

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Leona Löwy

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Leona Löwy

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES POHLEDEM STUDENTA
PROGRAMU VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2022

Prohlášení

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

V Plzni dne 10. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Löwy Leona

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces pohledem studenta programu Všeobecné ošetrovatelství

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: ošetrovatelský proces, výuka ošetrovatelského procesu, ošetrovatelství, vzdělávání, student

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu pohledem studentů programu Všeobecné ošetrovatelství. V teoretické části práce jsme se věnovali tématu ošetrovatelského procesu, ve které jsme se zmínili o historii ošetrovatelského procesu, jednotlivých fázích a přínosu realizace ošetrovatelského procesu. Dále jsme zařadili kapitolu na téma ošetrovatelství, ve které jsme blíže rozebrali cíle, lidské potřeby, holismus a současné ošetrovatelství. Poslední kapitola teoretické části se zabývá vzděláváním v ošetrovatelství. V této práci byl mapován subjektivní názor studentů programu Všeobecné ošetrovatelství na realizaci ošetrovatelského procesu během konání odborné praxe. Z provedeného výzkumu bylo zjištěno, že více než polovina studentů druhých a třetích ročníků programu Všeobecné ošetrovatelství si myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu.

Abstract

Surname and name: Löwy Leona

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing process from the student's perspective of program The general nursing

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 36

Keywords: nursing process, teaching nursing process, nursing, education, student

Summary:

This bachelor's thesis focuses on the issue of the conflict between theory and practice of the nursing process from the perspective of students of the General Nursing program. In the theoretical part of the thesis, we have discussed the nursing process in which we have discussed the history of the nursing process, the different stages and the benefits of implementing the nursing process. Furthermore, we included a chapter on nursing process in which we further discussed the goals, human needs, holism and contemporary nursing. The last chapter of the theoretical part deals with nursing education. The aim of the research investigation was to map the implementation of the nursing process by students of the General Nursing program during their professional practice. From the research conducted, it was found that more than half of the students from the second and third years of the General Nursing program think that there is a conflict between the theory and practice of the nursing process in clinical practice.

Poděkování

Chtěla bych mnohokrát poděkovat PhDr. Mgr. Jitce Krocové za trvalý zájem a cenné rady při vedení této bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za vyplnění dotazníku, čímž mi umožnili zrealizovat a dokončit tento výzkum. Velké díky patří i mé rodině za podporu poskytovanou po celou dobu studia.

OBSAH

Obsah.....	7
Seznam grafů	9
Seznam zkratk	10
Úvod.....	12
Teoretická část.....	13
1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	13
1.1 Definice ošetřovatelského procesu	13
1.2 Přínos realizace ošetřovatelského procesu.....	13
1.3 Historie ošetřovatelského procesu	14
1.3.1 Ošetřovatelský proces ve Spojených státech amerických	15
1.3.2 Ošetřovatelský proces v České republice	15
1.4 Fáze ošetřovatelského procesu	16
1.4.1 První fáze - zhodnocení	16
1.4.2 Druhá fáze - diagnostika	18
1.4.3 Třetí fáze - plánování.....	21
1.4.4 Čtvrtá fáze - realizace	23
1.4.5 Pátá fáze - vyhodnocení	24
2 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	25
2.1 Definice ošetřovatelství	25
2.2 Cíle ošetřovatelství	25
2.2.1 Koncepce ošetřovatelství	25
2.3 Lidské potřeby a holismus.....	26
2.3.1 Lidské potřeby	26
2.3.2 Holismus	27
2.4 Současné ošetřovatelství	27
2.4.1 Paradigma a metaparadigma ošetřovatelství	28
2.4.2 Koncepční modely	28
3 VZDĚLÁVÁNÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	30
3.1 Vzdělávání a legislativa	30

3.1.1	Vzdělávání sester.....	30
3.1.2	Předpisy pro kvalifikační přípravu všeobecných sester.....	31
3.2	Pregraduální studium	32
3.3	Postgraduální studium.....	33
3.4	Edukace ve zdravotnictví	33
	Praktická část	35
4	FORMULACE PROBLÉMU	35
5	CÍLE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	36
5.1	Hlavní cíl.....	36
5.2	Dílčí cíle a předpoklady	36
5.3	Operacionalizace pojmů.....	37
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
7	METODIKA PRÁCE	39
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	40
9	ANALÝZA A PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	41
10	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	61
	Diskuze	62
	Limity výzkumu	68
	Doporučení pro praxi.....	68
	Závěr.....	69
	Seznam literatury	13
	Seznam příloh.....	17
	Přílohy	18

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Název studované univerzity

Graf č. 2 - Rok studia

Graf č. 3 - Nejasnosti při realizaci fáze “zhodnocení stavu pacienta“

Graf č. 4 - Nejasnosti při realizaci fáze “diagnostika“

Graf č. 5 - Nejasnosti při realizaci fáze “plánování“

Graf č. 6 - Nejasnosti při realizaci fáze “realizace intervencí“

Graf č. 7 - Nejasnosti při realizaci fáze “vyhodnocení“

Graf č. 8 - Problém při realizaci fáze “zhodnocení stavu pacienta“

Graf č. 9 - Problém při realizaci fáze “diagnostika“

Graf č. 10 - Problém při realizaci fáze “plánování“

Graf č. 11 - Problém při realizaci fáze “realizace intervencí“

Graf č. 12 - Problém při realizaci fáze “vyhodnocení“

Graf č. 13 - Využití teoretických znalostí o fázi “zhodnocení pacienta“

Graf č. 14 - Využití teoretických znalostí o fázi “diagnostika“

Graf č. 15 - Využití teoretických znalostí o fázi “plánování“

Graf č. 16 - Využití teoretických znalostí o fázi “realizace intervencí“

Graf č. 17 - Využití teoretických znalostí o fázi “vyhodnocení“

Graf č. 18 - Ztotožnění s teorií ošetřovatelského procesu již při výuce

Graf č. 19 - Rozpor teorie a praxe ošetřovatelského procesu

SEZNAM ZKRATEK

Např..... například

Č. číslo

Str. strana

A kol..... a kolektiv

EU Evropská unie

WHO World Health Organization

Sb..... sbírky

ČR Česká republika

SZŠ..... střední zdravotnická škola

Atd..... a tak dále

MZČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Apod..... a podobně

Tzv..... to znamená

Popř. popřípadě

Tj. to je

ÚVOD

Ošetrovatelský proces je metoda poskytování jednotné ošetrovatelské péče, která je zaměřena na vyhledávání, plánování a uspokojování potřeb pacienta. Jedná se o sérii vzájemně propojených a na sebe navazujících činností, která má za cíl změnit zdravotní stav pacienta. Ošetrovatelský proces vychází z holistického pojetí, poukazuje na člověka jako na celek s jeho bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami.

Pro zpracování tohoto tématu jsme se rozhodli s cílem zmapovat subjektivní názor studentů na rozpor teorie a praxe ošetrovatelského procesu. Další motivací pro volbu tohoto tématu pro nás bylo zjistit, která z fází ošetrovatelského procesu dělá studentům při praktické výuce největší problém, a zda se studenti ztotožnili s metodou ošetrovatelského procesu před nástupem na praxi.

Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabýváme tématem ošetrovatelského procesu, především jeho fázemi, historií a přínosem pro praxi. V další kapitole rozebíráme téma ošetrovatelství, kde se zaměřujeme na cíle ošetrovatelství, holismus, současné ošetrovatelství a v poslední kapitole se zabýváme tématem vzdělávání v ošetrovatelství. V této kapitole se hlouběji zaměřujeme na téma vzdělávání všeobecných sester, legislativní podstatu uvedené profese a edukaci ve zdravotnictví. Praktická část je vedena kvantitativní metodou. Výzkumným nástrojem je dotazník, který je konstruovaný online formou a adresovaný studentům programu Všeobecné ošetrovatelství. Cílem práce je zmapovat názor na realizaci ošetrovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetrovatelství během konání odborné praxe. Výsledky výzkumu jsou interpretovány pomocí grafů.

Rešeršní zdroje byly vyhledávány ve studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje a v knihovně zdravotnických studií ZČU v Plzni. Dále byly zdroje vyhledávány v elektronické databázi ProQuest a za využití volně přístupného webového prohlížeče Google Scholar.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

1.1 Definice ošetřovatelského procesu

“Ošetřovatelský proces je definován jako organizovaná, systematická metoda plánování a poskytování individualizované péče klientům. Ošetřovatelský proces je nástroj podporující organizaci a využití kroků k dosažení požadovaných výsledků.”

(Seaback, 2012, p. 2)

Ošetřovatelským procesem jsou plánové činnosti, které jsou orientovány na docílení určitého výsledku. Z praktického hlediska jde o metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejíž cílem je změnit zdravotní stav pacienta. Jedná se o sérii vzájemně propojených činností, kterou provádíme buď sami, nebo za spolupráce pacienta. Ošetřovatelský proces se skládá z pěti částí, jedná se o zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Cílem ošetřovatelského procesu je zdokumentovat informace o pacientovi pro další členy zdravotnického týmu, zahájit podporu a pokračovat ve sledování a měření, aby se zabezpečila účinnost intervence (Tóthová, 2014; Richards a Edwards, 2004).

1.2 Přínos realizace ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces se soustřeďuje na reakce jedince, a tím doplňuje postupy ostatních profesí. Jedná se např. o to, jak jedinec reagoval na lékařský problém, na plán léčby a na změny nastávající v jeho každodenním životě. V rámci ošetřovatelského procesu poskytujeme holistickou péči, která zaručuje, že zásahy naplánované ve třetí fázi ošetřovatelského procesu, se zaměřují na jedince jako na celek, nikoliv pouze na chorobu. Realizace ošetřovatelského procesu umožňuje, abychom reagovali na aktuální i na potenciaální problémy a aby se vše promítlo v plánu ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces odpovídá metodickému nástroji, kterým sestra pomáhá pacientovi, řídí péči a umožňuje registraci úkonů. Ošetřovatelský proces představuje pro odborníky a pro pacienty řadu pozitiv (Tóthová, 2014; Silva et al. 2018).

Při poskytování ošetřovatelského procesu jsou uváděna tato pozitiva pro pacienty:

- Holistický přístup v péči o nemocného, rodiny, komunity. Péče je kvalitní a plánovaná, jde o neustálé vyhodnocování a posuzování měnících se potřeb nemocného.
- Návaznost péče zabezpečená plánem, který je dostupný všem osobám, které se na péči podílí.
- Pacient se sám účastí na vlastní péči a stává se tak zodpovědnějším za dosažení vlastního cíle (Tóthová, 2014).

Při poskytování ošetrovatelského procesu jsou zmiňována tato pozitiva pro sestru:

- V rámci vzdělávání je nutné se zabývat ošetrovatelským procesem u jednotlivých klinických stavů, aby byly v praxi využívány ty nejnovější poznatky.
- Spokojenost v zaměstnání z důvodu koordinované ošetrovatelské péče. Modernější péče přispívá k seberealizaci sestry, která rozvíjí samostatnější uplatnění.
- Zvýšení vědomostí a zručnosti sester, v důsledku součinnosti s kolegyněmi/kolegy. Dochází tak ke zvýšení odborného růstu
- Při dodržování ošetrovatelského procesu se sestry vyhnou rozporu se zákonem a splní tím všechny povinnosti vůči pacientovi.
- Pochopením a provozováním ošetrovatelského procesu sestry splňují ošetrovatelské normy a normy akreditovaných pracovišť (Tóthová, 2014).

1.3 Historie ošetrovatelského procesu

V šedesátých letech 20. st. se dostává teorie ošetrovatelského procesu ze Spojených států amerických do Evropy, jedná se o koncepční model vstřícného přístupu k ošetrování nemocných. Poprvé použila termín ošetrovatelský proces americká autorka Lydia Eloise Hallová v roce 1955 a následovaly ji teoretičky jako např. Johnsonová (1959), Orlandová (1961) nebo Hendersonová (1965). V praxi se začal ošetrovatelský proces používat až v roce 1973, kdy Americké sdružení sester ANA uvedlo pět částí ošetrovatelského procesu. (Tóthová, 2014).

1.3.1 Ošetřovatelský proces ve Spojených státech amerických

Ošetřovatelský proces ve Spojených státech amerických má stejně jako v České republice pět částí. Jedná se o fáze zhodnocení, diagnostika, plánování, implementace a vyhodnocení. Ve fázi zhodnocení sestra shromažďuje data a informace, které se týkají zdravotního stavu pacienta. Fáze diagnostika zahrnuje analýzu údajů z předchozí fáze. V této fázi sestra určuje aktuální a potencionální diagnózy. Plánování je fáze, ve které sestra plánuje cíle a strategie, vedoucí k dosažení naplánovaných cílů. Fáze implementace zahrnuje realizaci ošetřovatelského plánu. Poslední fází je vyhodnocení, ve které sestra hodnotí, zda došlo k dosažení cílů či nikoliv (American Nurses Association, 2015).

Americká asociace sester (The American Nurses Association- ANA) stanovuje standardy ošetřovatelské péče ve Spojených státech amerických. Standardy ošetřovatelské péče zahrnují nejen ošetřovatelský proces, ale také etiku, komunikaci, spolupráci a vzdělávání v ošetřovatelství. Základní části ošetřovatelské praxe v sobě zahrnují otázky “kdo” (vzdělané sestry, které mají aktivní licenci k výkonu praxe), “co” (ošetřovatelství), “kde” (kdekoliv, kde je potřeba), “kdy” (kdykoliv, kdy je potřeba), “jak” (prostředky a metody, které sestry používají k péči) a “proč” (reakce sestry na měnící se potřeby společnosti) (American Nurses Association, 2015).

1.3.2 Ošetřovatelský proces v České republice

Do konce 80. let minulého století nebyl v České republice ošetřovatelský proces používán, k jeho zavedení do praxe došlo až díky řadě zahraničních projektů, jako např. HOPE (Health Opportunity for People Everywhere - Šance na zdraví pro lidi na celém světě), PHARE (Poland and Hungary Assistance for Restructing of their Economies - Pomoc Polsku a Maďarsku při restrukturalizaci ekonomiky). Řadu odborných ošetřovatelských publikací přeložila Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. a došlo také k úpravě učebních osnov na středních, vyšších a vysokých školách s ošetřovatelským zaměřením (Kudlová, 2016; Plevová 2018). Metoda ošetřovatelského procesu je od roku 2004 zahrnuta ve věstníku MZ ČR, částka 9, 2004. Tato Koncepce ošetřovatelství je nahrazena novou, z roku 2021, Koncepce ošetřovatelství Věstník 6/2021 (Koncepce ošetřovatelství 9/2004, Koncepce ošetřovatelství 6/2021).

1.4 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází. První fází je zhodnocení stavu pacienta. V této fázi dochází ke sběru dat, která jsou důležitá pro proplánování další péče. Druhou fází je diagnostika, v jejímž průběhu se analyzují informace, s cílem určit ošetrovatelské diagnózy. Další fáze, plánování, se koná až po určení ošetrovatelských diagnóz. V této fázi stanovíme cíl, jehož chceme dosáhnout. Předposlední fází je fáze realizace, kde se provádí ošetrovatelské intervence a plní cíle z naplánované péče. Poslední fází je vyhodnocení. V této fázi dochází k hodnocení, zda byla péče efektivní a účinná. Fáze ošetrovatelského procesu jsou samostatné, ale všechny fáze se prolínají a tvoří celek (Tóthová, 2014).

1.4.1 První fáze - zhodnocení

Ošetrovatelský proces je zahájen fází zhodnocení, posouzení stavu zdraví pacienta. Hlavní úlohou této fáze je získání informací, které jsou důležité pro efektivní a individuální péči. K sestavení ošetrovatelského plánu musí mít sestra co nejvíce informací o nemocném, tyto informace musí být úplné a přesné. Sestra potřebuje informace, které se týkají jeho každodenního života, to znamená informace o tělesných, sociálních a psychologických funkcích. Ošetrovatelský proces vychází z holistického vnímání člověka, proto sestra musí získávat informace o pacientových potřebách z oblasti biologických, duchovních, sociálních, kognitivních a emocionálních potřeb. Vzhledem k tomu, že se pacientův zdravotní stav stále mění, lze zabezpečit aktuálnost informací tím, že sběr dat o pacientovi bude neustálý a systematický. Zhodnocení má dvě části. První část zahrnuje odběr ošetrovatelské anamnézy a druhá část je posouzení stavu pacienta (Tóthová, 2014; Kudlová, 2016).

Ošetrovatelská anamnéza je velice důležitá pro následující péči a zjištění informací o pacientovi. Sestra by měla zjistit, jak si pacient přeje, aby byl osloven a titulován. Ošetrovatelská anamnéza požaduje od posuzovatele schopnost vést rozhovor s pacientem, členem jeho rodiny, nebo s jinými blízkými osobami pacienta. Anamnéza by měla být odebrána v klidu a beze spěchu. Na začátku ošetrovatelské anamnézy se sestra ptá na identifikační údaje a na základní informace o pacientovi, jako je výška a váha, zda trpí alergií, zda nemocný využívá nějaké kompenzační pomůcky, nebo jaká je míra jeho soběstačnosti. Míru soběstačnosti posuzuje dle škál, např. Barthelové index základních všedních činností. Důležitá je otázka ohledně blízkých osob v životě pacienta. Blízká osoba nemusí být rodinný příslušník, může to být přítel, známý nebo např. soused. Důležité jsou také informace o pacientově bydlení, např. ve kterém patře bydlí nebo má-li se o něj kdo

starat. Tyto informace jsou zásadní při rozhodování o propuštění pacienta. Do ošetřovatelské anamnézy je důležité zapsat lékařské diagnózy, alergie a chronické nemoci, kam patří např. hypertenze či diabetes. Zaznamenávají se také běžné nemoci, které pacient prodělal, a vedlejší účinky nebo potíže spojené s léky. Při získávání informací by sestra měla dbát na to, aby ke každému přistupovala s úctou a respektem, diskrétně zacházela s informacemi, chovala se spravedlivě a měla by respektovat kulturní a duchovní názory pacienta. Podstatou ošetřovatelské anamnézy je zjištění problémů nemocného, potřeb nemocného a získání základních údajů, které jsou důležité pro určení problémů (Tóthová, 2014; Plevová, 2018).

Důležitou roli ve zhodnocení zdravotního stavu pacienta hrají také laboratorní a diagnostická vyšetření, která ukážou fungování organismu. Sestře často potvrdí její domněnky a podezření o stavu nemocného (Tóthová, 2014).

Při zjišťování informací by sestra v první řadě měla využít primární zdroj, tedy přímo pacienta, a získat od něj co nejvíce informací, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Dalším krokem získání informací může být sekundární zdroj, kam řadíme pacientovu rodinu, přátele, blízké osoby nemocného, a hlavně jeho zdravotnickou dokumentaci. Elektrické zdravotní záznamy nám usnadní vyplnění údajů a pomáhají při hodnocení stavu pacienta. Hlavní metody sběru dat jsou pozorování, rozhovor a vyšetření. Pozorováním zjišťujeme vnější projevy. V případě sester je to především celkový stav nemocného, vědomí, spánek, soběstačnost nebo reakce na terapii. Pozorování by nemělo být ovlivněno vztahem k nemocnému a osobním postojem sestry. Sestra by měla být schopna svými znalostmi vyhodnotit závažnost příznaků. Rozhovor by měl probíhat v klidu a na tichém místě. Měl by být předem připravený, před začátkem rozhovoru by sestra měla vědět, co potřebuje zjistit a měla by mít připravené poznámky. Sestra by se měla dohodnout s pacientem, kdy bude rozhovor probíhat, aby se pacient cítil uvolněně a byl v časové pohodě. Před rozhovorem je dobré si nastudovat informace o pacientovi z příjmové dokumentace např. jak je nemocný schopen komunikovat. Při rozhovoru by si sestra měla všimnout pouze pacienta a nikam nespěchat, aby nevyvolala v pacientovi pocit časové tísně a nezájmu. Je důležité se chovat empaticky a nepřehlížet neverbální projevy. Při rozhovoru vždy záleží na komunikačních schopnostech sestry a pacienta. Při rozhovoru by měly být zachovány obecné zásady, jako je třeba srozumitelnost. Je důležité naslouchat pacientovi co nám sděluje, využívat komunikační přestávky a respektovat autonomii jedince. Získané informace nikomu nepředáváme bez souhlasu pacienta. Osobnost každého člověka je jiná, je ovlivňována

např. charakterem, věkem, prostředím atd. (Tóthová, 2014; Toney-Butler a Thayer, 2021; Šamánková, 2011).

Ve fázi zhodnocení může sestra vycházet z teoretických koncepčních modelů. Např. model funkčního zdraví od M. Gordon slouží k systematickému ošetrovatelskému zhodnocení. Funkční typ zdraví je složen z biologických, vývojových, kulturních, sociálních a duchovních faktorů. Dysfunkční typ zdraví obsahuje nejen chorobný stav, ale i ty jedince, kteří jsou zdraví a neadekvátní ošetrovatelskou péčí by mohlo být jejich zdraví poškozeno. Tento model zahrnuje komplexní informace o pacientovi, které jsou zásadní k sestavení ošetrovatelské anamnézy (Tóthová, 2014).

1.4.2 Druhá fáze - diagnostika

Po ukončení fáze zhodnocení následuje další krok v ošetrovatelském procesu, kterým je diagnostika. Cílem této fáze je určit ošetrovatelskou diagnózu. Stanovení ošetrovatelské diagnózy na základě klinického posudku pomáhá při plánování a provádění péče o pacienta. Diagnóza znamená poznání a určení něčeho pomocí vhodných metod. Účelem ošetrovatelské diagnostiky je určit a zvolit vhodnou péči. Důležitá je spolupráce s pacientem. Sestra by měla nalezené problémy a plán péče s pacientem konzultovat, aby společně našli postup, jak daný problém řešit (Tóthová, 2014; Toney-Butler a Thayer, 2021).

Definice ošetrovatelské diagnózy: „Klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná“ (Boroňová, 2010, str. 70)

Ošetrovatelská diagnóza „poskytuje základ pro volbu ošetrovatelských intervencí pro dosažení výsledků, za které je ošetrovatelství odpovědné“ (Herdman, 2020, str. 64)

Stanovení ošetrovatelské diagnózy na základě klinického úsudku pomáhá při plánování a provádění péče o pacienta. Aktuální seznam ošetrovatelských diagnóz poskytuje sestřám Severoamerická asociace ošetrovatelských diagnóz (NANDA). Ošetrovatelské diagnózy se dělí na aktuální, potencionální, pravděpodobné, wellness a syndrom diagnózy. Aktuální ošetrovatelská diagnóza zrcadlí aktuální problémy pacienta, které se manifestují danými charakteristikami a příznaky problému. Aktuální diagnóza má název, definici, definující charakteristiku a související faktory. Název je stručný termín, který

vysvětluje význam diagnózy, za názvy je zodpovědná NANDA International. Definice by měla upřesnit diagnostické označení a pomoci rozlišit diagnózy. Do definujících charakteristik se řadí znaky a příznaky, které udávají jednotlivé ošetrovatelské diagnózy. Souvisejícím faktorem je myšlen faktor, který mohl za vznik nebo za přispění k problému. Potencionální nebo také riziková diagnóza je problém, který je zatím potencionální, a proto je ošetrovatelská péče zaměřena na prevenci problému. Potencionální diagnózy jsou potvrzeny rizikovými faktory, které definují jedince, u kterého může dojít k rozvoji určitého problému spojeného s diagnózou. Pravděpodobná diagnóza je určení podezřelého problému, které vyžaduje další sběr dat, je to tzv. prozatímní ošetrovatelská diagnóza. Wellness diagnózy jsou diagnózy, které se vztahují ke zlepšení zdraví. Používají se tehdy, když sestra zjistí, že pacient může v nějaké oblasti docílit lepších výsledků. Tyto diagnózy se označují také jako edukační. Ošetrovatelské diagnózy, které se vztahují ke skupině příznaků se nazývají syndrom diagnózy (Tóthová, 2014; Toney-Butler a Thayer, 2021).

Je důležité zmínit, že ošetrovatelská diagnóza není stejná jako lékařská diagnóza. V lékařské diagnóze se jedná o chorobu, kterou lékař určil na základě příznaků a různých vyšetření. Hlavní úkol lékařské diagnózy je choroba a její léčba. Má vyvinutý klasifikační systém, který se skládá ze dvou až tří slov. Ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry zasahuje do života pacienta, je to odpověď jedince na chorobný proces či situaci, kterou sestra může v rámci svých kompetencí řešit. Sesterská diagnóza se mění podle toho, jak se mění chorobný proces. Je doplňkem k lékařské diagnóze a nemá klasifikační systém. Ošetrovatelská diagnóza se skládá buď ze dvou částí (ošetrovatelský problém a původce) nebo ze tří částí (ošetrovatelský problém, původce a projevy nemoci) (Tóthová, 2014; Kramperová a kol. 2010).

Klasifikační systémy v ošetrovatelství

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

Je neznámější systém taxonomie ošetrovatelských diagnóz, který je vypracovaný a dlouhodobě spravovaný Americkou asociací pro ošetrovatelské diagnózy. Je rozdělen do 13 domén, které vycházejí ze Vzorců zdraví M. Gordon, 47 tříd a obsahuje 172 diagnóz. Diagnostické domény tvoří: podpora zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahy, sexualita, zvládání zátěže a odolnost vůči stresu, životní principy, bezpečnost a ochrana, komfort a růst, vývoj. Systém taxonomie ošetrovatelských diagnóz má spoustu výhod, mezi které patří např. užitečnost

z důvodu společného standardizovaného jazyka, sestra za pomoci taxonomie mnohem snadněji zjistí a určí problém nemocného a umožňuje snazší komunikaci ve zdravotnickém týmu při předávání informací o pacientovi (Plevová 2018; Vörösová, 2007).

Klasifikace ošetrovatelských intervencí - NIC (Nursing Interventions Classification)

Je to standardizovaná klasifikace intervencí, které sestry vykonávají. Klasifikace ošetrovatelských intervencí je soubor činností, které jsou potřebné k vyřešení ošetrovatelského problému. Tyto intervence se dělí na přímé a nepřímé. Přímá intervence je činnost vykonávaná ve spolupráci s pacientem, jsou to fyziologické i psychosociální činnosti. Nepřímá intervence je naopak vykonávána bez pacienta, ale pro zlepšení jeho péče. Tyto intervence zahrnují například management prostředí. Klasifikace NIC je úzce spojena s klasifikačními systémy NOC, NANDA, nebo OMAHA (Plevová, 2018).

Klasifikace ošetrovatelských výsledků - NOC (Nursing Outcomes Classification)

Je to klasifikace výsledků pacientů, díky které se dá hodnotit efektivita intervencí. Výsledek NOC se používá na sledování pokroku v průběhu péče. Standardizované výsledky jsou důležité pro dokumentování v elektronických záznamech, při užití v klinických informačních systémech, pro edukaci sester a pro rozvoj ošetrovatelských vědomostí (Plevová, 2018).

Klasifikační systém OMAHA

Je to systém založený na výzkumu, který je složen ze tří složek. První složka je posouzení, druhá složka zahrnuje intervence a třetí složka je vyhodnocení. Tento systém se používá především v komunitním ošetrovatelství. Ve složce posouzení jsou sledovány faktory ovlivňující zdraví. Tato část sleduje informace ve čtyřech doménách. První doména se nazývá enviromentální. Obsahuje materiální zdroje, širší komunitu a prostředí uvnitř, ale i mimo bydlení. Zahrnuje informace o hygieně, bydlišti nebo např. posouzení příjmů. Další doména je psychosociální, která zahrnuje např. vztahy, emoce, nebo vzory chování. Jedná se o posouzení např. komunikace v komunitě, rodičovství, zneužívání, nebo zanedbávání. Fyziologická doména obsahuje funkce udržující život, skládá se z posouzení sluchu, zraku, kůže, nebo např. stavu dentice. Poslední doména se orientuje na chování, které souvisí se zdravím. Jde o zhodnocení výživy, plánování rodičovství, nebo užívání léků. Složka zahrnující intervence se zaměřuje na prevenci onemocnění, obnovu zdraví nebo poskytnutí paliativní péče. Intervenční část může být rozdělena do čtyř kategorií. Výuka a

poradenství, procedury a postupy, case management a poslední kategorií je dohled. Vyhodnocení je poslední část v systému OMAHA. Tato složka využívá Likertovu škálu. Jde o pětistupňovou škálu popisující oblasti chování (nevhodné/ zřídka vhodné/ proměnlivě vhodné/ obvykle je vhodné/ důsledně vhodné), znalosti (žádné/ minimální/ základní/ dostatečné/ vynikající) a stav (extrémní příznaky/ závažné příznaky/ mírné příznaky/ minimální známky/ žádné známky) (Tóthová, 2014).

1.4.3 Třetí fáze - plánování

“Plánování je proces vytyčení ošetrovatelských strategií či intervencí s cílem prevence, redukce či eliminace během diagnostické fáze zjištěných a validizovaných pacientových zdravotních problémů.” (Tóthová, 2014, str. 90)

Po ukončení fáze zhodnocení a diagnostiky nastává 3. fáze ošetrovatelského procesu a tou je plánování. Je to proces vytyčení intervencí, s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů. Výstupem fáze plánování je písemný plán péče. Písemný plán péče pomáhá zdravotnickému personálu v komunikaci a zajišťuje individualizovanou péči o pacienta. Sestra by měla během celého procesu aktivně spolupracovat nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou a se členy zdravotnického týmu (Tóthová, 2014; Kudlová, 2016).

Vytyčení priorit je prvním krokem ve fázi plánování. Jedná se o pořadí, ve kterém se řeší problémy pacienta. Pořadí se neodvíjí jen podle závažnosti problému, ale také podle přání pacienta. Sestra by se měla s pacientem společně dohodnout v jakém pořadí dojde k řešení problémů, měla by brát zřetel na pacientova přání, a především na jeho bezpečnost. V první řadě by měly být řešeny problémy ohrožující pacienta na životě. Při určování priorit je důležité, aby sestra měla kritické myšlení. Jedním z pomocníků při určování priorit může být model Maslowovy pyramidy potřeb, podle kterého modelu se dá snadno určit pořadí problému (Tóthová, 2014).

“Kriticky myslící sestra zaujímá analytický přístup, projevuje pochopení souvislostí, vyhodnocuje domněnky a hypotézy, získává informace ze spolehlivých zdrojů, zvažuje varianty řešení a provádí stálé vyhodnocování dosažených výsledků svých aktivit” (Mastiliaková, 2014, str. 11)

Dalším krokem ve fázi plánování je stanovení očekávaných výsledků. Očekávané výsledky se někdy označují jako ošetrovatelské cíle. Jedná se o cíle, kterých chceme

dosáhnout v pacientově zdravotním stavu. Tyto cíle jsou důležité při měření úspěšnosti péče a podněcují sestru k činnosti vedoucí k naplnění cíle. Aby byly cíle užitečné, musí být vždy jasně a srozumitelně stanovené. Cíle dělíme na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobý cíl se vztahuje na následující hodiny či dny. Používá se u pacientů s krátkodobou hospitalizací a u nemocných, kteří jsou deprimováni dlouhodobými cíli. Splnění krátkodobého cíle jim dodává motivaci a znamená krok ke splnění cíle dlouhodobého. Dlouhodobé cíle se vztahují na delší dobu, směřují ke konci hospitalizace nebo až do domácí péče. Využívají se u pacientů s chronickým onemocněním, u pacientů v ambulantní péči nebo u psychiatrických pacientů. Vzhledem k dlouhodobému časovému úseku se může stát, že dojde ke zvratu pacientova zdravotního stavu a může nastat potřeba změny stanoveného cíle. Dlouhodobé cíle nejsou jen o aktuálních potřebách pacienta, ale kladou důraz i na prevenci nebo rehabilitaci. Od cílů se odvozují výsledná kritéria. Pro každý stanovený cíl je potřeba mít tři až šest výsledných kritérií. Poskytují časové limity na aktivity a usměrňují činnost sestry. Výsledná kritéria ukazují, zda byl určitý cíl splněn (Tóthová, 2014; Richards a Edwards, 2004).

Ošetrovatelské zásahy neboli intervence jsou činnosti, které sestra vykonává, aby díky nim došlo k dosažení pacientových cílů a k vyřešení pacientových problémů. Během plánování ošetrovatelských strategií sestra spolupracuje nejen s pacientem, ale také s literaturou, standardy a jinými odborníky. Před vypracováním strategií by sestra měla znovu vyhodnotit pacientovy potřeby a priority a stanovit takové intervence, které pomohou k dosažení výsledků. Intervence vyžadují od sestry vědomosti a dřívější zkušenosti. U každého pacienta jsou intervence individuální, aby bylo možné vyřešit jeho problémy. Díky dobře zvoleným intervencím lze dosáhnout stanovených výsledků. Rozhodovací proces při výběru ošetrovatelské intervence ovlivňuje několik podmínek: intervence musí být bezpečné, založené na vědomostech a zkušenostech, odpovídat zdravotnímu stavu a věku pacienta, musí respektovat práva pacienta, být uspořádané podle důležitosti, být dosažitelné, obsahovat časový faktor, být slučitelné s jinými léčebnými metodami, musí být ve shodě s platnou legislativou usměrňující ošetrovatelskou praxi a musí být podložené vědeckými důkazy. Ošetrovatelské intervence řadíme do tří kategorií na závislé, nezávislé a součinné. Nezávislé činnosti sestra iniciuje a provádí sama na základě svých zkušeností, vědomostí a dovedností. Sestra je vždy za své rozhodnutí zodpovědná, a to i před zákonem. Součinné ošetrovatelské činnosti vykonává sestra společně s jiným členem interdisciplinárního týmu, např. s fyzioterapeutem. Cílem je zajistit pacientovi komplexní péči, která by nebyla možná

bez kvalitní týmové spolupráce. Závislé ošetrovatelské činnosti sestra provádí na základě pokynu lékaře. Tyto činnosti sestra provádí buď pod dohledem lékaře, pod přímým vedením, nebo samostatně. Do kompetence sestry patří pouze realizace těchto činností, které jsou nedílnou součástí léčby (Tóthová, 2014; Plevová, 2018).

Výsledkem fáze plánování je zhotovení ošetrovatelského plánu. Ošetrovatelský plán vychází z potřeb pacienta, obsahuje seřazené diagnózy podle naléhavosti, stanovené cíle, výsledná kritéria, intervence a celkové vyhodnocení. Plán ošetrovatelské péče poskytuje systematické informace o zdravotním stavu pacienta. Během hospitalizace nemocného je nutné tento plán obnovovat, sledovat změny ve zdravotním stavu pacienta a provádět vyhodnocování dosažených cílů (Tóthová, 2014).

1.4.4 Čtvrtá fáze - realizace

Předposlední fáze ošetrovatelského procesu se nazývá realizace. V této fázi dochází k uskutečnění naplánovaných cílů a činností, které jsou zaznamenány v plánu ošetrovatelské péče. Během této fáze sestry plynule posuzují pacienta a určují, zda jsou intervence efektivní a cíle jsou dosahovány. Tato fáze sjednocuje všechny části ošetrovatelského procesu v jeden celek. Ve fázi realizace je velice důležité, aby se pacient účastnil. Míra onemocnění určuje stupeň účasti - pacient v bezvědomí nebude aktivním účastníkem, naopak pacient, který dochází ambulantně, je schopen si většinu péče poskytnout sám. Realizace je považována za vlastní naplnění ošetrovatelského procesu. Bez této fáze by zůstala naplánovaná péče pouze na papíře a u pacienta by nedošlo by k žádnému zlepšení. Ošetrovatelský proces by tak zůstal pouze administrativní a nikoliv praktickou činností. Je důležité, aby sestra měla pro realizaci ošetrovatelského procesu dostatečné vědomosti a dovednosti (Tóthová, 2014; Plevová, 2018).

K realizaci ošetrovatelských strategií by měla sestra mít kognitivní, technické a interpersonální zručnosti. Ke kognitivním zručnostem patří kritické myšlení, schopnost vyřešit problém, umět se rozhodnout a kreativně myslet. Tyto schopnosti ukazují na odborné vědomosti sestry. Technickou zručností je myšlena práce s nemocniční technikou. Z důvodu technizace medicíny je technická zručnost od sester stále více požadována. Interpersonálními zručnostmi jsou myšleny všechny činnosti, které sestra využívá ke komunikaci s pacienty. Tyto zručnosti jsou důležité k poskytování individualizované péče o pacienta a hrají důležitou roli při poskytování rad nebo při edukaci. Při práci s lidmi je

důležité ovládat jak verbální, tak i neverbální komunikaci. Sestra by měla umět komunikovat nejen s pacienty, ale i se zdravotnickým týmem (Tóthová, 2014).

Při realizaci musí sestra pacienta znovu posoudit, protože nové informace mohou způsobit změnu priorit nebo ošetrovatelských strategií. Tento postup sestra vykonává při každém kontaktu s pacientem. Před tím, než dojde k uskutečnění intervencí, by sestra měla zvážit pomoc dalšího člena ošetrovatelského týmu, a to zejména v případě, ve kterém není schopna provést danou situaci sama, nebo nechce pacienta vystavovat ještě většímu stresu. Další činností, kterou sestra organizuje, je příprava materiálu a prostředí. Provádí také edukaci pacienta na určité téma. Sestra může u pacienta zaujímat různé role, např. učitelka, advokátka, ošetrovatelka nebo výzkumnice (Boroňová, 2010).

1.4.5 Pátá fáze - vyhodnocení

Poslední fáze ošetrovatelského procesu se nazývá vyhodnocení. Tato fáze je velmi důležitá, protože sestra hodnotí, zda byla ošetrovatelská péče podle individualizovaného plánu efektivní a jestli byly pacientovy cíle splněny, popř. do jaké míry. Tato fáze dává sestře zpětnou odezvu o účinnosti ošetrovatelského plánu (Tóthová, 2014).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje hodnocení jako “ Hodnocení je založeno na použití 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 pacient dosáhl na základě ošetrovatelských kroků, stanovených v ošetrovatelských plánech.”

Hodnocení můžeme rozdělit na tři typy - termínované, průběžné a závěrečné. Dělí se podle toho, v které době a za jakým účelem se hodnocení koná. Hodnocení, které se koná na konci první části ošetrovatelského procesu se nazývá termínované. Toto hodnocení by měla provádět sestra, která byla u prvního zhodnocení pacienta a stanovila ošetrovatelský plán. Průběžné hodnocení se koná neustále. Sestra provádí hodnocení péče po celou dobu ošetrovatelského procesu, jelikož je hodnocení pacienta součástí každé fáze. Závěrečné hodnocení se provádí při předání pacienta do jiného zařízení, nebo při propuštění pacienta do domácího léčení. Toto hodnocení zahrnuje pacientovy aktuální problémy a soupis dalších krátkodobých i dlouhodobých cílů, na které by měla být budoucí péče po propuštění zaměřena. Závěrečné hodnocení zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče (Tóthová, 2014).

Proces vyhodnocení se odehrává v několika krocích. Nejprve dojde k porovnání údajů získaných ve 3. fázi ošetrovatelského procesu s výslednými kritérii a k posouzení, zda došlo k dosažení cílů či nikoli. Následně proběhne porovnání ošetrovatelských intervencí a výsledků pacienta. V dalším kroku se popisují závěry o problému jedince. Na konec probíhá zdůvodnění nesplnění cílů, revize a modifikace ošetrovatelského plánu (Plevová, 2018).

2 OŠETŘOVATELSTVÍ

2.1 Definice ošetrovatelství

Ošetrovatelství je samostatný vědní obor, zaměřen na celkovou péči. Zahrnuje aktivní vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb člověka. Ošetrovatelství je orientováno na udržení, podporu a navrácení zdraví. Rozvoj soběstačnosti a zajištění klidného umírání a smrti je dalším cílem ošetrovatelství (Plevová, 2018).

Ošetrovatelství je definováno jako *“vědní disciplína integrující poznatky z přírodních, humanitních a společenských vědních oborů. Má pomáhat nemocným i zdravým, vykonávat činnost prospívající zdraví, uzdravování, nebo zajištění klidné smrti, kterou by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, vůli a znalosti. Úkolem sester je pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost.”* (Boroňová, 2010, str 8).

2.2 Cíle ošetrovatelství

Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat individuální potřeby člověka, které zabezpečí co nejvyšší kvalitu života. Ošetrovatelství je orientováno na pomoc předcházet nemoci, navrátit zdraví, podpořit zdraví, zmírňovat utrpení a zajistit klidné umírání a důstojnou smrt. K dosažení cíle je nutná spolupráce mezi sestrou a pacientem, ale také jeho rodinou a ostatními odborníky ze zdravotnického týmu. Podstatnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv (Plevová, 2018).

2.2.1 Koncepce ošetrovatelství

Koncepce ošetrovatelství zaručuje jednotný postup při poskytování ošetrovatelské péče u poskytovatelů zdravotní péče (Plevová, 2018).

Cílem koncepce ošetrovatelství je charakterizovat aktuální stav českého ošetrovatelství, nastínit jeho vývoj v následujících letech a pomocí strategických cílů navrhnout postupy, které budou směřovat k poskytování efektivní ošetrovatelské péče.

Dalším cílem koncepce ošetrovatelství je posílení postavení sester ve společnosti. Koncepce ošetrovatelství z roku 2021 je aktualizací Koncepce z roku 2004 Věstník č. 9. (Koncepce ošetrovatelství Věstník 6/2021).

“Koncepce ošetrovatelství se týká těch zdravotnických povolání, jejichž základní činností je poskytování ošetrovatelské péče, tj. Příslušníků profesí všeobecná sestra, dětská sestra, praktická sestra (dále i jako “sestry”), ošetrovatel a sanitář.” (Koncepce ošetrovatelství, Věstník 6/2021, str. 4)

2.3 Lidské potřeby a holismus

2.3.1 Lidské potřeby

“Potřeba je projevem nějakého nedostatku nebo přebytku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá.” (Trachtová, 2018, str. 10)

Potřeba je něco, co je pro lidskou bytost nezbytné z hlediska jejího vývoje a života. Veškerou psychickou činnost člověka např. myšlení, pozornost, emoce, volní procesy, ovlivňuje prožívání nedostatku a tím tvoří vzorec chování jedince. Biologická potřeba je stav narušené fyziologické rovnováhy (Trachtová, 2018).

Obecně dělíme potřeby na primární a sekundární. Primární skupinou jsou potřeby vrozené. Jsou to takové potřeby, jejichž účinek vychází z aktivace vrozených tělesných mechanismů. Řadíme sem např. potřebu bezpečí, kyslíku, spánku nebo vyprazdňování. Sekundární skupinou jsou potřeby získané během života. Patří sem např. potřeba životní jistoty nebo sebeúcty (Plevová, 2019).

Způsob uspokojování potřeb je ovlivněn řadou faktorů, mezi které patří individualita jedince, vývojové stádium, kultura, rodina, chování a onemocnění. Individualita člověka - prožívání a následně uspokojování potřeb působí například na temperament nebo na individuální zvláštnosti citů. Vývojové stádium jedince - dítě se postupem vývoje vymaňuje z plné závislosti na nižších potřebách a vyvíjejí se potřeby vyšší. Po narození je okamžitá potřeba kyslíku a tepla, postupně se přidávají další biologické, psychologické a sociální potřeby, které se postupně mísí. Kultura - vtiskuje členům vzorce uspokojování potřeb, ale i některé projevy potřeb potlačuje. Rodina - hlavním úkolem rodiny je dbát o základní životní potřeby, ochranu, ale i rozvoj a zájmy dítěte. Rodina buduje zázemí, pocit

bezpečí a jistoty. Onemocnění - prožívání potřeb a jejich uspokojování ovlivňuje ráz onemocnění, druh léčby, bolest a např. omezení pohybu. Onemocněním vznikají potřeby nové. V naplňování potřeb mohou být určité bariéry, které bývají rozdílné v nemoci a ve zdraví. (Šamánková, 2011; Plevová, 2019).

Hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa

Abraham H. Maslow byl americký psycholog, který se zabýval lidskými potřebami. Sestavil nejpopulárnější rozdělení potřeb - Maslowovu pyramidu hierarchie potřeb dle jejich naléhavosti. Maslow rozlišuje potřeby na základní (vývojově nižší) a na vývojově vyšší. Do základních potřeb se řadí potřeby fyziologické a potřeba bezpečí. Pokud nejsou uspokojeny potřeby nižší, organismus si neuvědomuje nic jiného. Teprve po uspokojení nižších potřeb mohou dojít na řadu potřeby vyšší. Mezi potřeby vyšší řadíme potřeby seberealizace, estetické a kognitivní potřeby, potřebu úcty a lásky (Plevová, 2019).

2.3.2 Holismus

Termín holismus *“je odvozen z řeckého slova, které znamená celek. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému.”* (Trachtová, 2018, str. 9)

Z ošetrovatelského hlediska zahrnuje péče o člověka pomocí holismu bio-psycho-sociální stránku, což znamená, že zahrnuje bytost jako celek, nejen porušenou část. Úlohou sestry je tedy zabezpečit potřeby fyzické, psychické i sociální na všech úrovních péče. Princip holismu je zahrnut v ošetrovatelském procesu, který zohledňuje fyzické, duchovní, emocionální, kognitivní a sociální potřeby, ať už zdravých, nebo nemocných lidí. Holismus je zaměřen na člověka jako celek, ne na nemoc. Je to základ ošetrovatelských teorií, modelů, etických zásad a tvoří hodnotový systém oboru (Plevová, 2018).

2.4 Současné ošetrovatelství

Současné ošetrovatelství je samostatný vědní obor, který je založen na samostatnosti sester a na vzájemné spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství patří poskytování aktivní ošetrovatelské péče, poskytování individualizované péče pomocí ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků, které jsou podloženy výzkumem, preventivní charakter

péče, holistický přístup a péče poskytovaná ošetrovatelským týmem. Vývoj ošetrovatelství byl až do poloviny 20. století založen spíše na zkušenostech z praxe, nikoliv na teoretických znalostech. Díky zkušenostem sester začaly vznikat modely a teorie v ošetrovatelství (Plevová, 2018).

2.4.1 Paradigma a metaparadigma ošetrovatelství

Metaparadigma je jádro nebo předmět zkoumání, je to obecný pohled na obsah dané vědní disciplíny. V ošetrovatelství se metaparadigma tvoří od dob Florence Nightingale, která zkoumala vztah mezi činnostmi sester, vlivem prostředí a zdravím člověka. V metaparadigma ošetrovatelství jsou základními pojmy osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Všechny pojmy metaparadigma se vzájemně prolínají a tvoří základ k teoretickým modelům (Pavlíková, 2007; Plevová, 2018).

„Paradigma ošetrovatelství jsou konceptuální modely a teorie. Vývoj teorií a modelů ošetrovatelství je postupný, odpovídá systému zdravotní péče doby, ve které vzniká, a odráží podstatu ošetrovatelství.“ (Plevová, 2018, str. 133)

2.4.2 Konceptní modely

„Konceptní modely jsou prezentací názorů jednotlivců nebo skupin na to jak realizovat ošetrovatelství v praxi. Ukazují problémy, na které se máme při poskytování ošetrovatelské péče zaměřit jako na prioritní.“ (Kramperová a kol. 2010, str. 49)

Konceptní model je smysluplné uspořádání skládající se z abstraktních a všeobecných představ a tvrzení. Konceptní modely jsou zrcadlením filozofického pohledu autora a zkušeností autorů z ošetrovatelské praxe. Konceptní modely udávají v ošetrovatelství směr pro praxi, vzdělávání a výzkum (Plevová, 2018).

Konceptní modely se skládají ze tří základních částí. Jsou to předpoklady - asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. Předpoklady jsou teoretický základ pro pojetí ošetrovatelství, odvozují se od vědecké teorie a praxe. Druhá část, hodnotový systém, je to filozofická představa o důležitosti vztahů mezi člověkem a prostředím. Třetí částí jsou hlavní jednotky, kam patří cíl ošetrovatelství, pacient, role sestry, zaměření zásahu, zdroj problému pacienta, způsob intervence a výsledky aktivit (Archalousová, 2003).

Konceptní modely se mohou třídit do užších kategorií na humanistické, interpersonálních vztahů, systémové, nebo modely energetických polí. Humanistické modely mají hlavní cíl v respektování práv pacienta a vycházejí z humanistických principů.

Do této kategorie patří např. model Oremové, Nightingalové, Hendersonové nebo Leiningerové. Modely interpersonálních vztahů zkoumají sociální úkony a vztahy mezi lidmi, s cílem odhalit problémy v mezilidských vztazích. Řadí se sem např. model Peplauové, Orlandové, nebo Gordonové. Kategorie systémových modelů se zaměřuje na zkoumání potencionálních nebo existujících problémů ve funkci systému. Patří sem model Johnsové, Kingové nebo Neumanové. Poslední kategorií modelů jsou modely energetických polí, které zkoumají koncepci mezi člověkem a prostředím, kam můžeme zařadit model Levinové nebo Rogersové (Plevová, 2018; Csisko, 2012).

Ošetrovatelský model je stejně jako ošetrovatelská teorie souhrn poznatků, které jsou složeny z pojmů a tvrzení. *“Teorie je souhrn názorů, představ a myšlenkových pochodů, které umožňují vysvětlení nějakého konkrétního jevu.”* (Plevová, 2018, str. 135)

Slovo teorie je odvozeno z řeckého theoria, což znamená bádání, zkoumání. Teorie zpravidla souvisí nebo je vyvozená z konceptuálních modelů. Na rozdíl od koncepčního modelu je teorie při zabývání se jednotlivými jevy více specifitější a podrobnější. Teorie se může dělit na tři typy - popisné, vysvětlující a predikční (Plevová, 2018).

3 VZDĚLÁVÁNÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ

Vzdělávání je základním prvkem profesionálního ošetrovatelství. *“Vzhledem k aktuálním problémům v oblasti pracovního potenciálu v ošetrovatelství a vývoji ve vzdělávání sester je nezbytná partnerská spolupráce všech zúčastněných stran na tom, aby vzdělávací plány odpovídaly kontextu dané země a potřebám jejich obyvatel a dokázaly v praxi zajistit poskytování služeb a efektivní klinickou praxi studentům. Spolupráce s klinickými pracovišti a vzdělávacími institucemi je klíčová.”* (Koncepce ošetrovatelství, věstník 6/2021, str. 15)

3.1 Vzdělávání a legislativa

Na základě společné dohody několika evropských zemí vypracovala Rada Evropy v 60. letech 20. století směrnice pro jednotnou kvalifikaci a vzdělávání sester. V letech 1967 - 1971 dohodu postupně podepsalo 12 evropských zemí. Evropská komise v roce 1989 doporučila, aby byly sestry ve 21. století vzdělávány na vysokoškolské úrovni. Z důvodu nutnosti naplnění směrnic EU, které regulují vzdělávání tak, aby bylo umožněno uznání kvalifikace, a tím volný pohyb po zemích EU, zaznamenalo vzdělávání těsně před vstupem České republiky do EU zásadní změny (Plevová, 2018).

3.1.1 Vzdělávání sester

Všeobecná sestra dosahuje odborné způsobilosti k výkonu zdravotnické profese studiem bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství nebo studiem oboru Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Tyto studijní programy musí splňovat předpisy pro kvalifikační přípravu všeobecných sester, které vyplývají ze Směrnice Evropského parlamentu a Rady 36/2005/ES o uznávání odborných kvalifikací, zákona č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států EU a některých příslušníků jiných států a zákona č. 96/2004 Sb. Toto je předpokladem, že absolventi obou typů škol budou připraveni vykonávat činnosti všeobecné sestry. Mezi absolventy vyšší odborné školy a absolventy vysoké školy není rozdíl z pohledu pracovního uplatnění a vykonávání pracovních činností. Zákonné normy, uvedené výše, vycházejí z Evropské strategie WHO pro vzdělávání a doporučení Evropské komise (Koncepce ošetrovatelství Věstník 6/2021).

Praktická sestra získává odbornou způsobilost k výkonu povolání několika způsoby: na střední zdravotnické škole, absolvováním kvalifikačního kurzu, který proběhl do konce roku 2018, studiem 6 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského oboru pro

vzdělání všeobecných sester, studiem 3 ročníků na vyšší odborné škole oboru Diplomovaná všeobecná sestra, studiem 8 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského oboru všeobecné lékařství a složením zkoušky z předmětu ošetrovatelství, péče o nemocné nebo podobného předmětu. Praktická sestra provádí samostatně činnosti, ke kterým má kompetence. U specializované péče provádí praktická sestra činnosti pod odborným dohledem/pod přímým vedením všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky. Sestra potřebuje znalosti, dovednosti a také zájem osobního postoje k danému problému, aby mohla poskytovat péči. Sestry by měly být manuálně zručné a technicky orientované, z důvodu zvyšujících se nároků na obsluhu přístrojů (Koncepte ošetrovatelství Věstník 6/2021; Tóthová, 2014).

3.1.2 Předpisy pro kvalifikační přípravu všeobecných sester

Předpisy pro kvalifikační přípravu sester jsou dány vyhláškou č. 39/2005 Sb., která stanovuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Studium programu Všeobecné ošetrovatelství probíhá buď prezenční formou, která zahrnuje nejméně 3 roky studia, nejméně 4600 hodin teoretické výuky a minimálně 2300 hodin praktického vyučování, nebo v jinou formou studia, jehož celková doba výuky není kratší než doba výuky v prezenční formě. Studium lze také vyjádřit v odpovídajících kreditech kreditního systému ve vysokoškolském vzdělávání. Studium poskytuje znalosti a dovednosti stanovené v §3 a obsahuje teoretickou výuku poskytující znalosti z věd tvořící základ potřebný pro poskytování všeobecné ošetrovatelské péče, znalosti v ošetrovatelství a klinických oborech, v sociálních oborech a dalších oborech souvisejících (Vyhláška č. 39/2005 Sb.).

Mezi předměty, které patří do vyhlášky č. 39/2005 Sb., se řadí studijní předmět Ošetrovatelský proces a potřeby. Tento předmět je teoreticko-praktický celek, který zprostředkovává pochopení hlavního úkolu ošetrovatelské praxe. Zaměřuje se na procvičování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu a umožňuje studentům čerpat systematické poznatky a dovednosti v metodologii ošetrovatelského procesu. Studijní předmět ošetrovatelský proces a potřeby patří mezi povinné oborové předměty kategorie A a musí splňovat minimální počet 50 hodin (Vyhláška č. 39/2005 Sb.).

Cílem realizace studijního programu Všeobecné ošetrovatelství je vychovat absolventy, kteří budou schopni vykonávat profesi a poskytovat ošetrovatelskou péči, která je orientována na individuální potřeby jednotlivců, rodin a komunit, ve zdraví i v nemoci.

Dalšími cíli jsou ty, které směřují k dosažení znalostí právních předpisů v okruhu poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče v ČR, které vedou k dosažení profesní kvalifikace, které opravňující k výkonu zdravotnického povolání, a které vedou k získání vzdělávání ve zdravotnickém oboru jako základního předpokladu k celoživotnímu profesnímu vzdělávání (Vyhláška č. 39/2005 Sb.).

3.2 Pregraduální studium

Střední zdravotnické školy vzdělávají nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří mohou vykonávat činnost pod odborným dohledem či pod přímým vedením všeobecné sestry nebo lékaře. Mezi nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří se mohou vzdělávat na SZŠ, patří Praktická sestra, Zdravotnické lyceum, Masér sportovní a rekondiční, Laboratorní asistent nebo Asistent zubního technika. Změnou legislativy a transformací v ošetrovatelském vzdělávání byla výuka všeobecných sester na SZŠ zrušena a ve školním roce 2004/2005 byly ke studiu přijímáni již studenti oboru Zdravotnický asistent. Poslední studenti oboru Všeobecná sestra absolvovali školu v roce 2007. Studium střední zdravotnické školy je zakončeno maturitní zkouškou (Plevová, 2018).

Zdravotnické lyceum funguje jako intenzivní příprava žáků k dalšímu studiu se zaměřením na zdravotnické obory. Obsahuje širší rozsah učiva, který žákům umožňuje přihlášení na různé typy vysokých škol. Studium je zakončeno maturitní zkouškou (Plevová, 2018).

Vyšší odborné zdravotnické školy v ČR existují od roku 1996 a nabízejí 3leté studium základního odborného vzdělání. Studium na vyšší odborné škole poskytuje kvalifikaci v různých oborech a je určeno pro absolventy středních škol. Toto vzdělání má za cíl rozvoj a prohloubení znalostí a dovedností studenta, které získal ve středním vzdělávání a umožňuje všeobecné i odborné vzdělávání a praktickou přípravu pro výkon činností. Vyšší odborné vzdělání je zakončeno absolutoriem (Plevová, 2018).

Vysokoškolské studium je možností dalšího odborného vzdělávání zdravotnických pracovníků. Nejprve lze zvýšit kvalifikaci v bakalářských, později v magisterských či doktorských programech. Studium ošetrovatelství nabízí lékařské fakulty, ale také fakulty se zdravotnickým zaměřením. Fakulty mají spolupráci nejen s fakulními nemocnicemi, sloužícími jako výuková pracoviště, ale i s ostatními zdravotnickými pracovišti (Plevová, 2018).

3.3 Postgraduální studium

Specializační studium je orientováno na ošetrovatelskou péči a její specifika v různých klinických oborech, na různé terénní a nemocniční péče a na management. Zdokonaluje v některém pracovním úseku všeobecnou kvalifikaci zdravotnického pracovníka. Specializační studium se uskutečňuje v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních podle vzdělávacího programu (Plevová, 2018).

Celoživotní vzdělávání je kontinuální obnovování, zvyšování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru. Probíhá ve shodě s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky, probíhá formou např. specializačního vzdělávání, inovačních kurzů nebo odborných stáží. Studium navazujících studijních oborů se také považuje za celoživotní vzdělávání. Patří sem akreditovaný magisterský či akreditovaný bakalářský studijní program, doktorský studijní program, nebo studium vyšší odborné školy se zdravotnickým zaměřením (Plevová, 2018).

3.4 Edukace ve zdravotnictví

Edukace patří do ošetrovatelské péče a je realizována i jako součást ošetrovatelského procesu. Sestra u pacienta zaujímá různé role, mezi které patří např. učitelka, sestra v této roli edukuje pacienta na určité téma. Úloha edukace v ošetrovatelství je zaměřena především na předcházení nemoci, udržení zdraví, navrácení zdraví, ale také vede jedince ke zkvalitnění jeho života (Tóthová, 2014; Boroňová, 2010). Pojem edukace je odvozen od latinského slova *educare*, které do českého jazyka překládáme jako vést vpřed nebo vychovávat. Termín edukace lze vysvětlit jako *“proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.”* (Juřeníková, 2010, str. 9)

Ve zdravotnictví je hlavním cílem především péče o zdraví pacientů, kde edukace hraje významnou roli. Edukace se dělí na pět fází - fáze počáteční pedagogické diagnostiky, projektování, realizace, upevnění a prohubování učiva, zpětná vazba (Juřeníková, 2010).

Edukace je nedílnou součástí léčebného procesu. Při léčbě pacienta je zásadní spolupráce v týmu zdravotníků. Jde o spolupráci mezi odborníky z lékařských oborů, ošetrovatelských oborů, ale také spolupráce se samotným pacientem. V léčebném procesu

hraje velkou roli i spolupráce ze strany rodiny pacienta, protože rodina se může aktivně podílet na jeho péči. Důležitá je informovanost rodiny o pacientově diagnóze a léčbě. Při léčbě je u pacienta velmi podstatné navodit pozitivní myšlenky, vysvětlit mu jeho onemocnění, případně omezení, které může být vyvoláno daným onemocněním. Je důležité pacientovi vysvětlit, že hlavně on sám je zodpovědný za své zdraví, a že je podstatné, aby dodržoval léčebný režim. Správně vedená edukace by měla být ku prospěchu jak klientům, tak i zdravotnickému personálu. Je mnohem vyšší pravděpodobnost, že léčebný proces bude účinný, pokud je pacient, popřípadě jeho rodina, která se podílí na péči, poučena o zdravotním stavu pacienta a léčebném režimu. Většinou se zkrátí doba léčby, rekonvalescence a u některých onemocnění se dosahuje lepších výsledků (Svěráková, 2012; Míčková 2009).

Ve fázi počáteční pedagogické diagnostiky dochází ke snaze ze strany edukátora odhalit úroveň vědomostí, dovedností a postojů edukanta. V této fázi se k získání informací využívá nejčastěji rozhovor nebo pozorování. Ve fázi projektování edukátor plánuje cíle, metody, formu nebo obsah edukace. Následující fáze je realizace, ve které musí nejprve dojít k motivaci edukanta, aby mohl navázat krok expozice. V tomto kroku se edukantům dostává nových poznatků. Při předávání nových poznatků by mělo jít o aktivní přístup nejen ze strany edukátora, ale i edukanta. Na krok expozice navazuje fixace. V tomto kroku je zásadní, aby došlo k opakování nově získaných vědomostí a dovedností ve spojitosti s předchozími vědomostmi a dovednostmi. Dalším krokem, ve kterém dochází k průběžnému prověření a testování daného učiva, je průběžná diagnostika. Posledním krokem ve fázi realizace je aplikace. Hlavním cílem aplikace je, aby edukant dokázal použít získané vědomosti a dovednosti. Po fázi realizace přichází na řadu fáze upevnění a prohlubování učiva. Při této fázi dochází k jednomu z nezbytných kroků k zachování vědomostí v dlouhodobé paměti. Systematické opakování a procvičování je důležité k fixaci osvojeného učiva. Poslední fází edukace je zpětná vazba. Hlavním cílem v této fázi je snaha o hodnocení výsledků nejen u edukanta, ale i u edukátora. Toto hodnocení dává možnost zpětné vazby mezi edukantem a edukátorem (Juřeníková, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Ošetrovatelským procesem jsou plánové činnosti, které jsou orientovány na docílení určitého výsledku. Jedná se o sérii vzájemně propojených činností, prostřednictvím kterých je poskytována ošetrovatelská péče jednotlivci, rodině nebo komunitě (Tóthová, 2014). Studenti programu Všeobecné ošetrovatelství získávají teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu v rozsahu daném legislativou pro profesní vzdělávací program. Tématem našeho šetření je rozpor vnímání teorie a praxe ošetrovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetrovatelství. Klademe si tedy otázku, „jak studenti programu Všeobecné ošetrovatelství subjektivně vnímají rozpor teorie ošetrovatelského procesu?“

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zmapovat realizaci ošetrovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetrovatelství během konání odborné praxe.

5.2 Dílčí cíle a předpoklady

Dílčí cíle:

- Identifikovat fáze ošetrovatelského procesu, kde studenti shledávají úskalí při realizaci ošetrovatelského procesu v praxi.
- Identifikovat nejasnosti studentů při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu v praxi v kontextu teoretických znalostí ošetrovatelského procesu.

Předpoklady:

- Předpokládáme, že studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství ovlivňuje vnímání studenta týkající se úskalí realizace ošetrovatelského procesu v praxi.

Kritérium pro vyhodnocení: na přiřazené otázky k tomuto předpokladu, tj. otázka číslo 8, 9, 10, 11, 12, odpoví všichni studenti druhého i třetího ročníku “spíše nesouhlasím“ nebo “naprosto nesouhlasím“.

- Předpokládáme, že studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství má vliv na určení nejasnosti při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu během konané praxe.

Kritérium pro vyhodnocení: na přiřazené otázky k tomuto předpokladu, tj. otázka číslo 3, 4, 5, 6, 7, odpoví všichni studenti druhého i třetího ročníku “spíše nesouhlasím“ nebo “naprosto nesouhlasím“.

5.3 Operacionalizace pojmů

Ošetrovatelský proces= série plánovaných činností, zaměřených na dosažení cíle. Prostřednictvím této metody se poskytuje ošetrovatelská péče (Tóthová, 2014).

Realizace ošetrovatelského procesu= poskytování individualizované ošetrovatelské péče, reakce na aktuální i potencionální problémy jednice (Tóthová, 2014).

Fáze ošetrovatelského procesu= logické pořadí na sebe navazujících kroků, ze kterých se metoda skládá (Plevová, 2018).

Všeobecné ošetrovatelství= bakalářský studijní program, jehož studiem absolventi dosáhnou odborné způsobilosti k výkonu zdravotnické profese všeobecná sestra (Koncepte ošetrovatelství Věstník 6/2021).

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr sledovaného souboru byl záměrný. Respondenty výzkumu byli studenti programu Všeobecné ošetrovatelství na ZČU FZS v Plzni, FZS Univerzitě Pardubice, Slezské Univerzitě v Opavě a Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Sledovaným souborem byli studenti 2. a 3. ročníku prezenční formy studia. Záměrně do výzkumu nebyly zahrnuty 1. ročníky, a to s ohledem na náplň odborné praxe v prvním ročníku zimního semestru a také z toho důvodu, že ve studijním plánu je výuka předmětu ošetrovatelský proces zahrnuta do letního semestru.

7 METODIKA PRÁCE

Metodou našeho výzkumu byl kvantitativní výzkum. *“Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které třídí.”* (Juszczuk, 2008)

Byl strukturován anonymní dotazník s 16 otázkami, odpovědi mohli respondenti volit. Nastavena byla Likertova škála. Dále byl dotazník sestaven z jedné polouzavřené otázky a 4 otevřených otázek, které nám pomohli zmapovat úskalí při poskytování ošetrovatelské péče. Dotazník v online podobě byl po udělení souhlasu proděkanů pro pedagogickou činnost rozeslán studijním oddělením respondentům na jejich studentské emaily.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

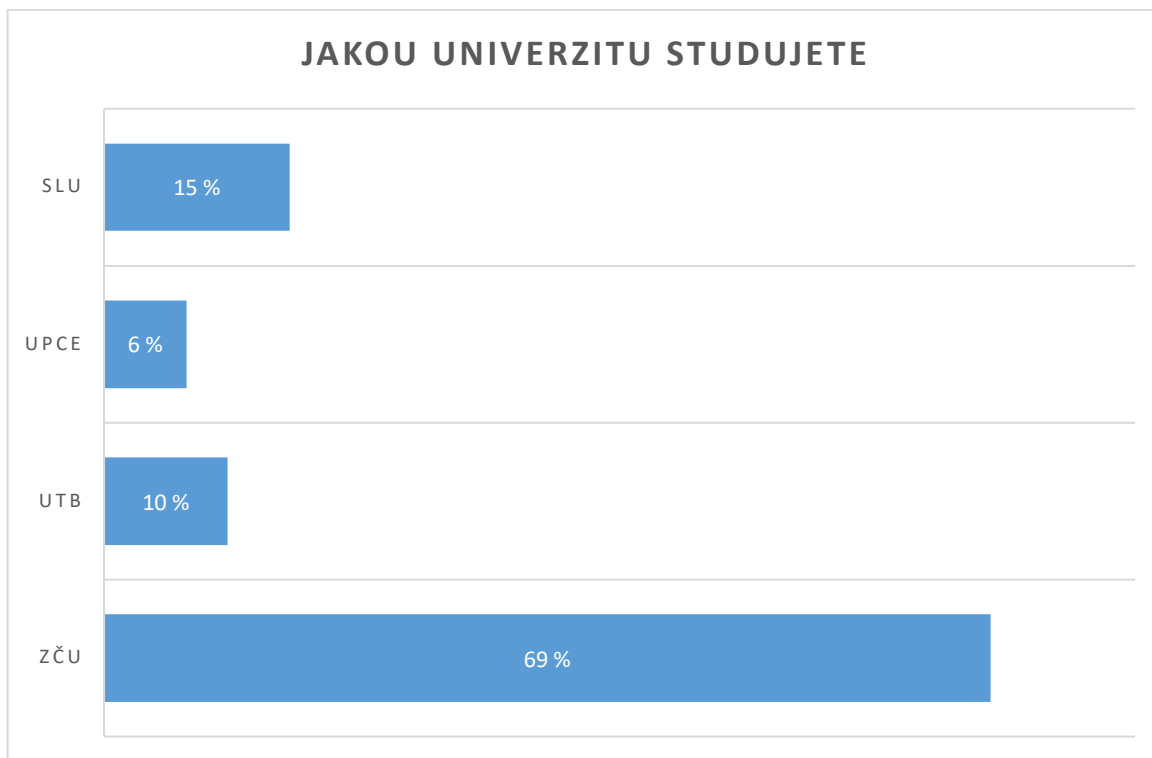
Šetření probíhalo na ZČU FZS v Plzni, FZS Univerzitě Pardubice, Slezské Univerzitě v Opavě a Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Výzkum probíhal formou anonymního dotazníku v období 12/2021-1/2022. Po udělení souhlasu od proděkanů pro pedagogickou činnost byl dotazník rozeslán studijním oddělením na studentské emaily.

9 ANALÝZA A PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Získaná data byla upravena pro analýzu, data byla zpracována pomocí tabulkového procesoru Microsoft Excel a jsou prezentována v následující kapitole pomocí grafů.

Následující graf ukazuje, jakou univerzitu respondent studuje, abychom měli představu o četnosti respondentů na dané univerzitě.

Graf č. 1 - Název studované univerzity

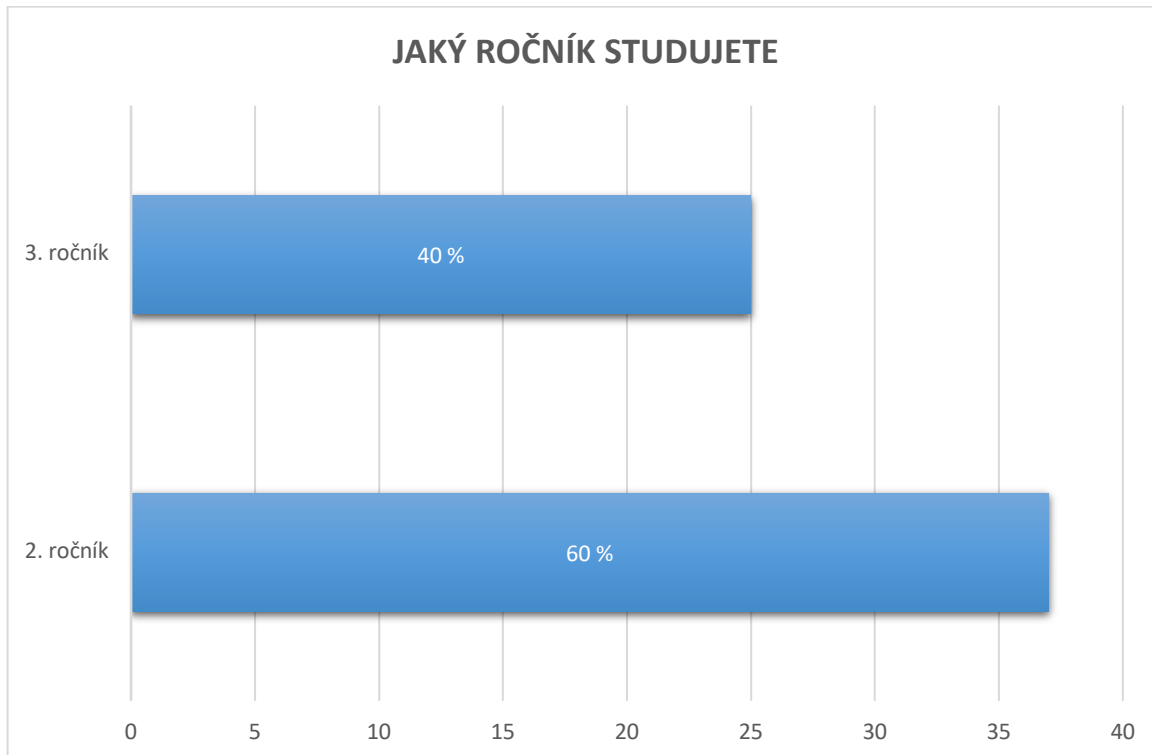


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů bylo 43 (69 %) respondentů ze ZČU v Plzni, 9 (15 %) respondentů ze Slezské Univerzity v Opavě, 6 (10 %) respondentů z UTB ve Zlíně a 4 (6 %) respondenti z Univerzity Pardubice.

Pomocí druhé otázky bylo zjištěno, v jakém ročníku daný respondent studuje. Tato otázka byla stěžejní k porovnání názorů na rozpor teorie a praxe ošetrovatelského procesu dle studovaného ročníku programu Všeobecné ošetrovatelství.

Graf č. 2 - Rok studia

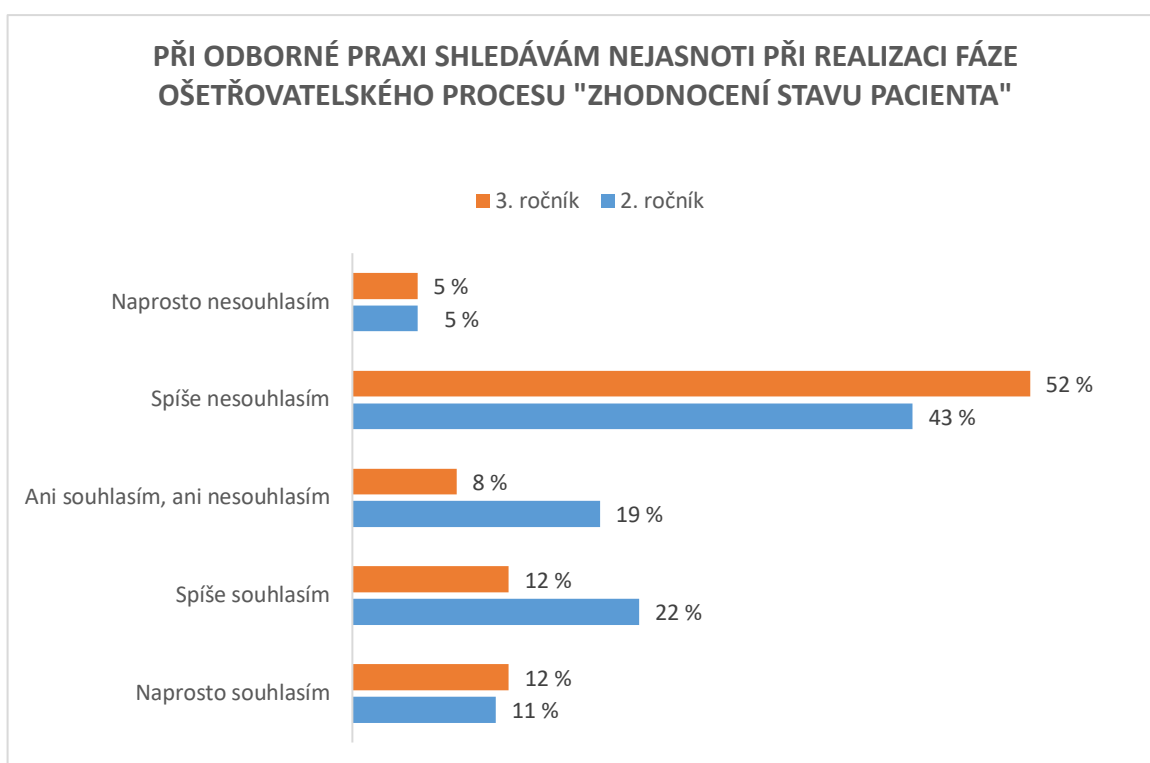


Zdroj: vlastní

Celkově odpovědělo více studentů druhého ročníku programu Všeobecné ošetrovatelství. Z počtu 62 (100 %) dotazovaných respondentů odpovědělo z druhého ročníku 37 (60 %) respondentů, a ze třetího ročníku 25 (40 %) respondentů.

Následující otázky (č. 1-5) byly zaměřeny na nejasnosti při realizaci ošetrovatelského procesu. Respondenti měli k vyjádření odpovědi na položku Likertovu škálu. Studenti mohli uvádět “naprosto nesouhlasím“, “spíše nesouhlasím“, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, “spíše souhlasím“ a “naprosto souhlasím“. Každá otázka se zaměřovala na jednotlivou fázi ošetrovatelského procesu. Z důvodu odlišení odpovědí dle ročníku byl použit graf dvourozměrný. „*Likertovo škálování je metodou, která je používána pro určení míry stupně souhlasu či nesouhlasu s tvrzením, se kterým jsou respondenti výzkumu konfrontováni.*“ (Rod, 2012, s. 8)

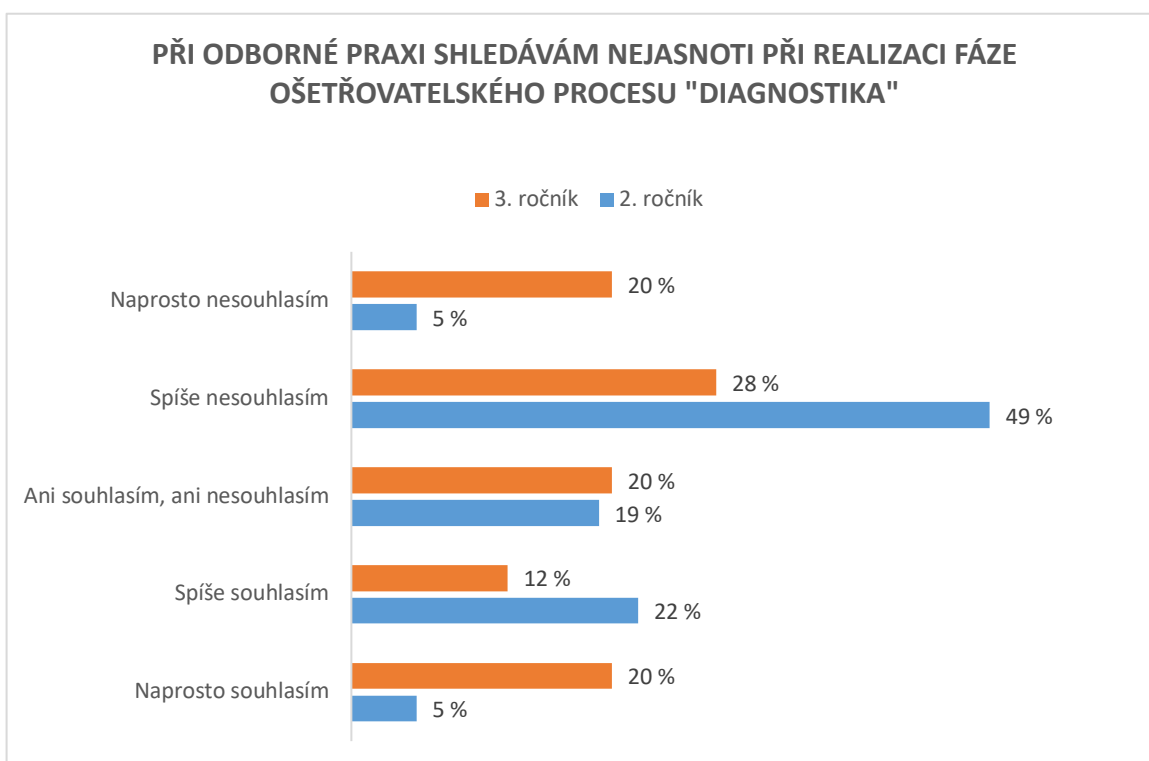
Graf č. 3 - Nejasnosti při realizaci fáze “zhodnocení stavu pacienta“



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda studenti shledávají nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu “zhodnocení stavu pacienta“ odpovídali studenti obou ročníků převážně “spíše souhlasím“. Z 2. ročníku odpovídali studenti následovně: “spíše nesouhlasím“ uvedlo 16 (43 %) studentů, “spíše souhlasím“ uvedlo 8 (22 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo 7 (19 %) studentů, “naprosto souhlasím“ uvedli 4 (11 %) studenti a “naprosto nesouhlasím“ uvedli 2 (5 %) studenti. Ze 3. ročníku studenti odpovídali následovně: “spíše nesouhlasím“ uvedlo 13 (52 %) studentů, “naprosto nesouhlasím“ uvedli 4 (16 %) studenti, “spíše souhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti, “naprosto souhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti.

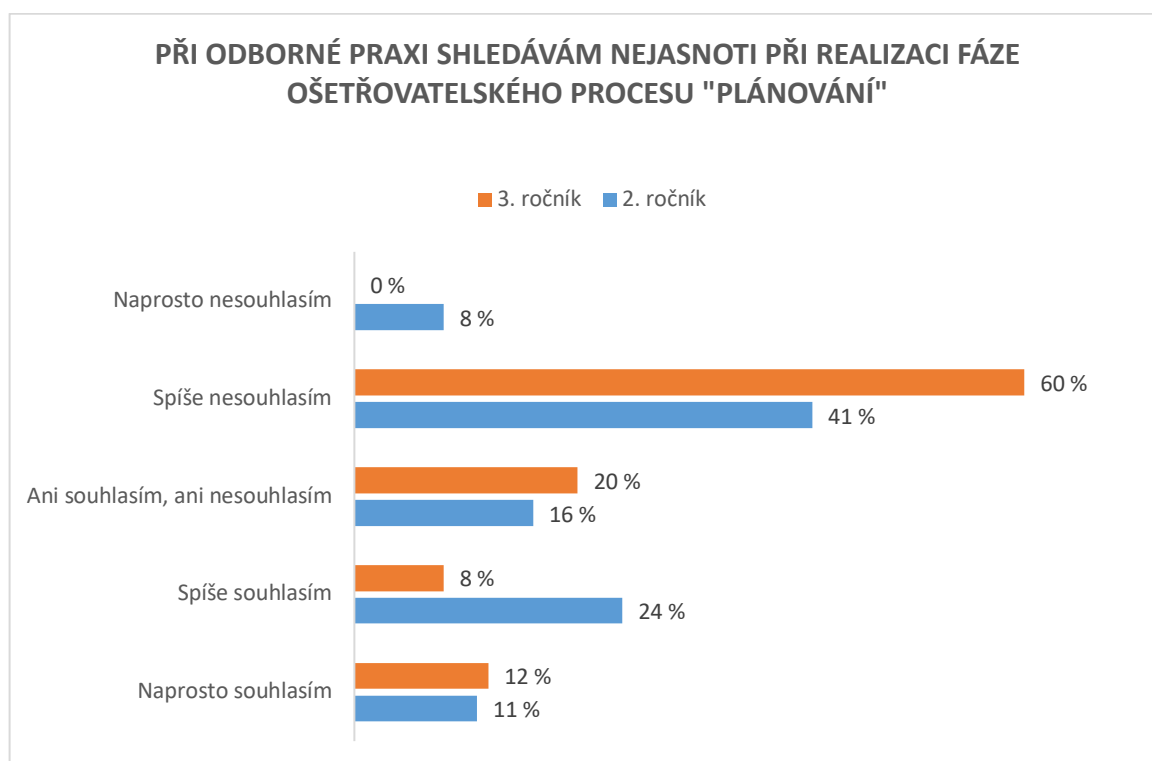
Graf č. 4 - Nejasnosti při realizaci fáze "diagnostika"



Zdroj: vlastní

V tomto grafu je znázorněno, jak studenti odpovídali na otázku, zda shledávají nejasnosti při realizaci fáze "diagnostika". Studenti obou ročníků odpovídali nejčastěji "spíše nesouhlasím". Z 2. ročníku byly odpovědi následující: "spíše nesouhlasím" uvedlo 18 (49 %) studentů, "spíše souhlasím" uvedlo 8 (22 %) studentů, "ani souhlasím, ani nesouhlasím" uvedlo 7 (19 %) studentů, "naprosto souhlasím" uvedli 2 (5 %) studenti, "naprosto nesouhlasím" uvedli 2 (5 %) studenti. Ze 3. ročníku studenti odpovídali takto: "spíše nesouhlasím" uvedlo 15 (28 %) studentů, "naprosto nesouhlasím" uvedlo 5 (20 %) studentů, "ani souhlasím, ani nesouhlasím" uvedlo 5 (20 %) studentů, "naprosto souhlasím" uvedlo 5 (20 %) studentů, "spíše souhlasím" uvedli 3 (12 %) studenti.

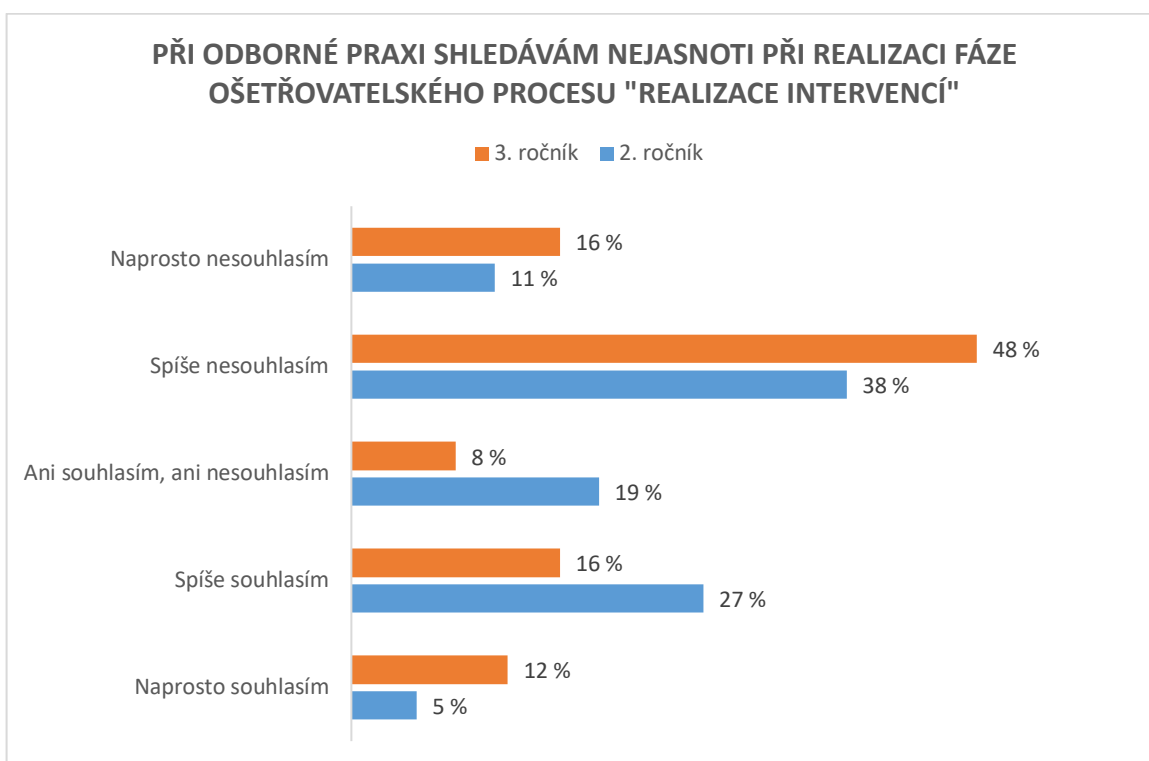
Graf č. 5 - Nejasnosti při realizaci fáze “plánování“



Zdroj: vlastní

V této otázce jsme zjišťovali, zda studenti shledávají nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu “plánování“. Studenti z obou ročníků odpovídali nejčastěji “spíše nesouhlasím“. Odpověď “spíše nesouhlasím“ zaznamenalo 15 (41 %) studentů 2. ročníku a 15 studentů (60 %) 3. ročníku. Dále odpovídali studenti 2. ročníku: “spíše souhlasím“ uvedlo 9 (24 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo 6 (16 %) studentů, “naprosto souhlasím“ uvedli 4 (11 %) studenti, “naprosto nesouhlasím“ uvedli 4 (8 %) studenti. Ze 3. ročníku “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo 5 (20 %) studentů, “naprosto souhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti, “spíše souhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti, “naprosto nesouhlasím“ neuvedl žádný student 3. ročníku.

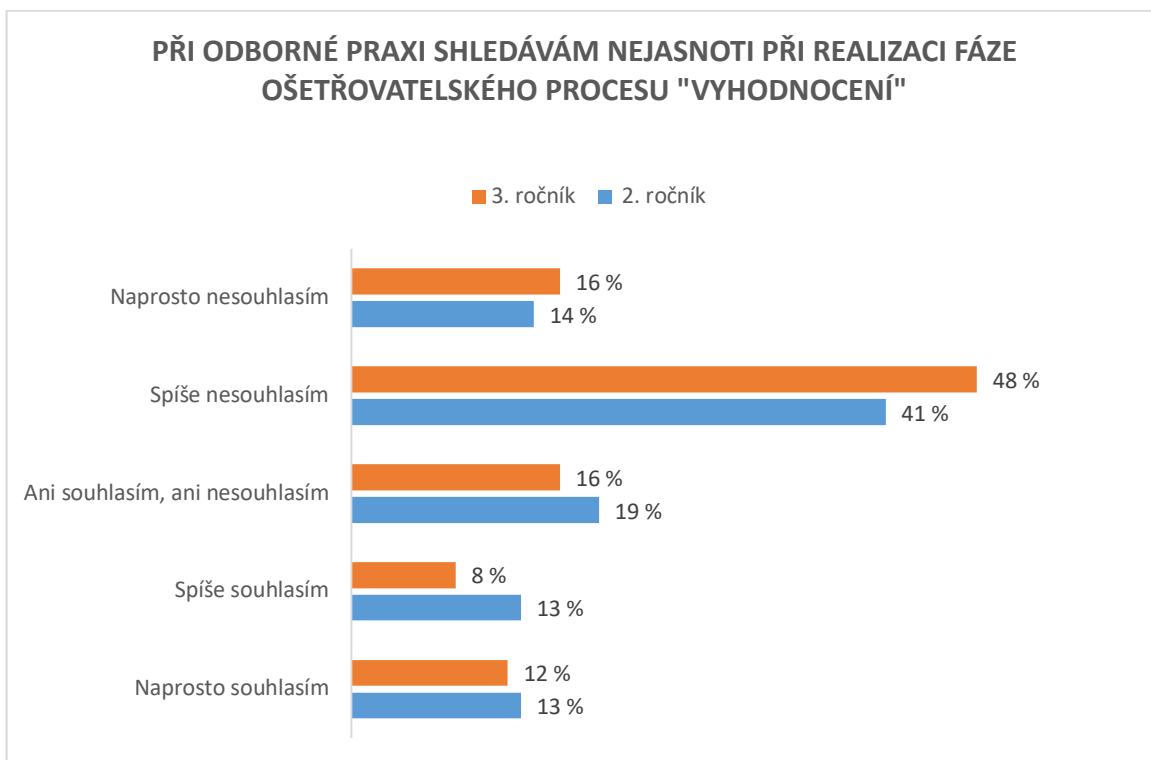
Graf č. 6 - Nejasnosti při realizaci fáze "realizace intervencí"



Zdroj: vlastní

V tomto grafu je odpověď na otázku, zda student ve fázi ošetrovatelského procesu "realizace intervencí" shledává nejasnosti při realizaci. Respondenti z 2. ročníku uváděli nejčastěji "spíše nesouhlasím", odpověď uvedlo 14 (38 %) studentů. Dále studenti odpovídali "spíše souhlasím", odpověď uvedlo 10 (27 %) studentů, "ani souhlasím, ani nesouhlasím" uvedlo 7 (19 %) studentů, "naprostě nesouhlasím" uvedli 4 (11 %) studenti, "naprostě souhlasím" uvedli 2 (5 %) studenti. Respondenti z 3. ročníku odpovídali nejčastěji stejně jako studenti 2. ročníku. Odpověď "spíše nesouhlasím" uvedlo 12 (48 %) studentů. 4 (16 %) studenti uvedli "spíše souhlasím", "naprostě nesouhlasím" uvedli také 4 (16 %) studenti, "naprostě souhlasím" uvedli 3 (12 %) studenti a "ani souhlasím, ani nesouhlasím" uvedli 2 (8 %) studenti třetího ročníku.

Graf č. 7 - Nejasnosti při realizaci fáze “vyhodnocení“

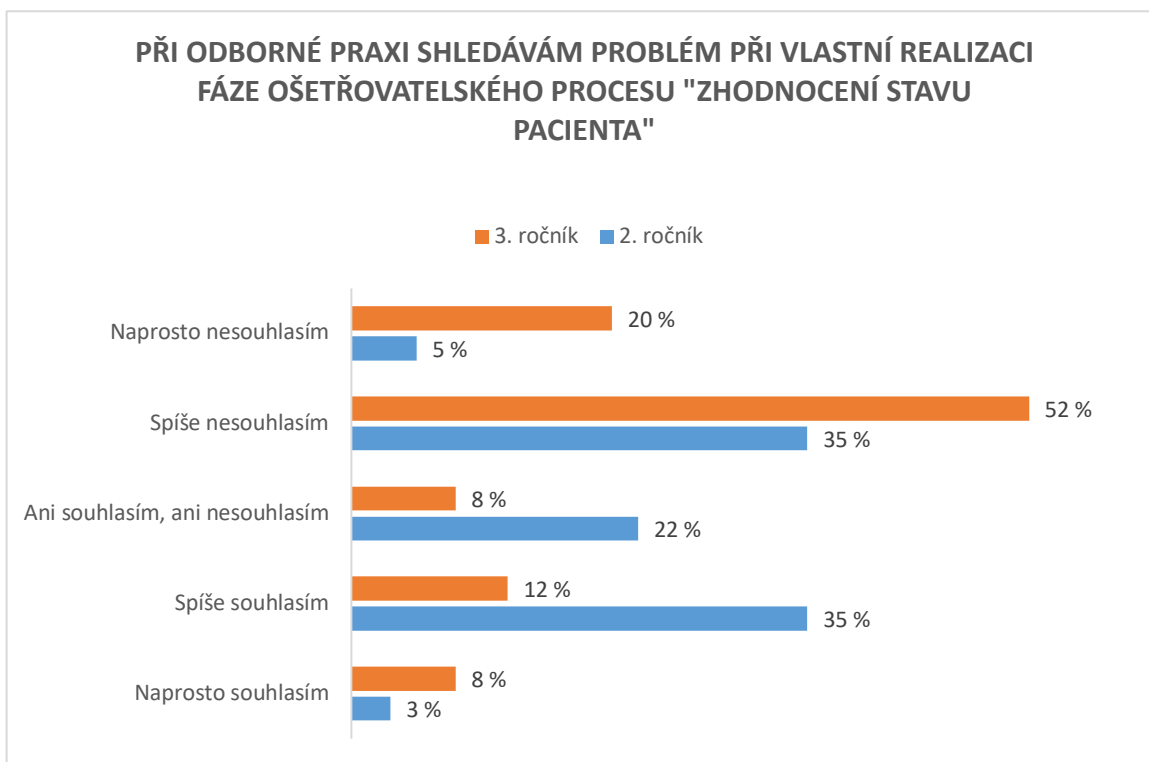


Zdroj: vlastní

V této otázce jsme se zajímali o nejasnosti při realizaci fáze “vyhodnocení“. Studenti 2. ročníku odpovídali následovně: “spíše nesouhlasím“ uvedlo 15 (41 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo 7 (19 %) studentů, “naprostou nesouhlasím“ uvedlo 5 (14 %) studentů, “naprostou souhlasím“ uvedlo 5 (13 %) studentů, “spíše souhlasím“ uvedlo 5 (13 %) studentů. Studenti 3. ročníku odpovídali podobně jako studenti 2. ročníku: “spíše nesouhlasím“ uvedlo 12 (48 %) studentů, “naprostou nesouhlasím“ uvedli 4 (16 %) studenti, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedli 4 (16 %) studenti, “naprostou souhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti, “spíše souhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti.

V následujících pěti otázkách (č. 6 - 10) jsme se zaměřili na problémy, které studenti sledávají při vlastní realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. V každé otázce jsme zvláště cílili na jednotlivou fázi ošetrovatelského procesu.

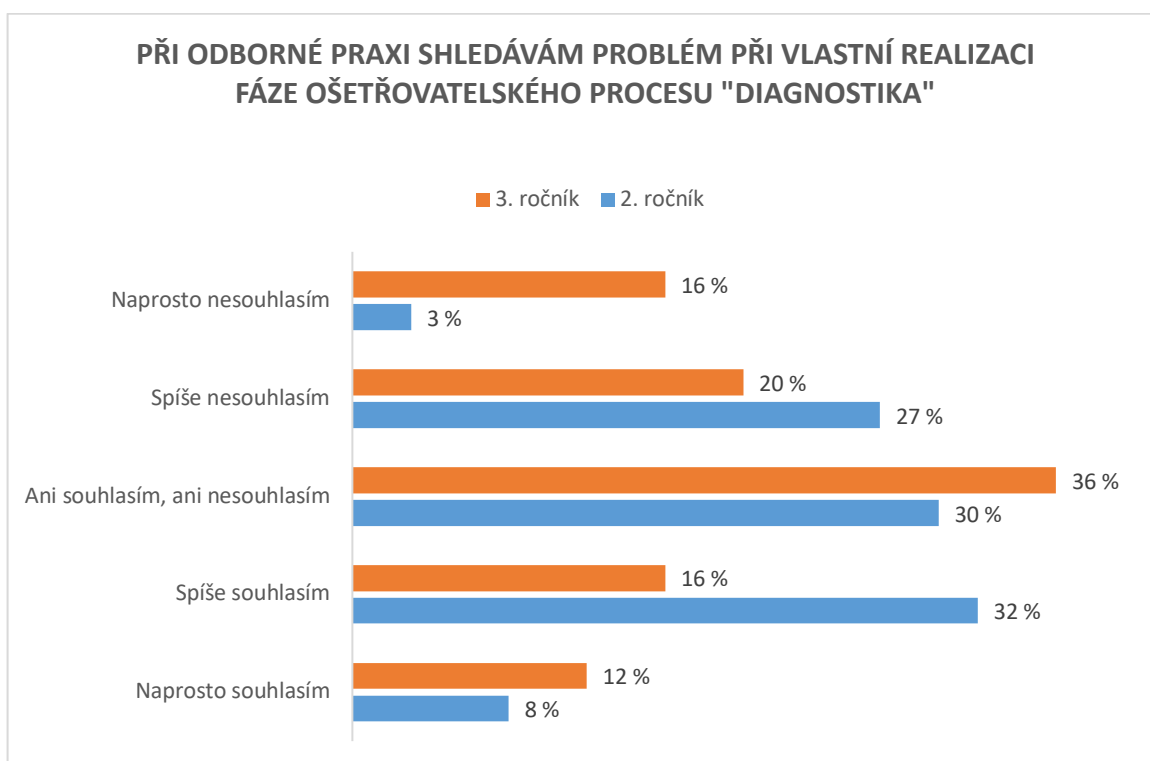
Graf č. 8 - Problém při realizaci fáze “zhodnocení stavu pacienta“



Zdroj: vlastní

Z tohoto grafu vyplývá, že studenti na otázku, zda sledávají problém při realizaci fáze “zhodnocení stavu pacienta“, odpovídali převážně “spíše nesouhlasím“. Studenti druhého ročníku odpovídali následovně: “spíše souhlasím“ uvedlo 13 (35 %) studentů, “spíše nesouhlasím“ uvedlo 13 (35 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo 8 (22 %) studentů, “naprosto nesouhlasím“ uvedli 2 (5 %) studenti, “naprosto souhlasím“ uvedl 1 (3 %) student. Studenti třetího ročníku odpovídali následovně: “spíše nesouhlasím“ uvedlo 13 (52 %) studentů, “naprosto nesouhlasím“ uvedlo 5 (20 %) studentů, “spíše souhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti, “naprosto souhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti.

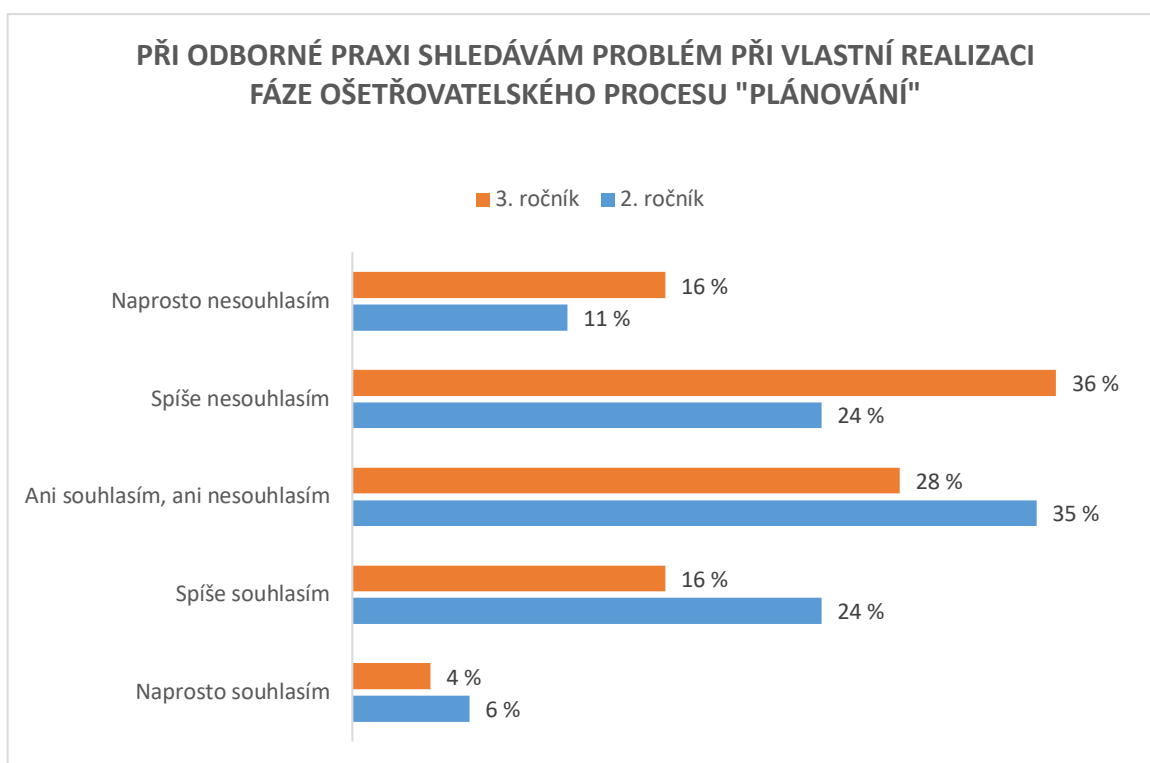
Graf č. 9 - Problém při realizaci fáze "diagnostika"



Zdroj: vlastní

V tomto grafu je odpověď na otázku, zda studenti shledávají problém při realizaci fáze "diagnostika". Studenti druhého ročníku odpovídali nejčastěji "spíše souhlasím", tuto odpověď uvedlo 12 (32 %) studentů, následně "ani souhlasím, ani nesouhlasím" uvedlo 11 (30 %) studentů, "spíše nesouhlasím" uvedlo 10 (27 %) studentů, "naprosto souhlasím" uvedli 3 (8 %) studenti, "naprosto nesouhlasím" uvedl 1 (3 %) student. Studenti třetího ročníku odpovídali nejčastěji "ani souhlasím, ani nesouhlasím" tuto odpověď uvedlo 9 (36 %) studentů. Druhou nejčastější odpověď "spíše souhlasím" uvedlo 5 (20 %) studentů, "spíše nesouhlasím" uvedli 4 (16 %) studenti, "naprosto nesouhlasím" uvedli 4 (16 %) studenti, "naprosto souhlasím" uvedli 3 (12 %) studenti třetího ročníku.

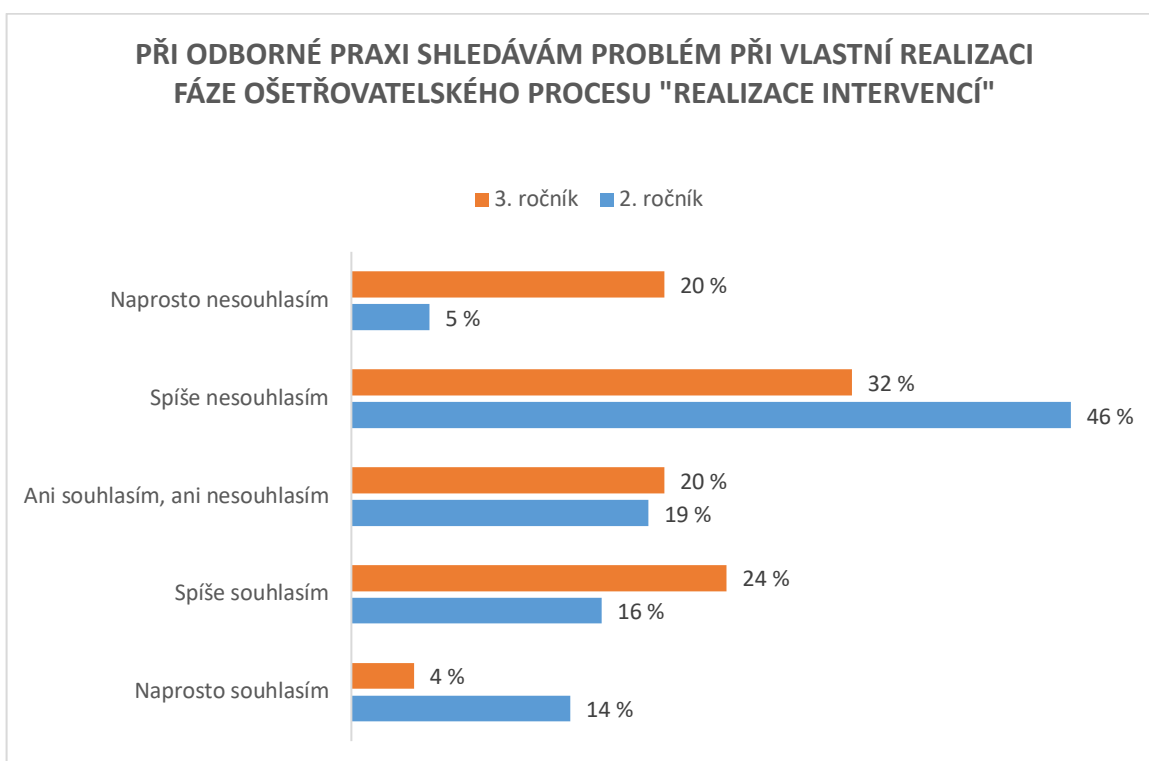
Graf č. 10 - Problém při realizaci fáze "plánování"



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda studenti shledávají problémy při realizaci fáze plánování odpovídali studenti druhého ročníku nejčastěji "ani souhlasím, ani nesouhlasím", tuto odpověď uvedlo 13 (35 %) studentů. Následovala odpověď "spíše souhlasím", kterou uvedlo 9 (24 %) studentů, "spíše nesouhlasím" uvedlo také 9 (24 %) studentů, "naprostou nesouhlasím" uvedli 4 (11 %) studenti a odpověď "naprostou souhlasím" uvedli 2 (6 %) studenti z druhého ročníku. Studenti třetího ročníku odpovídali nejčastěji "spíše nesouhlasím", odpověď uvedlo 9 (36 %) studentů. Dále byla nejčastější odpověď "ani souhlasím ani nesouhlasím", kterou uvedlo 7 (28 %) studentů, následovala odpověď "naprostou nesouhlasím", kterou uvedli 4 (16 %) studenti, "spíše souhlasím" uvedli také 4 (16 %) studenti a odpověď "naprostou souhlasím" uvedl 1 (4 %) student třetího ročníku.

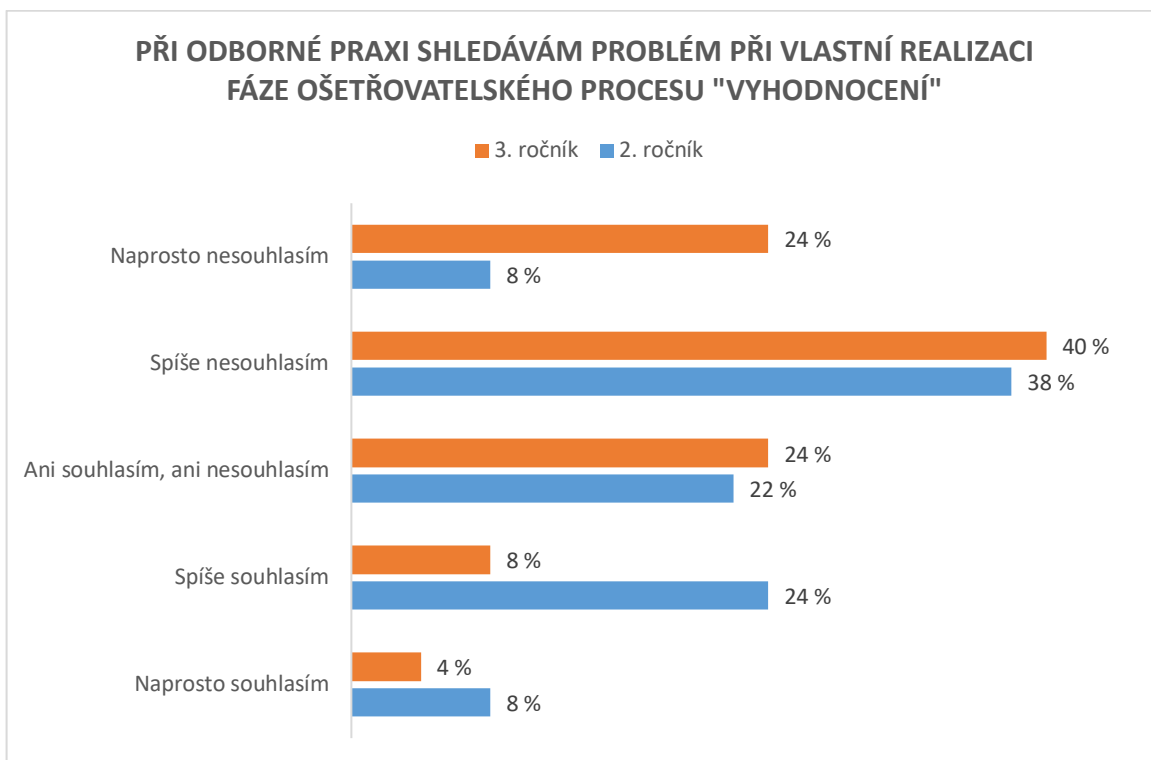
Graf č. 11 - Problém při realizaci fáze “realizace intervencí“



Zdroj: vlastní

Z výzkumné otázky, zda studenti shledávají problém při realizaci ošetrovatelského procesu ve fázi “realizace intervencí“, vyplývá, že studenti druhého ročníku odpovídali převážně “spíše nesouhlasím“, tuto odpověď uvedlo 17 (46 %) studentů, následovala odpověď “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 7 (19 %) studentů, “spíše souhlasím“ uvedlo 6 (16 %) studentů, “naprostou souhlasím“ uvedlo 5 (14 %) studentů a odpověď “naprostou nesouhlasím“ uvedli 2 (5 %) studenti druhého ročníku. Studenti třetího ročníku odpovídali nejčastěji “spíše nesouhlasím“, tuto odpověď uvedlo 8 (32 %) studentů, dále studenti třetího ročníku odpovídali nejčastěji “spíše souhlasím“, tuto odpověď uvedlo 6 (24 %) studentů, “naprostou nesouhlasím“ uvedlo 5 (20 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo také 5 (20 %) studentů a odpověď “naprostou souhlasím“ uvedl 1 (4 %) student třetího ročníku.

Graf č. 12 - Problém při realizaci fáze “vyhodnocení“

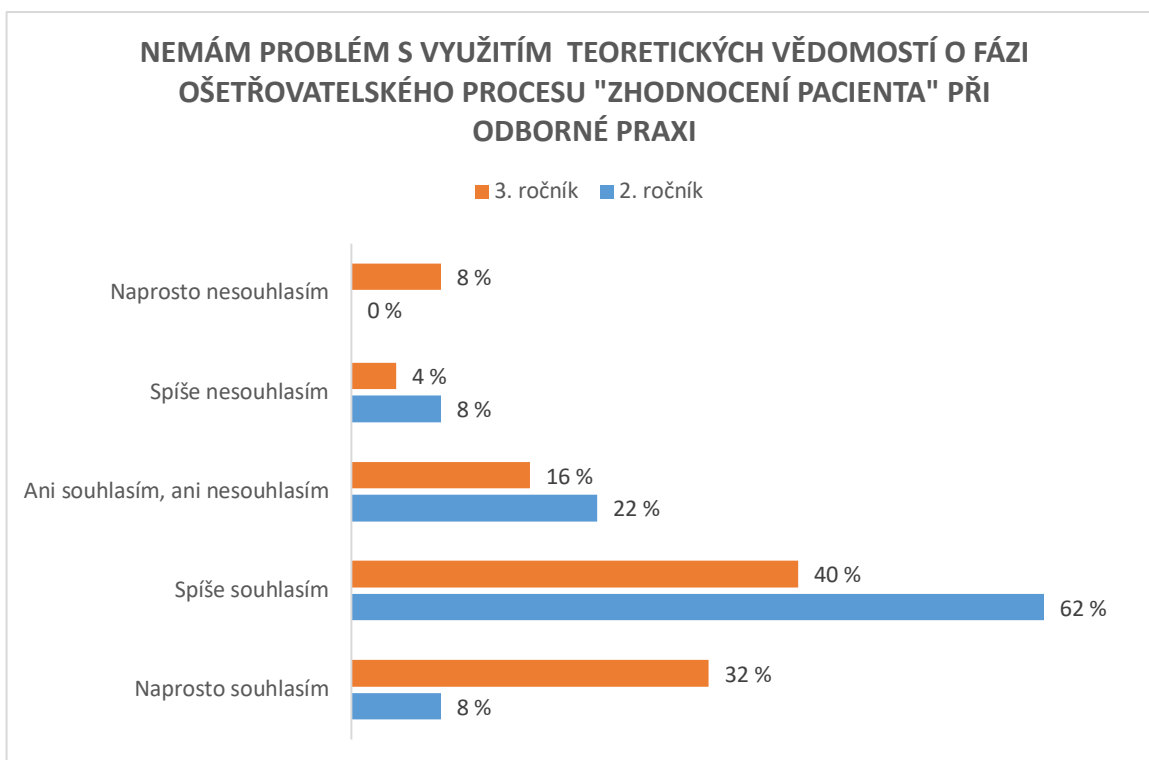


Zdroj: vlastní

Pomocí otázky, zda studenti shledávají problém při realizaci fáze “vyhodnocení“ bylo zjištěno, že studenti druhého i třetího ročníku odpovídali převážně “spíše nesouhlasím“, tuto odpověď uvedlo 14 (38 %) studentů ze druhého ročníku a 10 (40 %) studentů ze třetího ročníku. Dále byla nejčastější odpověď studentů druhého ročníku “spíše souhlasím“. Tuto odpověď uvedlo 9 (24 %) studentů, následovala “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 8 (22 %) studentů, “naprosto nesouhlasím“ uvedli 3 (8 %) studenti, “naprosto souhlasím“ uvedli také 3 (8 %) studenti. Druhá nejčastější odpověď studentů třetího ročníku byl “naprosto nesouhlasím“, tuto odpověď uvedlo 6 (24 %) studentů, dále “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 6 (24 %) studentů, “spíše souhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti a “naprosto souhlasím“ uvedl 1 (4 %) student.

Otázky č. 11-15 naší praktické části byly zaměřeny na využití teoretických znalostí ošetrovatelského procesu při odborné praxi. V každé otázce jsme zvlášť cílili na jednotlivou fázi ošetrovatelského procesu.

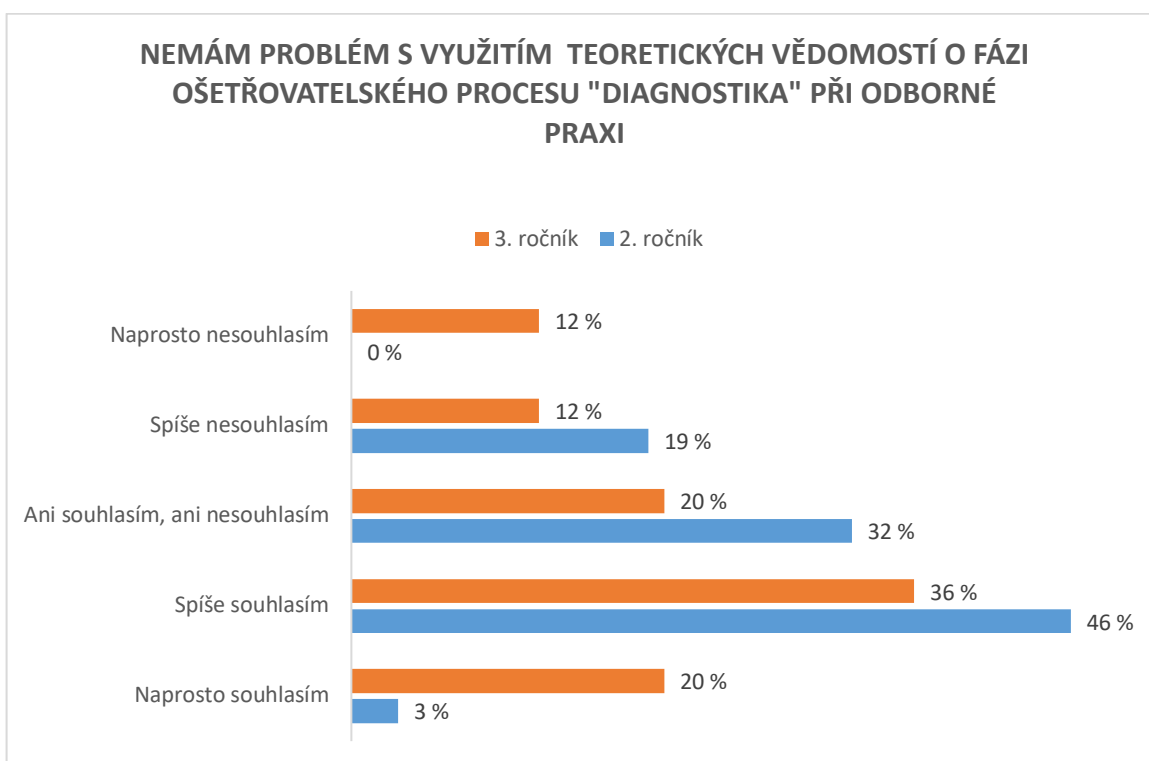
Graf č. 13 - Využití teoretických znalostí o fázi “zhodnocení pacienta“



Zdroj: vlastní

V tomto grafu byla vyhodnocena otázka, zda studenti nemají problém s využitím teoretických vědomostí ošetrovatelského procesu o fázi “zhodnocení pacienta“ při odborné praxi. Studenti druhého ročníku odpovídali nejčastěji “spíše souhlasím“, tuto odpověď uvedlo 23 (62 %) studentů. Další nejčastější odpověď byla “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 8 (22 %) studentů, následovala “spíše nesouhlasím“, tu uvedli 3 (8 %) studenti, “naprostě souhlasím“ uvedli také 3 (8 %) studenti a “naprostě nesouhlasím“ nevedl žádný studentu druhého ročníku (0 %). Studenti třetího ročníku měli stejnou nejčastější odpověď jako studenti druhého ročníku, tedy “spíše souhlasím“, tuto odpověď uvedlo 10 (40 %) studentů. Dále následovalo “naprostě souhlasím“, kterou uvedlo 8 (32 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedli 4 (16 %) studenti, “naprostě nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti a “spíše nesouhlasím“ uvedl ze třetího ročníku 1 (4 %) student.

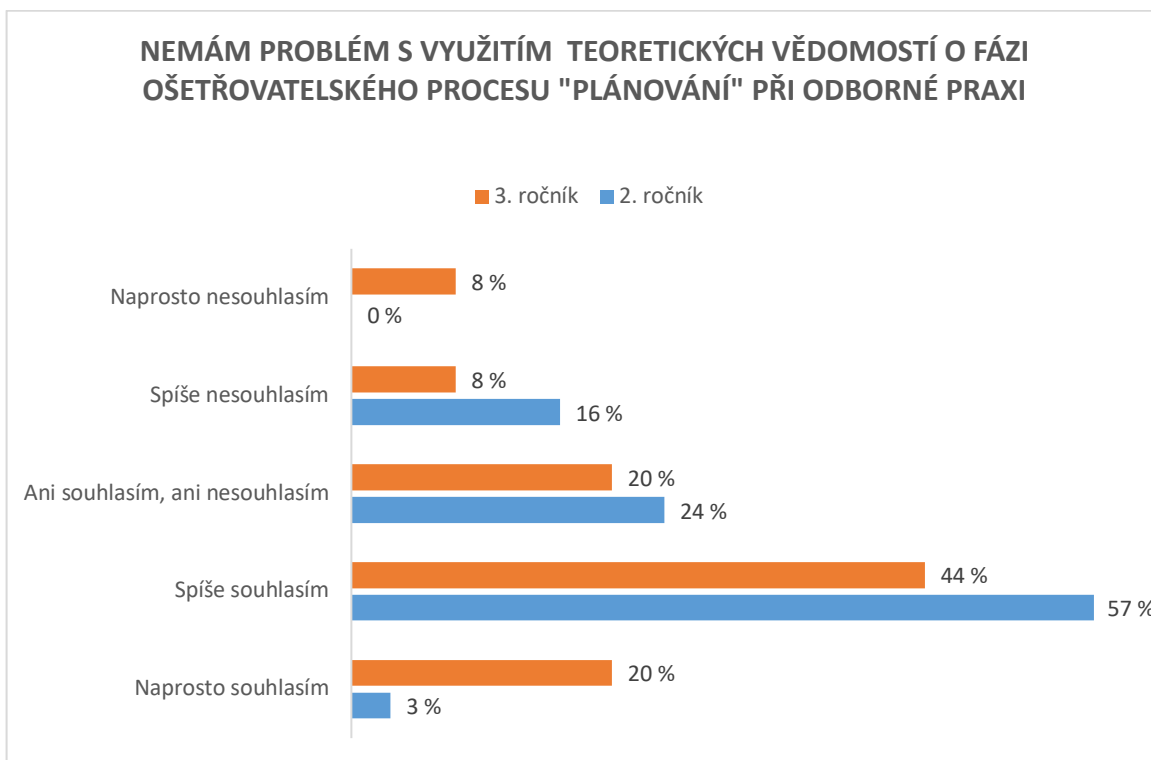
Graf č. 14 - Využití teoretických znalostí o fázi “diagnostika“



Zdroj: vlastní

Z tohoto grafu vyplývá, že studenti obou ročníků na otázku, zda nemají problém s využitím teoretických vědomostí ve fázi diagnostika při odborné praxi, odpovídali oba ročníky nejčastěji stejně. Jednalo se o odpověď “spíše souhlasím“. Tuto odpověď uvedlo 17 (46 %) studentů druhého ročníku a 9 (36 %) studentů třetího ročníku. Studenti druhého ročníku dále odpovídali nejčastěji “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, tuto odpověď uvedlo 12 (32 %) studentů, následovala odpověď “spíše nesouhlasím“, kterou uvedlo 7 (19 %) studentů, “naprostou souhlasím“ uvedl 1 (3 %) student a odpověď “naprostou nesouhlasím“ neuvedl žádný student druhého ročníku (0 %). Studenti třetího ročníku odpovídali dále “naprostou souhlasím“, tuto odpověď uvedlo 5 (20 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo 5 (20 %) studentů, “spíše nesouhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti a odpověď “naprostou nesouhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti třetího ročníku.

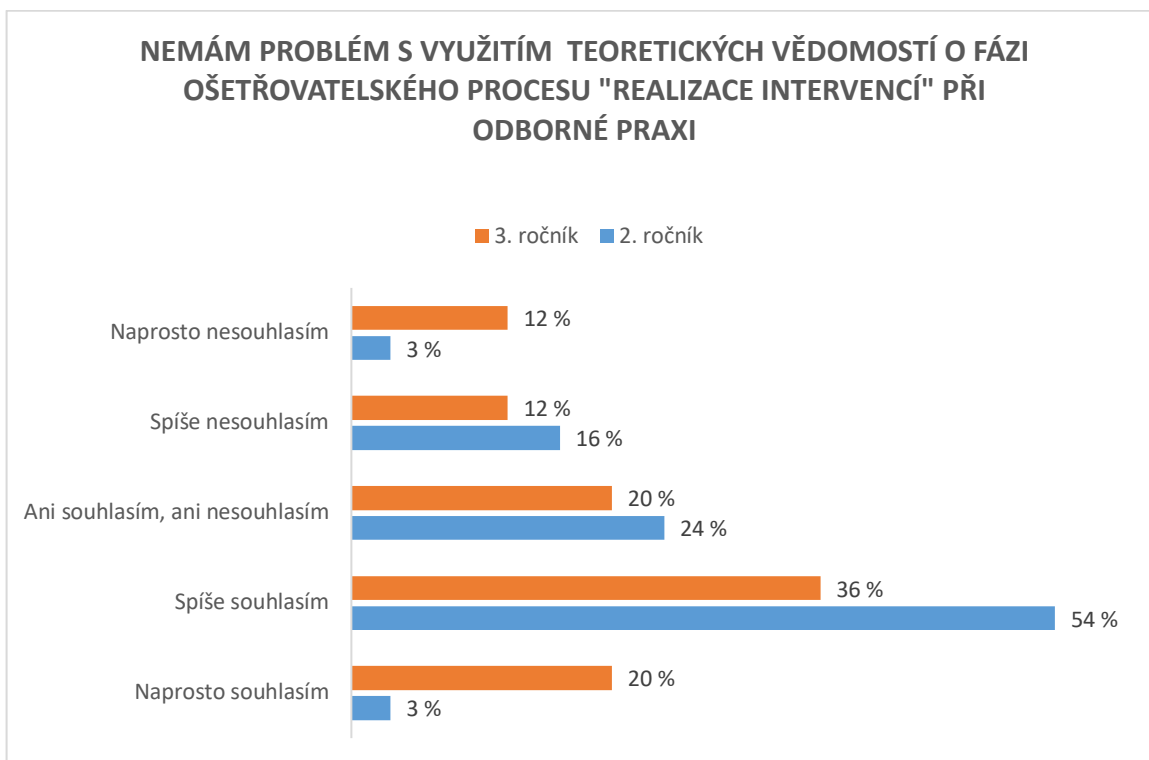
Graf č. 15 - Využití teoretických znalostí o fázi “plánování“



Zdroj: vlastní

Z výzkumného šetření vyplývá, že na otázku, zda studenti nemají problém s využitím teoretických vědomostí o fázi “plánování“, studenti druhého i třetího ročníku odpovídali nejčastěji “spíše souhlasím“. Z druhého ročníku uvedlo “spíše souhlasím“ 21 (57 %) studentů a z třetího ročníku 11 (44 %) studentů. Studenti druhého ročníku dále nejčastěji odpovídali “ani souhlasím, ani nesouhlasím“. Tuto odpověď uvedlo 9 (24 %) studentů, následovala odpověď “spíše nesouhlasím“, kterou uvedlo 6 (16 %) studentů, odpověď “naprostou souhlasím“ uvedl 1 (3 %) student a “naprostou nesouhlasím“ neuvedl žádný student druhého ročníku (0 %). Studenti třetího ročníku dále nejčastěji uvedli “naprostou souhlasím“, tuto odpověď uvedlo 5 (20 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo také 5 (20 %) studentů, “spíše nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti a “naprostou nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti třetího ročníku.

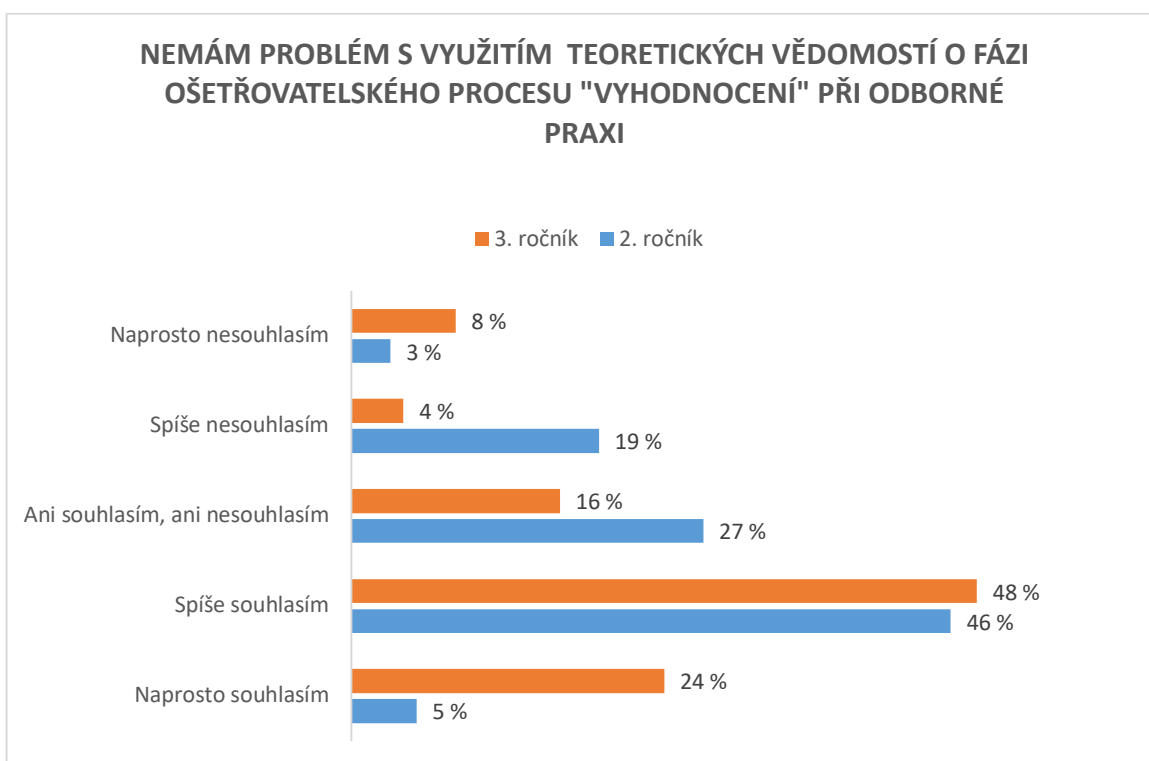
Graf č. 16 - Využití teoretických znalostí o fázi “realizace intervencí“



Zdroj: vlastní

Pomocí otázky, zda studenti nemají problém s využitím teoretických vědomostí o fázi “realizace intervencí“ ošetrovatelského procesu, bylo zjištěno, že studenti obou ročníků programu Všeobecné ošetrovatelství odpovídali nejčastěji stejně, jednalo se o odpověď “spíše souhlasím“. Z druhého ročníku uvedlo “spíše souhlasím“ 20 (54 %) studentů, “ani souhlasím ani nesouhlasím“ uvedlo 9 (24 %) studentů, “spíše nesouhlasím“ uvedlo 6 (16 %) studentů, “naprostou souhlasím“ uvedl 1 (3 %) student a “naprostou nesouhlasím“ uvedl také 1 (3 %) student druhého ročníku. Z třetího ročníku uvedlo “spíše souhlasím“ 9 (36 %) studentů, “naprostou souhlasím“ uvedlo 7 (28 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo 6 (24 %) studentů, “naprostou nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti a “spíše nesouhlasím“ uvedl 1 (4 %) student třetího ročníku.

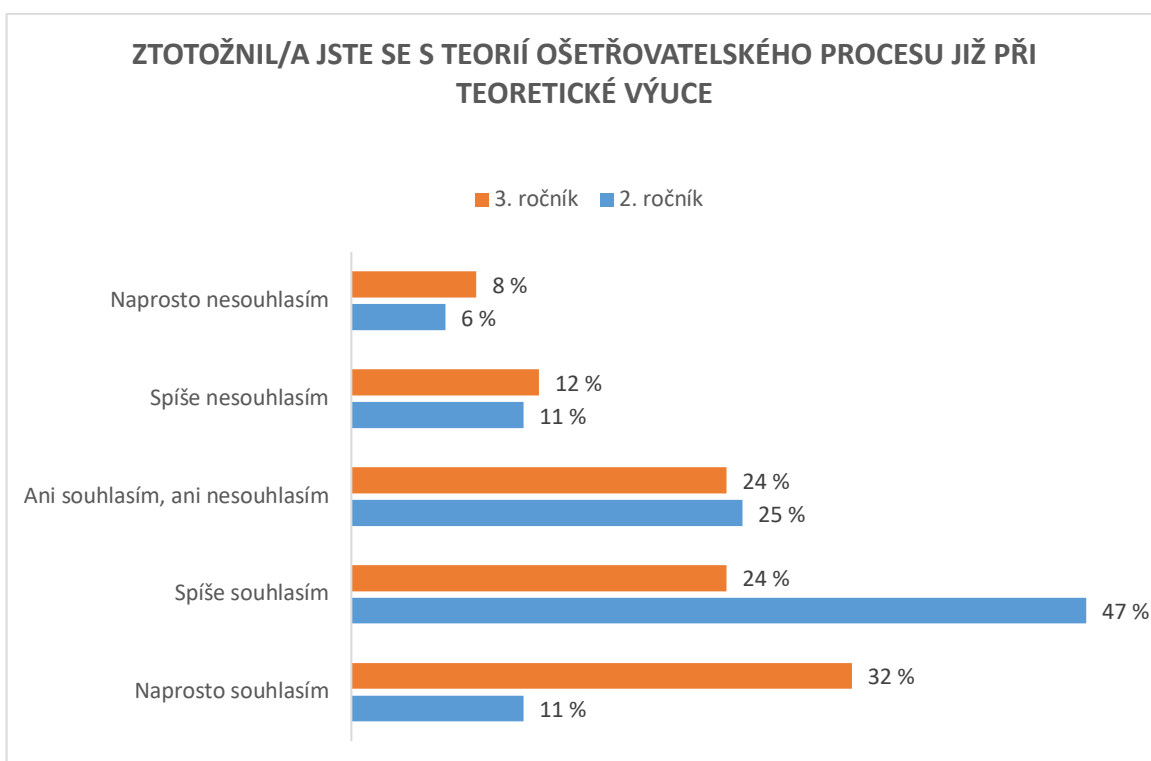
Graf č. 17 - Využití teoretických znalostí o fázi “vyhodnocení“



Zdroj: vlastní

Nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu “vyhodnocení“ při odborné praxi, tak zněla další otázka našeho výzkumu, na kterou oba ročníky odpovídali nejčastěji “spíše souhlasím“. Z druhého ročníku uvedlo “spíše souhlasím“ 17 (46 %) studentů a následovala odpověď “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 10 (27 %) studentů. Odpověď “spíše nesouhlasím“ uvedlo 7 (19 %) studentů, “naprosto souhlasím“ uvedli 2 (5 %) studenti a “naprosto nesouhlasím“ uvedl 1 (3 %) student druhého ročníku. Z třetího ročníku uvedlo odpověď “spíše souhlasím“ 12 (48 %) studentů, “naprosto souhlasím“ uvedlo 6 (24 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedli 4 (16 %) studenti, “naprosto nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti a “spíše nesouhlasím“ uvedl 1 (4 %) student třetího ročníku.

Graf č. 18 - Ztotožnění s teorií ošetrovatelského procesu již při výuce

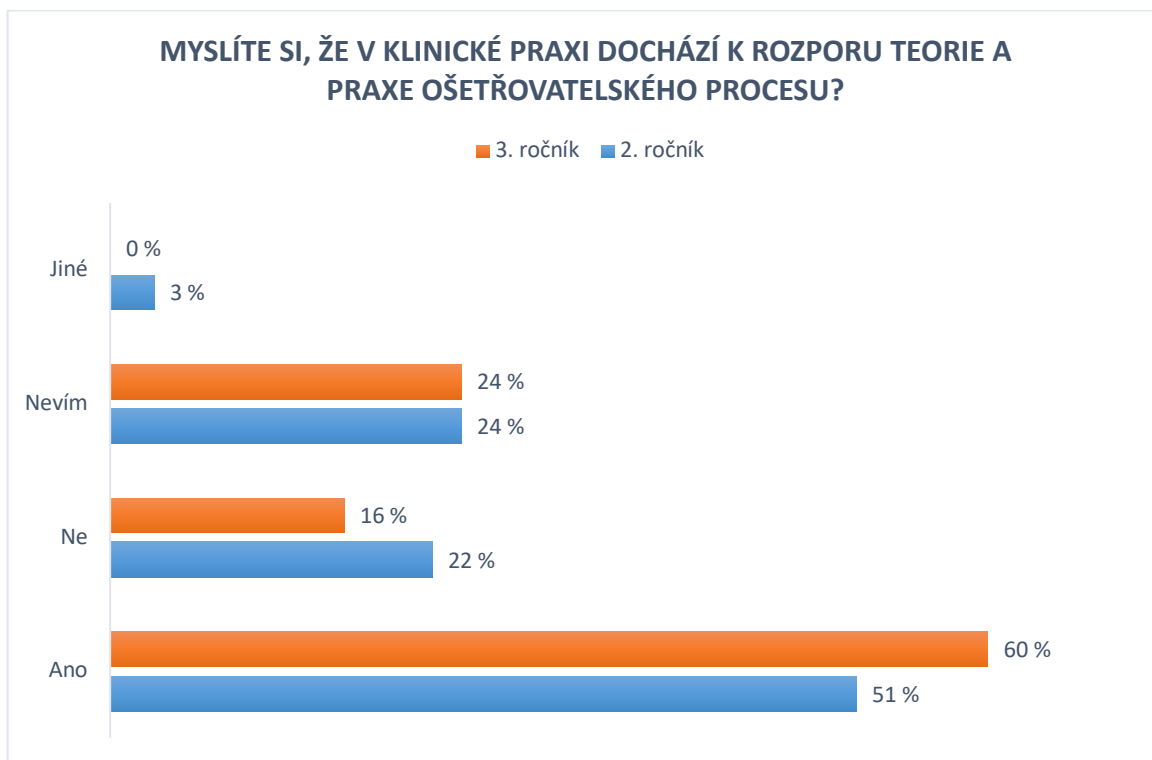


Zdroj: vlastní

Poslední otázka, ve které měli respondenti možnost odpovídat pomocí Likertovy škály, zněla, zda se studenti ztotožnili s teorií ošetrovatelského procesu již při teoretické výuce či nikoli. Tuto otázku vyplnilo 61 (100 %) studentů. Studenti druhého ročníku odpovídali nejčastěji “spíše souhlasím“, tuto odpověď uvedlo 17 (47 %) studentů, následovala odpověď “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 9 (25 %) studentů, “spíše nesouhlasím“ uvedli 4 (11 %) studenti, “naprosto souhlasím“ uvedli také 4 (11 %) studenti a “naprosto nesouhlasím“ uvedli 2 (6 %) studenti druhého ročníku. Z třetího ročníku studenti uvedli nejčastěji odpověď “naprosto souhlasím“, kterou uvedlo 8 (32 %) studentů. Následně studenti třetího ročníku nejčastěji odpovídali “spíše souhlasím“, tuto odpověď uvedlo 6 (24 %) studentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ uvedlo také 6 (24 %) studentů, “spíše nesouhlasím“ uvedli 3 (12 %) studenti a “naprosto nesouhlasím“ uvedli 2 (8 %) studenti.

Následující otázka, zda si studenti myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu, byla polouzavřená. Studenti vybírali z odpovědí “ano/ne/nevím/jiné“. Odpovědi jsme zpracovali pomocí grafu pro lepší zhodnocení.

Graf č. 19 - Rozpor teorie a praxe ošetrovatelského procesu



Zdroj: vlastní

Více než polovina studentů (51 %) druhého ročníku odpověděla “ano“ na otázku, zda si myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu. Odpověď “ne“ uvedlo 8 (22 %) studentů, “nevím“ 9 (24 %) studentů a “jiné“ uvedl 1 (3 %) student. V otázce jiné student uvedl: “ano, ale není to pravidlem, záleží na zařízení a zvyklostech“. Studenti třetího ročníku odpovídali nejčastěji stejně jako studenti ze druhého ročníku. Více než polovina odpověděla “ano“, tuto odpověď uvedlo 15 (60 %) studentů. “Ne“ uvedli 4 (16 %) studenti a “nevím“ 6 (24 %) studentů. Opověď “jiné“ neuvedl žádný student třetího ročníku.

Následovala podotázka k předchozí otázce. Pokud studenti odpověděli v minulé otázce “ano“, ptali jsme se, z jakého důvodu si myslí, že k rozporu dochází.

Studenti druhého ročníku nejčastěji uváděli jako důvod rozporu teorie a praxe “časovou náročnost“. Následně byly nejčastější odpovědi “nedostatek personálu“, “hodně administrativy“, “teorie je jiná než praxe“. Studenti třetího ročníku uváděli nejčastější odpovědi stejné jako studenti druhého ročníku, jednalo se o odpovědi “časová tíseň“, “nedostatek personálu“, “nadmíra administrativy“. Následně studenti uváděli také “kopírování doktorské práce“ a “rozdíl mezi plánem a realizací“.

Poslední 3 otázky (č. 21-23) empirické části naší bakalářské práce byly otevřené.

První otázka zněla “Uveďte Vaše konkrétní nejasnosti při realizaci ošetrovatelského procesu v praxi“. Studenti druhého ročníku odpovídali, že jim nejčastěji dělají potíže “ošetrovatelské diagnózy“ a “ošetrovatelské intervence“. Dále uváděli “ošetrovatelskou anamnézu“ a “plánování péče“. Studenti třetího ročníku odpovídali téměř stejně. Jako nejčastější nejasnosti při realizaci ošetrovatelského procesu uváděli “ošetrovatelské diagnózy“, “ošetrovatelské intervence“ a “složitě vedení dokumentace“.

Druhá otázka se zabývala tím, v jaké fázi ošetrovatelského procesu studenti pocítují největší úskalí při poskytování ošetrovatelské péče. Studenti druhého ročníku odpovídali, že největší úskalí pocítují ve fázi “plánování“, následovala fáze “diagnostika“ a poté “realizace“. Studenti třetího ročníku uváděli nejčastěji fázi “diagnostika“, následovala fáze “realizace“, a poté fáze “plánování“.

Poslední otázka doplňovala otázku předchozí. Znění bylo, v čem studenti shledávají toto úskalí. Studenti druhého ročníku uváděli nejčastěji “nedostatek času“, “teorie je jiná než praxe“, “vyhodnocení intervencí“ a odpověď, že se “plán neshoduje s realizací“. Studenti třetího ročníku uváděli stejně jako studenti druhého ročníku “časovou tíseň“. Následně uváděli “úskalí v dlouhodobém plánování“ a “nedostatek zkušeností“.

10 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Dotazníkového šetření se zúčastnili studenti bakalářského programu Všeobecné ošetrovatelství. Oslovili jsme studenty ze ZČU FZS v Plzni, FZS Univerzity Pardubice, Slezské Univerzity v Opavě a Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Všechny jmenované univerzity nám výzkum umožnily. Do šetření se zapojilo 62 studentů, 37 studentů druhého ročníku a 25 studentů třetího ročníku. Studenty prvního ročníku jsme do výzkumu nezahrnuli záměrně.

Před začátkem našeho výzkumného šetření jsme si stanovili hlavní cíl a dva dílčí cíle, k nimž jsme stanovili předpoklad. Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat realizaci ošetrovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetrovatelství během konání odborné praxe.

Dílčím výzkumným cílem č. 1 bylo identifikovat fáze ošetrovatelského procesu, kde studenti shledávají úskalí při realizaci ošetrovatelského procesu v praxi. K tomuto cíli jsme si stanovili předpoklad, že studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství ovlivňuje vnímání studenta týkající se úskalí realizace ošetrovatelského procesu v praxi. Otázky, které se vztahovaly k tomuto cíli byly otázky č. 8, 9, 10, 11, 12. Kritérium stanovené k tomuto cíli znělo, že všichni studenti druhého i třetího ročníku na tyto otázky odpoví “spíše nesouhlasím“ nebo “naprosto nesouhlasím“. Nastavený předpoklad k dílčímu cíli č. 1 jsme vyvrátili. Studenty neovlivňuje studovaný ročník při identifikaci fáze ošetrovatelského procesu, ve které studenti shledávají úskalí při realizaci v praxi.

Dílčím výzkumným cílem č. 2 bylo identifikovat nejasnosti studentů při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu v praxi v kontextu teoretických znalostí ošetrovatelského procesu. Předpoklad stanovený k tomuto dílčímu cíli zněl: předpokládáme, že studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství má vliv na určení nejasnosti při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu během konané praxe. K tomuto cíli se se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6, 7. Bylo stanoveno kritérium, že všichni respondenti z druhého i třetího ročníku na otázky č. 3 - 7 odpoví “spíše nesouhlasím“ nebo “naprosto nesouhlasím“. Předpoklad jsme vyvrátili. Studenty neovlivňuje studovaný ročník při identifikaci nejasností při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu během konané praxe.

DISKUZE

Bakalářská práce byla vypracována formou kvantitativního výzkumu za použití metody online dotazníku. Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat realizaci ošetrovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetrovatelství během konání odborné praxe. Dále jsme identifikovali nejasnosti studentů při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu v praxi, v kontextu teoretických znalostí ošetrovatelského procesu. V neposlední řadě jsme se zaměřili na identifikaci fází ošetrovatelského procesu, kde studenti shledávají úskalí při realizaci ošetrovatelského procesu v praxi.

Prvním předpokladem bylo, že studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství ovlivňuje vnímání studenta týkající se úskalí realizace ošetrovatelského procesu v praxi. Druhý předpoklad byl, že studovaný ročník má vliv na určení nejasnosti při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu během konané praxe. K vyhodnocení těchto předpokladů byla zásadní otázka č. 2, kde jsme se respondentů dotazovali na studovaný ročník oboru Všeobecné ošetrovatelství. Vybranými univerzitami, na nichž probíhalo výzkumné šetření byly ZČU FZS v Plzni, FZS Univerzita Pardubice, Slezská Univerzita v Opavě a Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Odpovědi jsme v jednotlivých grafech rozdělili dle studovaného ročníku, aby byly rozdíly viditelné. Výzkumu se zúčastnili pouze studenti druhých a třetích ročníků uvedených univerzit. Studenty prvních ročníků jsme do výzkumu nezahrnuli záměrně, a to s ohledem na náplň odborné praxe v prvním ročníku zimního semestru. Další důvod, proč nezahrnout studenty prvních ročníků do výzkumného šetření, pro nás byl ten, že ve studijním plánu je výuka předmětu ošetrovatelský proces zahrnuta až do letního semestru.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 62 (100 %) studentů. Ze ZČU v Plzni bylo 43 (69 %) respondentů, ze Slezské Univerzity v Opavě 9 (15 %) respondentů, z UTB ve Zlíně 6 (10 %) respondentů a z Univerzity Pardubice 4 (6 %) respondenti. V otázkách č. 3-18 měli respondenti možnost volit odpověď dle Likertovy škály. Studenti tak měli možnost uvést, zda se s jednotlivými tvrzeními ztotožňují či nikoli. Třetí otázka zněla: *Při odborné praxi shledávám nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu „zhodnocení stavu pacienta“.* Studenti obou ročníků převážně odpovídali, že s tvrzením „spíše nesouhlasí“. Z druhého ročníku tak odpovědělo 43 % a ze třetího ročníku se jednalo o 52 % studentů. Tyto odpovědi nás nepřekvapily. V další otázce jsme se ptali, zda studenti shledávají *nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu diagnostika.* V této otázce

studenti druhého ročníku odpovídali převážně “spíše nesouhlasím“, tuto odpověď uvedlo 49 %. Studenti třetího ročníku odpovídali převážně “spíše nesouhlasím“, podobně jako studenti druhého ročníku, ale jednalo se pouze o 28 % studentů. Od studentů třetího ročníku následovaly tři odpovědi, které uvedl stejný počet respondentů. Jednalo se o odpovědi “naprosto nesouhlasím“, “naprosto souhlasím“ a “ani souhlasím, ani nesouhlasím“. Tyto odpovědi nás překvapily, v této otázce jsme nepředpokládali, že studenti třetího ročníku budou uvádět tolik kladných odpovědí. Tóthová (2014) uvádí, že k tomu, aby sestra mohla zformulovat diagnózu, musí mít určité dovednosti, vědomosti a zkušenosti. Náš výzkum ukázal, že v této fázi procesu studenti třetího ročníku shledávají nejasnosti častěji než v jiných fázích. V páté otázce jsme se studentů ptali, *zda shledávají nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu “plánování“*. V této otázce u obou ročníků převládala odpověď “spíše nesouhlasím“, u druhého ročníku se jednalo o 41 % studentů a u třetího ročníku o 60 % studentů. Překvapilo nás, že studenti druhého ročníku uvedli jako druhou nejčastější odpověď “spíše souhlasím“, jednalo se o 24 % studentů. Po vyhodnocení tohoto tvrzení jsme zjistili, že studenti druhého ročníku nejčastěji shledávají nejasnosti ve fázi ošetrovatelského procesu “plánování“. Plevová (2018) uvádí, že plánování je proces, ve kterém dochází k vytyčení ošetrovatelských strategií a intervencí, proto je tato fáze zásadní. My jsme v našem výzkumu zjistili, že studenti druhého ročníku mají nejčastější nejasnosti právě ve fázi plánování. V předposlední otázce na téma shledávání nejasností při realizaci ošetrovatelského procesu jsme se zaměřili na fázi “realizace intervencí“. Otázka zněla, *zda studenti při odborné praxi shledávají nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu realizace intervencí*“. Nejčastější odpověď na toto tvrzení byla u obou ročníků “spíše nesouhlasím“, což jsme předpokládali, ale překvapilo nás, že studenti druhého ročníku jako druhou nejčastější odpověď na toto tvrzení uváděli “spíše souhlasím“, jednalo se o 27 % studentů. Naše další otázka pro studenty byla, *zda při odborné praxi shledávají nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu “vyhodnocení*“. Nejčastější odpověď na toto tvrzení byla jednoznačná, jednalo se u obou ročníků o odpověď “spíše nesouhlasím“, u druhého ročníku tuto odpověď uvedlo 41 % respondentů a u třetího ročníku se jednalo o 48 % respondentů.

Otázky č. 8 -12 byly zaměřené na shledávání problému při realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. První tvrzení vztahující se na toto téma znělo: *při odborné praxi shledám problém při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu “zhodnocení stavu pacienta*“. Graf č. 12 ukazuje, že studenti třetího ročníku odpovídali nejčastěji “spíše

nesouhlasím“, tuto odpověď uvedlo 52 % studentů. U studentů druhého ročníku byly nejčastější odpovědi v rozporu. Jednalo se o odpovědi “spíše nesouhlasím“ a “spíše souhlasím“, tyto odpovědi uvedlo 35 % studentů. Vyhodnocení tohoto tvrzení bylo pro nás zajímavé, nepředpokládali jsme u studentů druhého ročníku tolik odpovědí “spíše souhlasím“. Další tvrzení se zaměřuje na *shledávání problému při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu “diagnostika“*. Odpovědi na toto tvrzení nás překvapily. Studenti třetího ročníku uváděli nejčastěji odpověď “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 36 % studentů. U studentů druhého ročníku se jednalo o nejčastější odpověď “spíše souhlasím“, kterou uvedlo 32 % studentů a následovala odpověď “ani souhlasím, ani nesouhlasím“. Dle Plevové (2018) diagnostika tvoří východisko pro plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Díky vyhodnocení tohoto tvrzení jsme zjistili, že studenti druhého ročníku shledávají nejčastější problémy ve fázi ošetrovatelského procesu “diagnostika“. Další tvrzení pro studenty programu Všeobecné ošetrovatelství znělo *při odborné praxi shledávám problém při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu “plánování“*. Graf č. 10 ukazuje, že studenti druhého ročníku nejčastěji uvedli odpověď “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, konkrétně tu to odpověď uvedlo 35 % studentů a následovaly odpovědi se stejným počtem respondentů. Jednalo se o odpovědi “spíše nesouhlasím“ a “spíše souhlasím“. Tyto odpovědi nás překvapily, protože není jednoznačné, zda fáze ošetrovatelského procesu plánování dělá většině studentů druhého ročníku při odborné praxi problémy či nikoliv. Studenti třetího ročníku odpovídali převážně “spíše nesouhlasím“, jednalo se o 36 % respondentů, a následovala odpověď “ani souhlasím, ani nesouhlasím“, kterou uvedlo 28 % respondentů. Následovala *otázka na fázi ošetrovatelského procesu “realizace intervencí“*, ve které jsme zjišťovali, zda studenti v této fázi shledávají problém při realizaci. Studenti druhého ročníku uváděli nejčastější odpověď “spíše nesouhlasím“, kterou uvedlo 46 %. Odpovědi studentů třetího ročníku nás překvapily. Studenti nejčastěji uvedli “spíše nesouhlasím“, kterou uvedlo 32 %. Odpověď, která nejčastěji následovala, byla “spíše souhlasím“, tu uvedlo 24 % studentů. Tato skutečnost nás překvapila, protože studenti uvedli tuto odpověď nejčastěji z okruhu otázek na téma: shledávání problému při realizaci ošetrovatelského procesu v jednotlivých fázích. Z tohoto vyhodnocení vyplývá, že studenti třetího ročníku nejvíce shledávají problém při realizaci fáze ošetrovatelského procesu “realizace intervencí“. Poslední tvrzením, zaměřeným na problémy ve fázích ošetrovatelského procesu při odborné praxi, bylo tvrzení mířené na fázi “*vyhodnocení*“. V tomto tvrzení odpovídaly oba ročníky nejčastěji stejně, jednalo se

o odpověď “spíše nesouhlasím“, z druhého ročníku uvedlo tuto odpověď 38 % respondentů a z třetího ročníku 40 % respondentů.

Následujících 6 otázek (č. 13-18), konstruovaných pomocí Likertovy škály, bylo zaměřeno na problém s využitím teoretických vědomostí o jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu při odborné praxi. Náš výzkum jsme porovnali s bakalářskou prací autorky Bejčkové z roku 2014, která se studentů tázala, zda mají problém při aplikaci teoretických znalostí o ošetrovatelském procesu do praxe. Autorka zjistila, že studentům nedělá problém aplikovat teoretické znalosti do klinické praxe. Odpověď “ne“ uvedlo 48 % a odpověď “ano“ uvedlo 33 % studentů prezenčního studia (Bejčková, 2014). Bakalářská práce autorky Průchové z roku 2019 se zabývá ošetrovatelským procesem z pohledu studentů. Autorka se ve své práci dotazuje studentů, zda podle jejich názoru uplatňují teoretické znalosti z ošetrovatelského procesu do praxe. Z jejich výsledků vyplývá, že 40 % studentů bakalářského studia uplatňuje teoretické znalosti v průběhu odborné praxe. My jsme se v našem výzkumu zaměřili na jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. První tvrzení bylo zaměřeno na fázi zhodnocení pacienta a doslovně znělo *nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu “zhodnocení stavu pacienta“ při odborné praxi*. Nejčastější odpověď na toto tvrzení měly oba ročníky stejnou, jednalo se o odpověď “spíše souhlasím“. U studentů druhého ročníku ji uvedlo 62 % dotazovaných. U studentů třetího ročníku se jednalo o 40 % dotazovaných. Následovalo tvrzení *nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu „diagnostika“ při odborné praxi*. Studenti druhého ročníku uváděli nejčastěji odpověď “spíše souhlasím“, kterou uvedlo 46 % studentů. U studentů třetího ročníku byla nejčastější odpověď stejná jako u studentů druhého ročníku, “spíše souhlasím“ uvedlo 36 % respondentů. Pak následovaly odpovědi, které uvedl stejný počet respondentů, “ani souhlasím, ani nesouhlasím“ a “naprosto souhlasím“ uvedlo 20 % studentů, “naprosto nesouhlasím“ a “spíše nesouhlasím“ uvedlo 12 % studentů. Překvapilo nás množství odpovědí “naprosto nesouhlasím“ od studentů třetího ročníku. Vyhodnocením odpovědí na tvrzení *nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu “plánování“ při odborné praxi*, jsme zjistili, že studenti druhého i třetího ročníku programu Všeobecné ošetrovatelství nejčastěji odpovídali “spíše souhlasím“. U studentů druhého ročníku se jednalo o 57 % dotazovaných a u studentů třetího ročníku o 44 % dotazovaných. Tyto odpovědi nás nepřekvapily. Dalším tvrzením v našem výzkumu, zaměřeném na využití teoretických znalostí o jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu při odborné praxi, bylo

tvrzení *„nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu realizace“ při odborné praxi*. Na toto tvrzení většina studentů druhého ročníku odpovídala *„spíše souhlasím“*, jednalo se o 54 % studentů. Studenti třetího ročníku odpovídali nejčastěji stejně jako studenti druhého ročníku, odpověď *„spíše souhlasím“* uvedlo 36 % z nich. Co nás ale ve vyhodnocování tohoto grafu překvapilo, byl počet respondentů z třetího ročníku u odpovědi *„naprosto nesouhlasím“*. Tuto odpověď uvedlo 12 % respondentů z třetího ročníku a pouze 3 % respondentů z druhého ročníku. Z vyhodnocení tohoto tvrzení vyplývá, že studenti třetího ročníku mají největší problém ve využití teoretických znalostí o fázi ošetrovatelského procesu *„realizace intervencí“* při odborné praxi. *Nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu „vyhodnocení“ při odborné praxi*, tak zněla poslední otázka, ve které měli respondenti možnost odpovědět dle Likertovy škály. Nejčastější odpověď na toto tvrzení byla u obou ročníků stejná, jednalo se o odpověď *„spíše souhlasím“*. Uvedlo ji 46 % respondentů z druhého ročníku a 48 % studentů třetího ročníku. Poslední otázka, zaměřená na využití teoretických znalostí o ošetrovatelském procesu při odborné praxi, byla obecná, jednalo se o otázku *ztotožnil/a jste se s teorií ošetrovatelského procesu již při teoretické výuce?* Studenti druhého ročníku nejčastěji uváděli *„spíše souhlasím“*, učinilo tak 47 % respondentů. Studenti třetího ročníku nejčastěji odpovídali *„naprosto souhlasím“*, tuto odpověď uvedlo 32 % studentů. V bakalářské práci z roku 2013 pokládá autorka Karlíková sestřím otázku, co jim nejvíce ztěžuje realizaci ošetrovatelského procesu, 63 % respondentů uvedlo, že největší vliv na realizaci ošetrovatelského procesu má nedostatek personálu, následovala nejčastěji odpověď nedostatek času a neochota sester spolupracovat (Karlíková, 2013).

Další otázka naší praktické části bakalářské práce byla zaměřena na rozpor teorie a praxe ošetrovatelského procesu. Ptali jsme se studentů, zda si myslí, že k rozporu v klinické praxi dochází. Odpovědi nás velice překvapily. 60 % studentů třetího ročníku a 51 % studentů druhého ročníku si myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu. Autorka Chrástová se ve své práci z roku 2021 zabývala rozporem teorie a praxe z pohledu sestry absolventky. Autorka v této práci zjistila, že jedním z hlavních problémů v rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství je nedostatek zdravotnického personálu a s tím související nedostatek času na komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta (Chrástová, 2021). My jsme se v našem výzkumu zaměřeném na studenty ptali na stejnou otázku. Naše otázka zněla, *proč si studenti myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Studenti nejčastěji uváděli časovou náročnost, nadmíra

administrativy a nedostatek personálu. I když se jedná o porovnání sester a studentů, výsledky obou prací dokazují, že problém je vnímán podobně u obou skupin respondentů. Studentka Bejčková se ve své bakalářské práci z roku 2014 tázala studentů oboru Všeobecná sestra, zda má z jejich pohledu počet zdravotnického personálu vliv na realizaci ošetrovatelského procesu. Výsledky uvádějí, že 75 % studentů prezenčního studia odpovědělo “ano“ (Bejčková, 2014). V našem výzkumu jsme si tyto výsledky potvrdili otázkou, proč si studenti myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe. Studenti vybraných univerzit uváděli jako jednu z nejčastějších odpovědí právě nedostatek personálu.

LIMITY VÝZKUMU

Výrazným limitem našeho výzkumného šetření byl fakt, že výzkum probíhal v době skoro dvouleté pandemie COVID-19, kdy je pracovní vytížení studentů vyšší, z důvodu zařazení respondentů na pracoviště COVID-19.

Za další limity našeho výzkumu bychom označili možnou neochotu studentů k vyplnění dotazníku online formou.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Naše bakalářská práce zaměřená na realizaci ošetřovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetřovatelství během konání odborné praxe může být východiskem pro další výzkumné šetření. Výsledky budou poskytnuty akademikům, kteří vyučují předměty jako např. ošetřovatelský proces nebo ošetřovatelství. Výsledky našeho výzkumu budou zaslány univerzitám, kde nám byl udělen souhlas s vykonáním výzkumu.

Ve výzkumné části bylo zjištěno, že si více než polovina studentů obou ročníků programu Všeobecné ošetřovatelství myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetřovatelského procesu. Dále jsme se studentů doptávali, proč si myslí, že k rozporu teorie a praxe dochází, nejčastější odpovědi byly časová náročnost, nedostatek personálu a nadměra administrativy. Měli bychom se v budoucnu zaměřit na jednotlivé aspekty, kvůli kterým dochází k vzniku rozporu teorie a praxe a snažit se je omezit. Z uvedeného důvodu navrhujeme zpracování odborného článku na toto téma.

ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma: Ošetrovatelský proces pohledem studenta programu Všeobecné ošetrovatelství, jsme si stanovili hlavní cíl, zmapovat pohled na realizaci ošetrovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetrovatelství během konání odborné praxe. Dále jsme si stanovili dva dílčí cíle, které byly zaměřené na identifikaci fáze ošetrovatelského procesu, ve které studenti shledávají úskalí při realizaci ošetrovatelského procesu v praxi. Druhý dílčí cíl byl zaměřen na identifikaci nejasností studentů při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu v praxi, v kontextu teoretických znalostí ošetrovatelského procesu.

Do tohoto výzkumu jsme zapojili čtyři univerzity. Jednalo se o studenty ze ZČU FZS v Plzni, FZS Univerzity Pardubice, Slezské Univerzity v Opavě a o studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Sledovaným souborem byli studenti 2. a 3. ročníku prezenční formy studia. Studenty 1. ročníku jsme do výzkumu nezapojili záměrně.

V souvislosti s našimi cíli jsme si stanovili dva předpoklady: Předpoklad 1: Předpokládáme, že studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství ovlivňuje vnímání studenta týkající se úskalí realizace ošetrovatelského procesu v praxi. Tento předpoklad jsme vyvrátili, studenty neovlivňuje studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství. Předpoklad 2: Předpokládáme, že studovaný ročník programu Všeobecné ošetrovatelství má vliv na určení nejasností při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského procesu během konané praxe. Tento předpoklad jsme také vyvrátili, u studentů druhých a třetích ročníků nemá studovaný ročník vliv na určování nejasností při realizaci konkrétních fází ošetrovatelského.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že studenti druhého ročníku nejčastěji shledávají problém ve fázi ošetrovatelského procesu plánování. Studenti konkrétně uváděli, že se plán neshoduje s realizací. Respondenti z třetího ročníku nejčastěji shledávají problém při realizaci fáze ošetrovatelského procesu realizace intervencí, studenti konkrétně odpovídali, že se jedná o problém plánování intervencí. Na otázku, zda si studenti myslí, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu, činila odpověď “ano“ u obou ročníků více než 50 %. V naší práci jsme se též doptávali, proč si studenti myslí, že k rozporu dochází. Nejčastější odpovědi byly časová náročnost, nedostatek personálu a nadměra administrativy. Do budoucna je důležité se zaměřit

na jednotlivé aspekty, které způsobují rozpor teorie a praxe a snažit se tyto aspekty eliminovat. Téma naší bakalářské práce může být východiskem pro další výzkumné šetření.

SEZNAM LITERATURY

- 1) AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Nursing: Scope and Standards of Practice*. 3. ed., Maryland: Nursesbooks.org., 7/2015, 15. p, ISBN-13: 978-1-55810-619-2. [Citace 11.9. 2021] Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/~4af71a/globalassets/catalog/book-toc/nssp3e-sample-chapter.pdf>.
- 2) ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003, 104 s. ISBN 80-8622-33-x.
- 3) BEJČKOVÁ, Jaroslava. *Realizace ošetrovatelského procesu v praxi z pohledu studentů ZSF JU*. České Budějovice, 2014 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/d0x9ij/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová.
- 4) BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- 5) CSISKO, Matej, Poddisciplinární paradigma ošetrovatelství, 14.3. 2012. [Citace 26.8. 2021] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/poddisciplinari-paradigma-osetrovatelstvi-463861>.
- 6) ETICKÝ KODEX SESTER, 6/2012, [Citace 29.8. 2021] Dostupné z: https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf.
- 7) HERDMAN, T. Heather, NANDA International, *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*, 11. vyd., přeložila Petra MANDYSOVÁ. Praha: Grada, 2020, 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
- 8) CHRÁSTOVÁ, Tereza. *Rozpor teorie a praxe pohledem sestry absolventky*. ZČU FZS. Plzeň, 2021 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/44343>. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.
- 9) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

- 10) JUSZCZYK, Stanislaw. *Metodológia empirických výskumov v spoločenských vedách*. 1. vyd., Bratislava: IRIS, 2008, 137 s., ISBN 8089018130.
- 11) KARLÍKOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces z pohľadu všeobecných sester*. Plzeň, 2013 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4rcbk2/>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Bc. Milan Priesol.
- 12) KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, VĚSTNÍK č. 6/2021, [Citace 31.1. 2022], Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-6-2021/>.
- 13) KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, VĚSTNÍK č. 9/2004 [Citace 31.1. 2022] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>.
- 14) KRAMPEROVÁ, Hana. *Novinky v ošetrovatelské péči*. Praha: FTN Praha, 2011, 130 s. [Citace 19.2. 2022] Dostupné z: https://www.ftn.cz/upload/ftn/Granty/dokumenty/Skripta_Novinky_v_osp.pdf.
- 15) KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. UTB ve Zlíně, 2016, 133 s. ISBN 978 – 80 – 7454 – 600 – 6. [Citace 31.1. 2022] Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/36770/Osetrovatelsky_proces_a_dokumentace.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 16) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- 17) MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- 18) MÍČKOVÁ, Iveta. *Edukace, jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. 9.12. 2009, [Citace 29.8. 2021] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-oseetrovatelskeho-procesu-448627>.
- 19) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kočke*. Praha: Grada, 2007, 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- 20) PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018, 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

- 21) PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II.*, 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2019, 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
- 22) PRŮCHOVÁ, Michaela. *Ošetrovatelský proces z pohledu studentů*. FZS ZČU. Plzeň, 2019 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/38530>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Šafránková.
- 23) RICHARDS, Ann, SHARON, Edwards. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
- 24) ROD, Aleš. *E-LOGOS, Electronic journal for philosophy, Likertovo škálování*. Praha VŠE, 2012, 14 s. ISSN 1211 -0442.
- 25) SEABACK, Wanda. *Nursing process- Concepts and Applications*. 3. Issue. Boston: Cengage Learning, 2012, 224 p. ISBN 13- 978-1-111-13819-6.
- 26) SILVA, Rodrigues, Cristiane, LIMA, Eliane de Fátima Almeida, FURIERI, Lorena Barros, PRIMO, Canicali, FIORESI, Mirian. *Nurse`s attitudes toward the nursing process*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado, 10-12 2018, str. 1111-1117, eISSN: 21755361 Dostupné z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/nurses-attitudes-toward-nursing-process/docview/2126804725/se-2>.
- 27) SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- 28) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 29) TONEY-BUTLER, Tammy, THAYER, Jennifer. *Nursing process. Treasure Island: StatPearls Publishing: 9.7. 2021. [Citace 19.2. 2022]* Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>.
- 30) TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
- 31) TÓTHOVÁ, Valérie. *Potřebuje sestra vysokoškolské vzdělání?* 2014, ZSF JU, [Citace 31.1. 2022] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2014/03/01.pdf>.

- 32) TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 4., rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018, 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
- 33) VÖRÖSOVÁ, Gabriela. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2007, 112 s. ISBN 80-8063-242-1.
- 34) VYHLÁŠKA Č. 39/2005 Sb.
- 35) WHO (World Health Organization) [Citace 31.1. 2022] Dostupné z: <https://www.who.int/>.
- 36) ZÁKON 96/2004 Sb., Hlava II. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. [Citace 29.3. 2022] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/zakon_96_2004_ve_zneni_pozdejsich_predpisu.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1- Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1- Dotazník

Dobrý den,

jsem studentka ZČU FZS v Plzni, obor Všeobecné ošetřovatelství. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zmapovat realizaci ošetřovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetřovatelství. Výsledky budou použity v mé bakalářské práci. Dotazník s názvem "Realizace ošetřovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetřovatelství" se dělí na tři části. První část se zabývá nejasnostmi při realizaci jednotlivých fází, druhá část se orientuje na problémy v jednotlivých fázích a třetí část se zaměřuje na aplikaci teoretických vědomostí v praxi. Na konci dotazníku je pět otevřených otázek, které pomohou zmapovat úskalí při poskytování ošetřovatelské péče.

Pokyny k vyplnění: Veškeré údaje budou zpracovány anonymně a budou použity pouze pro účely výzkumu. Dotazník Vám zabere 10-15 minut.

Mnohokrát předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Leona Löwy, 3VSS

Realizace ošetřovatelského procesu studenty programu Všeobecné ošetřovatelství

	Naprostou Souhlasím	Spíše Souhlasím	Ani souhlasím, ani nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Naprostou Nesouhlasím
Při odborné praxi shledávám nejasnosti při realizaci fáze ošetřovatelského procesu „zhodnocení stavu pacienta“					
Při odborné praxi shledávám nejasnosti při realizaci fáze ošetřovatelského procesu „diagnostika“					

Při odborné praxi shledávám nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu „plánování“					
Při odborné praxi shledávám nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu „realizace intervencí“					
Při odborné praxi shledávám nejasnosti při realizaci fáze ošetrovatelského procesu „vyhodnocení“					
Při odborné praxi shledávám problém při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu „zhodnocení stavu pacienta“					
Při odborné praxi shledávám problém při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu „diagnostika“					
Při odborné praxi shledávám problém při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu „plánování“					
Při odborné praxi shledávám problém při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu „realizace intervencí“					
Při odborné praxi shledávám problém při vlastní realizaci fáze ošetrovatelského procesu „vyhodnocení“					

Nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu „zhodnocení stavu pacienta“ při odborné praxi					
Nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu „diagnostika“ při odborné praxi					
Nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu „plánování“ při odborné praxi					
Nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu „realizace“ při odborné praxi					
Nemám problém s využitím teoretických vědomostí o fázi ošetrovatelského procesu „vyhodnocení“ při odborné praxi					
Ztotožnil/a jste se s teorií ošetrovatelského procesu již při teoretické výuce					

19. Myslíte si, že v klinické praxi dochází k rozporu teorie a praxe ošetrovatelského procesu?
(ano/ne/nevím/jiná)

20. Pokud jste odpověděl/a „ano“, z jakého důvodu myslíte, že k rozporu dochází:

21. Uveďte Vaše konkrétní nejasnosti při realizaci ošetrovatelského procesu v praxi:

22. V jaké fázi ošetrovatelského procesu pocítujete největší úskalí při poskytování ošetrovatelské péče:

23. Uveďte, v čem shledáváte toto úskalí: