definice

Pojem ošetřovatelství je definován jako „*nauka o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem na jejich stav zdraví a na podmínky prostředí.*“ (Boroňová, 2010, s. 7). Ošetřovatelství tak zahrnuje nejen odbornou péči, ale také poskytuje celkovou péči o nemocné a zdravé jedince všech věkových kategorií a se všemi jejich bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Nejedná se pouze o ošetřovatelské výkony, ale je to velmi složitý myšlenkový proces, jehož cílem je spokojenost pacientů a zajištění jejich komfortu. (Boroňová, 2010, s. 7).

1.2 Cíle ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat individuální potřeby člověka a zabezpečit mu tak tím nejvyšší kvalitu života. Ošetřovatelství se zaměřuje zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. (Plevová a kol., 2011, s. 62).

1.3 Charakteristické rysy ošetřovatelství

Hlavním charakteristickým rysem je péče, která je založená na aktivním vyhledávání a plánování uspokojování potřeb člověka. Ošetřovatelství vychází z komplexního holistického přístupu k jedinci, jeho rodině či dané komunitě. Ošetřovatelství se podílí na edukaci široké veřejnosti a má preventivní charakter, kterým lze předcházet potenciálním problémům či komplikacím ve společnosti. Ošetřovatelství zajišťuje individuální a komplexní péči „přesně na míru“ nemocného. Ošetřovatelský personál poskytuje péči formou týmové práce s různou úrovní kvalifikace členů ošetřovatelského týmu. Jednotlivé kompetence členů a jejich rozhodování o nejlepším a nejvhodnějším postupu poskytované péče vede vysoké úrovni poskytovaných služeb a maximální spokojenosti pacientů. (Boroňová, 2010, s. 9–10).

2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ

Pro rozvoj ošetřovatelství je nutné znát jeho historii. Kořeny ošetřovatelství sahají hluboko do minulosti, konkrétně až do raného středověku a jsou spojené se šířením křesťanství. Péče o člověka má však historii mnohem starší a setkáváme se s ní i v předkřesťanských kulturách. Před vznikem křesťanství si lidé předávali znalosti, zkušenosti a zděděné moudrosti o léčbě a o ošetřování nemocných, avšak pouze ústně bez písemných záznamů. Využívaly se zkušenosti z pozorování přírodních zdrojů např. bylin, vody, slunce na lidský organismus. Náboženská nařízení velmi ovlivnila i lékařskou činnost. Kláštery převzaly pěstování bylin a poté z nich vyráběly léky proti chorobám. Každý prostředek musel obsahovat náboženský prvek a ke zlepšení účinku byly odříkávány modlitby. (Kutnohorská, 2010, s. 13).

Náboženství zahrnovalo i širokou škálu přesvědčení o nadpřirozených jevech a jejich moci a vlivu na člověka. Věřili na talismany, amulety, v existenci duchů a bohů, kteří mají osud lidí ve svých rukou. Na základě těchto přesvědčení se začaly využívat různé magické praktiky, které vznikly na základě nemoci, která potřebovala pomoc zvenku. Začaly se postupně užívat čaje, odvary a další medikamenty, jež měly ve spojení s vírou velký účinek. Postupem času se péče o nemocné přenesla do mnoha náboženských řádů. Nemocní začali docházet do chrámů, kde se kněží modlili za jejich uzdravení nebo pomáhali usmiřovat rozhněvané bohy. Byli přezdívaní jako kněží – lékaři. Pokud byli nemocní ošetřováni a léčeni doma, pečovali o ně matky, příbuzní či otroci. Kolem 11. století se rozmáhá laická péče o nemocné a choré. Nemocní narušovali v klášteře klid, a proto péče o ně začala být předávána laikům. (Plevová a kol., 2011, s. 15–16; Kazimour, 2016, s. 12–14).

Velký vliv na rozvoj ošetřovatelské péče měly války, které vyvolávaly vždy zvýšenou potřebu ošetřovatelské i lékařské péče. Největším a důležitým zlomem v historii byla Krymská válka a vliv osobnosti Florence Nightingalové, která zavedla spoustu ošetřovatelských praktik a odstranila příšerné hygienické podmínky u raněných vojáků. Ve 12. století se demografické a sociální složení společnosti začalo měnit právě v souvislosti s přibývajícím válkami a příchody pandemií. Morová epidemie nepřinášela nejen smrt, ale i stagnaci kulturního a intelektuálního života. Lidé se vzdali používání modliteb, zaklínání, pověr, relikvií a amuletů a nahradili to praktickými a účelnými hygienickými opatřeními. Tato

nešťastná událost znamenala pro středověk na dlouhá staletí krok zpět. (Kutnohorská, 2010, s. 13–15).

Ošetřovatelství lze rozdělit do **tří hlavních historických linií** péče o nemocné. První z těchto linií je **laická péče**, kterou si nemocný poskytoval sám, nebo mu péči poskytovali jeho blízcí. Tato péče je někdy nazývána jako sebebéče. Další významnou linií byla **charitativní péče**, která byla poskytována nemocným převážně církevními řády. A v neposlední řadě zde máme **organizovanou léčebnou péči**. Počátky této péče sahají do konce 19. století a významnými kritérii pro rozvoj byly válečná střetnutí, celková neuspokojená společenská situace (špatná hygiena) a vývoj medicíny. (Kutnohorská, 2010, s. 14).

2.1 Profesionální ošetřovatelství

Největší zásluhu na rozvoji profesního ošetřovatelství a vzdělávání nelékařů měli tři historicky významné světové osobnosti, jimiž byli Nikolaj I. Pirogov, Henri Dunnant a Florence Nightingalová. Každá z těchto osobností se na rozvoji profesního ošetřovatelství podílela. Jejich negativní zkušenosti z války, kde se setkali s velkým výskytem infekcí ve spojitosti se špatnou hygienou, vedli k uvědomění si nedostatku kvalifikované a odborné péče. Jako velký handicap vnímali nevzdělané nelekářské zdravotnické pracovníky, kteří nebyli schopni poskytnout dostatečnou péči a zajištění vhodné hygieny. (Kutnohorská, 2010, s. 37).

Nikolaj I. Pirogov byl prvním lékařem, který vnímal ošetřovatelství jako plnohodnotné povolání a jako význam žen ve válce viděl v roli ošetřovatelek. Sám se stal mentorem dobrovolných žen, které se chtěly stát ošetřovatelkami a největší důraz kladl na dodržování hygienických zásad jako prevence epidemií infekčních chorob. Právě tyto epidemie způsobovaly největší mortalitu vojáků zraněných ve válce. (Kutnohorská, 2010, s. 37, 49–50).

Henri Dunnant neměl žádné zdravotnické vzdělání a živilo ho obchodování, které bylo spojené s cestováním. Při jedné z těchto cest se setkal s krutou realitou války, kdy sám se stal svědkem utrpení zraněných vojáků, kterým se nedostávalo dostatečné péče. Právě tato realita ho vedla k myšlence vytvořit předlohu péče o raněné. Jeho myšlenka byla později realizována v založení Mezinárodní organizace Červeného kříže se sídlem v Ženevě. Tato organizace pomáhá obětem i v dnešní době a to formou humanitární pomoci (např. živelné pohromy, oběti války aj.). (Kutnohorská, 2010, s. 37, 50–51).

Florence Nightingalová je nejznámější osobností ošetřovatelství. Přestože žila v 19. století, kdy vzdělání žen bylo spíše raritou, ona sama byla velice vzdělaná jak v oblasti filozofie, historie, literatury a umění. Její vzdělání vypovídalo o cílevědomosti a odhodlání jít si za svými sny. I přes nesouhlas rodičů se nakonec stala profesionální ošetřovatelkou. Její smysl pro organizaci vedl ke zkvalitnění ošetřovatelské péče všeobecně. Tuto skutečnost dokazují revoluční změny provedené v ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně, kde po dlouhá léta působila. Zavedla zde výtah na jídlo, signalizační zařízení u lůžka pacienta a teplou vodu. (Kutnohorská, 2010, s. 37–40; Jarošová, 2000, s. 26–27).

Během své kariéry navštívila mnoho evropských měst, kde se dále vzdělávala na poli profesionálního ošetřovatelství. Významnou událostí v její kariéře byla Krymská válka, které se účastnila jako "vedoucí sestra" týmu ošetřovatelek. Florence ve spolupráci s ošetřovatelkami zavedla pár základních pravidel ošetřování a úpravy prostředí, které měli za úkol snížit úmrtnost raněných. Nevhodné podmínky nemocnice v kasárnách, kde nebyla zavedena žádná kanalizace a vyskytovalo se zde mnoho škůdců (krysy, blechy, vši), Florence vnímala jako velký problém. Z tohoto důvodu se rozhodla změnit tyto podmínky a zefektivnit hygienické zásady a prostředí, v němž se nemocní léčili. Věřila, že prostředí má velký vliv na zdraví člověka. Po zavedení jejich zásad jako např. pravidelný přísun potravy, vybudování kanalizace, zprostředkování prádelny aj. se mortalita raněných vojáků snížila na 2 %. (Kutnohorská, 2010, s. 40–43; Jarošová, 2000, s. 26–27).

Viděla velký význam v kontinuálním sledování stavu raněných, a proto je chodila velmi často kontrolovat i v nočních hodinách, proto si vysloužila pseudonym "dáma s lucernou". Tyto reformy byly základním klíčem k modernímu ošetřovatelství. Po Krymské válce se vrátila zpět do rodného města, kde založila první ošetřovatelskou školu v Londýně při nemocnici sv. Tomáše. Princip výuky je stejný jako ho známe dnes. Studenti absolvovali nejprve teoretickou výuku poskytovanou lékaři a poté následovala praxe. Celková doba studia činila jeden rok, ale jako plnohodnotné ošetřovatelky byly považovány až po čtyřech letech praxe v nemocnici. Během studia byly odlišovány od již vzdělaných ošetřovatelek díky "školním uniformám", které sama Florence navrhla tak, aby maximálně odpovídaly potřebám. Díky fondu Florence Nightingalové mohli tuto školu navštěvovat i studenti z ciziny, čímž se zasloužila o šíření vzdělání i mimo VB. Vývoj ošetřovatelství ovlivnila i její publikační činnost. Nejznámější publikací je kniha "Notes on Nursing" (Zápisky o ošetřovatelství). Tato kniha se zabývá pacientem jako holistickou bytostí. (Kutnohorská, 2010, s. 43–49; Jarošová, 2000, s. 26–27).

2.2 Historie českého ošetřovatelství

Prvopočátky ošetřování nemocných můžeme v českých zemích sledovat již od 10. století za vlády knížete Boleslava (935 – 967 n. l.). Na území dnes hlavního města Prahy začaly vznikat hospice, jednalo se o útulky pro chudé, nemocné a nemajetné, kde byla péče poskytována civilními sestrami v základních potřebách. Podobné poslání měly náboženské řády a kongregace, které viděly povinnost pomoci nemocným. Vedle svých klášterů zakládaly špitály, které měly za úkol především poskytnout nemocným zázemí, potravu, postel a teplo než jejich léčení. (Jarošová, 2000, s. 27–28; Kutnohorská, 2010, s. 30; Plevová a kol., 2011, s. 21; Kazimour, 2016, s. 12).

Prvním špitálem na našem území se nacházel v Týně (v místě dnešního Staroměstského náměstí v Praze), měl kapacitu 12 lůžek a pacienti byli ošetřováni 7 sestrami. Později další zakládané špitály na našem území byly zpravidla spojeny s kaplí, kostelem či klášterem a nesly s nimi shodný název. V průběhu 13. a 14. století se počet špitálů zvýšil. Špitály byly rozděleny, některé sloužily pocestným a kupcům jako útulky, jiné byly vyhraněny především nemocným nebo chudým. Do špitálů byly přednostně branné osoby, jež si zaplatily tzv. provizi, která jim zajistila doživotní pobyt, stravu a péči. Poté přišli na řadu nemocní chudáci, nemajetní a neschopní práce. Ošetřovatelství bylo tehdy laickou službou, kterou poskytovali trpícímu člověku a mělo vysoce humánní charakter. Ošetřování nemocných bylo prováděno bez jakéhokoliv odborného vzdělání, osoby, jež si předávaly zkušenosti svých předchůdců. (Kutnohorská, 2010, s. 28–30; Jarošová, 2000, s. 28; Plevová a kol., 2011, s. 21–22).

Velkou osobností českého ošetřovatelství byla Anežka Přemyslovna (1211–1282), sestra českého krále Václava II. Anežka za podpory své matky a bratra Václava založila v Praze několik klášterů, z nichž jako první byl založen roku 1233 a nesl jméno U sv. Haštala, kde byl umístěn i špitál, kam později roku 1234 sama Anežka nastoupila. Anežka dále založila Řád křížovníků s červenou hvězdou, který pracoval dle nastavených pravidel, jednalo se o manuál o ošetřování a opatrování chudých a nemocných. Anežka byla první ženou, která založila mužský řád a první ženou, jež založila ošetřovatelský řád. Celý její život zasvětila pomoci chudým a nemocným. Zemřela 6. 3. 1282 ve věku 71 let. V pozdějších letech byla považována za zakladatelku českého ošetřovatelství a koncem 20. století bylo její konání doceněno svatořečením. (Jarošová, 2000, s. 28; Kutnohorská, 2010, s. 28–30; Plevová a kol., 2011, s. 22).

Rozvoj ošetřování nemocných na jiných územích České země, konkrétně na Moravě je svázán se založením prvního špitálu U sv. Ducha, později nazývaného U sv. Jana Křtitele, jenž byl založen brněnským měšťanem Rudgerem a jeho chotí Hodavou. O založení dalších brněnských špitálů se zasloužila Eliška Rejčka (vdova po Václavu II. a Rudolfa Habsburském) a Eliška Přemyslovna (dcera Václava II.). (Kutnohorská, 2010, s. 31; Plevová a kol., 2011, s. 22).

Další řády, které se věnovaly převážně ošetrovatelské a opatrovnické péči jsou Řády Boromejky, Johanitky, Alžbětinky a Řád Milosrdných bratří. Diakonky pracovaly nejen ve špitálech a lazaretech, ale také v terénu. Docházely za nemocnými k nim do domova, kde jim poskytovaly péči a staraly se o ně, zejména při infekčních onemocněních. V Praze byla známá svou charitativní činností oblast na Františku, kde od roku 1620 zajišťovali opatrovnictví Milosrdní bratří. Pečovali o tělesně a duševně nemocné, obzvláště o chudé, bez ohledu na jejich náboženství či národnosti. Řád Milosrdných bratří byl znám tím, že si zaučoval vlastní ošetrovatele a talentované členy posílal na lékařská studia. (Jarošová, 2000, s. 28; Kutnohorská, 2010, s. 18–21; Plevová a kol., 2011, s. 22–23).

Využití pokrokových prvků ve zdravotní péči se velmi projevilo v osvěcenském období tereziánskými a josefínskými reformami za vlády Habsburků. V roce 1745 přichází do Vídně holandský lékař Gerhard van Swieten. Z jeho podnětu a pod jeho dohledem byla provedena zdravotnická reforma. Marie Terezie v roce 1753 vydala zdravotní řád, kterým byly ustanoveny funkce krajských a městských „fyzikusů“. Na jejich popud zajišťovala správa města opatření, které se týkalo hlavně zlepšení hygieny. Dle daného zdravotního řádu byl veškerý zdravotnický personál podřízený předsedovi zdravotní správy říšské komise. (Kutnohorská, 2010, s. 32–33).

V polovině 18. století se na Českém území začínají objevovat první všeobecné nemocnice, a to v roce 1785 v Brně, v roce 1787 v Ostravě a v roce 1790 v Praze. V nemocnicích se o nemocné a o veškerý úklid starali tzv. opatrovníci, tito lidé byli přijímáni do nemocnice bez předchozího ošetrovatelského vzdělání. Ošetrovatelský personál zaujímal v necírkevních lůžkových zařízeních nejnižší postavení v hierarchii různých kategorií zdravotníků. Pracovníci, kteří pracovali ve starých špitálech či nově založených ústavech, byli nazýváni „hlídači“, spali s nemocnými v pokojích a neměli nárok na žádný soukromí život. Zařízení směli opustit pouze na propustku. Jejich odměna za tuto práci byla neadekvátní, a proto mnozí svou práci vykonávali nedbale. Postupně se kladl větší důraz

na vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu – pomocníka lékaře. Tato myšlenka byla prosazena až ve druhé polovině 19. století a na tento popud začaly vznikat první ošetrovatelské školy. (Jarošová, 2000, s. 28; Kutnohorská, 2010, s. 34).

Další vývojový směr byl v letech 1918–1939, kdy byl rozvoj ošetrovatelství zaměřen na samostatnou práci sester v primární péči v terénu a je charakterizován především prudkým rozvojem zakládání nemocnic. Po 1. světové válce byl nemocniční personál tvořen převážně řeholními sestry – ošetrovatelkami. Většinou v nemocnicích pracovaly členky stejného řádu či jiné kongregace, byly to řády jako např.: Křižovnicki s červenou hvězdou, alžbětinky a další, z mužského řádu to byli milosrdní bratři, františkáni, dominikáni a další. Samotný vznik Československa měl velký význam pro rozvoj ošetrovatelství. Za podpory prvního československého prezidenta T. G. Masaryka a jeho dcery Alice Masarykové se rozvíjí Červený kříž a jeho prostřednictvím také ošetrovatelská a sociální péče. Do Československa se díky Alici Masarykové dostaly nové pohledy na ošetrovatelství, které si Alice přinesla ze Spojených států amerických a přivedla do České školy pro ošetřování nemocných americké vzdělané sestry a umožnila českým sestřám studium v zahraničí. Bohužel úloha této ženy nebyla dosud patřičně doceněna. V době fašistické okupace trpěla ošetrovatelská služba velkým nedostatkem pracovních sil. Organizaci Červený kříž se podařilo sehnat sestry dobrovolné, které posilily základnu sester. V nemocnicích byl přítomný jak český, tak i německý ošetrovatelský personál. Československo bylo velmi oslabeno, zabráný byly jak nemocnice, tak i léčebny, ozdravovny, sanatoria, ale také řádové ošetrovatelské školy např. v Opavě, ve Znojmě, Ústí nad Labem, ale i na Slovensku v Košicích. Koncem roku 1939 bylo v Československu přítomno 191 zdravotnických zařízení a bylo v nich zaměstnáno pouze 30 ošetrovatelek. (Kutnohorská, 2010, s. 65; Jarošová, 2000, s. 30; Plevová a kol., 2011, s. 23–24).

Ocitáme se v roce 1940, kdy se zřídila funkce „vedoucí sestra ošetrovatelské služby v nemocnici“. Jako první sestrou tohoto postavení se stala Jarmila Roušarová a to v pražské nemocnici na Bulovce. Tuto funkci paní Roušarová zastupovala již mnoho let dříve, avšak oficiálně byla jmenovaná až v roce 1940. Mnoho sester se snažilo pomoci židovským rodinám z terezínského koncentračního tábora, sestry jim pomáhaly předávat balíčky a sháněly pro ně finanční podporu. Těchto dobrovolných sester z Československého Červeného kříže bylo desetitisíce, šířily tuto ilegální činnost a zachraňovaly nemocné a zraněné v nemocnicích. Tyto sestry byly školeny v kurzech od ČSČK, které byly organizovány již od roku 1933. České sestry pomáhaly na východní frontě 2. světové války u 1. česko-

slovenské armády, ošetřovaly a poskytovaly první pomoc. Byly hlavním prvkem zdravotní služby a měly velmi důležitý postoj na místech v boji. Podstoupily stejně fyzicky náročný výcvik jako muži a to za velmi krutých veder či mrazů. České ženy ve válce projevovaly neuvěřitelnou sílu a statečnost, byly schopné ujít třístakilometrový pochod a poté ještě našly v sobě sílu a ošetřovaly raněné vojáky. Zúčastnily se např. bojů o Sokolovo (1943). (Kutnohorská, 2010, s. 94–101, 168; Plevová a kol., 2011, s. 24–26; Jarošová, 2000, s. 30–31; Rozsypalová, Šafránková, 2002, s. 24–26).

Ženy pracovaly v nemocnicích, kde se nadále školily, aby byly připraveny na různé těžké situace. V nemocnicích byly pro ně pořádány různé kurzy, např. chirurgický kurz. Desítky sester byly poslány na pětiměsíční kurz na Ukrajinu, kde se dále vzdělávaly a poté zde pomáhaly, a poskytovaly pomoc raněným při bojích v Karpatech. Po válce si některé z nich doplnily vzdělání a vykonávaly povolání vojenské ošetřovatelky. Již během války, ale také i po ní, se zvýšil požadavek na kvalifikaci nelékařského zdravotnického personálu. Po odsunu německých lékařů a ošetřovatelského zdravotnického personálu, zůstalo mnoho nemocnic téměř bez pracovníků a prohloubil se tak katastrofální nedostatek personálu. Nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu byl zapříčiněný uzavřením vysokých škol a nedostatkem škol pro ošetřovatelky. Většina nemocnic byla po odchodu Němců ve velmi dezolátním stavu – nábytek byl odnesený, zničený či nějak poškozený, bylo potřeba doplnit materiál, zajistit odklízovací práce a zajistit opět provoz. Danou situaci pomohl řešit řád milosrdných bratří, kterým bylo zakázáno během okupace konat ošetřovatelskou činnost. Odborné školení nového personálu bylo více než naléhavé. Potřebnou zdravotní péči pomohly řešit rychlokurzy, které pořádaly nemocnice a kliniky. Zapojila se i Ošetřovatelská škola v Praze, která okamžitě zorganizovala několikátýdenní kurz pro čtyřicet sester pro potřebu v pohraničí. Z iniciativy pana prof. MUDr. Františka Slabihoudka vznikla v roce 1945 v Ostravě dvouletá Vyšší škola pro vzdělání pracovníků, jež byla zakončená maturitou. Spleť státních ošetřovatelských škol se rychle rozšiřovala a v roce 1947 jich bylo již 26. Obnovila se činnost Spolku diplomovaných sester a ošetřovatelství se začalo opět rozvíjet. V roce 1946 byla otevřena v Praze Vyšší ošetřovatelská škola. (Kutnohorská, 2010, s. 94–101, 168; Plevová a kol., 2011, s. 24–26; Jarošová, 2000, s. 30–31; Rozsypalová, Šafránková, 2002, s. 24–26).

Zásadní zlom v poválečném rozvoji českého ošetřovatelství, a především ve vzdělávání sester, nastal s příchodem komunistického režimu, kdy došlo ke sjednocení ošetřovatelských škol do středních zdravotnických škol. Osoby ve vyšším postavení v čele čes-

koslovenského ošetrovatelství byly z jejich postů v nemocnicích i ošetrovatelských školách odvolány. O osudu sester a jiných pracovníků rozhodovaly komunistické strany na pracovišti a v místě bydliště. Zájmové a profesní organizace byly nebezpečné a nežádoucí. V roce 1968 se objevila možnost k vytvoření Československého spolku sester, to znamenalo velkou naději a pokrok pro budoucnost. Teprve až v roce 1973 se představitelkám podařilo založit Československý spolek sester a začala aktivně pracovat. Československé sestry měly také svůj odborný časopis „Zdravotnická pracovnice“, který vznikl v roce 1951, po roce 1989 časopis zanikl a byl nahrazen v roce 1991 modernějším časopisem, který vychází dodnes a to časopisem „Sestra“. (Kutnohorská, 2010, s. 26–27, 148; Plevová a kol., 2011, s. 26; Rozsypalová, Šafránková, 2002, s. 27–28).

Rok 1989 přinesl mnoho změn nejen v tehdejší československé společnosti, ale také změny v chápání sociální a zdravotní péče. Vzniká první myšlenka o transformaci vzdělání v ošetrovatelství. V období socialismu se práce sester nejvíce zaměřovala na práci technickou, a to zejména na zajišťování diagnostických a léčebných výkonů. V této době se nekladl moc velký důraz na ošetrovatelskou teorii, ošetrovatelskou etiku, psychologii či komunikaci s nemocným. Avšak toto období není zcela malicherné, nýbrž přineslo spoustu změn. Československá socialistická republika byla velmi známá svým kvalitním systémem vzdělávání všech zdravotnických pracovníků včetně sester. Bylo možné pomaturitní, specializační či postgraduální studium. Československý spolek sester pracoval dobře, vznikla řada kvalitních a výzkumných prací. Ošetrovatelství se během několika desítek let nadále mění a zvelebují. A nyní je ošetrovatelství samostatný vědní obor. (Plevová a kol., 2011, s. 27; Kutnohorská, 2010, s. 95–96; Kazimour, 2016, s. 12–14).

3 VZDĚLÁVÁNÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství prošlo, jak jsem již zmínila v předešlé kapitole, několika fázemi vývoje. V každé této fázi vývoje se toto povolání vyvíjelo, avšak výcvik sester k tomuto povolání se začal rozvíjet až s nástupem třetí fází – tedy s profesionálním ošetřovatelstvím. Prvotní zárodky školení a vzdělávání sester – ošetřovatelek se prvotně začal vytvářet již v charitativních institucích a středověkých hospitálů, které byly primárně určeny k poskytnutí azylu a k poskytování základní ošetřovatelské péče pro jednotlivce, o něž se nemohla postarat rodina. Byli zde ošetřováni nemocní, sirotci, staří či vdovy. Tato činnost byla čistě charitativní a byla prováděna převážně církevními řády. Tento typ péče v hospitálech nevyžadoval žádnou odbornou přípravu personálu. Od první poloviny 19. století se začaly hospitály odlišovat na chudobince, špitály, starobince a sirotčince. Tyto organizace dále poskytovaly léčbu a ošetřování bez přítomnosti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Teprve až ve druhé polovině 19. století začala do nemocnic pronikat racionální medicína a tím se položil základní kámen k novodobé profesi sestry jako takové. Lékař potřeboval k sobě a ke své činnosti pomocníka, schopného odborné komunikace a racionálního jednání při ošetřování nemocných. (Plevová a kol., 2011, s. 45).

Zcela první zárodky o vzdělání sester lze nalézt teprve až koncem 18. století. Organizovaly se první přednášky pro ošetřovatelky v zařízeních pro duševně choré. V roce 1860 byla v Londýně založena první ošetřovatelská škola na světě, kterou založila Florence Nightingalová po návratu z Krymské války. Londýnská škola se stala předlohou pro jiné metropole v Evropě a ve Spojených státech amerických, které později zakládali další ošetřovatelské školy. (Plevová a kol., 2011, s. 46).

3.1 Počátky

O 14 let později, tedy v roce 1874 se zakládá i u nás první ošetřovatelská škola v Praze, avšak po 7 letech ukončila škola svou funkčnost, přesto tato škola měla velmi veliký význam pro naše ošetřovatelství. V roce 1914 vydalo rakouské ministerstvo vnitra nařízení o ošetřování nemocných, provozované z povolání. Toto nařízení uzákonilo zakládání ošetřovatelských škol a předepsalo jejich organizační strukturu a obsah výuky. Jedna z nejdůležitějších zásad byla, že škola mohla být založena pouze při nemocnici, která obstarala praktickou výuku žákyň v hlavních oborech. Další nová škola, která byla otevřena, byla Česká zemská státní dvouletá ošetřovatelská škola pro ošetřování nemocných

při Všeobecné nemocnici v Praze, byla založena až během 1. světové války v roce 1916. V roce 1918 byla otevřena Vyšší sociální škola v Praze, jež připravovala po dobu jednoho roku sociálně orientované pracovníky, později zejména diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu. Následující vyšší škola byla otevřena v roce 1946, jednalo se o Vyšší ošetrovatelskou školu, která připravovala sestry-učitelky na výuku v ošetrovatelských školách a vrchní sestry pro řídicí funkci v nemocnicích a v neposlední řadě sestry pro práci v terénu. (Plevová a kol., 2011, s. 46).

Bohužel tento vývoj základního vzdělávání sester byl zastaven v roce 1948 s příchodem komunistického režimu, kdy ČSR kompletně převzala vzdělávací systém, které postihlo i ošetrovatelské školství. Dle nového zákona se musely všechny ošetrovatelské školy sloučit a byly přejmenovány na střední zdravotnické školy. Studium na těchto školách trvalo čtyři roky, studenti začínali studovat ve věku 14–15 let. Vzhledem k nízkému věku studentů se musel přizpůsobit způsob výuky. Studenti přicházeli na odborné praxe velmi nezralí, a to se odráželo na jejich vztahu k povolání. Výuka byla převážně zaměřena na medicínské znalosti a na instrumentální dovednosti v ošetrovatelské péči o nemocného člověka. (Plevová a kol., 2011, s. 46–47).

Postupem času se začaly zvětšovat nároky i na kvalitu učitelek ošetrovatelství. Díky tomuto podnětu se v Praze roku 1960 založilo magisterské studium sester. Byly jsme druhou zemí na světě, jež poskytuje sestrám vysokoškolské vzdělání v tomto oboru, první školou byla škola ve skotském Edinburgu. V tomto roce bylo založeno také Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků a rok poté byla slavnostně zahájena jeho činnost. V roce 1963 se zařízení přejmenovalo na Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. V roce 1991 dochází k další změně, kdy se Ústav mění na Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Významná přeměna přišla s rokem 2003, kdy se IDVPZ stává centrem oboru ošetrovatelství – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Tím byl položen základní kámen k transformaci této organizace. (Plevová a kol., 2011, s. 47).

3.2 Vzdělávání po roce 1989

Na začátku 21. století si ošetrovatelská péče prošla a stále ještě prochází významnými změnami, jelikož se kladou vyšší a vyšší nároky jak na kvalitu, tak jsou kladeny i vyšší nároky na vzdělání zdravotnických pracovníků, kteří ošetrovatelskou péči poskytují – zejména nelékařských. Rok 1989 přinesl mnoho změn, v tehdejší Československu

se jednalo o změny ve společenském životě a to především změny v politice. Tento režim přinesl změny i v ošetrovatelství, a to zejména v chápání sociální a zdravotní péče. Po roce 1990 se ošetrovatelské vzdělání transformovalo, cílem této transformace vzdělávání v ošetrovatelství bylo – přispět ke zvýšení úrovně ošetrovatelské péče, a tedy ke zlepšení úrovně zdraví a zajistit kompatibilitu vzdělávání sester v souladu s kritérii Evropské unie. Roku 1996 došlo k přenosu středních a vyšších zdravotnických škol ze správy Ministerstva zdravotnictví ČR pod rezort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a poté v roce 2000 SZŠ a VOŠ přecházejí pod krajskou samosprávu. (Plevová a kol., 2011, s. 47).

3.3 Vzdělávání a legislativa

Rada Evropy vypracovala v 60. letech základní směrnice pro jednotnou kvalifikaci a vzdělání sester, na které se společně dohodlo několik evropských zemí. Tuto dohodu postupně podepsalo v letech 1967-1971 12 evropských zemí. Roku 1972 byla tato dohoda veřejně vyhlášena ve Štrasburku jako „Evropská dohoda o vzdělávání sester č. 59“, jednalo se o oficiální dokument Rady Evropy. Po veřejném vyhlášení se k této dohodě přihlásily nejen všechny státy Evropské unie, ale i všechny významné organizace jako např. Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) či Mezinárodní rada sester (ICN). Dokument byl později doplněn o „Role a vzdělávání sester“ a to konkrétně roku 1995. (Plevová a kol., 2011, s. 48).

Vzdělání zaznamenalo těsně před vstupem České republiky do EU zásadní změny, a to hlavně z důvodu nutnosti naplnění směrnic EU, které regulují vzdělávání tak, aby bylo umožněno uznání kvalifikace, a tak umožněn volný pohyb po jednotlivých zemích EU. (Pochylá, 2005, s. 49).

Později v červnu roku 2000 byla v Mnichově vypracována strategie, jež definovala a vymežila základní směry v oborech ošetrovatelství a porodní asistence. Od roku 2004/2005 je kvalifikační příprava všeobecných sester uskutečňována na Vyšších zdravotnických školách a na Vysokých školách či Univerzitách v souladu se směrnicemi EU. Dosavadní právní úprava o získávání kvalifikace a způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání byla nevyhovující a neodpovídala potřebám zdravotnictví ani některým předpisům EU. Na tento popud vznikl 1. 4. 2004 zákon č. 96/2004 Sb., který definuje pojem celoživotního vzdělávání a vymezuje aktivity, jež jsou za něj považovány. Tyto vzdělávací aktivity upravuje vyhláška č. 423/2004 Sb., ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb., tato vyhláška ustanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání

bez přímého vedení nebo bez odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Vzhledem k novele se vyhláška č. 423/2004 ruší ke dni 1. 9. 2017 a nahrazuje ji vyhláška č. 201/2017, avšak povinnost celoživotního vzdělávání je zachována. Nejnovějším zákonem upravující oblast vzdělávání NLZP je zákon č. 284/2018 Sb., který upravuje výše zmiňovaný zákon č. 96/2004 Sb. se všemi jeho legislativními změnami. Tento zákon upravuje také původní zákon č. 95/2004, který určuje specializační vzdělávání lékařů. (Plevová a kol., 2011, s. 48–49).

4 SOUČASNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

V současné době je ošetřovatelství samostatný vědní obor, který je založený na samostatnosti a týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. Charakteristickými rysy ošetřovatelství je hlavně poskytování aktivní ošetřovatelské péče, poskytování individualizované péče formou ošetřovatelského procesu, poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků, které jsou podloženy výzkumem, poskytování péče ošetřovatelským týmem, preventivní charakter péče a holistický přístup k nemocnému. Holismus je pojem odvozený z řeckého slova *holos* neboli celek. Tento pojem byl poprvé uveden roku 1926 v knize *Holismus a evoluce* od autora J. H. Smutse. Holistická filozofie zobrazuje člověka jako celek, který je tvořen částmi, jimiž jsou – tělo, emoce a mysl. Tyto části jsou ve vzájemné interakci, to znamená, že při poruše jedné části je porušen celý celek. Tento princip je zahrnut do moderního ošetřovatelství, které poskytuje ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu, kdy nemocného vidíme jako bytost se všemi jeho biopsycho-sociálními a spirituálními potřebami a snažíme se je uspokojit. (Kutnohorská, 2009, s. 94; Plevová a kol., 2011, s. 58, 62–63).

4.1 Paradigma a metaparadigma

Ošetřovatelství bylo do poloviny 20. století spíše založené na zkušenostech z praxe a na intuici. Obor ošetřovatelství se zejména po teoretické stránce rozvíjí teprve až v 50. letech 20. století. Sestry se začaly více starat a zajímat o základní princip ošetřovatelství, základní jevy a vztahy mezi nimi. Ze zkušeností sester vznikaly modely a teorie. Prvotní myšlenka těchto teorií a modelů byla, že tato předloha pomůže sestrám v běžné praxi se orientovat na problematice oblasti u nemocného, podporovat nemocného, rodinu či skupiny v péči o zachování, navrácení zdraví a sebedě. (Plevová a kol., 2011, s. 130; Pavlíková, 2006, s. 16).

Metaparadigma neboli předmět zkoumání. Každý obor se zabývá jistými, pro něj charakteristickými jevy. Metaparadigma tedy tvoří jádro vědního oboru a poskytuje nám celkový pohled na danou vědní disciplínu a tím je od sebe rozlišuje. Metaparadigmou specifikují koncepce a teorie daného oboru. Metaparadigma ošetřovatelství je stejně stará jako profesionální ošetřovatelství, tedy od doby, kdy Florence Nightingalová definovala ošetřovatelství, vymezila práci sestry a vliv prostředí na zdraví jedince v její knize „Zápisky o ošetřovatelství“. Základní pojmy, které tvoří metaparadigma jsou – *člověk*, jež je příjemce zdravotní péče, jeho *zdraví* a zdravotní stav, od stavu úplné pohody až po nemoc, *pro-*

středí, které ovlivňuje člověka samotného a tím i jeho zdraví a zdravotní stav a *ošetřovatelství* a jeho profesionální činnost. (Plevová a kol., 2011, s. 130–131; Pavlíková, 2006, s. 17).

Všechny tyto složky jsou ve vzájemné interakci a tvoří základ ošetřovatelských modelů. Každý autor vymezuje tyto jednotlivé složky v modelech různě podle filozofie a hodnotového systému, na který je zaměřený. (Kašpárková a Mádlová, 2009, s. 5).

Paradigma neboli teorie oboru. Též jiný název pro koncepční model. Jedná se o abstraktní souhrn globálních koncepcí do srozumitelného schématu. Paradigmou ošetřovatelství tvoří ošetřovatelské koncepční modely. Již zmíněné modely vznikaly s cílem zkvalitnit ošetřovatelskou péči. Každý model definuje čtyři metaparadigmatické koncepce – osoba/člověk, zdraví, prostředí, ošetřovatelství. Skladba koncepčních modelů je totožná, tvoří jí asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. (Žiaková, Jarošová, Čáp a kol., 2005, 18–24).

4.2 Koncepční modely

Koncepční model obsahuje jednotlivé složky, které jsou definovány různě podle filozofie a hodnotového systému autora. Skladba koncepčních modelů je totožná, tvoří jí tři základní části: asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. Asumpce jsou fakta či předpoklady teoretického základu oboru. Hodnotový systém obsahuje základní myšlenky oboru a filozofii autora a hlavními jednotky je cíl ošetřovatelství, klient/pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsoby zásahu a důsledky. Koncepční modely jsou vlastně „příručky“ pro sestry, které sestřím v praxi udávají směr, jednotlivé kroky jako např. co sledovat, na co se zaměřit, o čem přemýšlet. Pomáhají sestřím se soustředit a zaměřit na důležité oblasti. Dávají práci systém a usnadňují komunikaci mezi zdravotníky. (Kolektiv autorů, 2008, s. 308; Žiaková, Jarošová, Čáp a kol., 2005, 18–24; Plevová a kol., 2011, s. 130–132).

Koncepční modely a teorie se dělí podle přístupu a chápání osoby. Existuje širší a užší kategorizace ošetřovatelských koncepčních modelů a teorií. Jako příklad uvedu ty nejznámější koncepční modely a teorie v ošetřovatelství. Humanistické modely: Florence Nightingale – Moderní ošetřovatelství, Virginia Henderson – Teorie základní ošetřovatelské péče, Faye Abdellah – Dvacet jedna ošetřovatelských problémů, Dorothea Orem – Teorie deficitu péče, Nancy Roper – Model životních aktivit, Madeleine Leininger – Teorie transkulturní péče. Modely interpersonálních vztahů: Hildegard Peplau – Psychodynamic-

ké ošetrovatelství, Jean Ida Orlando – Teorie ošetrovateľského procesu, Marjory Gordon – Model funkčních vzorců zdraví. Systémové modely: Dorothy Johnson – Model behaviorálního systému, Betty Neuman – Systémový model, Callista Roy – Adaptační model. Modely energetických polí: Myra Levine – Teorie čtyř konzervačních principů, Martha Rogers – Model jednotlivých lidí. (Plevová a kol., 2011, s. 132–134).

4.3 Koncepční teorie

Koncepční teorie je souhrn názorů, představ a myšlenkových pochodů, které vysvětlují nějaký konkrétní jev. Jsou odvozené z konceptních modelů nebo s nimi úzce souvisí. Teorie jsou specifitější než modely. Jejich koncepce jsou konkrétnější a podrobnější než koncepce konceptních modelů. Existují tři typy teorií v ošetrovatelství a to popisné, ty slouží k popsání a zhodnocení jednotlivého jevu, dále vysvětlující, které se zabývají hledáním vztahů mezi jevy a v poslední řadě predikční, které předpokládají vzájemné vztahy mezi jevy. Dle rozsahu se teorie dělí na velké, střední a dílčí. Lze je vědecky testovat a ověřovat. Rozdíl mezi konceptním modelem a teorií je na úrovni abstrakce, v účelu a v testování. Teorie a modely se v praxi používají prostřednictvím ošetrovateľského procesu. (Žiaková, Jarošová, Čáp a kol., 2005, 28–29; Pavlíková, 2006, s. 23–26).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

5.1 Historie

Před vznikem metody ošetrovatelského procesu poskytovaly sestry ošetrovatelskou péči zejména na písemný příkaz lékaře. Tato metoda vznikla v 50. letech 20. století, kdy tento termín poprvé použila autorka Lydia Hallová roku 1955 v Georgii v USA a následně ji publikovala i autorka Orlandová, Hendersonová, Royová a další. V praxi se začala používat tato metoda až v roce 1973, kdy Americká asociace sester uveřejnila „Standardy ošetrovatelské péče“ a uvedla pět fází ošetrovatelského procesu. Do Evropy pronikl ošetrovatelský proces, avšak později, a to konkrétně na konci 60. let 20. století. Prvky této metody se začaly uplatňovat až ke konci druhé poloviny 90. let 20. století. Od roku 2004 je v České republice metoda ošetrovatelského procesu zakotvena do legislativy a to konkrétně do Konceptce ošetrovatelství ČR. (Boroňová, 2010, s. 66–67; Kudlová, 2016, s. 16–17; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004).

5.2 Současnost

Ošetrovatelská péče je podstatná a významná lidská činnost, která zabezpečuje uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb jedinců a skupin. Klade důraz na podporu, udržení a navrácení zdraví jedince, zmenšuje utrpení a pomáhá zmírnit průběh umírání. Ošetrovatelská péče je dnes poskytována metodou ošetrovatelského procesu. Metoda ošetrovatelského procesu je dnes již poměrně známá. Ošetrovatelský proces má mnoho různých definic, jedná se o metodu, která pomáhá sestřím řešit krok za krokem problémy, jež jsou spjaty s nemocným, a může je profesionálně ovlivňovat. Autorka Plevová ve své knize definuje ošetrovatelský proces takto: *Ošetrovatelský proces lze souhrnně definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu.* (Plevová, 2011, s. 108). Cílem ošetrovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, zjistit jeho aktuální či potencionální problémy a dle daných problémů naplánovat intervence, které by vedly k uspokojení jeho potřeb. Klientem ošetrovatelského procesu nemusí být jen jednotlivec, ale i rodina či komunita. Člověk je vnímán komplexně jako holistická bytost, na kterého působí řada faktorů, jež ho ovlivňují. Pacienti jsou vnímáni jako aktivní účastníci, kteří se mohou podílet na tomto interaktivním procesu, avšak tato

míra je ovlivňována jejich vlastním pohledem na zdraví, stupni sebezpoznání a jejich vnímání potřeby péče. Ovlivňována je i kvalitou vzájemných vztahů sestry a pacienta. (Boroňová, 2010, s. 66–67; Tóthová a kol., 2009, s. 14–16; Plevová a kol., 2011, s. 105–108; Jarošová, 2000, s. 61–63).

5.3 Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti kroků. Prvním krokem je fáze zhodnocení či posuzování, kdy dochází ke sběru dat a jejich následné zhodnocení. Druhým krokem je diagnostika, kdy se stanovují ošetřovatelské diagnózy. Po stanovení určitých ošetřovatelských diagnóz se realizuje fáze plánování, kdy si stanovíme cíl, jehož chceme docílit. Předposlední, tedy čtvrtou fází je realizace, kdy všeobecná sestra či jiný NLZP provádí ošetřovatelské intervence. Posledním krokem ošetřovatelského procesu je vyhodnocení, které je pátou fází tohoto procesu, kdy zhodnocujeme efektivitu poskytnuté péče. Každý tento daný krok je závislý na ostatních, vzájemně se prolínají a tvoří tak celek. Je to vztah mezi sestrou a pacientem (Tóthová a kol., 2009, s. 16–17).

5.3.1 Zhodnocení/posuzování

Zhodnocení/posuzování, jedná se o krok, který je pravděpodobně tím nejdůležitějším krokem, jelikož celý ošetřovatelský proces se nadále rozvíjí podle zjištěných informací. V tomto kroku získá sestra všechny potřebné informace o pacientovi – o jeho zdravotním stavu, o jeho problémech a soběstačnosti, přičemž hledá i negativní stránky jako jsou např. rizikové faktory, které by mohly ovlivnit jeho zdravotní stav. Tyto informace získá sestra pozorováním, testováním, rozhovorem či vyšetřením/měřením – fyzikálním vyšetřením. Tato fáze má dvě části a to a) odebrání ošetřovatelské anamnézy a za b) zhodnocení zdravotního stavu pacienta. (Tóthová a kol., 2009, s. 38).

Před odebráním ošetřovatelské anamnézy by se sestra měla pacientovi představit a sdělit mu její hodnost. Sestra by se měla přesvědčit, zda má správně uvedené identifikační údaje pacienta, se kterým bude anamnézu odebírat. Tyto údaje umožňují sestře lépe navázat osobní kontakt. Dále sestra zjistí, jak by si pacient přál být osloven a titulován. Tento krok je velmi podstatný, neboť pro mnoho pacientů je velmi důležité jejich oslovení. Důležitou věcí je vysvětlit pacientovi důvod rozhovoru, co bychom potřebovali vědět za informace a proč. Po přijetí pacienta by měla být odebrána ošetřovatelská anamnéza nejdéle do 24 hodin. Na odebrání ošetřovatelské anamnézy je potřeba zajistit klid, aby nebyla odebrána ve spěchu a aby byla co nejpřesnější. Cílem ošetřovatelské anamnézy je

nalezení problémů a potřeb, které pacientovi přineslo nebo může přinést jeho onemocnění. (Tóthová a kol., 2009, s. 40–42).

Aby sestra získala všechny potřebné informace, měla by využít všechny možné zdroje. Prvním primárním zdrojem, který nám potřebné informace může poskytnout je sám pacient. Pokud to jeho zdravotní stav a způsobilost umožňuje. Dále informace můžeme získat i ze sekundárního zdroje, čímž je rodina, přátelé, nejbližší osoby pacienta, zdravotní záznamy, a hlavně zdravotnická dokumentace. Všechny základní informace jsou poté zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. Do dokumentace zaznamenáváme anamnézu současného problému, ale i anamnézu minulosti. Dále zaznamenáváme subjektivní údaje, jež nám pacient sám udá, objektivní údaje, které můžeme dle dostupných měřících technik změřit a tím odhadnout případná rizika současného zdravotního stavu pacienta, jako např. stupnice Nortonové, Glasgowská stupnice kómatu, denní životní aktivity, Barthelův test základních denních činností, měřítko úrovně soběstačnosti a další. Dalším důležitým krokem je zjištění blízkých osob v životě pacienta, pro jejich případné kontaktování. Měli bychom znát jejich identifikační údaje, kontaktní údaje a vztah k pacientovi (manžel/ka, matka/otec aj.). Sestra si zjišťuje informace o bydlišti pacienta kvůli následnému propuštění do domácího ošetřování, a zda má doma přijatelné podmínky k tomu, aby byl propuštěn, případně, kdo se o něho bude po propuštění starat. Dále se do ošetrovatelské dokumentace zaznamenávají lékařské diagnózy a jiné informace, které ovlivňují či by mohly ovlivnit pacientův zdravotní stav, jeho onemocnění nebo léčbu. Zaznamenávají se chronické nemoci, se kterými se pacient již léčí, jako např. diabetes mellitus, hypertenze, srdeční nemoci a další, ale také i nedávné nemoci jako např. nachlazení nebo chřipka. Velmi důležitým údajem, který by měl být uveden v dokumentaci je alergie. V neposlední řadě je dobré vědět, kdy byl pacient naposledy hospitalizovaný. (Tóthová a kol., 2009, s. 40–42).

V této fázi ošetrovatelského procesu může sestra využít některý teoretický model ošetrovatelství. Tento zvolený model samozřejmě ovlivní i další následující fáze ošetrovatelského procesu. Nejčastěji používaným modelem je model M. Gordonové – model „Funkčního typu zdraví“. (Tóthová a kol., 2009, s. 52).

5.3.2 Diagnostika

Diagnostika je druhým krokem ošetrovatelského procesu. V tomto kroku se stanovuje ošetrovatelská diagnóza. Termín diagnóza je odvozen z řeckého slova *diagignoskein*, v češtině toto slovo znamená – identifikace, poznání, rozpoznání, určení něčeho, za pomoci

určitých metod. Dle autorky Tóthové můžeme ošetrovatelskou diagnózu definovat takto: „*Ošetrovatelská diagnóza je úsudek či závěr, který vzniká jako výsledek sesterského posouzení*“.(Tóthová a kol., 2009, s. 64). K diagnóze se dospěje diagnostickým procesem neboli zkráceně diagnostikou. Tento proces se skládá ze **tří fází**: zpracování údajů, zjištění pacientových zdravotních problémů, rizik a pozitiv a z formulace ošetrovatelských diagnóz. Výsledkem tohoto procesu je tedy diagnóza. Podle reakce člověka na nemoc, vznikají různé problémy. Úkolem ošetrovatelské diagnostiky je tyto problémy určit a současně zjistit, jak pacient daný problém vnímá, jelikož vzniklý problém má vliv na uspokojování pacientových potřeb. Dalším úkolem v rámci diagnostiky je rozpoznat a zhodnotit jeho potřeby. (Tóthová a kol., 2009, s. 65–67).

Za vypracování ošetrovatelských diagnóz jsou zodpovědné registrované sestry. Do tohoto procesu nepřispívají svými údaji jen sestry, ale také i ostatní ošetrovatelský personál. Ošetrovatelské diagnózy nám udávají jak aktuální, tak i potencionální zdravotní problémy. (Tóthová a kol., 2009, s. 65).

Cílem této fáze je určit ve spolupráci s pacientem jeho problémy a poté zvolit co nejvhodnější ošetrovatelskou péči. Aktivní účast pacienta v ošetrovatelském procesu je velmi důležitá, neboť sestra si může s pacientem promluvit o daných problémech a najít co nejvhodnějším postup, jak daný problém řešit. (Staňková, 2005, s. 5).

Je třeba zmínit, že ošetrovatelská diagnóza není totožná s lékařskou. Sesterská diagnóza vyjadřuje chorobný proces, stav či situaci, jež může sestra sama řešit v rámci svých profesionálních kompetencí. Nemá klasifikační systém. Je doplňkem k lékařské diagnóze. Dělíme je na dvousložkové a tříložkové. Dvousložková diagnóza obsahuje – ošetrovatelský problém a původce/příčinu problému. Tříložková diagnóza obsahuje – ošetrovatelský problém, původce/příčinu problému a projevy. Sesterské diagnózy můžeme dále rozdělit na aktuální ošetrovatelské diagnózy (současné problémy pacienta, charakteristické příznaky), potencionální diagnózy (rizikové), pravděpodobné diagnózy (prozatimní dg.), wellness diagnózy (vedou ke zlepšení zdraví) v neposlední řadě syndrom diagnózy (vztahují se k syndromům, předpovídají aktuální či rizikové diagnózy). Lékařská diagnóza vyjadřuje chorobu, kterou lékař identifikoval na základě objektivních a subjektivních příznaků a dalšího vyšetření. Tato diagnóza je doplňková k sesterské. (Tóthová a kol., 2009, s. 66–87).

Používání ošetrovatelských diagnóz usnadňuje komunikaci mezi zdravotníky. Od roku 1982 jsou všechny diagnózy uvedeny pod číselným kódem v NANDA taxonomie – North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy). Tento systém je v současné době uznáván jako diagnostický klasifikační systém. Prvním využívaným systémem byl NANDA taxonomie I., avšak dalšími výzkumy a testováním se zjistilo, že je tento systém nedostatečný. Tento systém byl nahrazen novým a vznikla klasifikace NANDA taxonomie II. Je členěna do 13 domén, 47 tříd a obsahuje 172 diagnóz. (Jarošová, 2000, s. 68; Tóthová a kol., 2009, s. 88–90; Kelnarová a kol., 2016, s. 39).

5.3.3 Plánování

Plánování je třetí fází ošetrovatelského procesu. Tato fáze ošetrovatelského procesu je velmi důležitá, neboť v této fázi stanovujeme ošetrovatelské cíle, kterých chceme dosáhnout a stanovujeme ošetrovatelskou strategii, která vede k dosažení těchto cílů. Během plánování sestra spolupracuje s pacientem, rodinou, blízkými osoby pacienta a s členy jiných zdravotních profesí. Výsledkem této fáze je ošetrovatelský plán péče, který přispívá k lepší komunikaci mezi zdravotníky. Tímto plánem pacientovi zajišťujeme individualizovanou péči i kontinuitu péče. Tento plán je vždy individuální, je postaven pacientovi tzv. „přímo na míru“. (Jarošová, 2000, s. 69; Tóthová a kol., 2009, s. 91–92; Seaback, 2012, s. 56–57).

V procesu plánování je potřeba si nejprve stanovit priority a to – v jakém pořadí budeme řešit pacientovy problémy. Vytyčení priorit neznamená automatické řazení problémů dle závažnosti, jedná se o metodu, kdy sestra s pacientem společně určí pořadí, kdy sestra by měla brát zřetel na pacientovo přání, pocity, a především na bezpečnost pacienta. Avšak bychom měli stále věnovat pozornost problémům, které vyžadují okamžitý zásah. Existuje několik zásad, jak určovat závažnost pořadí. Pomocník, který nám může pomoci s vytyčením závažnosti problémů je Maslowova pyramida potřeb. Dle tohoto modelu snadno určíme pořadí problémů. Jedna ze zásad se týká toho, že pokud vznikl problém a v souvislosti s tímto problémem vznikl další, řadíme ho do popředí. Na určení pořadí má vliv sám pacient a jeho priority, dále jak sestra vnímá problémy, současný zdravotní stav pacienta a doba hospitalizace. (Tóthová a kol., 2009, s. 92–93).

Dalším krokem je *stanovení očekávaných výsledků*. Jedná se o pacientův cíl, kterého chceme dosáhnout a změnit tak jeho zdravotní stav. Cíle sestavujeme dle ošetrova-

telské diagnózy. Cíle rozdělujeme na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé cíle zahrnují období příštích pár hodin, dnů. Dlouhodobé cíle se vztahují spíše na delší dobu – konec hospitalizace. Vždy si musí sestra stanovit reálný cíl, který musí být v souladu s léčebným plánem. Výsledná kritéria jsou odvozena od stanovených cílů. Pro každý tento cíl je zapotřebí mít stanoveny tři až šest výsledných kritérií. Výsledná kritéria jsou závěry o určitých, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta. Stanovují, zda bylo dosaženo daného cíle. Tyto kritéria usměrňují činnost sestry a vymezují dobu na plánované intervence. (Jarošová, 2000, s. 69; Tóthová a kol., 2009, s. 94–96).

Ošetrovatelské intervence jsou činnosti, které sestra bude u pacienta realizovat, aby došlo k dosažení pacientových stanovených cílů. Při plánování těchto činností sestra spolupracuje s pacientem, jinými odborníky, odbornou literaturou a se standardy. Sestra musí mít na paměti, že musí pečlivě zvážit každou navrhovanou variantu intervence a předvídat její důsledky, neboť může mít i negativní dopad na pacienta. Po zvážení všech alternativ sestra vybere tu nejvhodnější či několik z nich, které se jí jeví jako nejúčinnější a hlavně, které nejvíc vyhovují pacientovi. Plánované intervence musí být vědecky podložené a bezpečné. Ošetrovatelské činnosti mají tři kategorie: závislé, nezávislé a součinné. Nezávislé činnosti jsou zásahy, které sestra provádí na základě svých vlastních zkušeností a dovedností. Za tyto zásahy je sestra zodpovědná, a to i před zákonem. Součinné ošetrovatelské činnosti jsou vykonávány sestrou ve spolupráci s jiným odborníkem. Tyto činnosti poukazují na nutnost a význam kvalitní týmové spolupráce, bez níž by nebyla zajištěna komplexní ošetrovatelská péče. Závislé ošetrovatelské činnosti jsou vykonávány na pokyn lékaře. Jsou nedílnou součástí léčby. Sestra je může pouze realizovat a za jejich realizaci přebírá odpovědnost. (Tóthová a kol., 2009, s. 98–102; Jarošová, 2000, s. 70).

Výsledkem fáze plánování je vytvoření plánu ošetrovatelské péče v písemné formě, dnes již i v elektronické formě. Tento plán vychází z potřeb nemocného a obsahuje ošetrovatelské diagnózy utříděné dle jejich priorit, stanovené cíle a výsledná kritéria, intervence a vyhodnocení. Ošetrovatelský plán nám poskytuje systematické informace o zdravotním stavu pacienta. Je nutné během hospitalizace plán péče stále aktualizovat a upřesňovat podle změn zdravotního stavu pacienta a realizovat vyhodnocování dosažených cílů. (Jarošová, 2000, 70–71; Tóthová a kol., 2009, s. 103).

5.3.4 Realizace

Realizace je čtvrtým krokem v ošetrovatelském procesu. V této fázi dochází k realizaci, tedy k vykonání ošetrovatelských intervencí, jež se v předešlé fázi stanovily, a které jsou zaznamenány v plánu ošetrovatelské péče. Cílem realizace je dosažení vytyčených cílů. Realizace propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden celek. Aby došlo k dosažení výsledků je nezbytná aktivní účast pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Sestra v této fázi dbá na to, aby získala aktivní účast pacienta, avšak někteří pacienti spolupráci odmítají. Jejich postoj ke spolupráci může být ovlivněn jejich zdravotním stavem, stresory, strachem, ale i ošetrovatelskými činnostmi. (Tóthová a kol., 2009, s. 114–115).

Sestra ve fázi realizace musí plnit sesterské i lékařské ordinace. Při realizaci se sestra řídí nařízením a protokoly. Protokol upřesňuje výkony, které musí být splněny v konkrétním čase – příjem, propouštění pacientů. Nařízení opravňuje sestru vykonávat určité činnosti – aplikace infuze. Tyto činnosti jsou zahrnuty do právních norem, a to konkrétně do vyhlášky č. 55/2011 Sb. (Boroňová, 2010, s. 76).

Během realizačního procesu sestra opětovně posuzuje pacienta, toto posouzení sestra provádí při každém kontaktu s nemocným, kdy doplňuje případné chybějící či nové informace. Sestra porovná plán péče se zjištěnými výsledky, potvrzuje stanovené diagnózy a hodnotí, zda jsou vytyčené intervence hodny pacientovo zdravotnímu stavu. Pokud nastane jakákoliv změna, musí sestra zvážit a rozhodnout, zda se plán musí aktualizovat. Při realizaci některých intervencí může sestra požádat o spolupráci jiného odborníka a to z důvodu, že není schopna realizovat dané činnosti sama, nechce pacienta vystavovat vyššímu stresu nebo nemá dostatek vědomostí k dané aktivitě. Důležitá je příprava prostředí a edukace pacienta. Sestra může zastupovat několik rolí u pacienta, a to roli učitelky, komunikátorky, ošetrovatelky, advokátky, nositelky změn, manažerky a výzkumnice. Po provedení ošetrovatelských činností se tyto aktivity zaznamenávají písemně či předávají ústně. (Jarošová, 2000, s. 71–72; Plevová a kol., 2011, s. 124–125; Boroňová, 2010, s. 77–78; Tóthová a kol., 2009, s. 110–114).

5.3.5 Vyhodnocení

Pátá fáze, tedy poslední fáze ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Tato fáze je velmi důležitá, protože sestra vyhodnocuje výslednou efektivitu, které jsme dosáhli u pacienta. To znamená, do jaké míry byly uspokojeny pacientovy cíle. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je hodnocení definováno takto: „*Hodnocení je založeno na pou-*

žití specifických kritérií, která umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, tj. stavu, kterého dosáhl pacient na základě ošetrovatelských zákroků, stanovených v ošetrovatelských plánech.“ (Tóthová a kol., 2009, s. 125). Hodnocení je velmi významným ukazatelem, neboť jeho závěry hodnocení určují, zda se mají ošetrovatelské zásahy ukončit, či mají pokračovat nebo se změnit. (Tóthová a kol., 2009, s. 125; Boroňová, 2010, s. 78).

Hodnocení probíhá v několika krocích. Nejprve musíme shromáždit data, abychom je mohly zhodnotit. Údaje dělíme na subjektivní, které nám sděluje pacient a údaje objektivní, které jsou viděny sestrou či jiným zdravotníkem. Tyto údaje následně porovnáme s vytyčenými cíli. V případě, že došlo ke splnění daného cíle, můžeme ukončit ošetrovatelskou péči. Pokud došlo jen k částečnému splnění, znamená to, že pacientův cíl nebyl ještě splněn a musíme dále pokračovat v realizaci ošetrovatelských intervencí. Pokaždě cíl nebyl splněn vůbec, musí sestra provést změnu ošetrovatelského plánu a provést jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu znovu, dokud nedojde k odstranění problému. Dosažení daného cíle nám poskytuje zpětnou vazbu, zda byl plán péče úspěšný (Broňová, 2010, s. 78–79; Tóthová a kol., 2009, s. 128–130).

Hodnocení rozlišujeme na tři typy – termínované hodnocení, které se provádí na konci prvního cyklu, kde stanovujeme zpravidla jen krátkodobé cíle a předpokládaný termín jejich splnění, následné hodnocení provádí sestra, která provedla zhodnocení a sestavila plán ošetrovatelské péče. Dále průběžné hodnocení, které se provádí neustále a v každé fázi ošetrovatelského procesu. Hodnocení probíhá od samého začátku, kdy hodnotíme pacienta a jeho potřeby až do doby, kdy je pacient propouštěn do domácí péče. Posledním typem je závěrečné hodnocení, toto hodnocení provádí sestra, pokud je pacient překládán na jiné oddělení, do péče někoho jiného či je pacient přeložen do jiné nemocnice. V tomto hodnocení jsou obsaženy ty nejdůležitější ošetrovatelské problémy pacienta, hodnocení stanovených krátkodobých a dlouhodobých cílů, které vyžadují další pozornost. Závěrečné hodnocení zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče. (Tóthová a kol., 2009, s. 130).

6 EDUKACE

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, *educare*, v českém jazyce toto slovo má význam – vést vpřed, vychovávat. Termín edukace je známý již od 19. století, kdy zakladatelka ošetrovatelství Florence Nightingalová kladla důraz na to, že nestačí informace pacientům jen podávat, ale je zapotřebí je i naučit s nimi zacházet, aby je mohli využít v péči o své zdraví. *„Správně provedená edukace zahrnuje poskytnutí informací, poučení o konkrétní problematice a orientaci v jejím řešení. Tím umožňuje vyšší aktivní zapojení nemocného do řešení jeho zdravotního problému a spoluúčast na ovlivnění dalšího průběhu choroby.“* (Malíková, 2011, s. 255).

6.1 Vymezení základních pojmů v procesu zdravotnické edukace

Mezi základní pojmy patří vzdělávání, vzdělanost, edukační proces, edukant, edukátor, edukační konstrukty, edukační prostřední a edukační standart. Vzdělávání je proces, který rozvíjí u jedince jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Cílem je získat vzdělání či určitou kvalifikaci. Vzdělanost nám ukazuje celkovou úroveň vzdělávání v dané sociální skupině, státě či národě. Zahrnuje i úroveň vzdělanosti medicíny, ošetrovatelství, vědy, techniky atd. Edukační proces je aktivita lidí s cílem učení jedinců, a to buď se záměrným či nezáměrným úmyslem. Tento proces probíhá již od prenatálního života až do smrti. Názorným příkladem je osvojení si mateřského jazyka, kdy dítě přejímá komunikační dovednosti od matky, ale i od ostatních lidí. Edukační proces je ovlivněn čtyřmi determinanty – charakteristikou edukanta, edukátorem, edukačními konstrukty a edukačním prostředím. Edukantem může být kterýkoliv jedinec bez ohledu na věk a prostředí, ve kterém bude probíhat edukace. Ve zdravotnickém prostředí je to pacient. Avšak edukantem se může stát i zdravotník, který si osvojuje nové vědomosti a dovednosti v rámci celoživotního vzdělávání. Každý edukant je individuální osobnost, která má své charakteristické fyzické, afektivní a kognitivní vlastnosti. Edukátor je aktivní účastník edukační činnosti. Ve zdravotnictví je to nejčastěji lékař či všeobecná sestra nebo jinak specializovaný odborník. Edukační konstrukty jsou veškeré plány, standarty, teorie, zákony, předpisy, které ovlivňují hodnotu edukačního procesu. Edukační prostředí je prostor, ve kterém probíhá edukace. Edukační prostředí je ovlivňováno např. světlem v místnosti, barvou zdí, zvukem, nábytkem, ale také i atmosférou edukace. Příkladem ze zdravotnického prostředí je např. ambulance, kdy edukantem je pacient a edukátorem lékař či sestra. (Juřeníková, 2010, s. 9–10).

6.2 Význam edukace ve zdravotnictví

V posledních desetiletích se nejen zlepšila kvalita všech léčebných a diagnostických metod, ale postupně se i výrazně změnil přístup ošetřujících zdravotnických pracovníků k pacientovi, a tím se změnila i role, kterou pacient sám zaujímá. Dříve byl pacient na příkaz lékaře či sestry nucen poslechnout a zachovat se přesně tak, jak mu bylo řečeno, aniž by mu byl vysvětlen důvod. Avšak dnes tomu tak není. V dnešní době pacient zaujímá roli aktivního účastníka, přičemž zároveň přebírá i určitou míru zodpovědnosti za své zdraví, avšak za předpokladu, že získal potřebné informace. (Svěráková, 2012, s. 27).

Edukace pacientů je nedílnou součástí léčebného procesu a ošetrovatelské péče. Přispívá k předcházení nemoci, udržení a navrácení zdraví či přispívá ke zkvalitnění života daného jedince. Edukace má velmi významnou a podstatnou úlohu v rámci preventivního opatření. Dělíme ji na primární prevence, která je zaměřena především na zdravou populaci. Cílem je předcházení nemocí, udržení či zlepšení kvality života. Sekundární prevence se zaměřuje na edukaci jedinců, kteří již trpí chorobou, v tomto případě se snažíme jim předat co nejvíc nových informací, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jejich zdraví až k jejich uzdravení. Poslední prevencí je prevence terciální, která má hlavní cíl a to udržení či zlepšení kvality života. (Juřeníková, 2010, s. 11).

Jak jsem již zmínila, edukace je nedílnou součástí léčebného procesu. Při léčebném procesu je velmi důležitá týmová spolupráce, tedy spolupráce lékařských oborů, ošetrovatelských oborů a v neposlední řadě také spolupráce samotného pacienta. Velmi důležitým aspektem je spolupráce rodiny v léčebném procesu, kdy se rodina nemocného může aktivně podílet na jeho péči. Je nezbytně nutné, aby rodina byla informovaná o diagnóze a léčbě. U klienta je velice podstatné navodit pacientovi pozitivní myšlení a pomoci mu pochopit jeho onemocnění a případné omezení v jeho životě, jež je způsobeno daným onemocněním. Pacient musí pochopit, že především on sám je zodpovědný za své zdraví, a proto je nutnost dodržování léčebného režimu velmi důležitá. Pokud je edukace správně vedená, měla by být ku prospěchu jak pacientovi, tak i zdravotníkům. (Míčková, 2009).

Efektivní výchova a vzdělání pacientů má též vliv i na ekonomickou stránku zdravotnického systému. Pacient po edukaci zaujímá obvykle aktivní přístup v jeho léčebném

procesu, což znamená, že jeho léčba bude efektivnější a tím se zkrátí doba hospitalizace i rekonvalescence. (Staňková, 2012, s. 29)

Efektivní výchova pacientů a jejich rodin může zamezit případné recidivě onemocnění. Autorka L. C. Marshall ve své knize uvádí, že se tato šance zmenší až na 30%. Výzkum o edukaci ukázal, že účinná výchova pacientů a jejich rodin snížila míru zpětného přijetí do nemocnic nebo navštívení pohotovostní služby ve srovnání s pacienty, kteří nebyli edukováni. (Lori C. Marshall, 2015, s. 4–5).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Z hlediska teorie je ošetrovatelský proces to, z čeho vycházejí postupy zaměřené na řešení ošetrovatelských problémů vzniklých v praxi během ošetrování pacientů/klientů. Naopak z praktického hlediska je ošetrovatelský proces základní metodou práce jak sester, tak i studentů, kteří během svých odborných stáží poskytují komplexní ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces je cyklický a dynamický děj, jehož součástí je plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem je změna zdravotního stavu klienta/pacienta v jeho prospěch a to tak, že se klient/pacient bude cítit co nejlépe a budou uspokojeny jeho veškeré bio-psycho-sociální a spirituální potřeby, jejichž uspokojování je nemocí narušeno. Student se setkává s ošetrovatelským procesem ve škole po teoretické stránce a v nemocnici poté uplatňuje znalosti o ošetrovatelském procesu, které získal za celé tři roky studia na vysoké škole. Tyto teoretické znalosti uplatňuje při poskytování péče pacientů/klientům během odborných stáží, ale samozřejmě i po absolutoriu ve své profesi všeobecné sestry či porodní asistentky. Povinnost každého zdravotníka je uplatňovat tuto metodu dle vyhlášky č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a Koncepce ošetrovatelství ČR. V neposlední řadě si tedy kladu otázku „Jak obsáhlé jsou vědomosti studentů o ošetrovatelském procesu?“ a „Uplatňují ošetrovatelský proces v praxi?“

8 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

8.1 Hlavní cíl

Zjistit názor studentů bakalářského a vyššího odborného studia na ošetrovatelský proces, ověřit jejich vědomosti o této metodě, a zda uplatňují ošetrovatelský proces v praxi.

8.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda studenti bakalářského studia a vyššího odborného studia mají znalosti o ošetrovatelském procesu.
2. Zjistit, zda jsou vědomosti studentů ovlivněné typem studovaného programu.
3. Zjistit názor studentů na metodu ošetrovatelského procesu.

8.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1 – Mají studenti znalosti o metodě ošetrovatelského procesu?

Testovací otázky: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

Výzkumná otázka č. 2 – Uplatňují studenti ošetrovatelský proces v praxi?

Testovací otázky: 15

Výzkumná otázka č. 3 – Existuje souvislost mezi znalostmi studentů a typem studovaného programu?

Testovací otázky: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

Výzkumná otázka č. 4 – Jaký názor mají studenti na metodu ošetrovatelského procesu?

Testovací otázky: 16, 17, 18, 19

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Ve výzkumném šetření byl využitý záměrný výběr respondentů. Respondenty byli studenti ze Západočeské univerzity v Plzni oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia druhého a třetího ročníku a studenti z Vyšších odborných škol zdravotnických v Plzni a v Ústí nad Labem oboru Diplomovaná všeobecná sestra prezenční formy studia druhého a třetího ročníku.

Důvodem, proč jsem do výzkumného šetření nezahrnula studenty i z prvního ročníku, byl ten, že v době mého výzkumného šetření si studenti teprve procházeli teoretickou výukou ošetrovatelského procesu, tudíž zatím nezískali potřebné vědomosti k tomu, abych je mohla objektivně posoudit. Studenti z prvního ročníku si též neprošli zatím ani praktickou výukou, tudíž si nemohli utvořit zatím názor na metodu ošetrovatelského procesu. Neoslovila jsem též studenty z kombinované formy oboru Všeobecná sestra, nýbrž u nich se domnívám, že v rámci své praxe v oboru by již ošetrovatelský proces měli znát.

Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 112 respondentů, z nichž 60 studentů bylo z bakalářského studia a 52 studentů z vyššího odborného studia.

10 METODIKA PRÁCE

Vybrala jsem si kvantitativní výzkumnou metodu, která byla realizována prostřednictvím dotazníků. Dotazníky byly v tištěné formě. Osobně jsem dotazníky rozdala u 2. a 3. ročníku na Západočeské univerzitě a na Vyšší odborné škole zdravotnické v Plzni. Na Vyšší odbornou školu v Ústí nad Labem jsem dotazníky zaslala prostřednictvím pošty. Dotazník byl polostrukturovaný, anonymní, dobrovolný a obsahoval 19 otázek, z toho obsahoval 17 otázek uzavřených, 1 otázku polouzavřenou a 1 otázku otevřenou.

První a druhá otázka byla zaměřená na studium respondentů, kde se studentů ptám na školu, kterou právě studují a na ročník daného studia. Následovaly otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14, jednalo se o testovací otázky, kde jsem se ptala na otázky o ošetrovatelském procesu – kde vznikl, kolik má fází, k čemu slouží apod. Těmito otázky jsem ověřovala vědomosti respondentů o metodě ošetrovatelské procesu. Otázka č. 15 měla za úkol zjistit, zda respondent využívá v praxi teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu. Následující otázky, konkrétně otázky č. 16, 17, 18, 19 zjišťovaly, názor studentů na ošetrovatelský proces. Ke každé otázce bylo nabídnuto mnoho možných odpovědí, správná odpověď u každé otázky byla pouze jedna mimo otázky č. 5 a č. 9, kde byla možnost více správných odpovědí. U otázky č. 5 se jednalo o tři správné odpovědi, v otázce č. 9 o dvě správné.

Po vyplnění dotazníků respondenty, byly získané údaje statisticky vyhodnoceny a zpracovány do grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Office.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2018 až do února roku 2019 na Západočeské univerzitě v Plzni ve 2. a 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra a na Vyšších odborných školách zdravotnických v Plzni a v Ústí nad Labem ve 2. a 3. ročníku oboru Diplomovaná všeobecná sestra. Ke svolení o daném výzkumu jsem podala písemnou žádost vedení Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity a vedení Vyšších odborných škol zdravotnických v Plzni a v Ústí nad Labem (viz. příloha č. 1, č. 2 a č. 3). Dotazníky jsem rozdala osobně na Západočeské univerzitě v Plzni a na Vyšší odborné škole v Plzni. Na Vyšší škole v Ústí nad Labem jsem komunikovala prostřednictvím e-mailu s paní zástupkyní, která mi nabídla pomoc s vyplněním dotazníků. Dotazníky jsem jí tedy zaslala prostřednictvím pošty.

Celkem jsem rozdala 125 (100%) dotazníků, 60 (48%) dotazníků na Západočeské univerzitě v Plzni, 50 (40%) dotazníků na Vyšší odborné škole v Plzni a 15 (12%) dotazníků na Vyšší odborné škole v Ústí nad Labem. návratnost vyplněných dotazníků činila 115 (92%). Po zkontrolování dat u dotazníků jsem musel z důvodu neúplnosti 3 dotazníky vyřadit. Celkem tedy jsem získala 112 (90%) dotazníků.

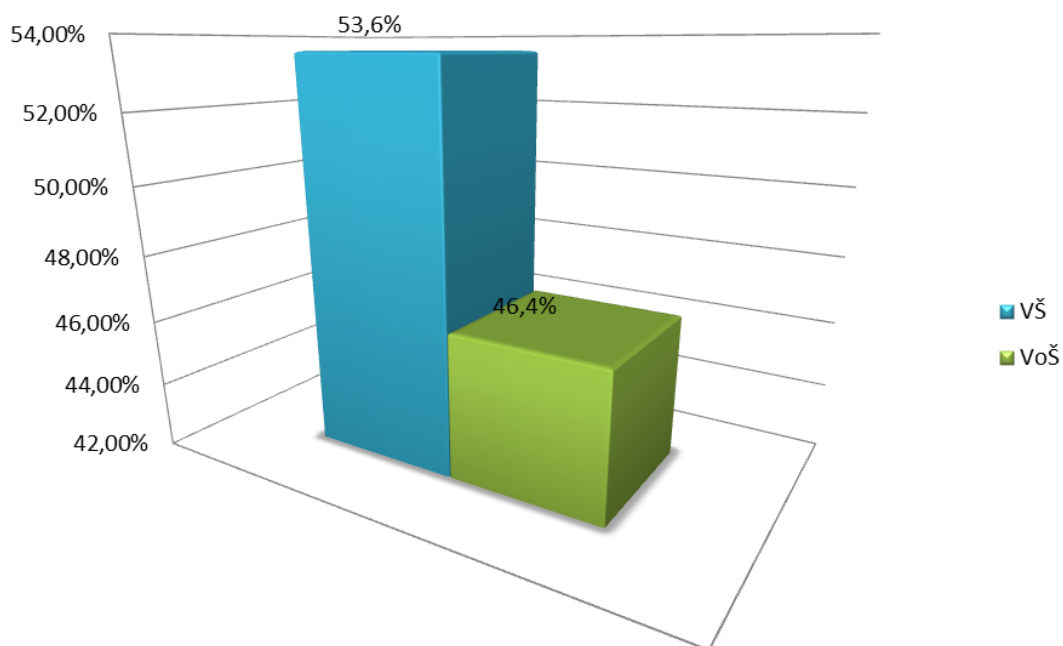
12 ANALÝZA ÚDAJŮ

Data, jež jsem získala při dotazníkovém šetření, jsem utřídila do jednotlivých grafů, které byly dále zpracovány pomocí programu Microsoft Excel.

Následující graf nám ukazuje, jakou školu respondent navštěvuje, abychom měli představu o četnosti respondentů na dané škole.

Otázka č. 1 – **Jakou školu studujete?**

Graf č. 1 – Škola, kterou respondent studuje



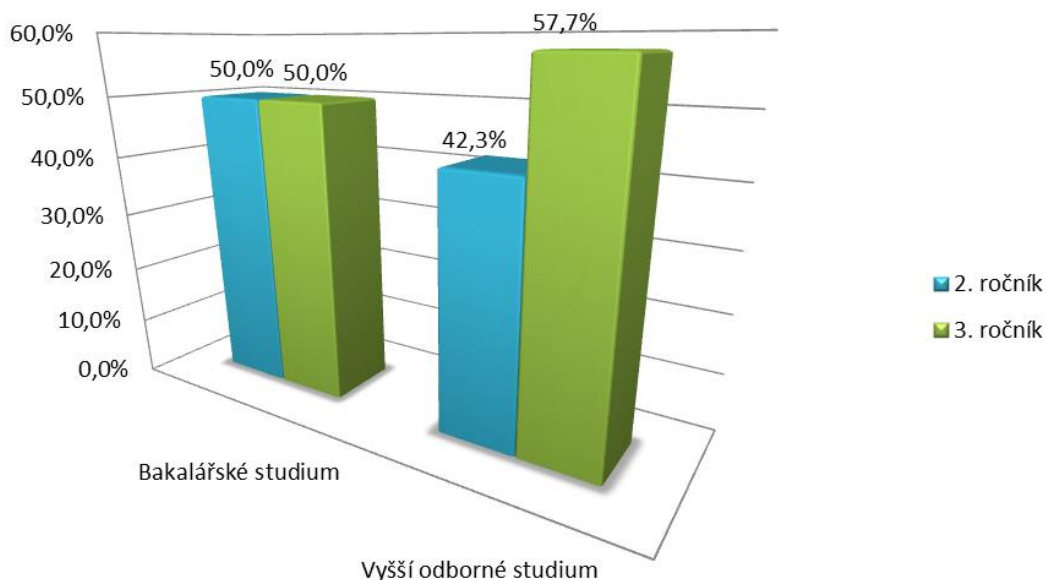
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 112 respondentů (100%) bylo 60 (53,6%) respondentů z VŠ – Bakalářského studia a 52 (46,4%) respondentů z VoŠ – Vyšší odborné školy. Počet respondentů byl pro mne důležitý, abych mohla objektivně porovnat data získaná od studentů z obou studijních oborů.

Následovala druhá otázka, která zjišťovala, v jakém ročníku daný student studuje. Tato otázka byla podstatná kvůli tomu, abych mohla dále objektivně porovnat znalosti studentů obou studijních programů u následujících otázek, které se zaměřují na obecný přehled o ošetrovatelském procesu.

Otázka č. 2 – **Jaký ročník studujete?**

Graf č. 2 – Studijní ročník



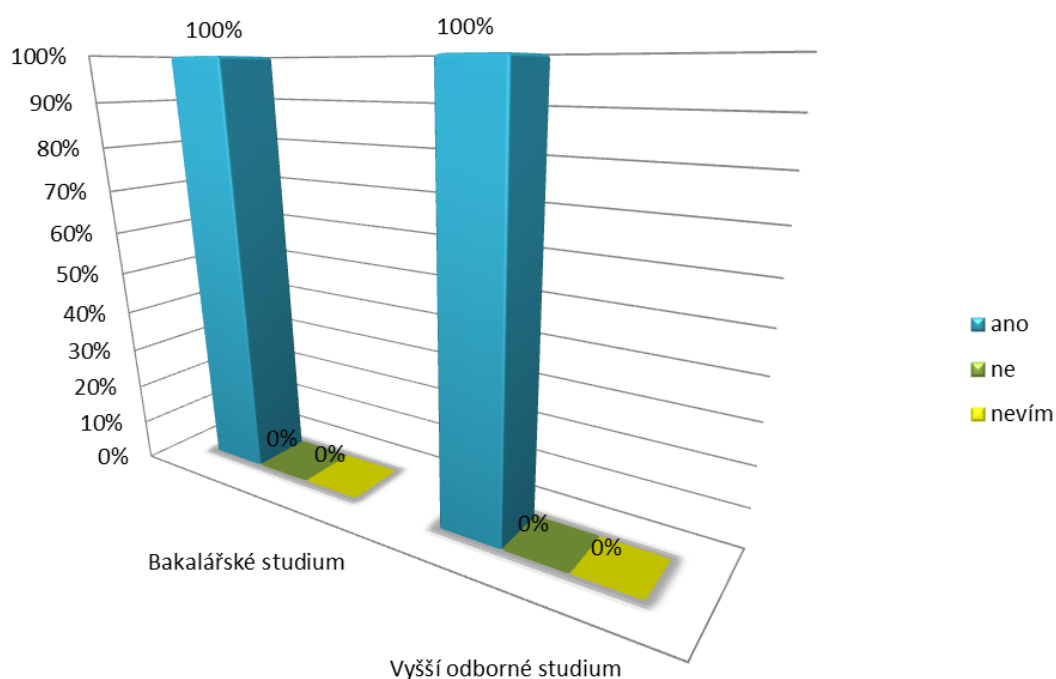
Zdroj: vlastní

V bakalářském studium bylo 30 (50%) respondentů z druhého ročníku a 30 (50%) respondentů z třetího ročníku. Z vyššího odborného studia bylo z druhého ročníku 22 (42,3%) respondentů a ze třetího ročníku 30 (57,7%) respondentů. Počet dotazovaných z jednotlivých ročníků byl tedy přibližně stejný a výrazně se nelišil.

Touto otázkou jsme si ověřovala, zda byl na vybraných školách vyučován teoreticky ošetrovatelský proces. Otázka sloužila k tomu, abych mohla objektivně porovnat znalosti respondentů, protože bez předchozího teoretického vzdělání by to nebylo možné. Byla přidělena k testovacím otázkám, avšak nebyla zahrnuta do celkového hodnocení.

Otázka č. 3 – **Setkali jste se s teoretickou výukou ošetrovatelského procesu na Vaší škole?**

Graf č. 3 – Byl na dané škole vyučován teoreticky ošetrovatelský proces



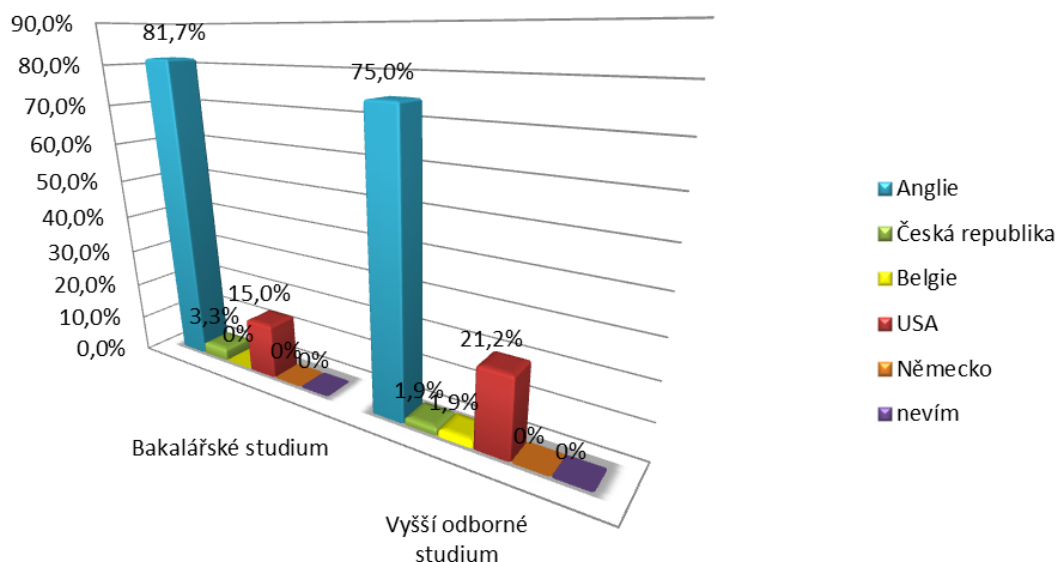
Zdroj: vlastní

Na otázku, kde se tážou respondenti, zda se setkali s teoretickou výukou na jejich škole, odpověděli všichni totožně. Na bakalářském studiu odpovědělo 60 (100%) studentů, že ano a na vyšším odborném studiu 52 (100%) studentů taktéž ano.

Otázky v rozmezí 4–14 patřily k testovacím otázkám, jež jsem si určila k ověření znalostí studentů o metodě ošetrovatelského procesu. Jednalo se o základní otázky o této metodě. Tyto otázky se vztahovaly k výzkumné otázce č. 1 a č. 3.

Otázka č. 4 – Kde vznikl ošetrovatelský proces?

Graf č. 4 – Kde vznikl ošetrovatelský proces

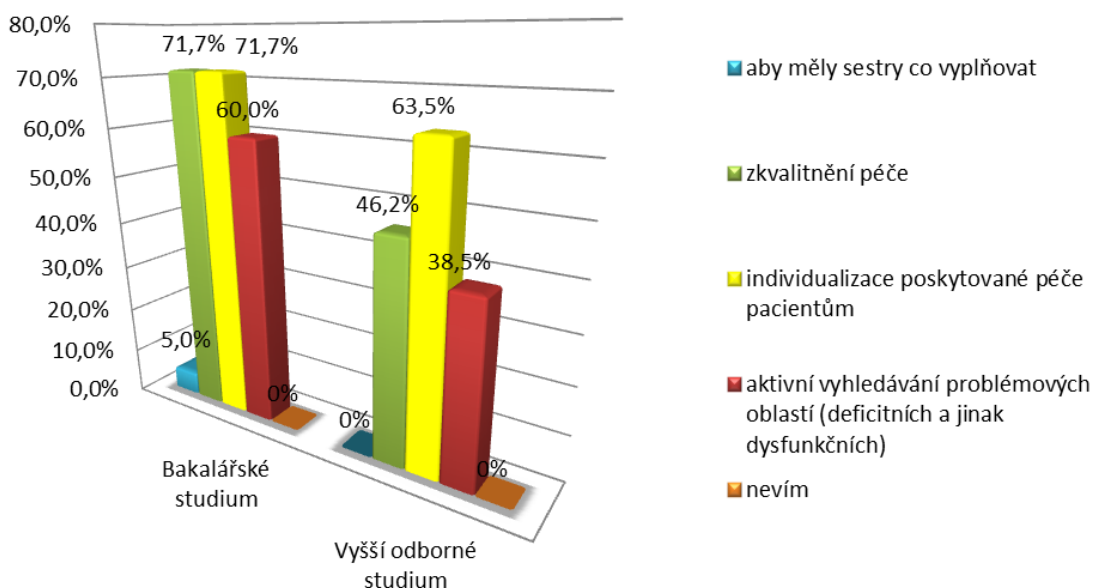


Zdroj: vlastní

V tomto grafu je znázorněno, kde si myslí studenti, že vznikl ošetrovatelský proces. Z bakalářského studia si 49 (81,7%) studentů myslí, že v Anglii, 9 (15%) studentů, že ve Spojených státech amerických a 2 (3,3%) studenti se domnívají, že v České republice. Z vyššího odborného studia se 39 (75%) studentů domnívá, že ošetrovatelský proces vznikl v Anglii, 11 (21,2 %) studentů označilo odpověď Spojené státy americké, 1 (1,9%) student si myslí, že vznikl v České republice a 1 (1,9%) student, že v Belgii.

Otázka č. 5 – Víte, k čemu slouží ošetrovatelský proces? (více správných odpovědí)

Graf č. 5 – K čemu slouží ošetrovatelský proces

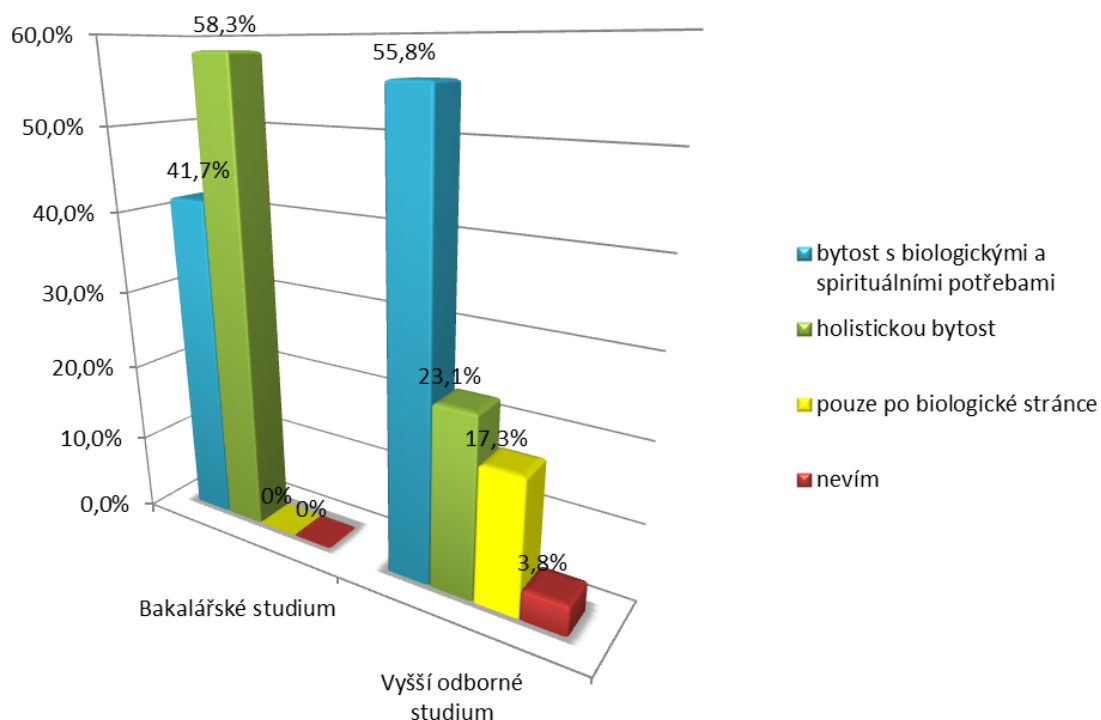


Zdroj: vlastní

V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí. Z bakalářského oboru odpověděla převážná většina respondentů 43 a 43 (71,7% a 71,7%) i z vyššího odborného studia 24 a 33 (46,2% a 63,5%) a to tak, že ošetrovatelský proces slouží ke zkvalitnění péče a uspokojení individuálních potřeb pacienta. Velmi vysoký počet respondentů z bakalářského i vyššího odborného studia – 36 (60%) a 20 (38,5%) studentů odpovědělo, že si myslí, že slouží k aktivnímu vyhledávání problémových oblastí. Pouze 3 (5%) studenti z bakalářského oboru odpovědělo, že ošetrovatelský proces slouží k tomu, aby měly sestry co vyplňovat.

Otázka č. 6 – Ošetrovatelský proces vnímá klienta/pacienta jako:

Graf č. 6 – Jak vnímá ošetrovatelský proces klienta/pacienta

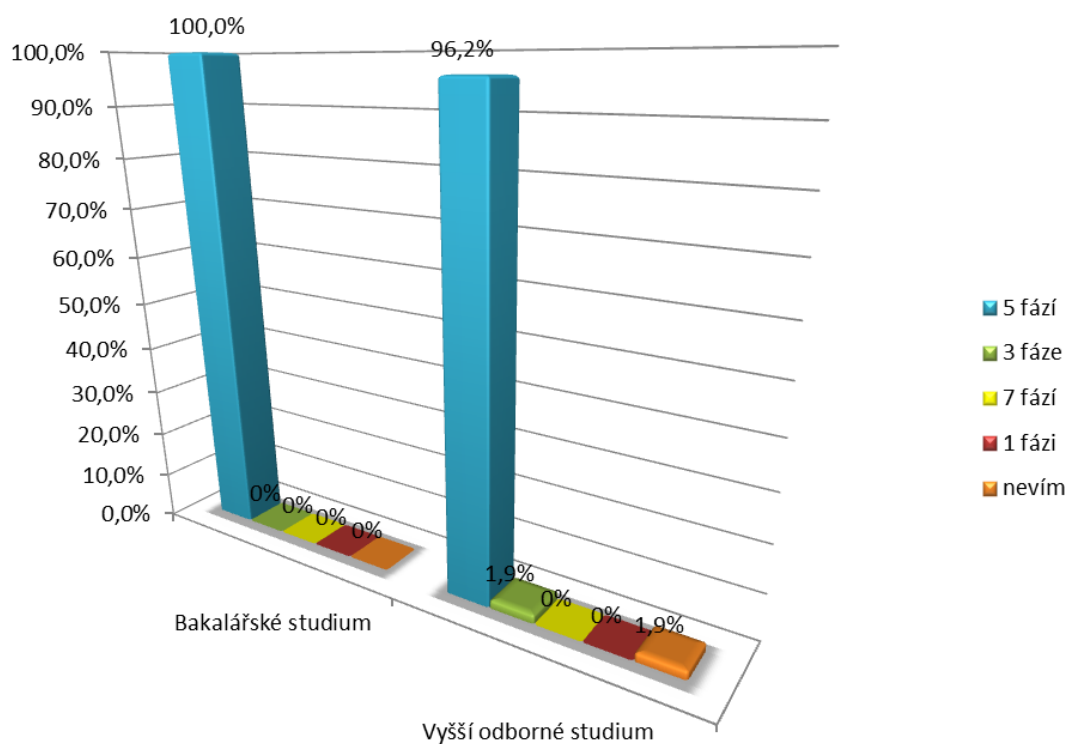


Zdroj: vlastní

V této otázce odpovídaly oba obory odlišně. Na bakalářském oboru si více jak polovina, konkrétně 35 (58,3%) studentů myslí, že ošetrovatelský proces vnímá K/P jako holistickou bytosť. Zbylých 25 (41,7%) studentů se domnívá, že K/P je vnímán jako bytosť s biologickými a spirituálnymi potrebami. Na vyšším odborném studium je to obráceně, 29 (55,8%) studentů se domnívá, že je K/P vnímán jako bytosť s biologickými a spirituálnymi potrebami, 12 (23,1%) studentů označilo, že je K/P vnímán jako holistická bytosť, 9 (17,3%) studentů si myslí, že je K/P vnímán jen po biologické stránce a 2 (3,8%) studenti označili odpověď „nevím“.

Otázka č. 7 – Kolik fází má ošetrovatelský proces?

Graf č. 7 – Fáze ošetrovatelského procesu

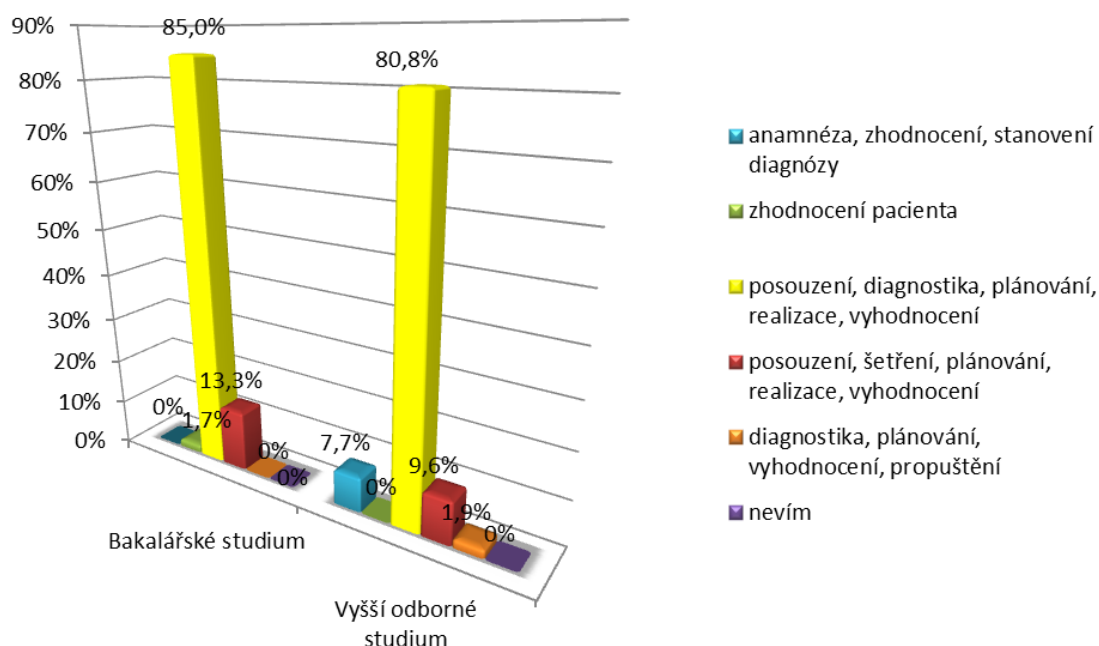


Zdroj: vlastní

Tato otázka byla zaměřena na počet fází ošetrovatelského procesu. Na bakalářském oboru odpověděli všichni respondenti totožně a to tak, že 60 (100%) studentů si myslí, že má 5 fází. Na vyšším odborném studiu odpovědlo 50 (96,2%) studentů, že má 5 fází, 1 (1,9%) student odpověděl, že má pouze 3 fáze a 1 (1,9%) student označil odpověď „nevím“.

Otázka č. 8 – Fáze ošetrovatelského procesu (správně seřazené)

Graf č. 8 – Správně seřazené fáze ošetrovatelského procesu

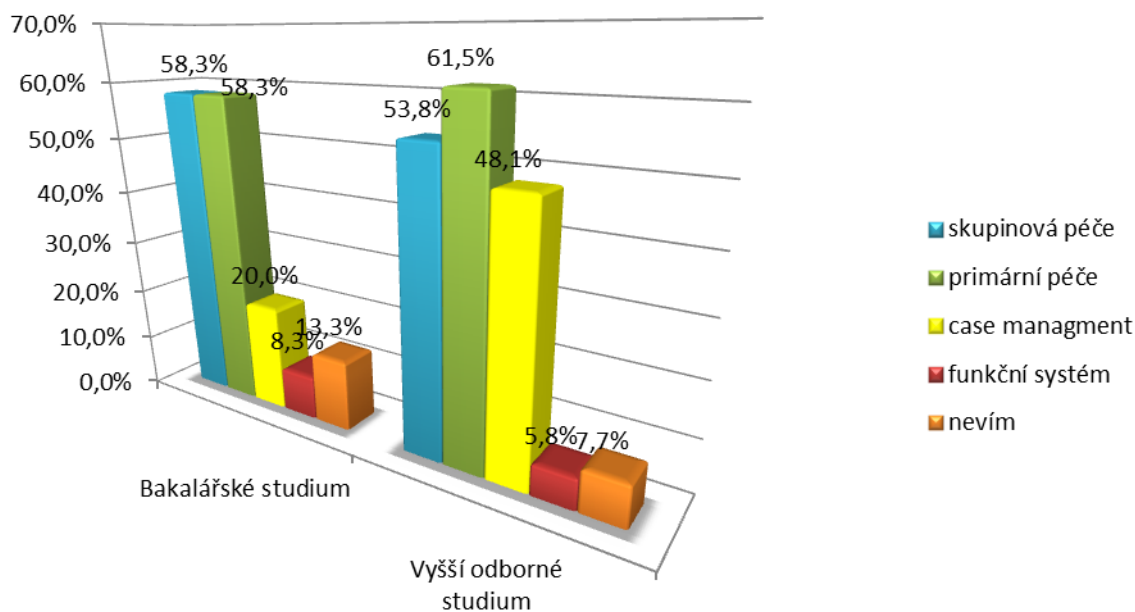


Zdroj: vlastní

Oba obory v této otázce odpověděly téměř shodně. Na bakalářském studiu odpovědělo 51 (85%) studentů a na vyšším odborném studiu 42 (80,8%) studentů, že fáze ošetrovatelského procesu jdou za sebou takto „posouzení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení“. Další častou odpovědí byla odpověď „posouzení, šetření, plánování, realizace, vyhodnocení“, na kterou odpovědělo z bakalářského studia 8 (13,3%) studentů a z vyššího odborného studia 5 (9,6%) studentů. Pak se dále již odpovědi lišily. Z bakalářského studia odpověděl pouze 1 (1,7%) student odpovědí „anamnéza, zhodnocení, stanovení diagnózy“, z vyššího odborného studia takto odpověděli 4 (7,7%) studenti. Na vyšším odborném studium byla označena i odpověď „diagnostika, plánování, vyhodnocení, propuštění“ a to 1 (1,9%) studentem.

Otázka č. 9 – Jaký z ošetrovatelských systémů je doporučován koncepcí ošetrovatelství ČR (č. 9/2004) (více správných odpovědí)

Graf č. 9 – Jaký organizační systém je používán při realizaci ošetrovatelského procesu

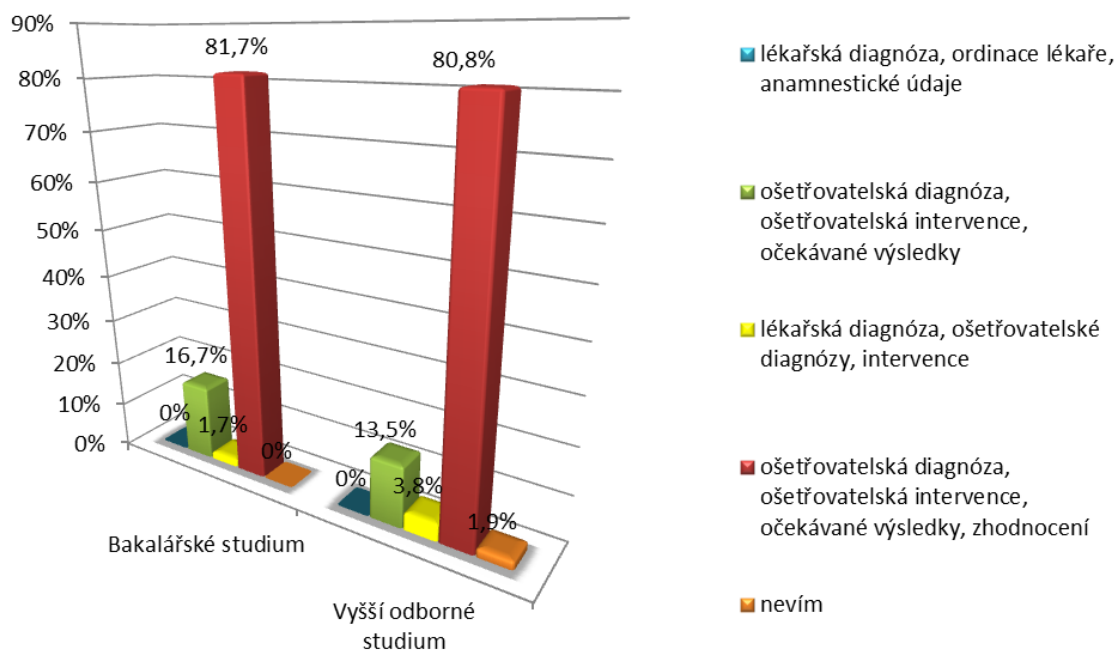


Zdroj: vlastní

U této otázky měli respondenti možnost označit více správných odpovědí. V bakalářském studiu označili studenti převážně odpověď „skupinová péče“ a „primární péče“. Počet těchto studentů byl 35 (58,3%) a 35 (58,3%). Poté 12 (20%) studentů označilo odpověď „case management“, 8 (13,3%) studentů zvolilo odpověď „nevím“ a 5 (8,3%) studentů, že se jedná o „funkční systém“. Na vyšším odborném studiu tomu bylo podobně, odpověď „skupinové péče“ a „primární péče“ označilo 28 (53,8%) a 32 (61,5%) studentů. Další velmi častou odpovědí byla odpověď „case management“, takto odpovědělo 25 (48,1%) studentů. Jen malá část studentů označila odpověď „funkční systém“ a to konkrétně 3 (5,8%) studenti. Zbýlý počet studentů neznalo odpověď a označili „nevím“, počet těchto studentů byl 4 (7,7%).

Otázka č. 10 – Z čeho se skládá ošetřovatelský plán?

Graf č. 10 – Co obsahuje ošetřovatelský plán

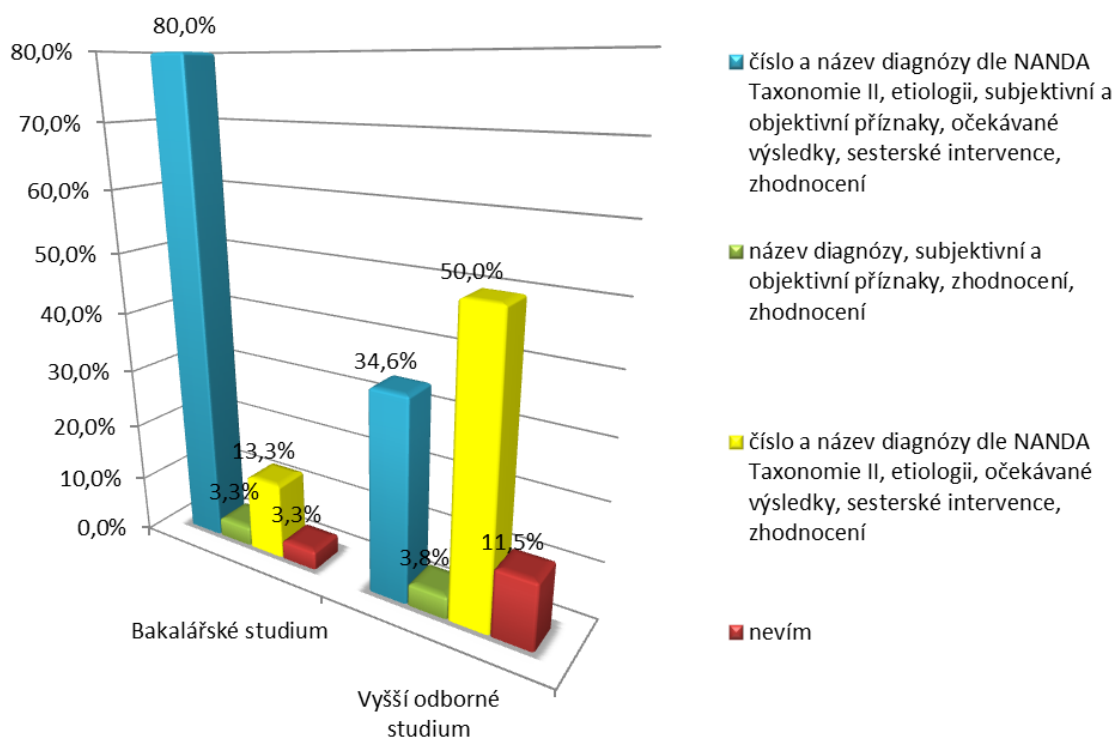


Zdroj: vlastní

Z čeho se skládá ošetřovatelský plán věděla většina studentů. Z bakalářského studia odpovědělo 49 (81,7%) studentů a z vyššího odborného studia 42 (80,8%) studentů odpovědí „ošetřovatelská diagnóza, ošetřovatelská intervence, očekávané výsledky, zhodnocení“. Další častou odpovědí poté byla „ošetřovatelská diagnóza, intervence, očekávané výsledky“, kde z bakalářského studia odpovědělo 10 (16,7%) studentů a z vyššího odborného studia 7 (13,5%) studentů. Ostatní studenti si myslí, že ošetřovatelský plán se skládá z „lékažské diagnózy, ošetřovatelské diagnózy a intervence“, tuto odpověď na bakalářském studiu zodpověděl 1 (1,7%) student a na vyšším odborném studiu 2 (3,8%) studenti. Pouze 1 student z vyššího odborného studia (1,9%) zaškrtnl odpověď „nevím“.

Otázka č. 11 – Stanovená aktuální ošetrovatelská diagnóza obsahuje:

Graf č. 11 – Co obsahuje aktuální ošetrovatelská diagnóza

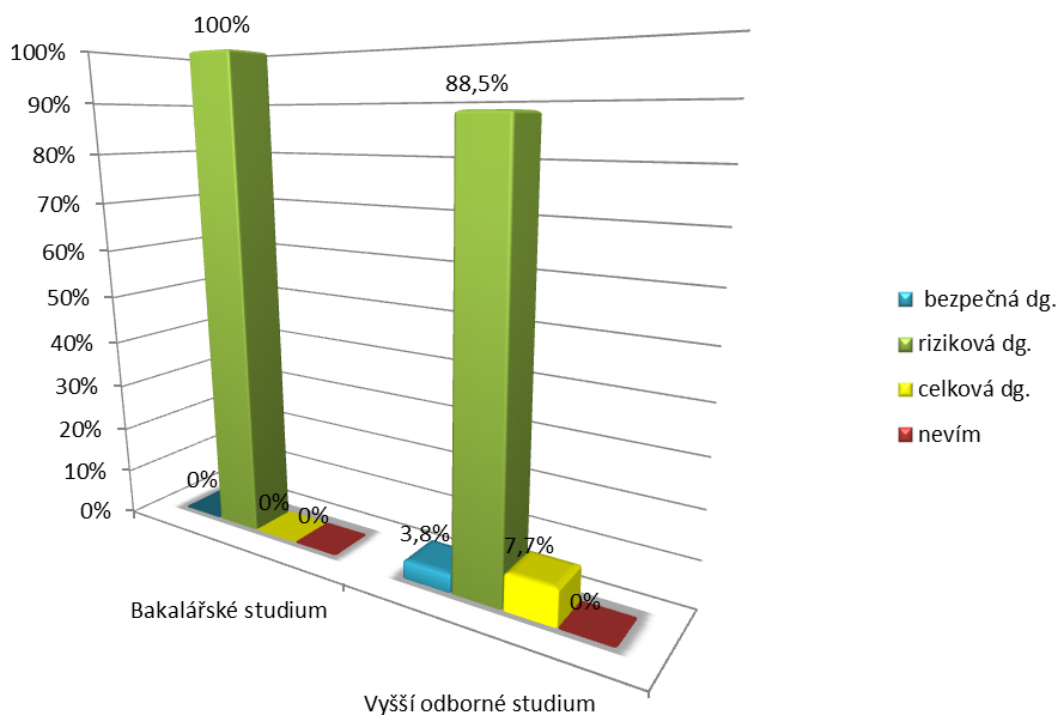


Zdroj: vlastní

V této otázce jsem se dotazovala na to, co obsahuje aktuální ošetrovatelská diagnóza. Studenti obou oborů odpovídali velmi odlišně. Z bakalářského studia si 48 (80%) studentů myslí, že obsahuje „číslo a název diagnózy dle NANDA Taxonomie II, etiologii, subjektivní a objektivní příznaky, očekávané výsledky, sesterské intervence, zhodnocení“. Méně častou odpovědí poté byla odpověď „číslo a název diagnózy dle NANDA Taxonomie II, etiologii, očekávané výsledky, sesterské intervence, zhodnocení“, tuto odpověď označilo 8 (13,3%) studentů. Zbylí 2 (3,3%) a 2 (3,3%) studenti odpověděli „název diagnózy, subjektivní a objektivní příznaky, zhodnocení“ a „nevím“. Na vyšším odborném studiu byla označena studenty nejvíce odpověď „číslo a název diagnózy dle NANDA Taxonomie II, etiologii, očekávané výsledky, sesterské intervence, zhodnocení“ s počtem 26 (50%) studentů. Další častou odpovědí byla odpověď „číslo a název diagnózy dle NANDA Taxonomie II, etiologii, subjektivní a objektivní příznaky, očekávané výsledky, sesterské intervence, zhodnocení“, kde takto odpovědělo 18 (34,6%) studentů. Pouze 6 (11,5%) studentů nevědělo odpověď na tuto otázku a 2 (3,8%) studenti odpověděli, že ošetrovatelská diagnóza obsahuje „název diagnózy, subjektivní a objektivní příznaky, zhodnocení“.

Otázka č. 12 – Co znamená tzv. potencionální dg.?

Graf č. 12 – Co znamená tzv. potencionální dg.

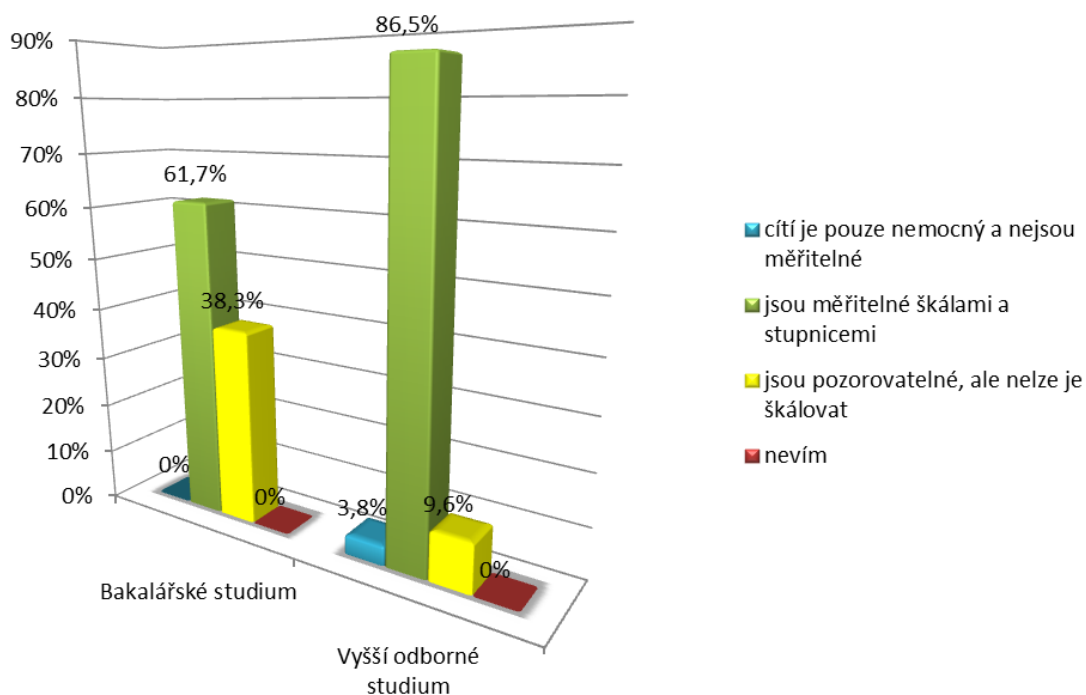


Zdroj: vlastní

Co je tzv. potencionální diagnóza věděli na bakalářském studiu všichni dotazovaní, tedy 60 (100%) respondentů. Na vyšším odborném studiu odpověď na tuto otázku vědělo 46 (88,5%) studentů. Pouze 4 (7,7%) studenti odpověděli, že se jedná o celkovou diagnózu a odpověď „bezpečná dg.“ byla zmíněna 2 (3,8%) studenty.

Otázka č. 13 – Objektivní příznaky jsou:

Graf č. 13 – Objektivní příznaky jsou

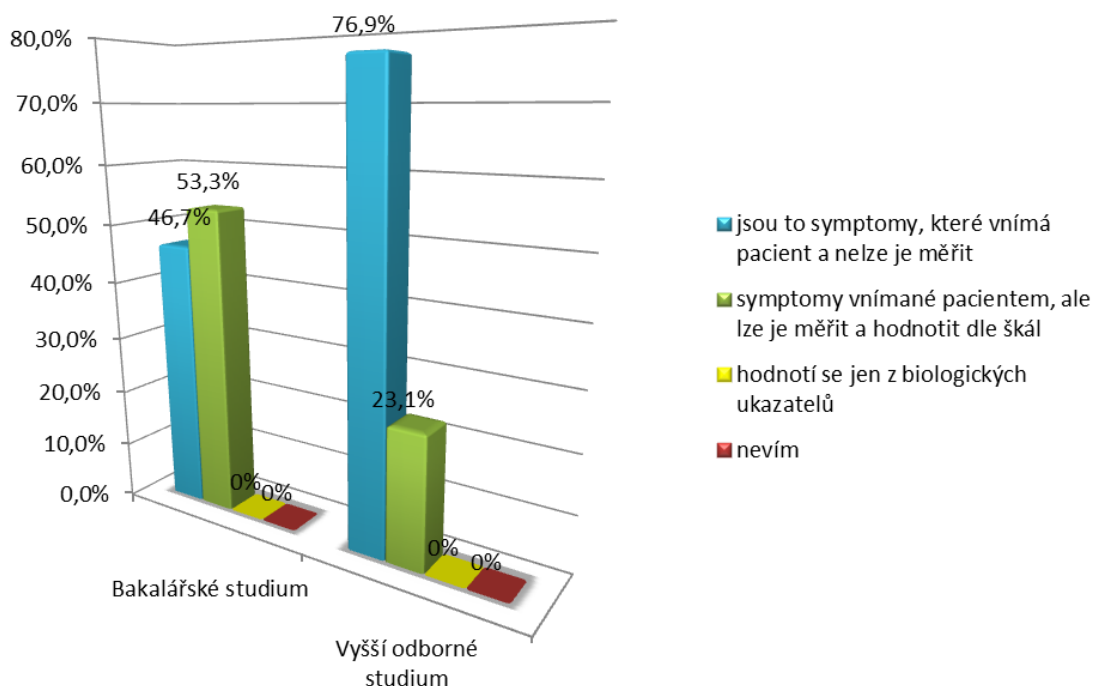


Zdroj: vlastní

Na otázku, co jsou objektivní příznaky odpovědělo z bakalářského oboru 37 (61,7%) studentů odpovědí, že objektivní příznaky jsou měřitelné škálami a stupnicemi. Zbylých 23 (38,3%) studentů odpovědělo, že objektivní příznaky lze pozorovat, ale nelze je škálovat. Z vyššího odborného studia odpověděli studenti takto – největší počet odpovědí bylo u odpovědi „jsou měřitelné škálami a stupnicemi“, kde tuto možnost označilo 45 (86,5%) studentů. Pouze 5 (9,6%) studentů odpovědělo, že jsou objektivní příznaky pozorovatelné, ale nelze je škálovat a jen 2 (3,8%) studenti odpověděli, že je cítí pouze nemocný a nejsou měřitelné.

Otázka č. 14 – Subjektivní příznaky jsou:

Graf č. 14 – Subjektivná příznaky jsou



Zdroj: vlastní

V tomto grafu je znázorněna odpověď na otázku, kde se respondentů ptám, co jsou subjektivní příznaky. Na tuto otázku mi z bakalářského studia odpovědělo 32 (53,3%) studentů, že si myslí, že to jsou symptomy vnímané pacientem, ale lze je měřit a hodnotit dle škál. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď, že jsou to symptomy, které vnímá pacient a nelze je měřit, tuto odpověď označilo 28 (46,7%) studentů. Na vyšším odborném studiu se 40 (76,9%) studentů domnívá, že jsou to symptomy, které vnímá pacient a nelze je měřit. Zbýlých 12 (23,1%) studentů je přesvědčena o to, že jsou to symptomy, které pacient vnímá, ale dají se měřit a hodnotit dle škál.

V tabulce jsou zobrazené sečtené správné odpovědi na otázky č. 4 – 14 u studentů z bakalářského studia 2. a 3. ročníku a z vyššího odborného studia 2. a 3. ročníku. Data jsou převzata z grafů č. 4 – 14.

Tabulka č. 1 – Celkový počet správných odpovědí u jednotlivých testovacích otázek

celkový počet správných odpovědí respondentů		%
otázka č. 4	20	18%
otázka č. 5	83	74%
otázka č. 6	47	42%
otázka č. 7	110	98%
otázka č. 8	93	83%
otázka č. 9	67	60%
otázka č. 10	91	81%
otázka č. 11	66	59%
otázka č. 12	106	95%
otázka č. 13	82	73%
otázka č. 14	68	61%

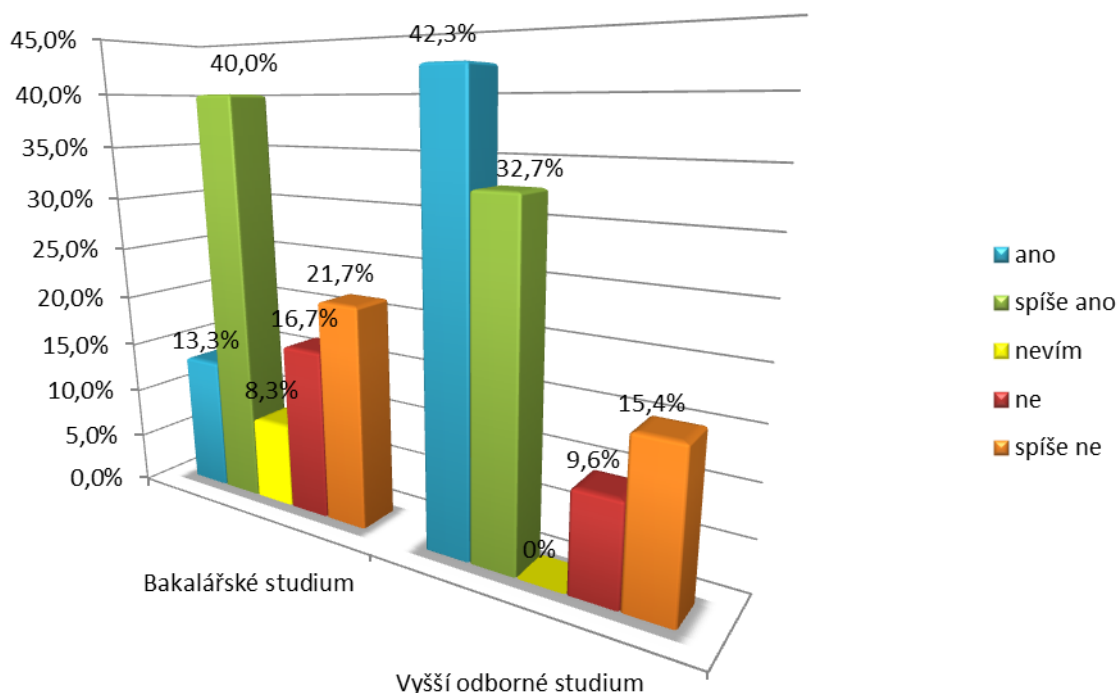
Zdroj: vlastní

Na otázku č. 4 20 (18%) studentů, v otázce č. 5 83 (74%) studentů, v otázce č. 6 47 (42%) studentů, v otázce č. 7 110 (98%) studentů, v otázce č. 8 93 (83%) studentů, v otázce č. 9 67 (60%) studentů, v otázce č. 10 91 (81%) studentů, v otázce č. 11 66 (59%) studentů, v otázce č. 12 106 (95%) studentů, v otázce č. 13 82 (73%) studentů a v otázce č. 14 68 (61%) studentů.

V této otázce jsem zjišťovala, zda studenti využívají při konání odborných praxí teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu, jež získali. Tato otázka byla přidělena k výzkumné otázce č. 2.

Otázka č. 15 – **Využíváte při odborných praxích teoretické znalosti ošetrovatelského procesu?**

Graf č. 15 – Uplatňuje student teoretické znalosti ošetrovatelského procesu při odborné praxi



Zdroj: vlastní

Tato otázka se zabírala na využití teoretických znalostí ošetrovatelského procesu v rámci odborné praxe. Na bakalářském studiu byla nejčastější odpověď „spíše ano“, tuto odpověď označilo 24 (40%) studentů. Další častou odpovědí byla odpověď „spíše ne“, kterou označilo 13 (21,7%) studentů. Záporně se vyjádřilo 10 (16,7%) studentů, naopak kladně 8 (13,3%) studentů. Odpověď nevím byla zvolena 5 (8,3%) studenty. Na vyšším odborném studiu odpověděli respondenti převážně „ano“ či „spíše ano“, počtem 22 (42,3%) a 17 (32,7%). Poté 8 (15,4%) studentů uvedlo, že „spíše ne“ a 5 studentů, že „ne“.

Zobrazená tabulka znázorňuje, kolik studentů na odborné praxi používá teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu. Data jsou převzatá z předešlého grafu č. 15.

Tabulka č. 2 – Přehled odpovědí o využívání teoretických znalostí při ODP

Využíváte při odborných praxích teoretické znalosti ošetrovatelského procesu?	VŠ
Ano	8
Spíše ano	24
Celkem	32
%	53%

Využíváte při odborných praxích teoretické znalosti ošetrovatelského procesu ?	VoŠ
Ano	22
Spíše ano	17
Celkem	39
%	75%

	Počet studentů	%
Dohromady	71	63%

Zdroj: vlastní

Zkratka: ODP (Odborné praxe)

Tato orientační tabulka byla vytvořena na základě porovnání četností správných odpovědí u jednotlivých otázek u jednotlivých typů studia. V tabulce jsou zobrazené testovací otázky 3 – 14 a počet správných odpovědí respondentů z bakalářského studia a vyššího odborného studia.

Tabulka č. 3 – Celkový počet správných odpovědí u jednotlivých forem studia

celkem správných odpovědí	VŠ	%	celkem správných odpovědí	VoŠ	%
otázka č. 3*	60	100%	otázka č. 3*	52	100%
otázka č. 4	9	15%	otázka č. 4	11	21%
otázka č. 5	50	83%	otázka č. 5	33	63%
otázka č. 6	35	58%	otázka č. 6	12	23%
otázka č. 7	60	100%	otázka č. 7	50	96%
otázka č. 8	51	85%	otázka č. 8	42	81%
otázka č. 9	35	58%	otázka č. 9	32	62%
otázka č. 10	49	82%	otázka č. 10	42	81%
otázka č. 11	48	80%	otázka č. 11	18	35%
otázka č. 12	60	100%	otázka č. 12	46	88%
otázka č. 13	37	62%	otázka č. 13	45	87%
otázka č. 14	28	47%	otázka č. 14	40	77%

Zdroj: vlastní

Zkratka: VŠ (Vysoká škola), VoŠ (Vyšší odborná škola)

V této tabulce jsou sečtené správné odpovědi studentů jednotlivých studijních programů, kteří odpověděli na otázky 4 – 14 správně. V bakalářském studiu byl celkový počet respondentů 60, na vyšším odborném studiu 52. Na bakalářském a vyšším odborném studiu studenti odpověděli na jednotlivé otázky takto: **otázka č. 3** – 60 (100%); 52 (100%), **otázka č. 4** – 9 (15%); 11 (21%), **otázka č. 5** – 50 (83%); 33 (63%), **otázka č. 6** – 35 (58%); 12 (23%), **otázka č. 7** – 60 (100%); 50 (96%), **otázka č. 8** – 51 (85%); 42 (81%), **otázka č. 9** – 35 (58%); 32 (62%), **otázka č. 10** – 49 (82%); 42 (81%), **otázka č. 11** – 48

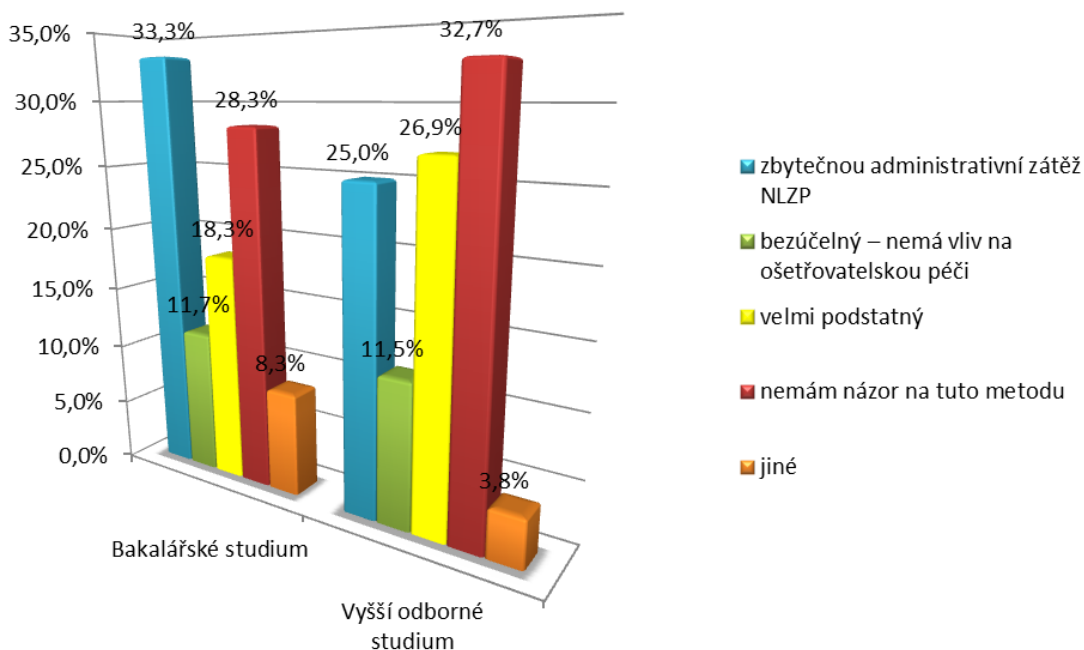
(80%); 18 (35%), **otázka č. 12** – 60 (100%); 46 (88%), **otázka č. 13** – 37 (62%); 45 (87%), **otázka č. 14** – 28 (47%); 40 (77%).

***Otázka č. 3** byla pouze zaměřena na to, zda si student prošel teoretickou výukou ošetřovatelství a nebyla zahrnuta do hodnocení.

Otázky č. 16, 17, 18 a 19 byly přidělené k výzkumné otázce č. 4, která měla za úkol zjistit, jaký názor mají studenti na metodu ošetrovatelského procesu.

Otázka č. 16 – Ošetrovatelský proces považují za:

Graf č. 16 – Názor respondentů na ošetrovatelský proces



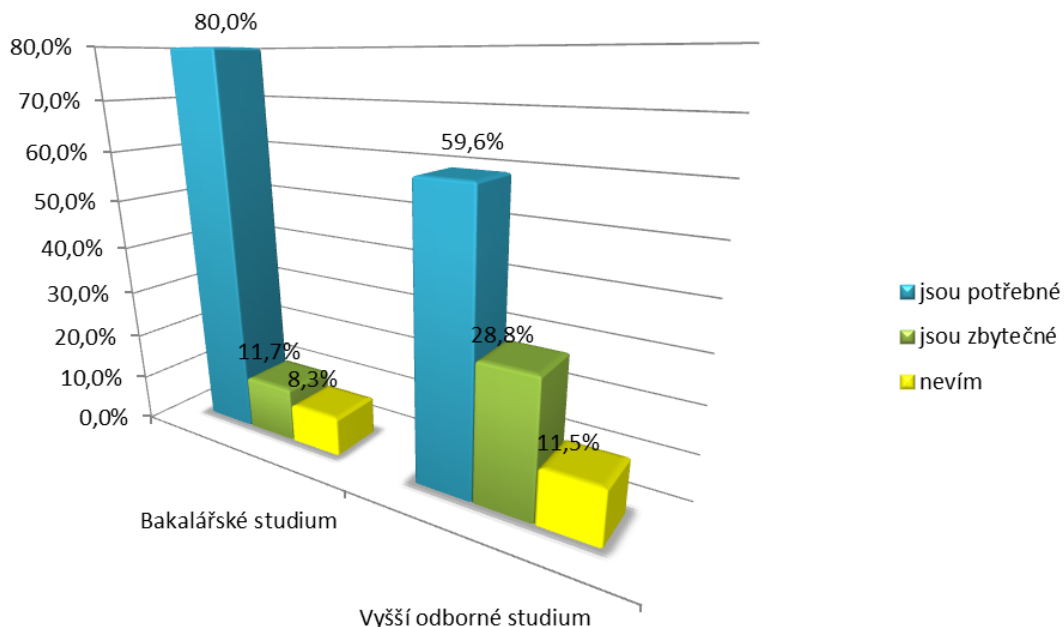
Zdroj: vlastní

U této otázky se oba obory procentuálně skoro shodly. Respondenti z bakalářského studia měli nejvíce zastoupení v odpovědi, že považují ošetrovatelský proces za zbytečnou administrativní zátěž NLZP, konkrétně 20 (33,3%) studentů to takto vnímá. Další častou odpovědí byla odpověď, že nemají názor na tuto metodu, takto odpovědělo 17 (28,3%) respondentů. Pouze 11 (18,3%) studentů vnímá tuto metodu jako velmi podstatnou. A naopak 7 (11,7%) jí vnímá jako bezúčelnou. V této otázce byla možnost odpovědět i vlastními slovy, kdy respondent zakroužkoval možnost „jiné“, takto odpovědělo 5 (8,3%) studentů. Nejčastější odpovědi byly – že kvůli nedostatku personálu nemají sestry čas a proto si stěžují na ošetrovatelský proces, dále že je ošetrovatelský proces velmi důležitý a poslední častou odpovědí bylo, že ošetrovatelský proces má svou podstatu, ale měl by se administrativně odlehčit. Na vyšším odborném studiu odpovědělo nejvíce respondentů odpovědí „nemám názor na tuto metodu“, tuto odpověď zvolilo 17 (32,7%) studentů. Dále byla označována často odpověď, že ošetrovatelský proces je velmi podstatný, tuto odpověď zvolilo konkrétně 14 (26,9%) studentů. 13 (25%) studentů odpovědělo, že se jedná

o zbytečnou administrativní zátěž, 6 (11,5%) si myslí, že je ošetřovatelský proces bezúčelný a pouze 2 (3,8%) studenti mají na to jiný názor. Jedná se o názor, že – ošetřovatelský proces má svůj význam, ale je zde příliš administrativy, druhý názor je ten, že ošetřovatelský proces je špatně vymyšlený.

Otázka č. 17 – Jaký máte názor na ošetřovatelské diagnózy?

Graf č. 17 – Názor respondentů na ošetřovatelské diagnózy

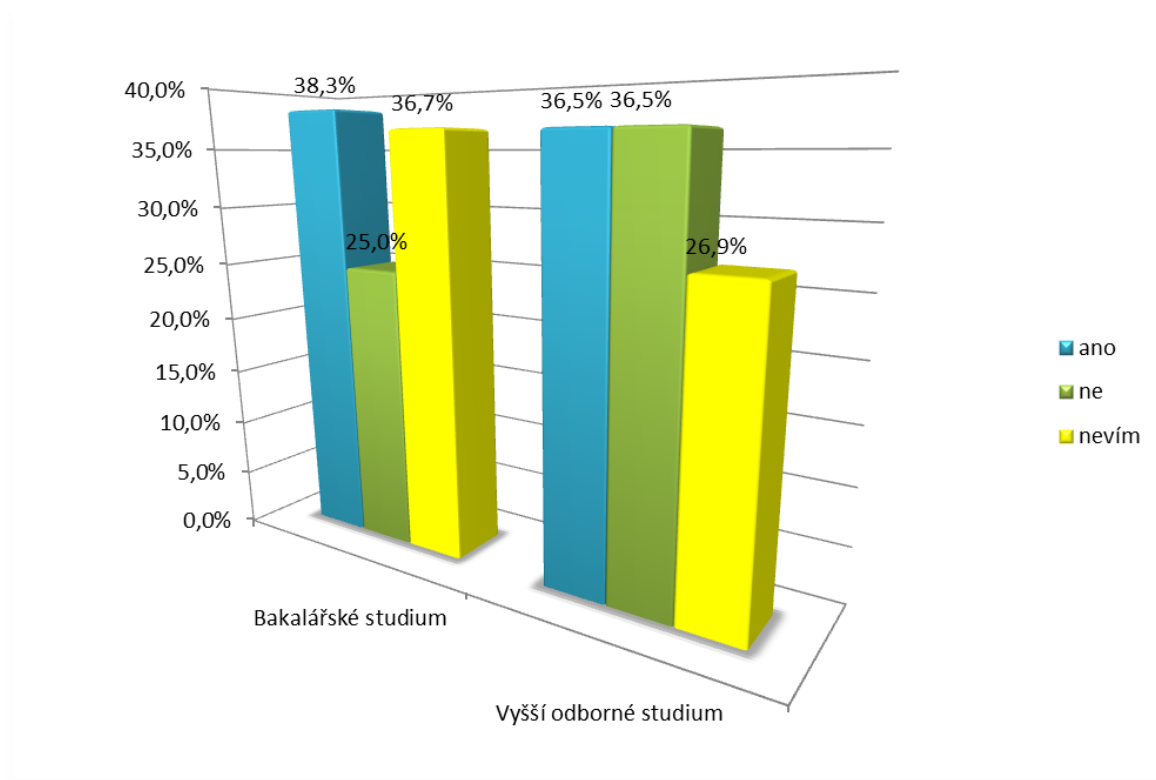


Zdroj: vlastní

Z vyobrazeného grafu je zřejmé, že jak na bakalářském studiu, tak i na vyšším odborném studiu má více jak polovina studentů stejný názor na ošetřovatelské diagnózy a to takový, že jsou potřebné. U bakalářského studia se jedná o 48 (80%) studentů a u vyššího odborného studia 31 (59,6%) studentů. Jako zbytečné je vidí na bakalářském oboru 7 (11,7%) studentů, na vyšším odborném studiu 15 (28,8%) studentů. Odpověď „nevím“ udalo z bakalářského studia 5 (8,3%) studentů a z vyššího odborného studia 6 (11,5%) studentů.

Otázka č. 18 – **Myslíte si, že metoda ošetrovatelského procesu zvyšuje úroveň péče o nemocného?**

Graf č. 18 – Zvyšuje metoda ošetrovatelského procesu úroveň péče o nemocného?

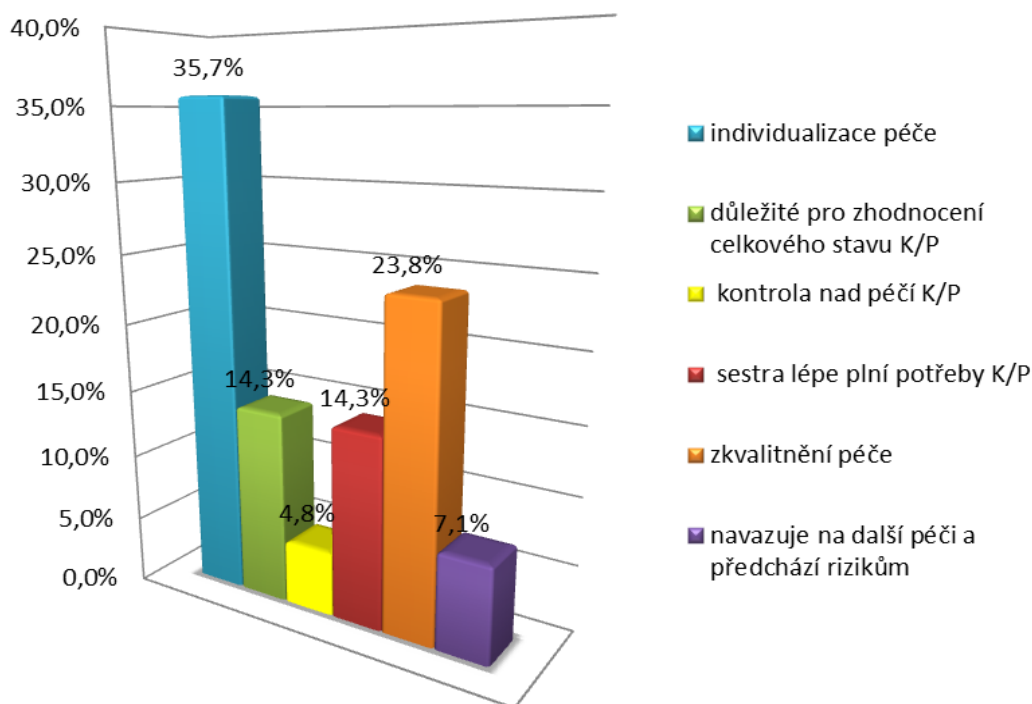


Zdroj: vlastní

V této otázce jsem se ptala, zda si respondenti myslí, že metoda ošetrovatelského procesu zvyšuje úroveň péče o pacienta. V bakalářském studiu dostala nejvíc počet hlasů odpověď „ano“, tu označilo 23 (38,3%) studentů, druhá nejčastější odpověď byla „nevím“, tu zakroužkovalo 22 (36,7%) studentů, poslední možnou odpovědí byla odpověď „ne“. Tuto možnost vybralo 15 (25%) respondentů. U vyššího odborného studia odpovědělo 19 (36,5%) studentů odpovědí „ano“ i odpovědí „ne“, zbylých 14 (26,9%) studentů odpovědělo, že nevědí.

Otázka č. 19 – Pokud jste odpověděli v předešlé otázce „ANO“ zdůvodněte, jak je ošetrovatelský proces přínosný pro pacienta a jak zvyšuje úroveň péče

Graf č. 19 – Přínos ošetrovatelského procesu pro pacienta z pohledu studentů



Zdroj: vlastní

Tato otázka měla být vyplněna pouze tehdy, pokud v předešlé otázce č. 18 odpověděli respondenti „ANO“. Učinilo tak dohromady 42 (100%) respondentů. Z grafu č. 18 bylo patrné, že z bakalářského studia tak učinilo 23 studentů, z vyššího odborného studia 19 studentů. Nejčastější odpovědí byla, že ošetrovatelský proces je přínosný, protože je zaměřen na individuální potřeby K/P, takto odpovědělo 15 (35,7%) respondentů. Další častou odpovědí byla odpověď, že ošetrovatelský proces zkvalitňuje péči, takto to zdůvodnilo 10 (23,8%) studentů. Třetí nejčastější odpovědí byla odpověď, že pomocí ošetrovatelského procesu sestra lépe plní potřeby K/P a odpověď, že ošetrovatelský proces je důležitý pro zhodnocení celkového stavu K/P napsalo 6 (14,3%) studentů. Respondenti dále uvedli, že díky ošetrovatelskému procesu se lépe navazuje na další péče a předchází se rizikům, konkrétně tak odpověděli 3 (7,1%) respondenti. Poslední častou odpovědí byla odpověď, že díky metodě ošetrovatelského procesu má sestra kontrolu nad péčí K/P, na tuto otázku takto reagovali 2 (4,8%) studenti.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Na začátku mého výzkumného šetření jsem si stanovila jeden hlavní cíl a tři dílčí cíle, k nimž byly přiděleny čtyři výzkumné problémy. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit názor studentů bakalářského a vyššího odborného studia na ošetrovatelský proces, ověřit jejich vědomosti o této metodě, a zda uplatňují zmíněnou metodu v praxi.

Dotazníkové šetření probíhalo na studentech bakalářského studia, oboru ošetrovatelství Fakulty zdravotnických studií při Západočeské univerzitě oboru Všeobecná sestra a studentech Vyšších odborných škol zdravotnických v Plzni a v Ústí nad Labem téhož oboru. Do mého šetření bylo zapojeno 30 studentů 2. ročníku bakalářského studia a 30 studentů 3. ročníku. Dále bylo výzkumem osloveno 22 studentů 2. ročníku vyšší odborné školy a 30 studentů 3. ročníku. Celkově jsem tedy oslovila 60 studentů bakalářského a 52 studentů vyššího odborného studia. Počet respondentů z jednotlivých škol je téměř shodný, proto je možné ho považovat za oborově vyrovnaný.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra mají dostatečné znalosti o ošetrovatelském procesu.

K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly otázky 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15. Tyto otázky byly zaměřené na vědomosti studentů o ošetrovatelském procesu všeobecně. Otázka č. 3 byla zaměřená pouze na to, zda bylo na škole, kterou student navštěvuje vyučován teoreticky předmět se zaměřením na ošetrovatelský proces. Tato otázka byla pro mne velmi důležitá, neboť bez předešlého teoretického vzdělání o ošetrovatelském procesu bych nemohla objektivně porovnat získaná data od respondentů. V otázce č. 15 jsem se tázala studentů na to, zda využívají při odborných praxích teoretické znalosti ošetrovatelského procesu.

Dále se k tomuto cíli vztahovaly dvě výzkumné otázky, a to **výzkumná otázka č. 1:** Mají studenti znalosti o metodě ošetrovatelského procesu? A druhá **výzkumná otázka č. 2:** Uplatňují studenti ošetrovatelský proces v praxi?

Výzkumnou otázku č. 1 jsem si testovala otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14, kde jsem se ptala na všeobecné věci o ošetrovatelském procesu (kde vznikl, kolik má fází, k čemu slouží, jak vnímá klienta/pacienta atd.). Jak jsem již zmínila, otázka č. 3 byla zaměřená pouze na to, zda si respondent prošel teoretickou výukou ošetrovatelského pro-

cesu na studované škole. Tuto otázku jsem tedy nepočítala do celkového hodnocení dotazníku. Celkem jsem ověřila znalosti u 112 (100%) studentů, z nichž bylo 60 (53,6%) studentů z bakalářského studia a 52 (46,4%) studentů z vyššího odborného studia. V dotazníku bylo tedy zaměřeno 11 otázek na ošetrovatelský proces, kde jsem měla tu možnost otestovat vědomosti studentů. V tabulce č. 1 je zobrazen celkový počet správných odpovědí z obou forem studia. Na otázku č. 3 odpovědělo ze 112 respondentů 112 (100%) studentů shodně. Tato otázka zjišťovala, zda studenti na dané škole měli předmět, kde získali teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu. V otázce č. 4 jsem zjišťovala, zda studenti vědí, kde vznikl ošetrovatelský proces. Na tuto otázku odpovědělo správně 20 (18%) studentů. Otázka č. 5 byla zaměřena na to, zda respondent ví, k čemu slouží ošetrovatelský proces. V této otázce měli respondenti možnost označit více správných odpovědí, přičemž z 6 možných odpovědí byly 3 možnosti správně. Na tuto otázku odpovědělo správně 83 (74%) studentů. Další otázkou byla otázka č. 6, ta se zabírala tím, jak je K/P vnímán v ošetrovatelském procesu, správně odpovědělo 47 (42%) studentů. V otázce č. 7 jsem se ptala na počet fází ošetrovatelského procesu, zde odpovědělo 110 (98%) studentů správně. Následovala otázka č. 8, kde měli studenti zvolit správně jdoucí fáze ošetrovatelského procesu, tak učinilo 93 (83%) respondentů. V otázce č. 9 jsem se ptala studentů na to „Jaký z ošetrovatelských systémů je doporučován koncepcí ošetrovatelství ČR?“, v této otázce bylo více správných odpovědí, a to zejména 2. Správně tak odpovědělo 67 (60%) studentů. Další otázka byla zaměřená na ošetrovatelský plán, resp. z čeho se skládá. Správně označilo odpověď 91 (81%) studentů. V 11. otázce jsem chtěla vědět, co obsahuje aktuální ošetrovatelská diagnóza, odpověď na tuto otázku vědělo 66 (59%) respondentů. Otázka č. 12 zjišťovala, co je tzv. potencionální dg., správně odpovědělo 106 (95%) studentů. V předposlední otázce, tedy v otázce č. 13 jsem zjišťovala, zda respondenti vědí, co jsou objektivní příznaky. Odpověď vědělo 82 (73%) studentů. Následovala poslední otázce, otázka č. 14, kde jsem zjišťovala, co jsou subjektivní příznaky, správně odpovědělo 68 (61%) studentů.

Na základě proběhlého výzkumu lze konstatovat, že studenti prokázali, že mají vědomosti o metodě ošetrovatelského procesu ve většině testovacích otázek a to konkrétně v otázkách č. 5, 7, 8, 10, 12, 13 a 14.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 1 – „Mají studenti znalosti o metodě ošetrovatelského procesu?“ zní ano, studenti mají znalosti o metodě ošetrovatelského procesu, avšak v některých okruzích mají studenti drobné nedostatky.

Výzkumnou otázku č. 2 jsem si ověřila otázkou č. 15., kde jsem se konkrétně ptala na to, zda studenti využívají teoretické znalosti při odborných praxích. Tato otázka a odpovědi respondentů jsou vyobrazené v grafu č. 15. Z grafu můžeme vyčíst, že nejčastější odpovědí na bakalářském studiu byla „spíše ano“, tak odpovědělo 24 (40%) studentů. Odpověď „spíše ne“ označilo 13 (21,7%) studentů, volbu „ne“ označilo 10 (16,7%) studentů, odpověď „ano“ vybralo 8 (13,3%) studentů a odpověď „nevím“ označilo pouze 5 (8,3%) studentů. Na vyšším odborném studiu byla nejčastěji označována odpověď „ano“, kterou zvolilo 22 (42,3%) studentů a odpověď „spíše ano“, kterou vybralo 17 (32,7%) studentů. Pouze 5 (9,6%) studentů odpovědělo „ne“ a 8 (15,4%) „spíše ne“. Ani jeden student neoznačil „nevím“.

Primární odpovědi pro mne byly „ano“ a „spíše ano“, proto jsem vytvořila dle získaných údajů z grafu č. 15 tabulku č. 2, kde jsem uvedla odpovědi „ano“ a „spíše ano“. Z tabulky vyplývá, že z bakalářského oboru se jedná celkem o 32 studentů (53%) a z vyššího odborného studia se jedná o 39 (75%) studentů. Celkový počet 71 (63%) studentů využívá teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu v praxi.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 2 – „Uplatňují studenti ošetrovatelský proces v praxi?“ zní ano, studenti uplatňují ošetrovatelský proces v praxi.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda jsou vědomosti studentů ovlivněné typem studovaného programu.

K dílčímu cíli č. 2, se vztahovaly stejné otázky jako k dílčímu cíli č. 1, tedy otázky 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14, kromě otázky č. 15. Jak jsem již zmínila v předchozím cíli, otázka č. 3 nebyla otázkou testovací, kterou jsem zahrnovala do hodnocení, nýbrž jsem díky ní zjistila, zda respondent má za sebou teoretickou výuku ošetrovatelského procesu. Ostatní otázky byly zaměřené na vědomosti studentů o metodě ošetrovatelského procesu.

K tomuto dílčímu cíli se vztahovala **výzkumná otázka č. 3:** Existuje souvislost mezi znalostmi studentů a typem studia?

Tento výzkumný problém jsem si ověřovala 11 otázkami o ošetrovatelském procesu. Otestovala jsem 60 (53,6%) studentů z bakalářského studia a 52 (46,4%) studentů

z vyššího odborného studia. Výsledky jsem prezentovala pomocí grafů a po následném zpracování dle stanoveného kritéria jsem vytvořila tabulku č. 3, kde jsou sečtené správné odpovědi studentů jednotlivých studijních programů, kteří odpověděli na otázky 4 – 14 správně. Tedy na 11 testovacích otázek. V bakalářském studiu byl celkový počet respondentů 60 (53,6%), na vyšším odborném studiu 52 (46,4%). V bakalářském a vyšším odborném studiu studenti odpověděli na jednotlivé otázky takto: otázka č. 3 – 60 (100%); 52 (100%), otázka č. 4 – 9 (15%); 11 (21%), otázka č. 5 – 50 (83%); 33 (63%), otázka č. 6 – 35 (58%); 12 (23%), otázka č. 7 – 60 (100%); 50 (96%), otázka č. 8 – 51 (85%); 42 (81%), otázka č. 9 – 35 (58%); 32 (62%), otázka č. 10 – 49 (82%); 42 (81%), otázka č. 11 – 48 (80%); 18 (35%), otázka č. 12 – 60 (100%); 46 (88%), otázka č. 13 – 37 (62%); 45 (87%), otázka č. 14 – 28 (47%); 40 (77%).

Z následujícího vyhodnocení můžeme vidět, že bakalářský obor byl úspěšnější v otázce č. 5, 6, 7, 8, 10, 11 a 12. Studenti z vyššího odborného studia byli úspěšnější v otázce č. 4, 9, 13 a 14. Oba studijní programy se nelišily v procentech příliš v otázce č. 7, 8, 9, 10 a 12. Proto musím konstatovat, že znalost bakalářského studia a vyššího odborného studia se příliš neliší, avšak v některých otázkách byli studenti z bakalářského studia lepší než studenti vyššího odborného studia a naopak.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 3 – „Existuje souvislost mezi znalostmi studentů a typem studia?“ zní, že taková souvislost neexistuje.

Dílčí cíl 3: Zjistit názor studentů na metodu ošetrovatelského procesu.

Poslední můj cíl byl cíl č. 3, kde jsem si stanovila „zjistit postoj studentů k metodě ošetrovatelského procesu“. K tomuto cíli byly přiděleny otázky č. 16, 17, 18 a 19. Každá otázka měla možnou jen jednu odpověď. Otázky se zabíraly na názor a postoj respondenta k ošetrovatelskému procesu. Pokud respondent označil odpověď „ano“ v otázce 18, měl respondent možnost vyjádřit svůj vlastní názor v otázce č. 19 na to, jak je ošetrovatelský proces přínosný pro pacienta a jak zvyšuje úroveň péče. K tomuto cíli se vztahovala **výzkumná otázka č. 4**: Jaký názor mají studenti na metodu ošetrovatelského procesu?

K této výzkumné otázce se vztahovaly 4 otázky, které zjišťovaly názor a postoj studentů k metodě ošetrovatelského procesu. V otázce č. 16 jsem se ptala studentů na otázku „Ošetrovatelský proces považuji za:“. Odpovědi jsem prezentovala do grafů č. 16. V této otázce se respondenti z obou studijních programů procentuálně skoro shodli. U stu-

dentů z bakalářského studia bylo nejčastější odpovědí to, že považují ošetrovatelský proces za zbytečnou administrativní zátěž NLZP. Touto frází odpovědělo 20 (33,3%) studentů. Další častá odpověď byla odpověď, že nemají názor na tuto metodu, takto odpovědělo 17 (28,3%) respondentů. Ošetrovatelský proces je podstatná metoda uvedlo 11 (18,3%) studentů. Naopak 7 (11,7%) studentů vnímá tuto metodu jako bezúčelnou. V této otázce byla možnost se vyjádřit vlastními slovy, kdy respondent zvolil možnost „jiné“, takto odpovědělo 5 (8,3%) studentů. Nejčastěji respondenti uváděli odpovědi, že kvůli nedostatku personálu nemají sestry čas a proto si stěžují na ošetrovatelský proces, dále že je ošetrovatelský proces velmi důležitý a poslední častou odpovědí bylo, že ošetrovatelský proces má svou podstatu, ale měl by se administrativně odlehčit. Z vyššího odborného studia odpovědělo nejvíce respondentů odpovědi „nemám názor na tuto metodu“, tuto možnost zvolilo 17 (32,7%) studentů. Odpověď, že ošetrovatelský proces je velmi podstatný uvedlo 14 (26,9%) studentů. Dalších 13 (25%) studentů odpovědělo, že se jedná o zbytečnou administrativní zátěž NLZP, 6 (11,5%) studentů si myslí, že je ošetrovatelský proces bezúčelný a pouze 2 (3,8%) studenti mají na to jiný názor. Jedná se o názor, že ošetrovatelský proces má svůj význam, ale je zde příliš administrativy, druhý názor je ten, že ošetrovatelský proces je špatně vymyšlený.

V otázce č. 17 jsem se studentů ptala na názor na ošetrovatelské diagnózy. Po zpracování dat jsem výsledky představila v grafu č. 17. Z grafu č. 17 je zřejmé, že v obou studijních programech má více jak polovina respondentů stejný názor na ošetrovatelské diagnózy a to takový, že jsou potřebné. U bakalářského studia se jedná o 48 (80%) studentů a u vyššího odborného studia 31 (59,6%) studentů. Jako zbytečné je vidí na bakalářském oboru 7 (11,7%) studentů, na vyšším odborném studiu 15 (28,8%) studentů. Možnost „nevím“ vybralo z bakalářského studia 5 (8,3%) studentů, z vyššího odborného studia 6 (11,5%) studentů.

Otázka č. 18 se zabírala tím, zda si student myslí, že metoda ošetrovatelského procesu zvyšuje úroveň péče o nemocného. U bakalářského studia jsem se setkala nejčastěji s odpovědí „ano“, tu označilo 23 (38,3%) studentů, odpověď „nevím“ byla druhou nejčastější možností, kterou respondenti vybírali, tuto odpověď uvedlo 22 (36,7%) studentů. Poslední možnou variantou byla odpověď „ne“. Tato možnost byla zvolena 15 (25%) respondenty. Na vyšším odborném studiu odpovědělo 19 (36,5%) studentů odpovědí „ano“ i odpovědí „ne“, zbylých 14 (26,9%) studentů odpovědělo, že neví.

Poslední otázka, tedy otázka č. 19 měla být vyplněna pouze tehdy, když respondent v předešlé otázce zvolil možnost „ano“. Takto učinilo 23 studentů z bakalářského studia a 19 studentů z vyššího odborného studia. Dohromady se jedná o 42 studentů. Odpovědi respondentů jsou prezentovány v grafu č. 18. V grafu jsou vybrané nejčastější odpovědi, které studenti uváděli. Velmi častou odpovědí byla odpověď, že ošetrovatelský proces je přínosný, protože je zaměřen na individuální potřeby K/P, takto odpovědělo 15 (35,7%) respondentů. V pořadí druhou nejčastější odpovědí byla odpověď, že ošetrovatelský proces zkvalitňuje péči. Takto to vnímá 10 (23,8%) studentů. Třetí nejčastější odpovědí byla odpověď, že pomocí ošetrovatelského procesu sestra lépe plní potřeby K/P a odpověď, že ošetrovatelský proces je důležitý pro zhodnocení celkového stavu K/P napsalo 6 (14,3%) studentů. Studenti dále uvedli, že díky ošetrovatelskému procesu se lépe navazuje na další péči a předchází se rizikům, konkrétně tak odpověděli 3 (7,1%) respondenti. Poslední častou odpovědí byla odpověď, že díky metodě ošetrovatelského procesu má sestra kontrolu nad péčí K/P, na tuto otázku takto reagovali 2 (4,8%) studenti.

Z dostupných dat je tedy zřejmé, že názor studentů na tuto metodu je takový, že studenti spíše považují ošetrovatelský proces za zbytečnou administrativní zátěž či nemají názor na tuto metodu, jen velmi malá řada z nich má postoj k ošetrovatelskému procesu kladný. Avšak mnozí z nich si myslí, že ošetrovatelský proces v praxi je velmi přínosný pro pacienta a zvyšuje úroveň péče. Takže ač jejich postoj není velmi příznivý, studenti věří, že ošetrovatelský proces je velmi přínosný pro K/P.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 4 – „Jaký názor mají studenti na metodu ošetrovatelského procesu?“ zní, že názor studentů je spíše záporný či negativní.

14 DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit pohled studentů bakalářského a vyššího odborného studia oboru Všeobecná sestra na metodu ošetřovatelského procesu. Dále jsem chtěla ověřit úroveň vědomostí studentů o této metodě a zjistit, zda ošetřovatelský proces realizují při péči o pacienta v rámci odborné praxe. V neposlední řadě jsem se zaměřila na to, zda jsou rozdíly ve vědomostech studentů z bakalářského a z vyššího odborného studia.

V průběhu, kdy jsem postupně získávala potřebné materiály k napsání této práce, jsem zjistila, že nejen já se věnuji této problematice. Výzkum, který nese stejnojmenný název jako má bakalářská práce, byla publikována autorkou Jungovou v roce 2013. Další výzkumy, které se touto problematikou zabírají, se mi bohužel nepodařilo nalézt. Svou práci budu primárně srovnávat s tímto výzkumem. Nynější výsledky porovnam s těmi, které autorka zjistila před šesti lety.

První dílčí cíl se zabýval zjištěním vědomostí studentů bakalářského studia a vyššího odborného studia o metodě ošetřovatelského procesu. K tomuto cíli byla přidělena výzkumná otázka „Mají studenti znalosti o metodě ošetřovatelského procesu?“. V grafu č. 3 je znázorněno, že všech 112 (100%) respondentů si prošlo teoretickou výukou ošetřovatelského procesu. Tento výsledek mne nepřekvapil, jelikož v současnosti se věnuje maximální pozornost této metodě. Studenti se tak připravují teoreticky ve škole k výkonu povolání všeobecné sestry, která má za úkol pracovat metodou ošetřovatelského procesu. Autorka Jungová ve své stejnojmenné práci z roku 2013 uvádí, že teoretickou výuku absolvovalo 96% studentů z bakalářského studia a celých 100% z vyššího odborného studia. Výsledky jsou tedy téměř totožné. Tato otázka nebyla však testovací, nýbrž jsem si chtěla jen ověřit to, že studenti si prošli teoretickou výukou a měli by tedy mít získané vědomosti o ošetřovatelském procesu. Tuto 100% četnost odpovědí jsem očekávala, nýbrž ošetřovatelský proces je zakotven v legislativě od roku 2011. Věřila jsem tedy, že studenti, kteří jsou připravováni k povolání všeobecné sestry, budou na škole vzděláváni o této metodě, aby se naučili teoretické znalosti k tomu, aby mohli tuto metodu později v praxi aplikovat a realizovat. Abych ověřila úroveň vědomostí studentů o této metodě, položila jsem studentům 11 testovacích otázek. Šlo o otázky č. 4 – 14, kde jsem se ptala na problematiku ohledně ošetřovatelského procesu všeobecně. Výsledky jednotlivých testovacích otázek jsou zobrazeny v grafu č. 4 – 14. U první vědomostní otázky č. 4, kde jsem se dotazovala studentů na

to, kde vznikl ošetrovatelský proces, jsem byla nemile překvapena četností špatných odpovědí. Téměř 82% studentů z bakalářského studia odpovědělo, že ošetrovatelský proces vznikl v Anglii. Z vyššího odborného studia tuto možnost označilo 75% studentů. Jediným vysvětlením těchto špatných odpovědí je to, že studenti mají spjatý pojem ošetrovatelský proces s představitelkou ošetrovatelství Florance Nightingalovou, a proto zvolili možnost odpovědi Anglie. Značný rozdíl odpovědí byl v otázce č. 5, kdy studenti bakalářského studia nejčastěji udávali odpověď, že ošetrovatelský proces slouží ke zkvalitnění péče a individualizaci poskytované péče pacientovi. Tyto možnosti odpovědí zvolilo 71,7% studentů. Dále označili, že ošetrovatelský proces slouží k aktivnímu vyhledávání deficitních oblastí, tato odpověď byla označena 60% respondenty. Na druhé straně u vyššího odborného studia bylo nejvíce zastoupenou odpovědí individualizace poskytované péče, která byla označena 63,5% studentů. Zkvalitnění péče a aktivní vyhledávání deficitních oblastí bylo označeno studenty s počtem 46,2% a 38,5%. Je velmi zajímavé, že studenti obou studijních programů právě zvolili nejvíce odpověď – individualizace poskytované péče. Dle mého názoru studenti promítli do této otázky svůj vlastní pohled o tom, co jim připadá při péči o sebe samého tím nejdůležitějším, tedy individuální přístup. Další otázka, jež mě zaujala svými výsledky, byla otázka č. 6, kde jsem se respondentů dotazovala na to, jak ošetrovatelský proces vnímá klienta/pacienta. Nejvyšší četnost odpovědí u bakalářského studia byla, že ošetrovatelský proces vnímá klienta/pacienta jako holistickou bytost, tato odpověď byla označena 58,3% studentů. Studenti vyššího odborného studia měli nejvyšší četnost odpovědí v možnosti, že klient/pacient je považován za bytost s biologickými a spirituálními potřebami, toto označilo 55,8% studentů. Domnívám se tedy, že studenti z vyššího odborného studia nevnímají člověka jako jedinečnou bytost, která má různé potřeby v jednotlivých oblastech, ale nýbrž jako „tělo na lůžku s lékařskou diagnózou“. Zapomínají na psychickou a sociální oblast, která je u pacienta narušená vlivem nemoci, takže neberou zřetel na to, že se např. pacient může cítit sám. Defacto se tímto dopouštějí až sororigenie. Dále mne zaujaly výsledky u otázky č. 7, kdy z bakalářského studia odpověděli všichni respondenti správně, tedy 100% studentů. Na vyšším odborném studiu správně odpovědělo 96% studentů, což je srovnatelný výsledek. Myslím si, že tento výsledek je dán tím, že ošetrovatelský proces se promítá ve všech oborech, čímž došlo ke vstřípení této informace u všech studentů oboru všeobecná sestra bez ohledu na typ vzdělávacího programu. V porovnání s výzkumem z roku 2013, který publikovala autorka Jungová, se četnost odpovědí procentuálně lišila. Této autorce vyšlo, že pouze 68% studentů z bakalářského studia zná odpověď na tuto otázku a z vyššího odborného studia pouze 47% studentů. Tento

výsledek mne zaskočil, předpokládala jsem, že vědomosti u těchto studentů budou srovnatelné bez ohledu na to, kdy tento výzkum bude realizován. Překvapilo mne to, jelikož metoda ošetřovatelského procesu, která je zakotvena v legislativě se realizuje již od roku 2011. Výzkum, který autorka publikovala, byl realizován v roce 2013, což je již 2 roky poté, co byl ošetřovatelský proces zaveden do praxe a tedy i teoreticky vyučován na vysokých zdravotnických školách. Ač studenti vědí, kolik fází má ošetřovatelský proces, někteří bohužel nedokáží určit správné pořadí fází procesu za sebou. Četnost špatných odpovědí byla 15% u bakalářského studia a 20% u vyššího odborného studia (viz. graf č. 8). Ač došlo tedy k dostatečnému vstřípení toho, kolik kroků má ošetřovatelský proces, určit správné pořadí někteří studenti nedokáží, což neberu jako úplnou hrubou chybu, jelikož studenti zaměňovali zejména druhou fázi ošetřovatelského procesu, tedy diagnostiku za fázi šetření. Další otázka, kterou bych ráda vytyčila je otázka č. 9, kde jsem se tázala studentů na to, jaký systém je doporučován koncepcí ošetřovatelství ČR. V bakalářském studiu odpovědělo správně odpovědí primární péče a skupinové péče 58,3% studentů u obou odpovědí. Na vyšším odborném studiu to bylo v zastoupení 53,8 % a 61,5%. Udivilo mě, že dokonce několik studentů z bakalářského i vyššího odborného studia označilo odpověď „funkční systém“, konkrétně 8,3% a 5,8% studentů. Funkční systém, jenž byl označen studenty, je dnes již nevyužívaná „zastaralá“ metoda. Jednalo se o metodu, která byla zaměřena primárně na to, že sestra plnila ordinace dle lékaře. Vytrácel se zde kontakt mezi nemocným a sestrou a i komunikace mezi zdravotníky, tedy metoda, která přinášela nízkou kvalitu péče. To, že tato odpověď byla označena několika studenty, si vysvětluji tak, že ne všichni znají koncepci ošetřovatelství ČR, kde jsou jasně dané organizační systémy práce.

Výzkumnou otázku č. 2 jsem si ověřila otázkou č. 15., kde jsem se konkrétně ptala na to, zda studenti využívají teoretické znalosti při odborných praxích. Tato otázka a odpovědi respondentů jsou vyobrazené v grafu č. 15. Odpovědi jsem dále shrnula do tabulky č. 2, kde jsem prezentovala jen kladné odpovědi. Výsledek byl velmi překvapující. Pouze 32 (53%) studentů z bakalářského studia uplatňuje teoretické znalosti v praxi. Z vyššího odborného studia je to 39 (75%) studentů. Při porovnání s autorkou Jungovou, se výsledky téměř nelišily. Autorka se studentů ptala, zda podle jejich názoru realizují ošetřovatelský proces při péči o pacienta na odborné praxi. Výsledky byly následující – z bakalářského studia tuto metodu realizuje 47% studentů, z vyššího odborného studia 61% studentů. (Jungová, 2013, s. 46). Tento výsledek mě velice zneklidnil. Velmi mě tyto čísla udivily, jelikož studenti jsou po celou dobu studia vedeni k tomu, že prostřednictvím metody ošet-

řovatelského procesu se poskytuje kvalitní ošetrovatelská péče pacientovi. Studenti by měli vědět, že při výkonu povolání všeobecné sestry musí pracovat metodou ošetrovatelského procesu. Tuto povinnost jim ukládá vyhláška č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Tato vyhláška stanovuje, že péče poskytovaná pacientovi bude realizována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Pokud by nepracovali dle předepsané vyhlášky, mohli by být právně napadeni.

Dále jsem si stanovila výzkumnou otázku č. 3, kde jsem si kladla otázku na to, zda existuje souvislost mezi znalostmi studentů a typem studovaného programu. Počet respondentů, kteří odpověděli na daných jedenáct otázek správně, je vyobrazen v tabulce č. 3. Z výsledků musím konstatovat, že tato souvislost neexistuje. Studenti obou studijních programů jsou vědomostmi na skoro stejné úrovni. Ovšem v některých otázkách bylo úspěšnější procentuálně bakalářské studium a v některých naopak vyšší odborné studium. Autorka Jungová ve své práci také porovnávala vědomosti u těchto dvou studijních programů. Autorka studentům položila pět znalostních otázek. Na těchto pět otázek odpověděli procentuálně lépe studenti z bakalářského studia než studenti z vyššího odborného studia. Avšak převaha správných odpovědí byla jen u dvou vědomostních otázek. U zbylých třech otázek se procentuálně četnost správných odpovědí téměř nelišila. Autorka tedy konstatovala, že z výsledku soudí, že bakalářský obor byl sice úspěšnější, avšak studenti z vyššího odborného studia nemají tak závratný rozdíl ve vědomostech o metodě ošetrovatelského procesu. (Jungová, 2013, s. 65 – 66). Musím přiznat, že ač jsem čekala vyšší rozdílnost vědomostí u těchto obou typů studia, jsem s výsledky velmi mile překvapena. A potvrzuje mi to velmi podstatný fakt, a to ten, že efektivita výuky na obou školách je na stejné úrovni. Myslím si tedy, že na obou typech studia jsou velmi dobré podmínky k získání teoretických znalostí o metodě ošetrovatelského procesu.

Poslední stanovený dílčí cíl měl za úkol zjistit, jaký názor mají studenti k metodě ošetrovatelského procesu. K tomuto cíli se vázala výzkumná otázka č. 4: Jaký názor mají studenti k metodě ošetrovatelského procesu? K zjištění mi posloužily otázky č. 16, 17, 18 a 19, které jsem prezentovala pomocí grafů. V grafu č. 16 lze vyčíst, že studenti z bakalářského i vyššího odborného studia vnímají ošetrovatelský proces buď jako zbytečnou administrativní zátěž (33,3%); (25%) nebo na tuto metodu nemají názor (28,3%); (32,7%). Za velmi podstatnou metodu to považuje 18,3% z bakalářského studia a 26,9% studentů z vyššího odborného studia. Výsledky jsem opět porovnávala s prací autorky Jungové, která se dotazovala studentů přímo na to, zda ošetrovatelský proces vnímají jako

zbytečnou administrativní zátěž. Z jejich výsledků v grafu č. 24 vyplývá, že studenti tuto metodu nevnímají jako administrativní zátěž, nýbrž ho považují za potřebný. Avšak četnost odpovědí u studentů, kteří vnímají ošetrovatelský proces jako zbytečnou administrativní zátěž, nebyla malá. Tuto odpověď označilo 28% respondentů z bakalářského oboru a 31% z vyššího odborného studia. (Jungová, 2013, s. 59). Data, která jsem získala od respondentů, se tedy skoro neliší od dat, které odebrala autorka Jungová v roce 2013. Názor studentů na ošetrovatelský proces se v posledních šesti letech tedy téměř nezměnil. Zvýšená administrativa netrápí jen studenty, ale také všeobecné sestry i lékaře, kteří na tuto věc často upozorňují a kritizují. Dle ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha kvůli zvýšené administrativě odchází mnoho zaměstnanců zdravotnictví mimo obor. Proto došlo k úpravě vyhlášky, která by měla administrativní stránku ve zdravotnictví ulehčit. Jedná se o vyhlášku č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, která nabývá platnosti k datu 2. července 2018. Tato vyhláška se aktuálně mění v důsledku vydání vyhlášky č. 137/2018 Sb. (Štěpanyová, 2018). Já osobně toto vnímám jako velké pozitivum. Myslím si, že ulehčení administrativy je zásadní krok k tomu, aby se sestry věnovaly naplno svým pacientům a ne papírům. Samozřejmě nám vedení dokumentace pomáhá v tom, co bylo danému pacientovi poskytováno a jak bychom o něj měli pečovat, tak abychom o něj pečovali jednotně a ne každý jinak, ale zároveň se domnívám, že vedení dokumentace zabírá sestřím mnohdy mnoho času, a tak nezbyvá poté volný čas, který bychom mohli věnovat pacientům. I někteří studenti jsou téhož názoru, že ošetrovatelský proces je velmi podstatná metoda, tuto odpověď zvolilo z bakalářského studia 18,3% studentů, z vyššího odborného studia 26,9% studentů. Studentům jsem položila další otázky, abych dobře zmapovala jejich postoj k této metodě. Následovala otázka č. 17, která zjišťovala názor studentů na ošetrovatelské diagnózy. Z grafu č. 17 je patrné, že většina studentů považuje ošetrovatelské diagnózy za potřebné. Z bakalářského studia takto odpovědělo 80% studentů, z vyššího odborného studia 59,6% studentů. S tímto výsledkem jsem velmi spokojená. Dle mého názoru jsou ošetrovatelské diagnózy důležité a mají velký význam – př. rychlejší orientace. Ač studenti zaujímají spíše postoj k ošetrovatelskému procesu takový, že je zbytečně administrativně zatížen či mnozí z nich nemají názor na tuto metodu, studenti přesto udávají, že tato metoda je přínosná pro pacienta a zvyšuje úroveň péče o něj. Z grafu č. 18 je patrné, že takto vidí 38,3% z bakalářského studia a 36,5% z vyššího odborného studia. Dále se u této otázky objevuje velká četnost odpovědí „nevím“. Z bakalářského studia vybralo tuto odpověď 36,7% studentů, z vyššího odborného studia 26,9% studentů. Z výzkumu autorky Jungové, která pokládala podobnou otázku a to tu, zda si studenti myslí, že ošetrovatelský

proces je přínosem pro efektivnější ošetrovatelskou péči, odpovědělo kladně 66% studentů z bakalářského studia a 65% studentů z vyššího odborného studia. (Jungová, 2013, s. 57). Tento procentuální rozdíl si nedokážu úplně vysvětlit. Napadá mě jediné vysvětlení a to takové, že studenti zatím nemají utvořený dostatečný názor na tuto metodu, a tak četnost odpovědí se tolik liší s prací autorky. Odpověď na výzkumnou otázku tedy zní, že názor studentů je spíše negativní či je neutrální.

Stručně bych chtěla shrnout, že vědomosti respondentů jsou dobré. U většiny vědomostních otázek odpověděla více než polovina respondentů správně, bez ohledu na to, jakou školu studují. Mnohdy mě výsledky výzkumu zaskočily. Během zpracovávání praktické části jsem si uvědomila a velmi mne to zaskočilo, že studenti nepoužívají ošetrovatelský proces v praxi nebo nevědí, zda ho používají. Nedokážu si představit, že by byl pacient ošetřován bez použití ošetrovatelského procesu, který nám tvoří „předlohu“ o tom, jak pečovat o pacienty. Na druhé straně souhlasím s názorem studentů, kteří mají názor na ošetrovatelský proces ve smyslu přílišné administrativní zátěže nelékařských zdravotnických pracovníků. Vedení dokumentace nám zajisté pomáhá v péči o pacienta tak, abychom o něj pečovali všichni jednotně a ne každý „nějak“, ale zároveň jsem toho názoru, že vedení dokumentace zabírá všeobecným sestřám více času, než by chtěly, a tak nezbývá příliš času na to, aby mohly být víc v kontaktu s pacientem samým. Bohužel není čas na to si s pacienty pohovořit, což je velká škoda a z mého výzkumu vyplývá, že téhož názoru nejsem jen já, nýbrž tento fakt je vnímán i studenty, kteří chodí na odborné praxe a vidí tuto skutečnost na vlastní oči. Když si zpětně vybavím své odborné praxe, byli všichni pacienti nadšení, že s nimi máme čas pohovořit, na rozdíl od již pracujících sester, které trávily často mnoho času vyplňováním řízené dokumentace.

Výsledky, které vyplynuly z výzkumného šetření, mohou posloužit Fakultě zdravotnických studií jako zpětná vazba o znalostech studentů o metodě ošetrovatelského procesu a o jejich postoji k této metodě. Doporučila bych, aby během výuky teorie o ošetrovatelském procesu bylo poukazováno na výhody, které tato metoda přináší jak zdravotníkům, tak pacientům a vytyčovat jeho důležitost pro další vývoj oboru ošetrovatelství. Dále bych chtěla doporučit procvičování ošetrovatelského procesu při výuce, ve smyslu „fiktivních“ pacientů, aby si studenti mohli důkladně procvičit sestavování jednotlivých fází a poté ho správně uplatňovali i v praxi. Dle mého názoru by bylo pro studenty motivující pořádání seminářů, kurzů či konferencí, kde by se tato metoda projednávala. Po absolvování jedné z uvedených možností by student mohl být odměněn diplomem za absolvování dané dob-

rovolné aktivity či by získal kredity k studiu navíc. Věřím, že při dostatečné motivaci studentů se zvýší jejich iniciativa k této metodě a budou ji sami vyhledávat a aktivně se o ni zajímat.

15 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabírám problematikou ošetrovatelského procesu z pohledu studentů. Hlavním cílem této práce bylo zjistit názor studentů bakalářského a vyššího odborného studia na ošetrovatelský proces, ověřit jejich vědomosti o této metodě, a zda uplatňují ošetrovatelský proces v praxi. Pro naplnění daného cíle jsem si stanovila tři dílčí cíle – první dílčí cíl měl za úkol zjistit, zda studenti bakalářského studia a vyššího odborného studia mají znalosti o ošetrovatelském procesu, k tomuto cíli se vztahovaly dvě výzkumné otázky.

První výzkumná otázka byla stanovena takto „*Mají studenti znalosti o metodě ošetrovatelského procesu?*“. K této výzkumné otázce byly přiděleny vědomostní otázky č. 3 – 14. Otázka č. 3 zjišťovala pouze to, zda si respondent prošel teoretickou výukou na dané škole a tudíž nebyla zahrnuta do hodnocení. Vysoké procento správných odpovědí u otázek č. 5, 7, 8, 10, 12, 13 a 14 dokazuje, že studenti mají dobré znalosti o metodě ošetrovatelského procesu, avšak mají drobné nedostatky v některých oblastech.

Druhá výzkumná otázka zněla takto „*Uplatňují studenti ošetrovatelský proces v praxi?*“. K této otázce byla přidělena otázka č. 15. Uskutečněný výzkum prokázal, že studenti metodu realizují, avšak z bakalářského studia se jedná pouze o 53% studentů a z vyššího odborného studia je to 75% studentů. Výsledek považuji za znepokojující.

Druhý dílčí cíl měl zjistit, zda jsou vědomosti studentů ovlivněné typem studovaného programu. K tomuto cíli se vztahovala třetí výzkumná otázka, a to – „*Existuje souvislost mezi znalostmi studentů a typem studovaného programu?*“. Studentům jsem položila opět vědomostní otázky č. 4 – 14, aby se tato souvislost buď potvrdila či vyvrátila. Po výzkumném šetření musím konstatovat, že souvislost mezi znalostmi studentů a typem studovaného programu neexistuje. Potvrdil se mi velmi podstatný fakt a to ten, že efektivita výuky na obou školách je na stejné úrovni. Tímto výsledkem jsem více než potěšena.

Poslední, tedy třetí dílčí cíl měl za úkol zjistit názor studentů na metodu ošetrovatelského procesu. K naplnění daného cíle jsem si položila čtvrtou výzkumnou otázku – „*Jaký názor mají studenti na metodu ošetrovatelského procesu?*“. Abych zjistila názor studentů o této metodě, položila jsem jim otázky č. 16 – 19. Ze zodpovězených otázek můžu konstatovat, že z grafu č. 16 je patrné, že studenti z bakalářského i vyššího odborného studia vnímají ošetrovatelský proces buď jako zbytečnou administrativní zátěž (33,3%);

(25%) nebo na tuto metodu nemají názor (28,3%); (32,7%). Graf č. 18 dokazuje, že ač studenti zaujímají spíše postoj k ošetřovatelskému procesu takový, že je zbytečně administrativně zatížen či mnozí z nich nemají názor na tuto metodu, studenti přesto udávají, že tato metoda je přínosná pro pacienta a zvyšuje úroveň péče o něj. Z bakalářského studia vidí ošetřovatelský proces jako přínosnou metodu 38,3% studentů a z vyššího odborného studia 36,5% studentů. Odpověď na výzkumnou otázku tedy zní, že studenti mají názor na tuto metodu spíše negativní či neutrální.

LITERATURA A PRAMENY

1. BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha : Maurea, 2010. str. 196. ISBN 978-80-902876-4-8.
2. JAROŠOVÁ, Darja. 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha : ISV nakladatelství, 2000. str. 133. ISBN 80-85866-55-2.
3. JUNGOVÁ, Eva. *Ošetrovatelský proces z pohledu studentů* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2018-07-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/fi3it8>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Soňa Loudová.
4. JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2010. str. 80. ISBN 978-80-247-217-1-2.
5. KAŠPÁRKOVÁ Jana, MÁDLOVÁ Ivana. 2009. *Ošetrovatelství jako vědní obor*. [Online] Výuková portál Lékařské fakulty v Plzni, 12. 11 2009. [Citace: 24. 1 2019.] <http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=18>. ISSN: 1804-4409.
6. KAZIMOUR, Ivan. 2016. *Historie českého zdravotnictví*. Praha : Martin Koláček - e-knihy jedou, 2016. ISBN 978-80-247-3224-4.
7. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha : Grada, 2009. str. 244. ISBN 978-80-247-2830-8.
8. KUDLOVÁ, Pavla. 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati, 2016. str. 133. ISBN 978-80-7454-600-6.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2010. str. 208. ISBN 978-80-247-3224-4.
10. —. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2009. str. 176. ISBN: 978-80-247-2713-4.
11. MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2011. str. 328. ISBN 978-80-247-3148-3.

12. MARSHALL, Lori C. 2015. *Mastering Patient and Family Education: A Healthcare Handbook for Success*. Indianapolis : Sigma Theta Tau International, 2015. str. 432. ISBN-13: 978-1940446301.
13. MÍČKOVÁ, Iveta. 2009. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. Zdravotnictví a medicína [online] 12. 9. 2009. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-oseetrovatelskeho-procesu-448627>.
14. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004. Věstník 9/2004. [online]. Poslední úprava: 27. 10. 2009, [cit. 2019-3-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html
15. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006. str. 152. ISBN 80-247-1211-3.
16. PLEVOVÁ, Ilona a kol. 2011. *Ošetrovatelství I. 1*. Praha : Grada, 2011. str. 288. ISBN 978-80-247-3557-3.
17. POCHYLÁ, Karla. 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. str. 49. ISBN 80-7013-420-8.
18. ROZSYPALOVÁ, PhDr. Marie a ŠAFRÁNKOVÁ, Mgr. Alena. 2002. *Ošetrovatelství I. 1*. Praha : Informatorium, 2002. str. 231. ISBN 80-860-96-3.
19. SEABACK, Wanda Walker. 2012. *Nursing Process: Concepts and Applications*. 3. Boston : Cengage Learning, 2012. str. 224. ISBN-13: 978-1-111-13819-6 .
20. STAŇKOVÁ, Marta. 2004. *České ošetrovatelství 4 - jak provádět ošetrovatelský proces*. Praha : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2004. str. 66. ISBN-13: 80-7013-283-3.
21. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry*. Praha : Galén, 2012. str. 63. ISBN 978-80-7262-845-2.
22. ŠTĚPANYOVÁ, Ing. Gabriela. *Ministerstvo zdravotnictví výrazně zjednodušuje zdravotnickou dokumentaci*. Ministerstvo zdravotnictví české republiky [online] 3. 7. 2018. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vyrazne-zjednodusujezdravotnickou-dokumentaci_15721_3801_1.html#prilohy.

23. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. Praha : Triton, 2009. str. 159. ISBN 978-80-7387-256-1.
24. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. 14. 3. 2011. ISSN 1211-1244.
25. ŽIAKOVÁ, Katarína, JAROŠOVÁ, Darja a ČÁP, Juraj a kol. 2005. *Ošetrovatelství - konceptuální modely a teorie*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. str. 234. ISBN 80-7368-068-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Žádost o výzkumné šetření na Západočeské univerzitě

Příloha č. 2 – Žádost o výzkumné šetření na Vyšší odborné škole v Plzni

Příloha č. 3 – Žádost o výzkumné šetření na Vyšší odborné škole v Ústí nad Labem

Příloha č. 4 – Dotazník

Příloha č. 5 – Rešerše

Příloha č. 1 – Žádost o výzkumné šetření na Západočeské univerzitě v Plzni

Vedoucí katedry
Ošetrovatelství a porodní asistence
PhDr., Mgr. Jitka Krocová
Západočeská univerzita
Fakulta zdravotnických studií v Plzni
Husova ul. 11
301 00 Plzeň

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práce

Vážená paní doktorko,

V rámci mé bakalářské práce na téma Ošetrovatelský proces z pohledu studentů provádím výzkumné šetření pomocí kvantitativní dotazníkové metody u studentů 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra. Cílem mé práce je zmapovat postoj a vědomosti studentů k metodě ošetrovatelského procesu, jeho realizaci v praxi a zjistit jejich názory na tuto metodu.

Do výzkumného šetření bych ráda oslovila studenty z Fakulty zdravotnických studií, Katedry ošetrovatelství a porodní asistence. Sběr dat bude probíhat čistě anonymně, dobrovolně pomocí dotazníku.

Chtěla bych Vás touto formou požádat o svolení k výzkumnému šetření na Katedře ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě. Svou bakalářskou práci vypracovávám pod vedením paní Mgr. Zuzany Šafránkové. Výsledky budou zpracovány anonymně.

K žádosti přikládám jednu kopii dotazníku.

V Dýšíně dne 25. 6. 2018

Michaela Průchová
Studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Michaela Průchová
Plzeňská 279
330 02 Dýšina
mobilní telefon: +420 721859103
email: mich.pruchova@seznam.cz

Vyjádření k žádosti:

Sanklari

PhDr., Mgr. Krocová
JK

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
katedra ošetrovatelství
a porodní asistence

Datum, podpis, razítko:

Příloha č. 2 – Žádost o výzkumné šetření na Vyšší odborné škole zdravotnické v Plzni

Ředitelka školy
PhDr. Ivana Křížová
VOŠZ a SŠŽ Plzeň
Karlovarská 99
323 00 Plzeň

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práce

Vážená paní doktorko,

V rámci mé bakalářské práce na téma Ošetřovatelský proces z pohledu studentů provádím výzkumné šetření pomocí kvantitativní dotazníkové metody u studentů 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra. Cílem mé práce je zmapovat postoj a vědomosti studentů k metodě ošetřovatelského procesu, jeho realizaci v praxi a zjistit jejich názory na tuto metodu.

Do výzkumného šetření bych ráda oslovila studenty z Vyšší odborné školy zdravotnické v Plzni. Sběr dat bude probíhat čistě anonymně, dobrovolně pomocí dotazníku.

Chtěla bych Vás touto formou požádat o svolení k výzkumnému šetření na Vyšší odborné škole zdravotnické v Plzni. Svou bakalářskou práci vypracovávám pod vedením paní Mgr. Zuzany Šafránkové. Výsledky budou zpracovány anonymně.

K žádosti přikládám jednu kopii dotazníku.

V Dýšíně dne 1. 11. 2018

Michaela Průchová
Studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Michaela Průchová
Plzeňská 279
330 02 Dýšina
mobilní telefon: +420 721859103
email: mich.pruchova@seznam.cz

Vyjádření k žádosti:

Souhlasím s výzkumným šetřením

Mgr. *Ivana* UHROVÁ
zástupkyně RS pro VOŠ

Střední zdravotnická škola a
Vyšší odborná škola zdravotnická
Plzeň, Karlovarská 99, 323 00 ©

Datum, podpis, razítko:

Příloha č. 3 – Žádost o výzkumné šetření na Vyšší odborné škole zdravotnické v Ústí nad Labem

Ředitelka školy
PhDr. Miroslava Zoubková
VOŠZ a SŠŽ Ústí nad Labem
Palachova 35
400 01 Ústí nad Labem

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práce

Vážená paní doktorko,

V rámci mé bakalářské práce na téma Ošetřovatelský proces z pohledu studentů provádím výzkumné šetření pomocí kvantitativní dotazníkové metody u studentů 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra. Cílem mé práce je zmapovat postoj a vědomosti studentů k metodě ošetřovatelského procesu, jeho realizaci v praxi a zjistit jejich názory na tuto metodu.

Do výzkumného šetření bych ráda oslovila studenty z Vyšší odborné školy zdravotnické z Ústí nad Labem. Sběr dat bude probíhat čistě anonymně, dobrovolně pomocí dotazníku.

Chtěla bych Vás touto formou požádat o svolení k výzkumnému šetření na Vyšší odborné škole zdravotnické v Ústí nad Labem. Svou bakalářskou práci vypracovávám pod vedením paní Mgr. Zuzany Šafránkové. Výsledky budou zpracovány anonymně.

K žádosti přikládám jednu kopii dotazníku.

V Dýšině dne 1. 11. 2018

Michaela Průchová
Studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

Kontaktní adresa:
Michaela Průchová
Plzeňská 279
330 02 Dýšina
mobilní telefon: +420 721859103
email: mich.pruchova@seznam.cz

Vyjádření k žádosti:

Michaela Průchová

Datum, podpis, razítko:

4. 12. 18 M. Průchová

Vyšší odborná škola zdravotnická
a Střední škola zdravotnická,
Ústí nad Labem, Palachova 35,
příspěvková organizace

Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, kde studuji 3. rokem na Fakultě zdravotnických studií obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás touto formou poprosila o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci s názvem „Ošetřovatelský proces z pohledu studentů“. Tento dotazník je určen pro studenty oboru Všeobecná sestra, je zcela anonymní a jeho výsledky budou statisticky zpracovány a uvedeny v bakalářské práci.

Prosím o zakroužkování Vámi zvolené odpovědi. Správná odpověď je pouze jedna, pokud není v otázce uvedeno jinak. V doplňovací otázce prosím pište tiskacími písmeny.

Děkuji Vám předem za Váš čas, vyplnění dotazníku a za upřímnost v odpovědích.

1. Jakou školu studujete?
 - a. VŠ
 - b. VoŠ
2. Jaký ročník studujete?
 - a. 2. ročník
 - b. 3. ročník
3. Setkali jste se s teoretickou výukou ošetřovatelského procesu na Vaší škole?
 - a. ano
 - b. ne
 - c. nevím
4. Kde vznikl ošetřovatelský proces?
 - a. Anglie
 - b. Česká republika
 - c. Belgie
 - d. USA
 - e. Německo
 - f. nevím
5. Víte, k čemu slouží ošetřovatelský proces? (možnost více odpovědí)
 - a. aby měly sestry co vyplňovat
 - b. zkvalitnění péče
 - c. individualizace poskytované péče pacientům
 - d. aktivní vyhledávání problémových oblastí (deficitních a jinak dysfunkčních)
 - e. nevím
6. Ošetřovatelský proces vnímá klienta/pacienta jako:
 - a. bytost s biologickými a spirituálními potřebami
 - b. holistickou bytost
 - c. pouze po biologické stránce
 - d. nevím

7. Kolik fází má ošetrovatelský proces?
 - a. 5 fází
 - b. 3 fáze
 - c. 7 fází
 - d. 1 fázi
 - e. nevím
8. Fáze ošetrovatelského procesu (správně seřazené).
 - a. anamnéza, zhodnocení, stanovení diagnózy
 - b. zhodnocení pacienta
 - c. posouzení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení
 - d. posouzení, šetření, plánování, realizace, vyhodnocení
 - e. diagnostika, plánování, vyhodnocení, propuštění
 - f. nevím
9. Jaký z ošetrovatelských systémů je doporučován koncepcí ošetrovatelství ČR (č. 9/2004)? (možnost více odpovědí)
 - a. skupinová péče
 - b. primární péče
 - c. case management
 - d. funkční systém
 - e. nevím
10. Z čeho se skládá ošetrovatelský plán?
 - a. lékařská diagnóza, ordinace lékaře, anamnestické údaje
 - b. ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelská intervence, očekávané výsledky
 - c. lékařská diagnóza, ošetrovatelské diagnózy, intervence
 - d. ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelská intervence, očekávané výsledky, zhodnocení
 - e. nevím
11. Stanovená aktuální ošetrovatelská diagnóza obsahuje:
 - a. číslo a název diagnózy dle NANDA Taxonomie II, etiologii, subjektivní a objektivní příznaky, očekávané výsledky, sesterské intervence, zhodnocení
 - b. název diagnózy, subjektivní a objektivní příznaky, zhodnocení
 - c. číslo a název diagnózy dle NANDA Taxonomie II, etiologii, očekávané výsledky, sesterské intervence, zhodnocení
 - d. nevím
12. Co znamená tzv. potencionální dg.?
 - a. bezpečná dg.
 - b. riziková dg.
 - c. celková dg.
 - d. nevím
13. Objektivní příznaky jsou:
 - a. cítí je pouze nemocný a nejsou měřitelné
 - b. jsou měřitelné škálami a stupnicemi
 - c. jsou pozorovatelné, ale nelze je škálovat
 - d. nevím

14. Subjektivní příznaky jsou:
- a. jsou to symptomy, které vnímá pacient a nelze je měřit
 - b. symptomy vnímané pacientem, ale lze je měřit a hodnotit dle škál
 - c. hodnotí se jen z biologických ukazatelů
 - d. nevím
15. Využíváte při odborných praxích teoretické znalosti ošetrovatelského procesu?
- a. ano
 - b. spíše ano
 - c. nevím
 - d. ne
 - e. spíše ne
16. Ošetrovatelský proces považuji za:
- a. zbytečnou administrativní zátěž NLZP
 - b. bezúčelný – nemá vliv na ošetrovatelskou péči
 - c. velmi podstatný
 - d. nemám názor na tuto metodu
 - e. jiné:.....
17. Jaký máte názor na ošetrovatelské diagnózy?
- a. jsou potřebné
 - b. jsou zbytečné
 - c. nevím
18. Myslíte si, že metoda ošetrovatelského procesu zvyšuje úroveň péče o nemocného?
- a. ano
 - b. ne
 - c. nevím
19. Pokud jste odpovědi v předešlé otázce „ANO“ zdůvodněte, jak je ošetrovatelský proces přínosný pro pacienta a jak zvyšuje úroveň péče.

.....

.....

.....

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Michaela Průchová

Název práce: Ošetrovatelský proces z pohledu studentů

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Klíčová slova:

ošetrovatelský proces, historie ošetrovatelského procesu a jeho vývoj, nové pojetí ošetrovatelské péče, výuka ošetrovatelského procesu

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova,

klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:

2007 - současnost

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta, *kvalifikační (bakalářské a diplomové práce) – byly přiloženy pro Vaši inspiraci – některé školy je uvádět nechtějí – zařídte se podle požadavků Vaší školy*

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

České zdroje: záznamů: 49 (knihy: 18; články, články ve sbornících a abstrakta: 27; kvalifikační práce: 4)

Zahraniční zdroje: záznamů: 49

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovacca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Repozitář závěrečných prací UK

Medline Complete

CINAHL Complete

Zpracoval: Mgr. Adam Kolín

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: kolin@nlk.cz

Tel. 296 335 949