

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**GENEZE SPOLEČENSKO - PROFESNÍHO STATUSU  
ZDRAVOTNÍ SESTRY**

**Diplomová práce**

**Autorka práce: DiS. ZEMKOVÁ Vladimíra**

**Vedoucí práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.**

**České Budějovice 2007**

## **Genesis of social and professional status of nurse**

The theme of diploma thesis is: Genesis of social and professional status of nurse. The main diploma thesis purpose is mapping of current nurse social and professional status from nurse point of view in scope of their subjective sensation of occupation prestige. Mainly we are speaking about monitoring of their work contents changes as well as their bossiness position changes and also community position changes.

In relation to goal of this work I set myself the following hypotheses that I will try to verify.

Hypothesis 1 (H1): The nurses do not treat her occupation like prestigious. This hypothesis confirmed. The sensation of nurse profession social prestige is treated as lower rather than average. The higher positive feeling of social classification of its profession has younger nurses that are working on this position for 5 years or less.

Hypothesis 2 (H2): There is a conflict between occupation and family nurse social role. This hypothesis did not confirm. There is no difference between level of children and family care either by nurse or by other professions. We can see from all the results, that cohering of both roles do not make difficulties to most of nurses.

Hypothesis 3 (H3): The nurses are unsatisfied by scope of their work. This hypothesis did not confirm. The nurses in most cases confirmed that they have opportunity to use their experience in the work and they have a possibility of professional growing including the education. So the most nurses consider the nurse profession as purposeful.

There was used the list of questions to obtain necessary data. The questions on the beginning of the list were related to nurse personal data, workplace and level of education. Second part of the list was focused on nurse employment itself and last part is related to nurse's personal live, their families and their future planes.

There were distributed 100 lists of questions totally. This research work was made within Prague West and Prague East area. There were interviewed nurses that are working in hospital at sick-bed and working in senior houses. The performed investigation is quantitative research from sociological point of view.

### **Potvrzení správnosti překladu do AJ**

Prohlašuji, že překlad kapitoly abstrakt a shrnutí diplomové práce s názvem:  
**Geneze společensko-profesního statusu zdravotní sestry** je správně přeložen.

V Českých Budějovicích 10.4.2007

Vladimíra Zemková

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Geneze společensko-profesního statusu zdravotní sestry vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 10.4.2007

Vladimíra Zemková

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za cenné připomínky a věnovaný čas. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Vladimíru Matouškovi za pomoc při distribuci dotazníků a všem zdravotním sestřám, které mi pomohly svým aktivním přístupem v realizaci výzkumu. Na závěr chci poděkovat také své rodině za trpělivost a citovou podporu během studia

## Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav .....	9
1.1 Historie ošetrovatelství.....	11
1.1.1 Vývoj ošetrovatelství u nás v 19. a 20. století.....	13
1.2. Současná role sestry .....	18
1.2.1. Vývoj vztahu sestra - lékař.....	22
1.2.2. Vztah sestra – pacient.....	28
1.3. Profesionální image sester – sociálně psychologické aspekty sestřerské profese .	32
1.3.1. Faktory ovlivňující image sester .....	33
1.3.2. Nástroje k rozvíjení „vlivné“ image.....	35
1.4. Psychologie sestry .....	36
1.4.1. Pojem profesionálního chování, definice a teoretická východiska .....	36
1.4.2. Faktory ovlivňující kvalitu profesionálního chování .....	39
1.4.3. Předpoklady pro úspěšnou identifikaci s rolí sestry.....	41
1.5. Současné modely vzdělávání sester ve světě .....	43
1.5.1. Vzdělávání sester v České republice.....	45
1.5.2. Další vzdělávání sester .....	47
2. Cíl práce a hypotézy.....	48
3. Metodika .....	49
3.1. Metodický postup.....	49
3.2. Charakteristika zkoumaného souboru .....	49
4. Výsledky .....	50
4.1. Výsledky dotazníkového šetření .....	50
4.1.1. Zhodnocení základních informací.....	50
4.1.2. Zhodnocení otázek týkajících se zaměstnání .....	51
4.1.3. Zhodnocení otázek týkajících se osobního života, rodiny a plánů do budoucnosti .....	58
5. Diskuze.....	65

6. Závěr .....	71
7. Seznam použitých zdrojů .....	73
8. Klíčová slova.....	77
9. Přílohy .....	78

## Úvod

Časy se mění a lidé s nimi. Málokde to platí tak jako v současné sesterské profesi. Pokorná služebnice lékaře, která žádné vzdělání nepotřebuje, se během jednoho století postupně proměňuje v sebevědomou rovnocennou partnerku všech ostatních pomáhajících profesí. Moderní ošetřovatelství je deklarováno jako svébytný obor s vlastní filozofií, s vlastními pracovními postupy a vlastním výzkumem. Co ovšem tyto hluboké změny pro dnešní sestru znamenají.

Ošetřovatelství je náročné a jeho společenská prestiž malá. Již tento fakt může být pro některé ze sester stresující. Nemocní a jejich příbuzní za nimi přicházejí se svými stesky a problémy a čekají, že je budou řešit. Kriticky hodnotí každé jejich slovo, pohled, gesto i postoje, které zaujímají při plnění jejich přání. Sledují, jak provádí odborné úkony při plnění ordinací lékaře a při samotném ošetřování. Součástí jejich práce je kvalitní a efektivní komunikace, kde práce trochu připomíná diplomacii. "Překládají" pacientům informace z cizí, odborné řeči do normální, hovorové, a tím srozumitelné. Medicína a celý resort zdravotnictví se dlouhodobě vyznačuje značným podílem žen. Je to také oblast veřejného zájmu stále procházející restrukturalizací. Profese zdravotní sestry je v centru veřejné pozornosti, ať už právě díky problémům, kterými zdravotnictví prochází, či z individuálního zájmu občana o své zdraví a možnosti vyhledat vyhovující zdravotní péči.

Tématem diplomové práce je: Geneze společensko-profesního statusu zdravotní sestry. Cílem práce je zmapovat současný společensko-profesní status zdravotní sestry a zjistit, jak sestry sami cítí svou prestiž tohoto povolání a získat hlubší výpověď o životních a pracovních podmínkách, o profesním růstu spolu s organizací rodinného života a partnerských vztahů. Neméně zajímavou otázkou je souvislost mezi spokojeností se svou profesí a spokojeností v ostatních oblastech života, nebo i vliv povolání na kvalitu života zdravotní sestry.

V naší společnosti se v současné době hodně mluví o zdravotnictví, často však je celá diskuse zredukována pouze na otázky peněz. Chtěla bych se proto ve své práci zabývat povoláním zdravotních sester ze širšího pohledu.



## 1. Současný stav

V posledních letech je v materiálech Světové zdravotnické organizace věnována pozornost problematice ošetrovatelství a postavení sestry v systému zdravotnické péče. V těchto materiálech se objevuje požadavek na profesionalizaci sestry. Snaha o profesionalizaci je ve vyspělých průmyslových zemích považována za přirozenou a legitimní. Přesto se někteří sociální kritici znepokojují nad příliš velkým důrazem, který se klade na formální akreditaci školskými diplomy.(26). Tato snaha je vedena především touhou po prestiži, což s profesionalizací úzce souvisí, ale i jinými ohledy, mezi nimiž hraje úlohu naděje na větší stálost pracovních míst, na příležitost k opravdové kariéře, na možnosti pravidelného postupu i zlepšení finančního ohodnocení kvalifikovaných činností.

V bývalých zemích tzv. východního bloku měl proces profesionalizace poněkud jinou podobu. V minulých režimech došlo k jakési řízené, formální profesionalizaci pracovních oborů navazující na systém předepsaného vzdělání. Tím se rozšířil pojem profese, ale současně ubylo jejích rigorózních atributů, včetně snížení profesní prestiže. V bývalém Československu se vžilo chápání profese jako profesionálního vykonávání určité práce. Vzhledem k tomuto vývoji se mohou v posttotalitních režimech objevovat jiné nároky, jiný typ hnutí za profesionalizaci, např. za přehodnocení výkonnosti a náročnosti profesí, systému profesní přípravy a také za navrácení původního smyslu pojmům profese, profesionalismus, profesionál. (31).

Nároky na výkon a vzdělávání lékařů a sester jsou doposud značně rozdílné. Přesto lze sledovat v posledním desetiletí určitou konvergenci statusu obou profesí. Sbližování statusu těchto obou zdravotnických profesí (lékařů a sester) může zvýšit citlivost ve vzájemných vztazích sestra – lékař. Nová koncepce vzdělávání sester podle zákona č. 96/2004 Sb. je v souladu se strategií EU a zohledňuje celosvětový trend.(33). Jsou s tím ale spojeny určité požadavky na proměnu celé hierarchie zdravotnického systému. Tento systém směřuje k restrukturalizaci rolí, které má plnit lékař, kvalifikovaná sestra a další zdravotnický personál.

Sestra v České republice splňuje nesporně všechny uvedené znaky profese. Povolání sestry je tedy profesí a její hlavní činnost – ošetřování – je také profesionální. Problémem u nás není ani sama profesionalizace jako taková, ale úroveň, které nyní dosahuje. Proto se nabízejí otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě ( v zákonech, vyhláškách, směrnicích, řádech apod.).(22). Dále, jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jakou úroveň mají kooperující vztahy, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje a řada dalších otázek. Na tyto otázky nelze dnes dát jednoznačné odpovědi především proto, že celý zdravotnický systém se nachází v souvislosti s širším společenským rámcem v procesu hlubokých změn.

Role sestry nejenže prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestrách nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti. Tyto dovednosti jsou v mnoha směrech jiného řádu, než byly požadavky dřívější. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny.(25).

Sociologické teorie, týkající se rozhodujících funkcí role sester v současné etapě vývoje, se proto stávají součástí vzdělávání sester a podmiňují kvalitu jejich výkonu v léčebné péči. Jde například o sociologické poznatky, které pomáhají sestře rozpoznat a pochopit:

- postoje a hodnoty jednotlivců nebo skupin, včetně rodin, s nimiž pracuje, a které jí učí provádět změny v postojích a hodnotách;
- dynamiku sociálního systému sestra – lékař – pacient, zejména specifčnost její role v něm tak, aby dokázala spolupracovat v tomto systému k dosažení péče, která podporuje pozitivní zdraví a solidaritu ve všech skupinách, kde péče probíhá;
- zdravotní potřeby jednotlivce i rodiny v populaci mimo terapeutické ústavy tak, aby je pomocí svých dovedností vyřešila nebo pacienta navedla na jiné zdravotní profesionály nebo činitele; aby dokázala vysvětlit potřeby ostatnímu

zdravotnickému personálu i porozumět tomu, jak jsou potřeby viděny ostatními pracovníky;

- obecné i kulturně specifické kompetence, aby byla sestra schopná pochopit hodnoty a kulturní imperativy fungující v rámci kulturního prostředí dané osoby, zejména ty, které mohou ovlivňovat, jakým způsobem tato osoba chápe zdraví a nemoc a také její očekávání, pokud jde o tělesné funkce, a poskytovat tak kulturně citlivou péči o nemocného;
- vlastní roli a normy pro její jednání a chování, neboť jedině tak může měřit vlastní praxi, aby mohla pracovat k jejímu zdokonalení, kdykoliv je to nutné;
- možností a zdroje společnosti k udržení a k ochraně zdraví, aby využívala příležitostí, aby podněcovala v rámci svých možností společenské dění k účelnému a ekonomicky efektivnímu poskytování zdrojů a iniciativnímu jednání v oblasti zdravotní politiky a péče o zdraví atd.(1).

Sociologická teorie se tak stává jedním z důležitých článků nejen v objasňování, ale i v realizaci současných změn v roli sestry. A to nejen jako důležitá součást odborné výchovy a odborného profilu sestry, ale i jako teorie, pomocí které jsou zkoumány pracovní podmínky sester, napětí a konflikty mezi sestrami a pacientem, mezi sestrami a lékařem a mezi ostatním zdravotnickým personálem navzájem. Stejně tak nabízí možnost zkoumání organizace činností sester, prestiže tohoto povolání a mnoho jiných sociologických problémů spjatých nebo vyvolaných transformačním procesem, který probíhá v našem zdravotnictví.(1).

### ***1.1 Historie ošetřovatelství***

Ošetřovatelství bylo a je ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními ekonomickými a politickými faktory. Velký význam měly rovněž války, vědecké objevy a některé osobnosti, které si uvědomovaly potřebu změn a našly cesty, jak jich docílit. Tyto faktory působí ve vzájemném vztahu, proto není možné jejich vliv chápat odděleně. Primitivní lidé nechápali příčiny nemocí. První léčebná praxe vycházela z přesvědčení, že kouzla mohou zabránit vzniku nemocí. Lidé věřili, že je napadají zlí

duchové a způsobují jejich nemoc. Snažili se proto duchy udobřit, aby opustili těla nemocných. Na zaplazení nemoci nebo její vyléčení vyvinuli *šamani* různé rituály. Časté bylo také uctívání předků. V terapii se používala nejčastěji rostlinná léčiva a masáže.

S rozvojem společnosti se **uctívání bohů soustředilo do božích stánků** – chrámů, kam přicházeli nemocní. Zde se mohli kněží modlit za jejich vyléčení, nebo jim pomáhat smířit rozhněvané bohy. Kněží tak vešli v povědomost jako *kněží-lékaři*. Ošetřovatelská péče v domácnostech byla poskytována matkami, nebo jinými členy rodiny a otroky.(10).

Rozhodující vliv na rozvoj medicíny v Evropě měla **medicína starořecká**. Její počátky spadají do 2. tisíciletí př.n.l. Z tohoto období jsou známi především Asklepios, Hippokrates a Galenos.

**Také Islám** založený na oddanosti člověka bohu nabádal lidi k touze po poznání. Arabové přejali a upravili metody Hippokrata a Galena a dále rozvinuli nauku o příznacích onemocnění. Jejich díla (např. Avicenna) byla později přeložena do latiny a obohatila medicínu západní Evropy.

**Křesťanská víra** v to, že služba člověku je vlastně službou bohu, vedla v prvním století n.l. Mnoho dobročinných osob k tomu, aby navštěvovaly a ošetřovaly nemocné lidi. Ve 4. století začaly vznikat první kláštery a mnoho příslušnic římských vysokých společenských vrstev se zapojilo do péče o nemocné. Po několik dalších století zakládaly církevní řády v mnoha zemích *mužské i ženské kláštery*, v nichž mniši a jeptišky ošetřovali tělesně i duševně nemocné. Zatímco katolická církev orientovala nové církevní řády k poskytování péče potřebným a nemocným lidem převážně v klášterech a špitálech (Svatá Anežka Česká, Svatá\_Zdislava), protestantská církev se zaměřovala na pomoc jedinci v rodině a komunitě.(27).

**Války měly vždy velký vliv na rozvoj ošetřovatelství**. Velké množství raněných vojáků, hromadné infekce v důsledku velmi špatných hygienických podmínek lazaretů a nedostatečných znalostí zdravotnického personálu vyvolávaly zvýšenou potřebu lékařské a ošetřovatelské péče. Vedle velkého množství padlých a raněných

byly často příčinou porážky mnoha armád epidemie, které propukaly při nedodržování hygienických pravidel.

**Ve starověku se o nemocné a zraněné vojáky na bojištích starali otroci.** Římané při svých taženích stavěli lazarety, náboženské války – křižácké výpravy vedly k vytvoření dobře organizovaných vojenských *ošetřovatelských řádů*. Ve všech velkých nemocnicích byla stále citelnější potřeba odborně vzdělaného ošetřovatelského personálu. Průkopníky systematického vzdělávání civilního ošetřujícího personálu byli ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pigorov a anglická ošetřovatelka Florence Nightingaleová.(32).

Další významný vliv na péči o poraněné vojáky měl Henri Dunant. Jeho úsilí vedlo nakonec k **založení Mezinárodní organizace Červeného kříže v Ženevě roku 1864**. Šlo o největší humanitární hnutí, jaké kdy svět poznal. Dnes se národní organizace Červeného kříže sjednocené pod mezinárodní organizací starají nejen o lidi postižené válkou, ale i o oběti záplav, hladomoru, zemětřesení a jiných podobných událostí.(10).

### ***1.1.1 Vývoj ošetřovatelství u nás v 19. a 20. století***

Založení londýnské ošetřovatelské školy, rozvoj evropského i zámořského ošetřovatelství, ale i sílící národnostní a **emancipační hnutí v Rakousko-Uhersku** vedly ke vzniku první ošetřovatelské školy v Praze, a to již v roce 1874. Její existenci značně ovlivnily velké české spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, které stály v čele ženského hnutí a byly horlivými vlastenkami a zastánkyněmi ženských práv. V této české škole se ošetřovatelky vzdělávaly pod vedením českých lékařů, zpravidla současně přednášejících na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Každý kurs trval několik měsíců. Jen menší část absolventek však skutečně předpokládala, že bude prakticky provádět ošetřovatelskou péči jako svoje zaměstnání, neboť více než polovinu studentek tvořily měšťanské dámy shromážděné kolem Ženského výrobního spolku, které ve studiu na ošetřovatelské škole především oceňovaly možnost vzdělávat se, a tak se společensky alespoň částečně vyrovnat mužům. Škola neměla dlouhého trvání a po

několika letech, pravděpodobně z národnostních a finančních důvodů, zanikla. Přesto je třeba ocenit, že to byla první ošetřovatelská škola na území Rakousko-Uherska a do jisté míry ovlivnila rozvoj ošetřovatelství ve střední Evropě již tím, že poukázala na potřebu systematického vzdělávání sester pro stále náročnější ošetřovatelskou činnost.

I když zanedlouho poté vznikla **ošetřovatelská škola ve Vídni (1882)**, v českých zemích si po mnoho let každá klinika znovu zacvičovala sestry sama. V soukromých službách a v domácnostech ošetřovaly nemocné laické sestry Červeného kříže a řádové sestry. Teprve v roce 1916 byla v **Praze otevřena česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola**, která pokračovala v činnosti i po skončení první světové války v nově vzniklém Československu a stala se vzorem pro vznik řady dalších ošetřovatelských škol vznikajících na území mladé republiky. Škola měla vysokou odbornou úroveň, k jejímu vybudování byly v r. 1920 pozvány do Prahy tři zkušené americké sestry v čele s Miss Parsons, které vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky a postupně zacvičily pro práci sester učitelky - instruktorky praktického vyučování první absolventky této školy. První českou ředitelkou školy se v r. 1923 stala Sylva Macharová.

**První kursy absolvovalo každoročně kolem 10 až 15 diplomovaných ošetřovatelek**, a tak ještě po dlouhou dobu vedle sebe pracovaly v nemocnicích tři kategorie ošetřovatelského personálu: diplomované ošetřovatelky - absolventky ošetřovatelské školy, řádové sestry a pomocné ošetřovatelky zacvičené na nemocničním oddělení. Sociální postavení civilních ošetřovatelek bylo velmi nízké. Zejména pomocné ošetřovatelky měly velmi malé platy, nedostatečné ubytování apod. První absolventky státní ošetřovatelské školy založily již v roce 1921 **Spolek absolventek ošetřovatelské školy**, který se v roce 1928 přejmenoval na Spolek diplomovaných sester (dále Spolek). Pod vlivem bohaté činnosti Spolku se začaly při nemocnicích budovat sesterské ubytovny, došlo k úpravě pracovní doby, dovolené. V činnosti Spolku se také výrazně odrazil vývoj ošetřovatelství ve světě i maximální snaha členek o poskytování kvalifikované služby nemocným a sociálně potřebným občanům. Spolek pořádal přednášky, pokračovací kursy a pomáhal zakládat další ošetřovatelské školy. Navázal spolupráci se sesterskými organizacemi v zahraničí. V roce 1933 byl Spolek

diplomovaných sester ČSR přijat do Mezinárodní rady sester. V roce 1937 začal dokonce vydávat svůj vlastní odborný časopis Diplomovaná sestra. Činnost spolku byla ukončena druhou světovou válkou. Úroveň ošetrovatelské péče, její organizace i vzdělávání sester se relativně rychle zlepšovaly. Vzdělané absolventky ošetrovatelské školy navázaly mnoho velmi užitečných společenských kontaktů. Významnou roli v podpoře ošetrovatelství sehrávaly po mnohá léta (prakticky až do r. 1948) Alice Masaryková, dcera prvního čs. prezidenta T. G. Masaryka, předsedkyně Československého Červeného kříže a Hana Benešová, manželka druhého čs. prezidenta Edvarda Beneše.(10).

České ošetrovatelství mezi válkami nebylo orientováno jen na rozvoj nemocniční služby. Již v **roce 1918** byla v Praze otevřena **Vyšší sociální škola**, která připravovala v jednoletém studiu sociálně orientované pracovníky a později zejména diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu. Tyto sestry zakládaly a vedly poradny pro matky a děti, zdravotní stanice s dispensářem tuberkulózně a pohlavně nemocných. ČSČK pod vedením Alice Masarykové založil Masarykovu ligu proti tuberkulóze. V roce 1929 zavedl ČSČK organizovanou **ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách** (OZSR), v níž sestry pracovaly zcela samostatně na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami.(27).

**Terénní péče sester** byla zaměřena především na výchovu sociálně slabších vrstev obyvatelstva ke zdravotnímu uvědomění, rodičovství a prevenci šíření nebezpečných infekčních chorob. Poradenská péče se postupně začala specializovat. Vedly ji diplomované sestry, avšak většina pracovníků byla odborně připravována v kursech organizovaných diplomovanými sestrami ve spolupráci s příslušnými odborníky - lékaři. Samostatná terénní práce sester po roce 1948 postupně zcela zanikla a teprve v sedmdesátých letech začaly znovu v terénu jako jediná kategorie samostatně pracujících sester fungovat v návštěvní službě geriatrické sestry a sestry specializované pro sociální péči.

**Pozitivní vývoj československého ošetrovatelství byl násilně přerušena druhou světovou válkou.** Činnost Spolku i vydávání časopisu byly záhy zastaveny. Výuka ve školách však pokračovala a pokrok lze i přes válečné hrůzy pozorovat v

organizaci nemocniční ošetrovatelské péče. Poprvé se setkáváme s funkcí civilní sestry představené (hlavní sestry). Jsou vypracovány organizační řády a pracovní náplně sester v jednotlivých pracovních směnách i povinnosti a práva vrchních a staničních sester. Vedoucí lékaři začínají uznávat sestru jako významného spolupracovníka potřebného pro zajištění kvalitní odborné ošetrovatelské péče.

**Válečné poměry a zvýšená potřeba sester tedy paradoxně ovlivňovaly rozvoj nemocničního ošetrovatelství.** Mnoho kvalifikovaných i nekvalifikovaných českých sester bylo během války zapojeno také do odbojového hnutí. Jejich statečná práce zachránila životy řadě partyzánů i lidí z čs. proti válečnému odboje. Již během války, ale zejména po jejím skončení, se naléhavě zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Síť státních ošetrovatelských škol se rychle rozšiřovala.(27).

V roce 1946 byla v Praze otevřena **Vyšší ošetrovatelská škola**, která v jedné větvi poskytovala pedagogické vzdělání sestrám - učitelkám na ošetrovatelských školách, v druhé větvi připravovala vrchní sestry pro řídicí práci v ošetrovatelství a ve třetí větvi se sestry vzdělávaly pro terénní péči. Na svou dobu to byla škola velice pokroková.

Ošetrovatelské školy byly podle nového školského zákona z roku 1948 sloučeny s rodinnými a sociálními školami a po vzoru Sovětského svazu vznikly střední odborné školy, v nichž se studentům současně dostávalo všeobecného středoškolského vzdělání i kvalifikační přípravy. Školy byly přejmenovány na Střední zdravotnické školy, na nichž se připravovaly všechny kategorie tzv. středního zdravotnického personálu, např. vedle sester také různé typy laborantů, rehabilitační pracovníci, dietní sestry, ženské sestry apod.

Protože se již na konci padesátých let ukázalo, že základní profesní příprava v této formě sestrám pro další praxi nestačí a protože nebylo možné ji zásadně změnit, vynutila si praxe v roce 1960 vznik Institutů pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, a to v Brně a v Bratislavě. Institute zaměřily svou pedagogickou práci na specializační studium sester v řadě oborů a na svou dobu byly velmi pokrokové. Ve stejném roce bylo dokonce pro sestry - odborné učitelky na



středních zdravotnických školách otevřeno v Praze na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy dvouoborové pětileté studium ošetrovatelství v kombinaci s psychologií a později v kombinaci s pedagogikou. Ošetrovatelské předměty byly zajišťovány Fakultou všeobecného lékařství UK, na jejíž III. interní katedře specializované na ošetrovatelství se brzy jako vyučující ošetrovatelství objevily první zkušené absolventky tohoto vysokoškolského studia jako vyučující. V letech 1987 - 1994 proběhlo na Filozofické fakultě UK v Praze také jednooborové studium péče o nemocné určené zejména hlavním a vrchním sestřám.

Uvedené instituce se staly prvními centry postupně se rozvíjejícího ošetrovatelského výzkumu. Zde se také začaly i přes velmi malé možnosti vytvářet základy teorie čs. ošetrovatelství a mezinárodní spolupráce.(10).

Po dlouhou dobu nesměly československé sestry, podobně jako jiné profesní či zájmové skupiny, založit vlastní profesní organizaci. Všechny byly sdruženy v Revolučním odborovém hnutí, které zcela formálně hájilo "zájmy všech pracujících". Teprve v roce 1973 se nakonec zaníceným a progresivním představitelkám československých sester podařilo založit **Československou společnost sester**, která začala velmi aktivně pracovat. Čs. společnost sester sdružovala dvě národní sesterské společnosti - Českou společnost sester a Slovenskou společnost sester, které měly společný federální výbor. Společnost se zabývala výhradně odbornou problematikou. Organizovala desítky pracovních dnů, odborných konferencí, a symposií sester, snažila se ovlivnit ošetrovatelské vzdělávání a podporovat ošetrovatelský výzkum, i když to v době tuhého totalitního režimu, který nastal po sovětské okupaci, vůbec nebylo snadné. V roce 1982 byla Čs. společnost sester přijata do Mezinárodní rady sester (ICN).

Československé sestry měly také svůj vlastní odborný časopis Zdravotnická pracovnice. Vznikl v roce 1951 jako časopis odborový, ale postupně se stával stále více odborným. V roce 1970 byl doplněn pravidelnou vědeckovýzkumnou přílohou Českoslouslovenské ošetrovatelství, v níž byly publikovány výsledky výzkumných prací, teoretické statě apod., které byly často používány při odborných seminářích na různých zdravotnických pracovištích. Po roku 1989 časopis zanikl a byl nahrazen novým časopisem Sestra.(24).

## *1.2. Současná role sestry*

Poznání vlastní role je u sestry nadmíru důležité, protože jen její dokonalé osvojení (internalizace role) může vyloučit na jedné straně rigorózní vázání se na pravidla a na druhé straně nedomyšlené a lehkomyšlné porušování pravidel a chování.

Sociologicky participuje role sestry na základní orientaci lékaře. Platí pro ni vzory chování uvedené u role lékaře, a to: funkční specialista, univerzalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita. To však, že pro roli lékaře a roli sestry platí stejné vzory, může vyvolat námitku, že v sociologickém poznání nelze dostatečně diferencovat mezi lékařem a sestrou. Může se dokonce tvrdit, že v takovém případě sestra může převzít roli lékaře a naopak, což by však byl naprosto chybný výklad. Jde o to, že základní orientace jednání zůstává u lékaře a sestry ve specifických činnostech stejná, liší se však zásadně podle věcně – specifického (odborného) obsahu činnosti. To znamená, že se zcela liší odborné kompetenční pole lékaře a sestry.(1).

Podat charakteristiku podoby role sestry z hlediska skladby činností, je velice složité. Příslušníci jednoho povolání nevykonávají totiž stejné činnosti, plní úlohy odborně, kvalifikačně i funkčně v různé podobě, skladbě i rozsahu. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou horizontálně i vertikálně členěné. Při charakteristice činností sestry nejde o vystižení všech úkonů, ale o vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry. Znamená to, že se jedná o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když momentálně je nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává.(24).

Centrální kritériem realizace profesionální role je její vlastní výkon. Realizaci role sestry ztěžuje především to, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Největší zdroj konfliktnosti vyplývá z toho, že pro výkon většiny činností jsou ve zdravotnictví stanoveny přesné normy, ale zdravotničtí pracovníci jsou nuceni je přitom uplatňovat v jedinečných situacích. Tento rozpor představuje jednu ze stěžejních otázek správného osvojení si role sestry a její realizace v praxi. Ovlivňování správného osvojování si role je ztíženo i tím, že vzhledem k povaze práce nelze vlastní činnost sester v dostatečném rozsahu kontrolovat.

Z psychologického hlediska je rolová adaptace zvláště obtížná. Normativním jádrem role sestry je – jak bylo uvedeno – univerzalizmus a kolektivní orientace. To znamená, že sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné definovat jako chorého, je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. Přitom ale vyšla z prostředí, které není takto kolektivně orientované, její návyky a postoje byly převážně individuální. Není ani jednoduché osvojit si emocionální neutralitu, která se nechápe jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnutí citů. To vše nelze uskutečnit jednorázovým aktem adaptace na roli sestry.(3). Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se. Tím více, že jde o profesi, jejíž funkce a podoba se neustále mění vzhledem k měnícím se potřebám zdraví a nemoci, struktury populace a úrovně a pravidel kultury nejen ve společnosti, ale i v jednotlivých regionech a skupinách obyvatelstva.(29).

Osvojení si role a adaptace na nové funkce a odpovědnosti, na nové vzory chování, závisí značně na společenské prestiži povolání. Ve výzkumu, který v roce 1990 provedlo Středisko empirických výzkumů SÚ ČSAV ve spolupráci s Ústavem teorie a historie vědy, kdy byla posuzována prestiž padesáti povolání, se umístila sestra na devátém místě (10. horník, 13. inženýr ve výzkumu, 14. právník, 18. projektant). Její umístění před řadou vysokoškolských a uměleckých profesí a před technickými a dělnickými profesemi je dosti překvapivé. (Názory na privatizaci ve zdravotnictví. Praha: 1991, ÚSLOZ).

Naproti tomu v mezinárodní prestižní škále, přiřazující všem profesím bodové hodnoty od 100 do 0, jsou sestry uprostřed škály spolu s novináři, učiteli a programátory. Z těchto výzkumů, jak se ukazuje, nelze zjednodušeně usuzovat na skutečnou společenskou prestiž. Jejich věrohodnost by musela být ověřena dalšími výzkumy. Uvedená zjištění nevypovídají také nic o spokojenosti sester samých. Je známo, že výkon role sestry je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí „dílčích“ rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role odehrává.

Stále častěji je diskutován u zdravotních sester syndrom vyhoření – čímž je označován stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako vyprahlost, vyhaslost a je

již studován více než 20 let. Řada studií je zaměřena na práci sester pracujících na exponovaných pracovištích, jako je ARO, JIP, dialyzační střediska apod., vzhledem k názoru, že v této oblasti dochází nejvíce k psychické zátěži. Tento názor bývá často v poslední době zpochybňován, neboť jiné studie uvádějí, že nejen intenzivní péče, ale i sestry pracující ve standardních medicínských oborech interny, chirurgie a psychiatrie jsou rovněž vystaveny celé řadě faktorů, způsobujících psychickou zátěž vedoucí až k syndromu vyhoření. Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1974. Setkáváme se s ním však i u dalších profesí, jejichž pracovní náplní je především pomáhat lidem. Syndrom vyhoření „burn out syndrome“ může být jak akutní, tak chronický.(11).

Příčiny vzniku tohoto syndromu lze hledat jak v individuálních faktorech (jako jsou zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, souhrnná zátěž i v soukromí, stres, konfliktní napětí atd.), tak především v pracovních a organizačních faktorech (jako je nátlak sociální role, nedostatek autonomie, absence sociální podpory, monotónní rutina apod.). K tomu přistupuje značná fyzická zátěž, nebezpečí infekcí atd.(30). Syndrom vyhoření není obyčejná únava. Je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce.

Proces, jehož vyvrcholením je vyhoření, trvá často několik let a probíhá v určitých fázích.

1. NADŠENÍ. Sestra přichází do práce s určitými ideály, jak bude pomáhat nemocným v uzdravování, často s plným nasazením a přesvědčením, že bude poskytovat pacientům kvalitní péči. Je ochotna pracovat nad rámec svých pracovních povinností.
2. STAGNACE. Počáteční očekávané nadšení a motivace časem otupí, sestra začíná slevovat ze svých ideálů, požadavky pacientů ji začínají pozvolna unavovat a někdy i obtěžovat. Vyhýbá se kontaktům s pacienty, přesouvá vinu za problémy na pacienty.
3. FRUSTRACE. Sestra začíná prožívat velkou deziluzi a zklamání ze svého povolání.

4. APATIE. Sestra se snaží dělat jen nejnútnejší práci, vyhýbá se komunikaci s pacientem, ostatními zdravotnickými pracovníky, vyhýbá se dalšímu vzdělávání.
5. VYHOŘENÍ. Je dosaženo stavu plné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům.(23).

V počátečních fázích lze proces zvrátit kratšími přestávkami v práci např. kratší dovolenou, aby sestra nabrala nové síly. Čím je však proces pokročilejší, tím déle trvá zotavování. Někteří autoři uvádějí, že syndrom vyhoření není jen osobní problém, ale i organizační, a proto se musí řešit v těchto dvou sférách.(14). Ti, kteří jsou zasaženi tímto syndromem, potřebují pomoc druhého člověka, protože sami sobě nejsou schopni pomoci. Postižení většinou potřebují v akutní fázi získat určitý odstup a více odpočívat.(8). Často se doporučuje změna oddělení, rotace, přechod do jednosměnného provozu, zkrácení pracovní doby. Vhodná je výměna zkušeností se všemi, kteří jsou ve stejné pracovní situaci, i když syndromem vyhoření nejsou právě postiženi. Ke snížení výskytu syndromu přispívá vzájemná podpora členů pracovního týmu, výměna názorů a zkušeností, týkající se profesionálního růstu, možnosti dalšího vzdělávání, spravedlivého finančního ohodnocení, rozpisů služeb apod.(13). Syndrom vyhoření může být i podnětem k přehodnocení svých priorit, k rozpoznání svých slabých a silných stránek, hranic svých možností, k vybudování podpůrné sítě, která napříště pomůže předejít vyhoření.

Syndromem vyhoření není postižena jen zdravotní sestra, ale v důsledku jejího vyčerpání dochází k tomu, že může být postižen i pacient. Sestra se vyhýbá pacientům, nekomunikuje s nimi a dochází i k tomu, že je zhoršena kvalita ošetrovatelské péče.

Syndrom vyhoření nemá za následek jen negativní postoj k sobě samému a k pacientům, ale ovlivňuje též postoj ke spolupracovníkům, přátelům a rodinným příslušníkům. Může být příčinou manželských konfliktů a může působit ničivě i na mezilidské vztahy. Člověk, který není dostatečně ve své práci spokojen, obvykle očekává o to více od partnera a blízkých přátel a tento neustálý tlak stále se zvyšujících požadavků vydrží málokterý vztah.

Ve svém životě by sestra měla dbát na tyto oblasti:

- zdravá životospráva,
- sport či jakékoliv jiné pohybové aktivity (procházky, turistika, vycházky se psem, tanec atd.),
- naučit se odpočívat, když je unavena (naučit se naslouchat potřebám svého těla),
- mít dobré přátele a nejen mezi spolupracovníky,
- dobré mezilidské vztahy, sociální podpora,
- mít svého koníčka, což obnáší dělat něco jen pro své potěšení,
- dál se učit a vzdělávat,
- nebát se změn, brát změny jako výzvy,
- jednat jako aktivní činitel a ne jako oběť událostí,
- stanovovat si dosažitelné cíle,
- schopnost projevit emoce a humor,
- zdravotník by si také měl uvědomovat hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, když ji potřebuje.(9).

Osvojení si a vlastní výkon role sestry vyžadují proto nejen soustavnou pozornost školských a řídicích článků, ale i vědeckovýzkumných pracovníků a institucí. Vědecké konstruování modelu současné role sestry jako vzoru a hlavně jako programu je nutné pro úspěšnou realizaci změn v praxi.

### ***1.2.1. Vývoj vztahu sestra - lékař***

Tradiční vztah lékař – sestra se postupně měnil v důsledku řady sociálních změn, ke kterým došlo ve vývoji společnosti a nelze přitom opomenout ani měnící se postavení role nemocného.

Po dlouhá staletí, či spíše tisíciletí, byla role žen v rodině a v kontextu společnosti naprosto stejná. Žena, především středních vrstev, byla zajištěna pouze

sňatkem a jejím jediným společensky uznávaným posláním byla starost o manžela, děti a domácnost.

Povolání sestry je tomuto pojetí tzv. „přirozeného údělu ženy“ velmi blízké a není proto divu, že profesionální ošetřování se jevilo jako jedna z poměrně nejvýhodnějších cest k osamostatnění se u žen. Při uskutečňování této cesty však bylo zapotřebí docílit systémových změn. Pracovní podmínky, které mohly být přijatelné pro příslušnice církevních řádů, poskytujících ošetrovatelskou péči z ryze náboženských motivací, nebyly akceptovatelné pro ženy, které hledaly nejen společenské začlenění spojené se zaopatřením, ale i vlastní smysl svého života. Tuto situaci dobře vystihuje německý sociolog J. J. Rohde, když říká: „Zásluha Florence Nightingalové netkví zajisté v takové míře v tom, že začala se systematickým vzděláváním sester..., ale spíše v jejím úspěšném úsilí vytvořit takové nemocniční poměry, které by byly pro ženy ze středních a vyšších vrstev ochotných poskytovat pomoc méně odpudivé nežli dosud a jež by zabezpečili světskému ošetrovatelskému povolání veřejné uznání. Překonala názor, pocházející ze středověku, že úctyhodnost povolání sestry závisí na příslušnosti k řádu... Tím bylo v jistém smyslu i zahájeno ženské hnutí, vždyť se zde nabízela možnost přístupu k povolání, možnost odlehčení rodinám neprovdaných dcer bez řádového slibu, který byl v té době již těžko překročitelnou překážkou.“(27).

Ještě výrazněji formuluje vztah vzniku profese sestry emancipačním hnutím J. Siegrist: „Je ale jisté, že snahy po profesionalizaci, jak byly nejrozhodněji sledovány Florence Nightingalovou od poloviny 19. století, záměrně směřovaly k odloučení vzdělávání od pracoviště. Jednotlivé nemocnice neměly nadále čerpat z ošetrovatelského sdružení asociovaného s nemocnicí. Ošetrovatelství mělo být spíše „svobodné“ povolání, které se řídí zákonem nabídky a poptávky.“ Úzkou souvislost vzniku povolání sestry s emancipačním hnutím dokládá i skutečnost, že první ošetrovatelský kurz v našich podmínkách organizoval Ženský výrobní spolek v Praze.(10).

Zdravotnické školy vznikají poměrně pozdě a jejich provozovateli byly nemocnice, různé organizace, jako Červený kříž a nebo církve. Kapacita škol byla nedostačující, školení se dostalo jen menšímu počtu sester, většina jich byla jen

zaškolená na pracovišti. Jednou z příčin tohoto stavu bylo, že lékaři často, i když třeba pod neuvědomělým vlivem dřívějších názorů, podceňovali potřebu odborně sestry připravovat.(27).

Po druhé světové válce, kdy dochází k prudkému rozvoji medicíny, je v této souvislosti patrný ústup handicapu pohlaví. Jeho příčinou je především širší umožnění studia lékařství ženám s následnou postupnou feminizací některých lékařských oborů. To vedlo k tomu, že ženy – lékařky začaly ztrácet vstupem do této profese onen vklad daný stereotypní rolí mužské dominance a ženské submisivity – tedy muž jako vedoucí, řídicí činitel a žena jako jemu podřízená. Ženy získávaly stále větší vliv ve většině odvětví a začaly se razantněji prosazovat i v lékařské profesi.(10).

Do každé úrovně lékařské hierarchie se ženy začleňují stále vyšším podílem než před desetiletím. Tento trend se bude pravděpodobně i nadále zrychlovat. To poskytuje nový potenciál pro různé druhy vztahů a vazeb a začíná podkopávat handicap ženského pohlaví ve smyslu nerovného, nižšího uznávání činností. Tím také vztah lékař – sestra, který byl dlouho vztahem muž – žena, pomalu nabýval podobu žena – žena.

Poněkud jinou vývojovou situaci je možno sledovat v profesi sester. Tak jak se projevil rozvoj vysokých škol medicínského zaměření, tak je v poválečném období patrné i zvyšování počtu zdravotnických škol. S rostoucími nároky na profesi sestry se začínají objevovat kvalifikační programy pro sestry na vysokých školách. Vysokoškolsky vzdělané sestry pracují samostatně, asistence lékařů se stává pouze jednou z částí jejich nezávislé práce. Sestra se tak z někdejší pomocnice lékaře proměnila ve speciálně školenou odbornici se zcela určitými zvláštními nezávislými povinnostmi a odpovědností vůči pacientovi. Sestra má tedy stejně rovnoprávné postavení jako její mužský protějšek v zaměstnání, má možnost vysokoškolského studia ve svém oboru a vzhledem k pozdějšímu nástupu do praxe po ukončení vysokoškolského studia vykonává své povolání ve zralejším věku.(26).

Během posledního desetiletí získalo vzdělávání sester určitou autonomii, rovněž se rozšířila sféra odpovědnosti sester za svou práci. V konkrétních případech sestry kontrolují a také řídí profesní vzdělávání sester. Toto lze vysledovat i v mezinárodním měřítku, v jiných průmyslově vyspělých zemích.



Interakce mezi sestrou a lékařem je často zkoumána na základě genderového přístupu, kdy sestry mohou být znevýhodněny pro svou gender identitu. Tato jejich identita je vytvářena společností, jíž dominují ve vedoucích postaveních v medicíně převážně muži. Příslušnost k určitému pohlaví hraje důležitou roli, když se vysvětluje pozice sester. Vztah mezi lékařem a sestrou však může být ovlivněn celou řadou dalších faktorů. Jedním z nich může být i komplikovanost organizačních struktur v nemocnici, která je zesílena dvěma různými formami subordinace. To vede k tomu, že sesterský personál je podřízen dvojím způsobem, a to jednak lékařům a jednak sesterskému managementu. Sestry přijímají příkazy lékařů a přes vrchní sestru příkazy vrcholového managementu. Tato vícenásobná podřízenost může vést k narušení vztahů lékař – sestra.(17).

Další faktor lze spatřovat v tom, že profesi zdravotních sester vykonávají převážně ženy. Často po nástupu do práce odcházejí na mateřskou dovolenou. Jindy opouštějí toto povolání i z důvodů rozčarování po nástupu do praxe, což může souviset s narůstajícími nároky na práci sestry a tím i větším růstem psychické zátěže. Lékaři proto chápou často z důvodů uvedené vysoké fluktuace, a tím i nedostatku sester na jednotlivých odděleních profesi sestry jako dočasnou, bez hlubších závazků, s nižším vzděláním, a tím i nižším finančním ohodnocením.

Mění se role nemocného vede k tomu, že se mění vztah paternalistický – autoritativní mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský. Tento partnerský vztah se promítá i do vztahu lékař – sestra. Vytváří se podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich profesního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být rovněž na úrovni těchto rovnoprávných vztahů.(6). Lze očekávat, že s přibližováním České republiky vyspělým evropským zemím tlak na změnu chápání vztahu pacient – zdravotník zesílí a to s sebou přinese i nutnost změny postojů ve vztahu lékař – sestra. Lze říci, že vyvážený vztah mezi lékařem a sestrou přispívá i k lepší kvalitě poskytované péče.(26).

Zdálo by se, že lékař i sestra, jejichž hlavním cílem je pečovat o pacienta budou spolu v dobrých vztazích, neboť jim jde o společný cíl. Avšak řada problémů ve vztahu sestra – lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci

moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. V některých zemích se lékaři cítí ohroženi vysokoškolskými ošetrovatelskými profesemi.

Sestry nejsou často spokojeny s nižším respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů. Ale mnohdy i lékaři dnes vnímají sestru pouze jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Nevidí důvod, aby byli podrobováni kritice a chápou to jako neopodstatněné podceňování své kompetentnosti, znalostí a odbornosti nejen ze strany sester, ale za určitých okolností i pacientů.

V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry. Je proto vhodné, aby dřívější lékařsko – sesterské vztahové stereotypy byly zrušeny. V profesní vazbě sestra – lékař lze sledovat následující typy interakcí:

- bezproblémové podřízení se: tento způsob komunikace představuje tradiční interakci mezi sestrou a lékařem, sestra o ničem nerozhoduje, k ničemu se nevyjadřuje, vykazuje absolutní poslušnost,
- neformální skryté rozhodování: sestra vykazuje respekt lékařům, nenabízí přímá doporučení, ale snaží se nepřímou ovlivnit rozhodovací proces,
- neformální neskryté rozhodování: sestra nabízí své zkušenosti a názory, neskryvá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně s lékařem komunikuje,
- formální neskryvané rozhodování: sestra využívá ošetrovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta.(28).

V posledních letech se často hovoří o problémech ve vztazích mezi sestrami a lékaři. Tyto problémy lze na jedné straně vyjádřit jako specifický odraz strukturálních změn ve společnosti jako celku, ale na druhé straně jako odraz změn v systému zdravotní péče. Ve zdravotnictví vyspělých průmyslových zemí dochází ke změně společenského postavení zdravotních sester a lékařů. Lékaři ztrácejí část svého výsadního postavení a zdravotní sestry zase posílily své postavení v současném systému zdravotní péče.(13).

Bez řádně provedených empirických výzkumů nelze všeobecně hovořit o napětí nebo až konfliktnosti ve vztahu lékař – sestra. Mezi převážnou většinou lékařů a sester jistě existuje co nejlepší spolupráce. Určitou konfliktnost ve vzájemných vztazích lze někdy považovat za uměle vytvářenou, vyvěrající z osobnostní charakteristiky jedinců.

A. H. Rosenstein uvádí v časopise *American Journal of Nursing* výsledky šetření vztahu sestra – lékař, jehož cílem bylo zhodnocení atmosféry a významu vztahů lékař – sestra a určení vlivu nevhodného chování lékařů na spokojenost a udržení pracovního začlenění sester. Výsledky průzkumu stejně jako řada dalších studií, poukazují na problematické chování lékaře jako na rušivou, stresující sílu na pracovišti, z čehož vyvstává otázka: Kolik lékařů si je vědomo, že jejich mnohdy každodenní negativní interakce se sestrami může významným způsobem ovlivnit pracovní spokojenost sester? Respondenti byli požádáni, aby identifikovali problémy, okolnosti a události, které předcházely nevhodnému chování lékaře.

Sestry uvedly, že tento typ chování se nejčastěji vyskytoval:

- po vyřízení lékaři, že ho někdo volá,
- po dotazu nebo žádosti o objasnění ordinací lékaře,
- když se lékaři domnívali, že jejich ordinace nebyly vykonány správně nebo včas,
- po domnělém zdržení v poskytování péče,
- po náhlých změnách stavu pacienta.

Lékaři uvedli jako primární příčinu svého nevhodného chování:

- jejich ordinace nejsou vykonány správně a včas,
- nesprávně načasované volání lékaře (telefonáty lékaři),
- nutnost ptát se nebo neopodstatněně vyžadovat objasnění ordinace,
- obecné selhání komunikace mezi lékařem a ošetrovatelským personálem,
- sestry přivolávaly lékaře bez toho, aby nejprve shromáždily všechny potřebné informace o pacientovi, které mají k dispozici.

Analýza 1200 odpovědí sester, lékařů a vedoucích pracovníků nemocnic naznačuje, že každodenní interakce mezi sestrami a lékaři silně ovlivňují pracovní morálku sester. Všichni respondenti považovali vztah sestra – lékař a atmosféru, kterou

vytvářejí, za velmi důležitou. Závěry naznačují, že zdravotnická zařízení ve snaze udržet sestry v práci a snížit jejich fluktuaci, se musí zabývat kvalitou vztahu sestra – lékař.(1).

Vztah mezi sestrami a lékaři je jeden z významných aspektů celkové atmosféry na pracovišti, a proto bude vyžadovat mnohostranný přístup. U sester, v důsledku nepostačujícího personálního obsazení, pracovního přetížení s nutností přesčasů, nejednoznačnosti role a úkolů odvádějících je od přímé péče o pacienta, často dochází ke značnému stresu. Po určité době i ke vzniku syndromu vyhoření, jakož i konfliktům a frustraci. To má za následek řadu závažných důsledků, které ovlivňují pracovní výkonnost, kvalitu odváděné práce, fluktuaci loajalitu sester ke zdravotnickému zařízení. Sestra, která je nespokojena se svým pracovním prostředím nebude motivována k tomu, aby se angažovala v oblasti kvalitní ošetrovatelské péče. Proto je třeba se soustavně touto problematikou zabývat.(29).

Některé z faktorů vztahu sestra – lékař jsou hluboce zakořeněny ve vedoucích lékařských strukturách, kde dominují převážně muži. U některých vedoucích lékařů je ošetrovatelství bráno jako pomocná role při péči o nemocného. Proto je jimi někdy tolerováno i problematické chování lékařů ve vztahu k ošetrovatelství. Jiné problémy se však mohou přímo dotýkat prostředí na pracovišti. Vztahy mezi lékaři a sestrami lze v konkrétním případě pravděpodobně zlepšit, pokud budou řešeny uvedené výchozí faktory.

V budoucnosti je proto nutné podporovat v práci lékařů a sester multidisciplinární týmovou práci, zlepšit komunikaci a spolupráci všech členů ošetrovatelského týmu, jehož jediným společným cílem by měly být zájem o pacienta.(20).

### ***1.2.2. Vztah sestra – pacient***

Za posledních deset let se v českém zdravotnictví mnoho změnilo. Pacient má relativně velkou svobodu ve výběru svého lékaře. Má možnost si účinně stěžovat. Jsou

zde různé instituce, které ho vyslechnou. To vše ale zdaleka nenahradí osobní kvalitně proběhlou komunikací mezi ním a tím kterým představitelem zdravotnických profesí.

Uprostřed všech změn zůstává sestra strážkyní zájmů pacientů. Její přínos v tomto směru je nutné akceptovat jakožto spojovací článek zásadního významu, mají-li pokroky v medicíně, v ošetrovatelství a v technice vést ke zvýšení úrovně léčebné péče.(2). Sestra má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb (např. pití, jídlo, osobní hygiena apod.). Jakmile pacient cokoliv potřebuje, nejprve volá sestru. Protože sestra obstarává jeho osobní přání a potřeby, je pacient na ní často plně závislý. Sestra též doplňuje společenské vztahy, je jediná v pravidelném styku s pacientem, je spojkou se světem a zdrojem informací. Skutečnost, že sestra někdy vystupuje téměř v roli chůvy, vede pak občas k pocitu, že je nemocným vždy „ k ruce“. Někteří nemocní nevnímají její vysoký profesionální statut a považují ji spíše za služebné děvče. To je ovšem zásadní nepochopení. Jistě je po odborné i lidské stránce nutné posloužit tam, kde je to skutečně nezbytné. Na druhé straně je sestra prvním činitelem zajišťujícím včasnou rehabilitaci, bez níž se žádná léčba neobejde.

Sestra je pro nemocného člověkem, který zajišťuje uspokojení většiny jeho potřeb, zná možnosti jak pomoci, radí mu ze zkušeností. Zná lékařská nařízení a má spojení s lékařem.(3). Komunikace sestry s pacientem je tedy řízena a rozvíjena především tak, aby vedla k identifikování potřeb pacienta a k poznání, jak lze potřeby uspokojit způsobem, který je pro něj přijatelný. Toho dosahuje sestra tím, že zaznamenává a rozlišuje, jak pacient přijímá bezprostřední terapeutickou funkci. Identifikuje shody a neshody mezi tím, co říká pacient a skutečností, jak je vnímána jí samotnou. Po zhodnocení shody a objasnění neshody mezi vyjádřením pacienta a svým přístupem, poskytuje ošetrovatelskou pomoc tak, aby umožnila pacientovi dosažení nejvyšší možné úrovně osobního uspokojení a blaha tím, že mu nejen poskytuje vše v ošetrovatelské péči z hlediska onemocnění, ale že mu zároveň pomáhá vyrovnat se s osobními situacemi, které jeho onemocnění provází. Sestra v tomto směru postupuje s vědomím, že pro pacienta je optimum úrovně péče spojené s jeho pocitem, že jde skutečně o něj.

Role pacienta je vždy spojena s více či méně konfliktními situacemi. V mnoha případech vážné potíže nemocného člověka vyplývají z rozkolu jednání – v jeho rolích. Před nemocí byl pacient zaměstnaný, nezávislý, podílející se na rozhodování. Nyní je nemocný a nemůže plnit svou dřívější sociální roli. Jako pacient je více závislý než nezávislý, poslouchající nařízení, než aby je mohl dávat sám. Je v celku vždy více v pozici podřízenosti. Přitom lékař i sestra předpokládají, že se bude v nové roli chovat podle očekávání. Přijmout však okamžitě tak velké změny ve své roli není tak jednoduché. Sestra si proto musí být vědoma možnosti rozvratu jednání v roli pacienta a neustále musí pacienta v tomto směru ovlivňovat a vést.(6).

Častý problém, který se promítá do oblasti vztahů sestra – pacient, je problém realizace vlastní role sestry ve vztahu k pacientovi. Problém, že by se sestry chovaly k pacientům příliš „mateřsky“ se vyskytuje poměrně vzácně. Objevují se však stížnosti pacientů, že postrádají zájem sestry o sebe, o svoje problémy, stížnosti ne nepříliš humánní přístup k pacientům, který může někdy vésti až k porušení právních norem.(12). Vztah k pacientovi je v takových případech ohrožen neosobní a standardní rutinou v chování a práci sestry. Složitý sociální systém – zjednodušeně zobrazen schématem lékař – sestra – pacient má řadu funkčních problémů. Má-li se však systém udržet a dobře fungovat, musí směřovat k jednotnému cíli, a to na bázi pokrokového chápání jeho realizace; vzájemné vztahy mezi členy systému musí být harmonické a každý člen je má cítit dobré jak pro sebe, tak pro skupinu.

V podstatě jde o funkci směřující k cíli, která je nazývána funkcí instrumentální, a o vnitřní funkci udržení vzájemných vztahů a motivační rovnováhy a napětí u jedinců, tj. funkcí expresivní. Z analýzy činností v tomto směru vyplývá, že zatímco lékař provádí především instrumentální funkce, pak sestra provádí hlavně funkce expresivní, tj. ty, které jsou spojeny s vytvářením terapeutického prostředí, s duševní podporou a pochopením pacienta, s pomocí pacientovi přizpůsobit se atd. Expresivní funkce má velký význam pro integraci sociálního systému, jehož je pacient nedílnou součástí, pro ucelení výsledků léčebných činností.(7).

Vytváření terapeutického prostředí zahrnuje vhodně působící fyzické prostředí, pohodlné, nehlukné prostředí a příjemné sociální klima. Je důležité, aby pacient chápal,

že sestra zná jeho potřeby a cítí s ním. Důležitá je duševní podpora a pochopení nebo akceptování pacienta. Nejdůležitější příspěvek není v tom, co řekne, ale v její přítomnosti v potřebné chvíli, v pochopení, v trpělivosti vyslechnout pacienta a poradit. Pacient je v novém prostředí, neví, co ho očekává, potřebuje adekvátní vysvětlení a přípravu na léčebné úkony. Sestra tak pomáhá pacientovi přizpůsobit se. Když vytvoří příjemné fyzické a psychické prostředí, pečuje o pacienta, jsou tyto hodnoty „péče o pacienta“ důležité pro jeho emocionální blaho. Když ošetřuje sestra pacienta jako fyzický předmět a ne jako osobu, které poskytuje péči, terapeutický aspekt její činnosti je zeslaben nebo dokonce ohrožen. Součástí role sestry jako člena uvedeného systému je znát terapeutickou funkci své expresivní role a rozeznat, že se tato expresivita může stát kontraindikací, jestliže je hnána příliš daleko. Sestra má být schopna odhadnout a posoudit efekt svého chování vůči pacientovi a ne být „falešně“ expresivní. Sestra může pečovat o pacienta jako o osobu a podporovat ho, i když zároveň udržuje schopnost posuzovat efektivitu svého chování.(21).

Sestra slouží též jako prostředník mezi lékařem a pacientem. Udržuje přirozený postoj k pacientovi a k lékaři a snaží se udržovat stejnoměrně vzájemný vztah. Pomáhá vytvářet v pacientovi důvěru k lékaři, což je částí její odpovědnosti. Pro nejlepší terapeutické výsledky je podstatné, aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem, je interpretem lékaře a jeho činnosti ve vztahu k nemocnému, zaměřuje své úsilí na získávání pacienta ke spolupráci s ošetřujícím lékařem. Lékař jako vedoucí činitel je odpovědný za hlavní rozhodnutí týkající se pacientova léčení, ale jestliže pacient nedůvěřuje lékaři nebo ho nepochopí, jeho léčení může být méně efektivní. Zůstává na sestře vytvořit vztah odpovědnosti a udržet harmonický vzájemný vztah mezi těmito dvěma.(7).

Ze všeho, co bylo řečeno o vztahu sestra – pacient, vyplývá, že v sociologických úvahách o povolání sestry nejde jen o jedince provádějícího určité činnosti určitým způsobem, ale i o to, jakou roli hraje v sociálním systému lékař – sestra – pacient.

### *1.3. Profesionální image sester – sociálně psychologické aspekty sesterské profese*

O tom, že české ošetřovatelství potřebuje radikální změnu – novou, zdravější image ošetřovatelství jako profese a zdravotní sestry jako rovnocenné partnerky v týmu zdravotníků, dnes snad žádná sestra nepochybuje. Žádoucí image ale nevznikne spontánně. Stejně jako v jiných vyspělých zemích i v ČR musí sestry o novou image usilovat, musí si ji zasloužit. **(28)**.

Hovoříme-li o image, mám na mysli image externí a interní. Interní image představuje individuální pohled sestry na sebe samu a na ošetřovatelství jako na profesi. Externí image je představa, kterou má o ošetřovatelství a roli sester laická veřejnost, masmédiá, politici, lékaři či jak je prezentují zdravotnické školy během náborů svých uchazeček. V každém případě sestry musí usilovat o takou image, která by byla porovnatelná s imagí sester a ošetřovatelství v ostatních zemích Evropy.

Není možné, aby ošetřovatelství mělo pouze jednu image, protože sestry nacházejí na různých pracovištích a v různých rolích a v těchto rolích jsou také různě vnímány. Tyto různé externí image se opět liší od toho, jak vnímají svoji profesi a samy sebe zdravotní sestry. Image se mění s časem a v každé kultuře je vnímána poněkud jinak, i když v současné době došlo ve vyspělých zemích k významnému posunu v pohledu na sestry a ošetřovatelství.

Přestože dále existují dva zdánlivě těžko slučitelné obrazy sestry. Na jedné straně je to představa obětavé ženy, více či méně kompetentní, obdarované soucitem a neobyčejnou schopností vypěstovat si důvěryhodný vztah – představa někoho, kdo dává sám sebe. Na druhé straně je to image vzdělané profesionálky, která kvalifikovaně ovládá medicínskou techniku, při rozhodování se neřídí emocemi, nýbrž rozumem a na niž je vždy možné se v její specializaci spolehnout. Pravděpodobně žádná ze sester nemůže cele vyhovovat této široké škále představ. Většina z nich se pohybuje někde mezi těmito dvěma póly. **(26)**.

V dnešní době sestry všech vyspělých zemí usilují o image sestry profesionálky, jedince progresivního, sofistikovaného a asertivního, jedince, který se vzdělává a snaží



se dosáhnout co nejvyšší úrovně ošetrovatelské péče. Ke zlepšení image ošetrovatelství je zapotřebí pochopit dva důležité principy:

1. Princip „přesvědčení“ – tento princip říká, že to, v co člověk pevně věří, se často v jeho životě realizuje. Naše sebehodnocení (tj. přesvědčení o tom, co jsme) ovlivní naši osobní i profesionální image. Pocity, které v nás na základě našeho přesvědčení převládají, jsou přenášeny na naše okolí. Má-li sestra o sobě a o ošetrovatelství negativní představu, je třeba, aby nejprve zaměřila své úsilí na změnu sebe sama.

2. Princip „vztahu mezi odpovědností a úspěchem“ – tento princip se zabývá vztahem mezi úspěchem a ochotou jednotlivce převzít odpovědnost za vlastní život a nesvalovat vinu na vnější faktory. Pokud si české sestry nebudou schopny vytvořit pocit kontroly a profesionality, budou se stále chovat, jako kdyby neměly žádný vliv, žádnou možnost rozhodovat o své budoucnosti. Sestry musí být přesvědčeny o tom, že jsou významnou profesionální skupinou, která je schopna převzít kontrolu a odpovědnost za svou profesi, práci a své životy bez ohledu na externí faktory, jež v současné době nejsou optimální.(28).

### ***1.3.1. Faktory ovlivňující image sester***

KOMUNIKACE – interakce, ať již s veřejností nebo s pacienty, mají daleko větší vliv na tvoření image ošetrovatelství než sdělovací prostředky. Proto je schopnost efektivně komunikovat pro sestry jedním z nejdůležitějších faktorů. Jakým způsobem mohou sestry vyjadřovat své nízké smýšlení o sobě?

Neverbální komunikace – nedbalé oblečení, neupravené vlasy, chůze, gesta, grimasy, způsob sezení a stání, to vše vyjadřuje, jak vnímáme, jaký význam pro ně ošetrovatelství má. Ať již přebíráme nedbalé způsoby od jakýkoliv modelů, chování sester jak u lůžka pacienta, tak ve všech prostorách zdravotnického zařízení musí být profesionální.(11).

Přístup k pacientovi – i kdyby sestra byla neupravená a nedbale oblečená, ale měla empatický přístup k těm, o které pečuje, kdyby její chování vždy vyjadřovalo respekt a ochotu, kdyby měla pro každého úsměv a stisk ruky, potom by její externí image byla taková, o jakou usiluje. Každý pacient by se stal jejím advokátem. Své potřeby by nemusela hájit a se svými problémy by nemusela zápasit ona sama, ale spolu s ní by je hájil na veřejnosti i její pacient, jeho rodina či přátelé.

Způsob, jakým naslouchají a vnímají – schopnost a ochota naslouchat je předpokladem a nezbytnou součástí terapeutické komunikace.(5). Sestra nevnímá pouze sluchem. Je zapojena do komunikace celou svou osobností. Naslouchá hlavně „srdcem“, což znamená, že vnímá i to, co pacientova slova neříkají. Jestliže není ochotna vnímat jeho neverbální signály, nemůže správně vyhodnotit potřeby všech dimenzí pacienta.

Svémi reakcemi – ne každý, s kým přicházíme do styku, odpovídá našim představám milého člověka. Teprve ve styku s těmito lidmi si sestra může ověřit, je-li řízena svou profesionalitou, nebo svými pocity. Neprofesionální chování je známkou buď nepochopení, co profesionální chování znamená, nebo je výsledkem nezdravého sebevědomí.(15). Není lehké mít zdravou sebedůvěru nebo víru v ošetrovatelství, jestliže sestra není za svou práci spravedlivě finančně odměňována, nemá-li dostatečnou autonomii možnost podílet se na rozhodování nebo není-li rovnoprávným členem léčebného týmu. A jestliže se sestra také často setkává s nevděkem pacientů nebo managementu, potom je pro ni velice těžké udržet si sebeúctu. Přesto je nutné o udržení zdravého vědomí sebedhodnoty usilovat.

Verbální komunikací – sestra profesionálka jasnou artikulací a vhodným tónem hlasu vyjadřuje respekt k člověku, se kterým mluví. Informace, které pacient má právo znát nebo vyjadřuje, předává takovým způsobem, jenž je pro něho pochopitelný. Volí taková slova, která si je schopen zapamatovat a použít v budoucnosti v praxi.(11).

Získání vyšší odbornosti – získání odborného vzdělání tvoří základ, od něž se odvíjí vlivné postavení. Proto se stává důležitým nástrojem pro zlepšení image sester a ošetrovatelství. Odbornost neznamená pouze špičkovou znalost v klinické oblasti, ale i znalosti a dovednosti komunikační nebo manažerské. Sestra se špičkovými znalostmi a dovednostmi je na oddělení nepostradatelná a získává vliv. Vyšší odbornost vede k další

důležitou strategii pro budování zdravějšího image sester, a tou je její „zviditelnění se“.(7).

### ***1.3.2. Nástroje k rozvíjení „vlivné“ image***

Sestry potřebují o sobě smýšlet pozitivně. Zdravá sebedůvěra a touha po profesionální image jsou základními podmínkami změny.(15). Není možné dostatečně zdůraznit, že interní image – představa, kterou sestry mají samy o sobě – je životně důležitá. Věří-li sestra ve svou profesi a vnímá-li sebe jako vlivnou a schopnou stát se architektkou své budoucnosti, potom její přístup k veřejnosti, k pacientům a k lidem v jejím prostředí bude toto sebepojetí vyzařovat.

Jakákoliv trvalá změna musí začít edukací ve zdravotnických školách, kde je třeba studentky vést k profesní image a k pochopení, že ošetřovatelství má charakteristiky profese a jako takové není pouze zaměstnáním, ale kariérou. Je nutné, aby na těchto školách vyučovali jedinci s vyšším ošetřovatelským vzděláním, kteří by byli vhodným modelem pro své žáky. Erudovaný učitel svým pozitivním, podporujícím vlivem vytváří prostředí, které napomáhá rozvoji zdravého sebepojetí a pozitivní image sestry a ošetřovatelství.(21). Je všeobecně známo, že koncept „sama sebe“ je naučen. Odvíjí se od všech životních zkušeností, úspěchů, neúspěchů a ponížení, ze zpětné vazby především těch, jež respektujeme, na nichž nám záleží nebo kteří jsou pro nás autoritou. Jedinci s pozitivním pojetím sama sebe jsou schopnější dosáhnout svých ideálů. Jsou také častěji zdraví a produktivnější než ti, kteří mají negativní sebepojetí.

Vzhledem k tomu, že masmédiá silně ovlivňují myšlení veřejnosti, je důležité, aby sestry reagovaly na to, jak jsou na veřejnosti představovány nejen jako jedinci, ale i jako profesní organizace. V západních zemích mají profesní organizace tým sester, jež dohlíží na média a okamžitě reagují na jakýkoliv článek, pořad, film nebo knihu, které nějakým způsobem zlehčují práci, znalosti nebo osobnost sestry či ošetřovatelství.(7).

Všechny sestry potřebují být sjednoceny v profesní organizace, které budou hájit jejich práva, budou podporovat jejich image a mít jeden cíl – vypěstovat ve svých

členech zdravou sebedůvěru v sebe samé a ve svoji profesi. Ošetřovatelství nemůže čekat na to, až se dostaví výsledek změn ve školství a vyroste nová generace sester se správnou představou o sobě samých. Je potřeba, aby byla vytvořena strategie, která by zaručila, že ve všech odděleních bude docházet ke „zmocnění“ sester způsobem, jenž by podporoval image sestry profesionálky – a to formou zlepšené komunikace, ohodnocení a odměn.(24). Budou-li sestry přistupovat ke změně image zodpovědně, důsledně a s nadšením, potom bude veřejnost vnímat ošetřovatelství jako jednu z nejdůležitějších složek našeho zdravotnictví a sestry jako důležité členy léčebného a ošetřovatelského týmu.

#### ***1.4. Psychologie sestry***

##### ***1.4.1. Pojem profesionálního chování, definice a teoretická východiska***

Profesionálním chováním rozumíme takové formy projevu, které jsou typické pro určité povolání (profesionální roli). Formy chování, které se vážou k určité profesionální činnosti, se obvykle vyvíjejí po celou dobu trvání profese.(24).

Čím je profese historicky starší, tím jsou také ustálenější způsoby chování nositelů profese. Současně se utváří i představa druhých lidí, uživatelů, jak by druzí měli při výkonu svého povolání projevovat. V očích pacientů sestra vždy byla člověk, který má pochopení pro jejich projevy nemoci, který jim je pomáhá s velikou tolerancí a laskavostí řešit.

Nejprve je třeba si zpřesnit psychologický význam slova „chování“. Psychologie nazývá chováním objektivní aktivity organismu, pozorovatelné druhým člověkem nebo pomocí laboratorních experimentů. Chování jsou objektivně pozorovatelné projevy nebo aktivity. Dají se rozlišit dvě formy: chování expresivní a chování adaptivní. Expresivní chování je bezprostředním a spontánním vyjádřením toho, co člověk zrovna v daném okamžiku cítí a prožívá. Adaptivní chování neodpovídá prožívání. Je zvládnutým, stylizovaným, upraveným projevem. Člověk, který se chová adaptivně, nedá na sobě znát, co právě prožívá nebo na co myslí.(5).

Z uvedených definic je zřejmé, že zdravotník by se měl v rámci profesionální role chovat převážně adaptivně. Expresivně se může sestra projevit pouze tehdy, když ve vztahu k nemocnému sama prožívá nějakou pozitivní emoci (třeba radost), která, když jí sdělí, vyvolá stejně příznivou odezvu u nemocného.

Další obecné zásady profesionálního chování lze odvodit ze sociologického a psychologického rozboru profese sestry. V padesátých letech se pozornost sociologů, působící ve sféře zdravotnických a sociálních služeb, obrací k definování role pacienta, a tím i role sestry. Snaží se odpovědět na otázku, kdo je sestra, které znaky tuto roli nejvíce charakterizují.(3).

Ze sociologického rozboru profese sestry vyplynuly tři nejdůležitější znaky role: kolektivní orientace (sociocentrismus), univerzalismus, emocionální neutralita. K kolektivní orientace je hlavní hodnotou role sestry. Znamená, že sestra při své práci nevychází ze svých zájmů a potřeb, ale zásadně z potřeb nemocného. Sociocentrismus postihuje celou skutečnost, která je pro úspěšné plnění role nezbytná. Pro sestru i lékaře by měla být orientace na druhého člověka samozřejmostí. Tento přístup a postoj je spojen s nezištností, schopností sebezapření a výraznou motivací. Preference potřeb druhého před potřebami vlastními je charakteristická pro sociálně zralé osobnosti. Kolektivní orientace vytváří žádoucí postoje k profesi a k činnosti, která ji provází. Usnadňuje ztotožnění nositele s požadavky role.(1).

Pro jednání s nemocným jsou důležité univerzalismus a emocionální neutralita. Univerzalismus předpokládá, že sestra je schopna zaujmout svoji roli vůči pacientům bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. (chová se stejně dobře k lidem, kteří jí sympatičtí jsou jako i k těm, kteří jí sympatičtí nejsou.) Totéž se očekává ve vztahu ke spolupracovníkům. Určité „odosobnění“ je nutné v zájmu nemocného, protože nikdy nelze vyloučit sympatie či antipatie vůči ošetřovanému pacientovi.(20).

Emocionální neutralita vyjadřuje očekávání, že sestra je schopna svoji emocionalitu vždy podřídit rozumové kontrole. Činnost sestry vyvolává v mnohých případech intenzivní, někdy až trvalé napětí. Významným zdrojem napětí je vysoká odpovědnost za stav a život ošetřovaného člověka. Zdrojem tenze mohou být i nepředvídatelné změny u některých nemocných nebo trvalá možnost příjmu pacienta,

který je velmi vážném zdravotním stavu.(8). Požadavek podřízení citů rozumové kontrole ale neznamená, že se sestře zakazují jakékoli prožitky. Vztahuje se pouze na takové situace, kdy sestra musí jednat s „chladnou hlavou“, nesmí propadnout zmatku a chovat se tak, že by nemohla plnit svoji funkci.

Emocionální neutralita umožňuje výkon profese s menším množstvím konfliktů a s jejich dobrým zvládnutím. Současně vytváří základ pro profesionální, ale i velice humánní chování ve zdravotnictví.

Z výsledků sociologického rozboru vyplývají tyto zásady profesionálního chování:

- chování zdravotní sestry má být převážně adaptivní a respektující práva pacienta,
- sestra by měla při své činnosti preferovat zájmy a potřeby nemocného a stavět je nad své vlastní,
- sestra by se měla chovat ke všem pacientům stejným způsobem, její jednání by nemělo být ovlivněno vztahem, který si k jednotlivým nemocným vytvořila,
- sestra musí být schopna v přítomnosti pacienta své chování kontrolovat, pokud v daném okamžiku prožívá výrazné negativní emoce, je potřeba je zvládnout tak, aby to nemocný vůbec nepoznal.(1).

Konkrétnější požadavky na nositelky profese zdravotní sestry přinesly psychologické profesiogramy, vypracované u nás v sedmdesátých letech. (Psychologický profesiogram je podrobný popis určitého povolání, zaměřený hlavně na psychické předpoklady, které musí mít jedinec k tomu, aby mohl toto povolání úspěšně vykonávat.) Výsledky profesiogramů upozornily na základní skupiny psychických předpokladů, které jsou pro práci sestry nezbytné:

- předpoklady senzomotorické (šikovnost, zručnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání),
- estetické (smysl pro líbivou úpravu vlastního zevnějšku a zdravotnického prostředí),

- intelektové (myšlenkové procesy a operace umožňující osvojení široké soustavy pojmů, schopnost řešit proměnlivé situace, vybrat optimální řešení z komplexu možných),
- sociální (pozitivní vztah k lidem, umění navázat kontakt, vést dialog, vcítit se do stavu druhého, přejímat různé sociální role, ovládat chování a projevy verbální a neverbální),
- autoregulační (přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost k fyzickému a psychickému stresu).

Zvláště poslední dvě skupiny se ukázaly pro práci sestry velmi důležité.(21).

#### ***1.4.2. Faktory ovlivňující kvalitu profesionálního chování***

Chování v rámci jedné profesionální role může nabývat značně odlišných kvalit. Je totiž mnoho vlivů, které mohou měnit formy jednání jednotlivých lidí při vlastní práci. Můžeme si je rozdělit do dvou základních skupin: faktory vnějšího prostředí a vlivy vnitřní.(15).

Faktory vnějšího prostředí působí na pojetí profese. Koncepce role pak určuje i konkrétní, každodenní formy činnosti sestry a s tím samozřejmě souvisí i její chování k nemocným, jejich rodinám, spolupracovníkům a nadřízeným.

Faktory vnitřní jsou nezbytné pro odpovídající naplnění profese ne očekávané úrovni. Profesionální chování je částečně určováno tím, jak je v té které historické době chápána role sestry, smysl její činnosti, vztah k nemocnému a vztahy k dalším kategoriím spolupracovníků.(23). Zdaleka totiž neznamená, že se sestra bude profesionálně chovat, když správně pochopí svoji roli a poslání ošetrovatelství. Jedna věc je pojetí (koncepce) profesionální role a druhá věc jsou osobnostní předpoklady (schopnosti a dovednosti, charakterové vlastnosti), které jsou k naplnění té role nezbytné.

Faktory vnější jsou dány sociálním prostředím, ve kterém budoucí sestra žije, připravuje se pro svoji profesi a kde pracuje. Ovšem to, jak je role sestry chápána, není

dáno jen současným sociálním prostředím. Svůj vliv má i historie, vývoj profese během uplynulých desetiletí či staletí. Historický vývoj poznamenal jednak obsah činnosti sestry, jednak prestiž povolání. (Prestiž je vážnost, ocenění, ohodnocení, kterému se určité povolání těší u ostatních lidí určité společnosti.)

Společnost nejen hodnotí význam určité profese, ale také ovlivňuje její pojetí. Každá společnost má svoji převládající nebo oficiální filozofii, jejíž součástí je etika, nauka o morálce. Morálka je systém pravidel, která určují, jak se má člověk chovat k druhým, k sobě i k přírodě a prostředí, ve kterém žije. Součástí morálky je morálka profesní, určující chování nositelů a vykonavatelů určité profese. Jak se lidé chovají, nebo spíše, jak by se měli chovat, je tedy do značné míry ovlivněno filozofickým systémem, který ta která společnost vyznává.(1). Pod vlivem etických norem jsou společností formulovány některé základní dokumenty, které upravují chování lidí určitých profesí. Chování sestry ovlivňují dva základní dokumenty: Práva pacientů a Etický kodex sestry.(viz. přílohy č.1, 2) (26).

Práva pacientů, v našem zdravotnictví celkem nový dokument, je pro řadu pracovníků nepříjemným faktem. Jejich respektování pro mnohé z nich znamená zásadně měnit dřívější formy chování.

Jedním ze základních práv je například i právo nemocného na informace o jeho zdravotním stavu. U nás ještě část lékařů a sester nepovažuje za nutné poskytovat základní informace třeba o lécích, které nemocný dostává. Tím méně o diagnostických výkonech, které nemocný podstoupí, jaký je pro ně důvod nebo s jakými riziky mohou být spojeny. Kam až sahá v západních státech právo na informaci, svědčí fakt, že tam může nemocný kdykoliv nahlédnout do své zdravotnické dokumentace nebo si dát celý chorobopis včetně sesterské dokumentace okopírovat pro svoji vlastní potřebu.

Posledním z vnějších faktorů, který ovlivňuje kvalitu profesionálního chování, je zařízení, ve kterém sestra pracuje. Na pracovišti se sestra setkává s velice různými požadavky na své chování. Různé skupiny lidí, s kterými spolupracuje, mívají odlišné představy a různá očekávání jak svoji roli naplní.

Něco jiného očekává pacient a jeho rodina, jiné požadavky má lékař a nadřízení. Zcela specificky ale utváří chování sestry skupina jejích nejbližších spolupracovníků.



Zdá se, že ti mívají vůbec největší vliv na mladou sestru. Absolventka přichází ze školy s určitou představou, jak má vypadat její práce. Velice často se stává středem nežádoucí pozornosti a zásadního odmítání. Jen velice silné osobnosti se dovedou prosadit. Většina mladých sester se přizpůsobí, aby v pracovním kolektivu obstála. Některé bez problémů, jiné s nepříjemnými vnějšími i vnitřními konflikty, která řada z nich „řeší“ odchodem ze zdravotnictví.

I v jedné nemocnici, na jedné klinice, nacházíme odlišné způsoby práce na jednotlivých ošetrovacích jednotkách, vidíme kolektivy sester, které si vytvořily svoje morální pravidla, která mohou být v rozporu s oficiálními etickými normami, s požadavky společnosti nebo školy, s právy nemocných.(7).

Druhou velkou skupinu faktorů, které ovlivňují výslednou kvalitu profesionálního chování, jsou faktory vnitřní, vázané na subjekt, na nositele profese. Jednou věcí je pojetí role a druhou zda jedinec, který se pro tuto roli rozhodl, je schopen ji naplnit – zda má předpoklady k tomu, aby splnil očekávání, která se k vybranému povolání vážou.(24).

Jsou povolání, která kladou jen málo specifických požadavků na své nositele. Povolání sestry patří mezi ty profese, které kladou zcela specifické požadavky na osobnost, na charakterové vlastnosti, na psychické předpoklady, schopnosti a dovednosti a míru sociální zralosti. Ne každá dívka může být dobrou sestrou a dělat svoji práci tak, aby to přinášelo užitek nemocným a dobrý pocit jí samotné.

### ***1.4.3. Předpoklady pro úspěšnou identifikaci s rolí sestry***

V hierarchii lidských potřeb a hodnot jsou na nejvyšším místě potřeby seberealizační. Jsou potřeby, které přesahují bezprostřední (egoistické) zájmy jedince. Pro člověka se stávají důležité teprve tehdy, když jsou uspokojeny jeho nižší biologické potřeby.(2).

Sebe realizace je spojena s poznáním a důležitým pocitem, že využívám všechny své možnosti k tomu, abych byl prospěšný lidem, s kterými se stýkám ve svých

sociálních skupinách. Jsem-li těmto svým nejbližším lidem prospěšný, jsem jimi akceptován, brán a pozitivně hodnocen.(3).

K tomu, aby člověk tento pocit měl, musí být schopen dobře naplnit i nejdůležitější role svého osobního a pracovního života. Má-li sestře její povolání přinést pocit seberealizace, musí splnit očekávání lidí, s kterými se při své práci dostává do sociální interakce, být jimi dobře hodnocena, a tím získávat pozitivní zpětnou vazbu.

Sestra se může ztotožnit se svojí profesí a dobře pracovat až tehdy, když vykazuje většinu charakteristik sociálně zralého člověka. V opačném případě je pro ni práce, kterou vykonává, zdrojem neúnosné zátěže až stresu. Naprostá většina sester, které svoji profesi opustily, patřily mezi sociálně nezralé osobnosti. (V naší zemi odcházelo v uplynulých desetiletích každoročně ze zdravotnictví vysoké procento dívek, které se do této profese nevracely. Jedním z důvodů byl jejich věk. V žádné z vyspělých zemí nezačínala odborná příprava ve čtrnácti nebo v patnácti letech jako u nás. Tak mladé dívky nemohou dosahovat potřebné zralosti, vývojově na svoji profesi nestačí.) Ale i starší studentka si asi položí otázku, jakého stupně zralosti již dosáhla, zda může udělat něco pro to, aby svůj vývoj nějak uspíšila.(24).

Člověka v jeho vývoji podstatným způsobem ovlivňují podmínky, které mu vytváří jeho vlastní rodina. Je to vlastně první sociální skupina lidí, s kterými se dostává do kontaktu a díky kterým začíná nějak rozumět světu, do kterého se narodil. Je danou skutečností, že o řadě důležitých vlastností člověka se rozhoduje v době, kdy on sám nemůže ještě aktivně zasahovat a ovlivňovat kvalitu svého rozvoje.

Již v prvním roce života se vytváří základní ladění osobnosti: optimistické nebo pesimistické. Optimisticky ladění jedinci se naučili, díky lidem, s kterými se jako prvními ve svém životě setkávali, kteří o ně pečovali, že druhý člověk je zdrojem příjemných pocitů, že život s tím druhým je radostnou záležitostí, že mi ten druhý rozumí a věnuje mi pozornost. Naučí se také, že druhému člověku se může věřit, že je zdrojem jistoty, pevným bodem, který umožňuje pronikání do složitého světa kolem mne.

Je zřejmé, že pečovat o druhé lidi mohou pouze ti jedinci, kteří si v ranném dětství vytvořili pozitivní vztah k druhým lidem a jsou takzvaně prosociálně

orientovaní. Tím, že byl někdo pozorný k jejich potřebám a tyto potřeby naplňoval, naučili se postupně chápat a rozumět potřebám druhých.(1). Na cestě k rychlejšímu sociálnímu dozrání je velice důležité sebepoznání. Vědět, jak mě vidí ostatní, co si o mě myslí, jakou mám pro ně hodnotu. Až si bude člověk lépe rozumět, je třeba se zaměřit na rozvoj empatie, tolerance, přizpůsobivosti, odpovědnosti. Uvedené vlastnosti bude potřebovat jako sestra, tak i jako člověk. Jako sestra pak musí umět mnohé navíc. Jedině tak se může identifikovat se svojí profesí a získat pocit seberealizace.

### *1.5. Současné modely vzdělávání sester ve světě*

V současné době, se příprava sester k povolání v různých zemích liší, a ani v členských státech EU není jednotná. Sestry získávají kvalifikaci v některých zemích na odborných školách, na vyšším typu ošetrovatelských škol nebo na univerzitách. Odbornými ošetrovatelskými školami označujeme např. nemocniční, státní i privátní školy s tříletým až čtyřletým studiem, studenty přijímají nejméně v 17 letech. Vyššími ošetrovatelskými školami rozumíme školy, které poskytují kvalifikaci v pomaturitním zpravidla tříletém studiu, nejsou však univerzitami. Jako univerzitní studium je označováno studium, které poskytuje kvalifikaci sestry na univerzitní ošetrovatelské škole nebo přímo na univerzitě.

Základní mezinárodní kritéria splňují v současné době uvedené typy škol všude, včetně zemí bývalého socialistického bloku, v nichž během devadesátých let proběhla reforma ošetrovatelského školství. Proto ve světě existuje několik modelů, podle nichž se sestry připravují k povolání:

#### A) model – kvalifikace na vyšším typu školy

Kvalifikaci v oboru všeobecná sestra nejčastěji poskytují ošetrovatelské školy odpovídající svým postavením a studijním programem našim vyšším odborným školám. Po získání kvalifikace může sestra pokračovat v dalším vzdělávání studiem na

univerzitě formou řádného denního studia nebo nastoupí do praxe a vzdělává se formou univerzitního studia při zaměstnání. Univerzitní studium má několik stupňů:

- a) bakalářský stupeň (2-4 roky) – všeobecné ošetrovatelství
- b) magisterský stupeň (2-2,5 roku) – větev manažerská, větev pedagogická, speciální klinické ošetrovatelství
- c) doktorský stupeň (1-2 roky) – příprava pro vědu a výzkum

S uvedeným modelem vzdělávání sester se můžeme setkat např. v Dánsku, Norsku, Finsku, Slovinsku nebo Maďarsku.

### B) model – univerzitní kvalifikace

V tomto modelu získává sestra způsobilost k výkonu povolání (kvalifikaci) v oboru všeobecná sestra pouze univerzitním studiem zpravidla v bakalářském stupni nebo na ošetrovatelských školách přiřčených k univerzitám. Ostatní ošetrovatelské školy vzdělávají pouze ošetrovatelky. Další vzdělávání je obdobné jako v předchozím modelu a to zpravidla v magisterském a doktorském univerzitním studiu nebo ve specializačních kurzech.

Příklady zemí s vysokoškolskou kvalifikací sester: Velká Británie, Island, Portugalsko, Španělsko nebo Švédsko.

### C) model – alternativní kvalifikace

V některých zemích je umožněna alternativní kvalifikační příprava. Je kombinací obou předchozích modelů. Sestry získávají kvalifikaci na vyšších ošetrovatelských školách nebo na univerzitách. Chce-li sestra získat univerzitní vzdělání, je jí část kvalifikačního studia v některých zemích započítána a univerzitní příprava je kratší. Další vzdělávání včetně specializačního studia probíhá zpravidla pouze na vysokých školách nebo univerzitách. Tato příprava existuje např. v Austrálii, Belgii, Kanadě, Polsku nebo USA.

#### D) model – odborná ošetrovatelská škola

Kvalifikační studium na odborných ošetrovatelských školách, které trvá 3-4 roky, v některých zemích nekončí maturitou. Předpokladem pro vstup na školu je minimálně 10-12 let všeobecného vzdělání a věk alespoň 17 let. Školy jsou výhradně odborné, všeobecné vzdělání jim předchází. Tento model má dvě varianty:

- a) ošetrovatelské školy přijímají uchazečky s maturitou, takže po ukončení může absolventka pokračovat ve studiu na vysoké škole,
- b) sestra, která chce pokračovat ve studiu na univerzitě, musí po ukončení ošetrovatelské školy získat maturitu na jiné střední škole.

V dalším vzdělávání pokračují absolventky na vysokých školách a univerzitách ve studiu ošetrovatelství nebo příbuzných oborů. Po ukončení univerzitního studia se vrací do ošetrovatelské praxe. Příklady zemí: Švýcarsko, Německo, Rakousko.(28).

#### ***1.5.1. Vzdělávání sester v České republice***

V současné době všechny státy včetně zemí bývalého socialistického bloku, které jsou členy EU se připravují a postupně realizují reformy ošetrovatelského školství. Cílem reformy je především zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Současně postupně sjednocují vzdělávání sester a usnadňují volný pohyb sester v EU. Transformace ošetrovatelského školství byla u nás naprosto nezbytná, tak, aby zaměření a obsah studia odpovídal směrnicím EU.

V České republice je v současné době možnost získat kvalifikaci ( oprávnění k výkonu povolání) sestry :

A) na střední zdravotnické škole - v oboru **Všeobecná sestra** ( ovšem tento čtyřletý maturitní obor bude ukončen) a následně je již nahrazen oborem **Zdravotnický asistent**. Jedná se o vzdělávací program připravující žáky pro práci středních zdravotnických pracovníků, kteří budou poskytovat ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu pod odborným dohledem lékaře nebo všeobecné sestry.

Vzdělávání je čtyřleté, denní, ukončené maturitní zkouškou. Vzdelávací program je koncipován tak, aby vedle odborného vzdělání poskytl žákům i širší všeobecné vzdělání. Nedílnou součástí odborného vzdělání jsou cvičení a praktická výuka v klinických podmínkách.

Po ukončení vzdělávání a úspěšném vykonání maturitní zkoušky je absolvent připraven k výkonu práce středního zdravotnického pracovníka, který poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči v rozsahu své odborné způsobilosti v oblasti preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární dětem (s výjimkou novorozenců) i dospělým. Absolvent se uplatní v různých zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního typu, např. na různých odděleních nemocnic, na poliklinikách, v lékařských nebo ošetrovatelských centrech, v ordinacích praktických nebo odborných lékařů, v domácí péči i zařízeních sociální péče. Absolvent se může dále vzdělávat na vysokých nebo vyšších školách.

B) na vyšší zdravotnické škole - v oboru **Diplomovaná všeobecná sestra**. Tento vzdělávací program připravuje studenty k výkonu povolání všeobecné sestry, která je způsobilá poskytovat zdravotní péči bez přímého vedení nebo odborného dohledu v rozsahu působnosti stanovené zákonem č.96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

Vzdělávání se zaměřuje na osvojení vědomostí a dovedností potřebných pro zajišťování zdravotní péče v rámci ošetrovatelského procesu a na vytváření žádoucích profesních postojů, návyků a dalších osobních kvalit zdravotnického pracovníka. Vzdelávací obsah vychází z minimálních požadavků na vzdělání všeobecné sestry stanovených směrnici EHS a předpisy MZČR.

C) na vysokých školách - ve studijním programu Ošetrovatelství v oboru **Všeobecná sestra**. Jedná se o tříleté bakalářské studium, případně navazující magisterské, po jehož absolvování získá student se souhlasem MZ ČR oprávnění vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu.

### ***1.5.2. Další vzdělávání sester***

Celoživotní vzdělávání sester vede ke zdokonalování jejich vědomostí a dovedností. Jsou zjištěny pozitivní korelace mezi odborným růstem sester a faktory, jako je spokojenost sester, stabilizace zaměstnanců a zlepšená kvalita poskytované péče o pacienty. Proto je třeba investovat do ošetrovatelského vzdělávání. Ošetrovatelství je důležitým přínosem pro strategické plány nemocnic. Příznivé pracovní prostředí pro kontinuální vzdělávání a rozvoj, zcela jistě zvýší spokojenost sester, zajistí udržení personálu a zvýší kvalitu poskytované péče.

Povinnost celoživotního vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky ukládá zákon č. 96/2004 Sb. (o nelékařských povoláních).(33). Mezi formy celoživotního vzdělávání patří mimo jiné i specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání a nově vznikající certifikované kursy, jejichž absolvováním se získává zvláštní odborná způsobilost pro úzce vymezené činnosti.

Specializační vzdělávání navazuje na již získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a je jednou z forem celoživotního vzdělávání. Do nedávné doby studovali zdravotničtí pracovníci tzv. pomaturitní specializační studium (dále jen PSS) v oborech, jejichž výčet byl uveden v dříve platném právním předpisu, tj. ve vyhlášce č. 77/1981 Sb.

Nyní dle platného právního předpisu – zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních – hovoříme o specializačním studiu, které je koncipováno jinak, než tomu bylo u dosavadního PSS. Novinkou je modulový systém specializací. Vzdělávací programy „nových“ specializací se skládají z modulů. Pod pojmem modul si lze představit ucelenou část vzdělávacího programu, ohodnocenou určitým počtem kreditních bodů, který je stanoven vzdělávacím programem. Každý vzdělávací program specializačního vzdělávání (dále jen specializace) se skládá z několika modulů. Moduly lze dělit podle dvou kritérií, a to dle míry volitelnosti na povinné, doporučené a na volitelné výběrové, které si může student sám dle svého zájmu vybírat z nabízeného výčtu, a dle vzdělávacího obsahu lze moduly rozdělit na základní, odborné a speciální.(33).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování současného společensko – profesního statusu zdravotní sestry a to z pohledu zdravotních sester v rámci subjektivního vnímání prestiže tohoto povolání. Jedná se především o monitoring změn v náplni jejich práce, v jejich postavení v zařízení, kde pracují i ve společnosti.

Ve vztahu k cíli práce jsem si stanovila následující hypotézy, které se budu snažit verifikovat.

Hypotéza 1 (H1): Zdravotní sestry nevnímají své povolání jako prestižní.

Hypotéza 2 (H2): U zdravotních sester dochází ke konfliktu rolí v zaměstnání a rodině.

Hypotéza 3 (H3): Zdravotní sestry jsou nespokojeny s širí své práce.



### **3. Metodika**

#### ***3.1. Metodický postup***

Pro získání potřebných údajů k dosažení vytyčených cílů a analýze hypotéz bylo použito dotazníku. Ten byl zcela anonymní a skládal se z 33 otázek týkajících se dané problematiky. Otázky v úvodu se týkaly osobních údajů, typu pracoviště a dosaženého vzdělání. Další část dotazníku byla zaměřena na samotné zaměstnání zdravotních sester a poslední část se týkala osobního života, rodiny a plánů do budoucna.

Otázky byly formulovány jako otevřené, polootevřené a dále uzavřené typu ano-ne.

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

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Část z nich byla předána osobně, část přes kontaktní osoby, které byly poučeny o způsobu předávání dotazníků. Tento výzkum probíhal v okrese Praha západ a Praha východ. Mezi dotazovanými byly zdravotní sestry pracující u lůžka v nemocničních zařízeních na odděleních interních, chirurgických, dětských, oddělení lůžek následné péče a v domovech pro seniory.

Dotazníky byly rozdány na různých pracovištích z toho důvodu, aby bylo osloveno co nejvíce sester v odlišných úsecích výkonu poskytování ošetrovatelské péče. Z celkového počtu rozdaných dotazníků byla návratnost v počtu 78 dotazníků (78%), z tohoto počtu nemohly být použity 4 (4%) nekorektně vyplněné dotazníky. Celkem tedy bylo použito 74 (74%) dotazníků z celkového počtu. Sběr dat pomocí dotazníků probíhal od září do prosince 2006, tedy v časovém rozmezí čtyř měsíců. Provedený výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. Jedná se o zcela anonymní záležitost.

## 4. Výsledky

Dotazník byl, jak jsem již výše uvedla, rozdán celkem ve 100 výtiscích. Návratnost byla 78 dotazníků, z toho čtyři neúplně vyplněné. K samotnému zpracování jsem použila 74 dotazníků. Dotazník obsahuje 33 otázek (33 otázka je vyhraněna pro samostatné vyjádření respondentek).

K prezentování výsledků byl použit graf výsečový a sloupcový. Každý graf má dle zkoumané problematiky svůj název. Hodnoty jsou uvedeny v procentuálním zastoupení odpovědí, ale i v reálných číslech.

### 4.1. Výsledky dotazníkového šetření

#### 4.1.1. Zhodnocení základních informací

**Otázka č.1:** Otázka se týká věku respondentek, které jsem si rozdělila do čtyř věkových kategorií: z uvedených 74 respondentek je 12 ve věkové kategorii 18-27 let, 14 ve věkové kategorii 28-37 let, 12 ve věkové kategorii 38-47 let a 36 ve věkové kategorii 48 let a více.

**Otázka č.2:** Otázka se týká oddělení, na kterém sestra pracuje. Na oddělení lůžek následné péče pracuje 30 respondentek, na interním oddělení 12 respondentek, na chirurgickém oddělení 18 respondentek, na dětském oddělení 6 respondentek a v domově důchodců 8 respondentek.

**Otázka č.3:** Otázka se týká funkce, kterou sestra na pracovišti zastává. 71 respondentek pracuje jako zdravotní sestra u lůžka, 3 respondentky zastávají funkci staniční sestry.

**Otázka č.4:** Otázka se týká délky praxe, kterou jsem si rozdělila do čtyř kategorií. Praxi v kategorii 0-5 let vykonává 18 respondentek, v kategorii 6-15 let je to 16 respondentek, v kategorii 16-25 je 14 respondentek a praxi 26 let a více vykonává 26 respondentek.

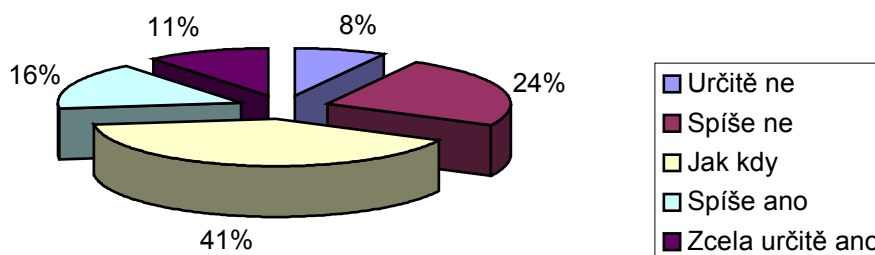
**Otázka č.5:** Otázka se týká nejvyššího dosaženého vzdělání. Středoškolské vzdělání má 41 respondentek, vyšší zdravotnické vzdělání má 13 respondentek, vysokoškolské vzdělání mají 4 respondentky a specializační vzdělání má 16 respondentek.

**Otázka č.6:** Otázka uzavřeného typu ano-ne zjišťuje zda respondentky někdy vážně uvažovali o změně své profese. Odpověď ANO označilo 20 respondentek, odpověď NE označilo 54 respondentek.

**Otázka č.7:** Otázka uzavřeného typu ano-ne zjišťuje, zda respondentky pracují celou dobu pouze ve zdravotnictví. Odpověď ANO označilo 62 respondentek, odpověď NE označilo 12 respondentek.

#### 4.1.2. Zhodnocení otázek týkajících se zaměstnání

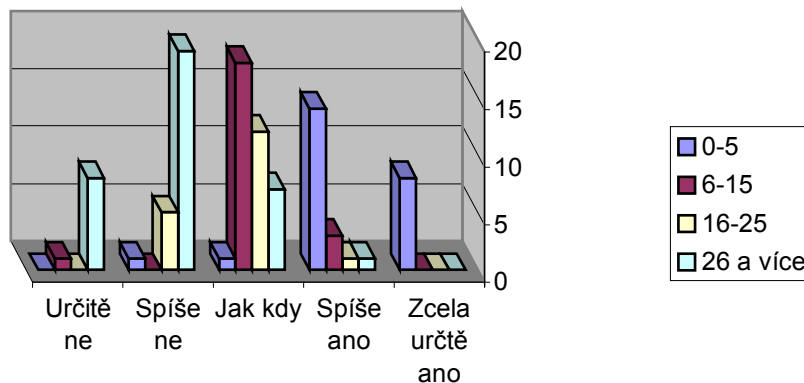
**Graf č.1 - Považujete povolání zdravotní sestry za prestižní?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku, zda považují povolání zdravotní sestry za prestižní odpovědělo 6 sester (8%) určitě ne, 18 sester (24%) odpovědělo spíše ne, 30 sester (41%) odpovědělo jak kdy, 12 sester (16%) odpovědělo spíše ano a 8 sester (11%) odpovědělo zcela určitě ano.

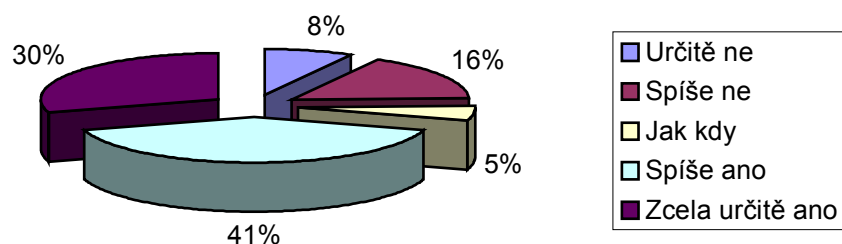
**Graf č.1a - Považujete povolání zdravotní sestry za prestižní? (rozdělení dle délky praxe)**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku, zda považují povolání zdravotní sestry za prestižní, odpovědělo podle rozdělení respondentek dle délky praxe: Ve věkové kategorii 0-5 let odpovědělo 6 sester (8%) Zcela určitě ano, 10 sester (14%) Spíše ano, 1 sestra (1%) Jak kdy a 1 sestra (1%) odpověděla Spíše ne. Ve věkové kategorii 6-15 let odpověděly 2 sestry (3%) Spíše ano, 13 sester (18%) Jak kdy a 1 sestra (1%) odpověděla Určitě ne. Ve věkové kategorii 16-25 let odpovědělo 9 sester (12%) Jak kdy, 4 sestry (5%) Spíše ne a 1 sestra (1%) odpověděla Spíše ano. Ve věkové kategorii 26 let a více odpověděla 1 sestra (1%) Spíše ano, 5 sester (4%) Jak kdy, 14 sester (19%) Spíše ne a 6 sester (8%) odpovědělo Určitě ne.

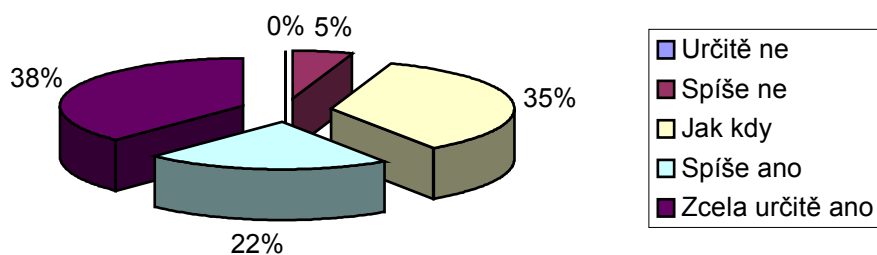
**Graf č.2 - Pokud byste měla možnost se znovu rozhodnout, volila byste opět práci zdravotní sestry?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Pokud byste měla možnost se znovu rozhodnout, volila byste opět práci zdravotní sestry?, odpovědělo 6 sester (8%) určitě ne, 12 sester (16%) spíše ne, 4 sestry (5%) jak kdy, 30 sester (41%) spíše ano a 22 sester (30%) zcela určitě ano.

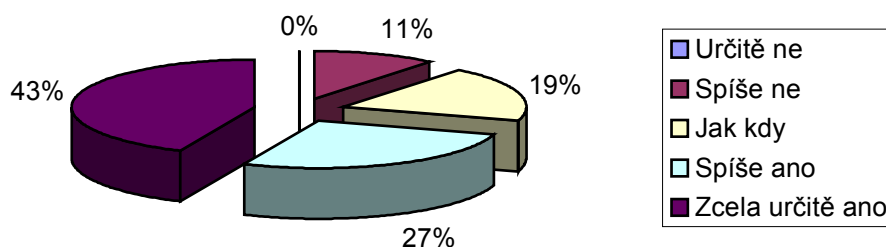
**Graf č.3 - Baví vás vaše práce a přináší vám pocit osobního uspokojení?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Baví vás vaše práce a přináší vám pocit osobního uspokojení?, odpověděly 4 sestry (5%) spíše ne, 26 sester (35%) jak kdy, 16 sester (22%) spíše ano a 28 sester (38%) zcela určitě ano.

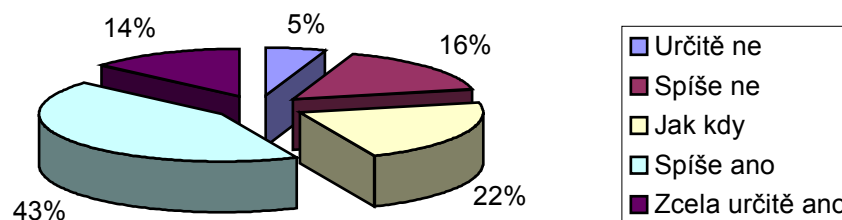
**Graf č.4 - Jak důležitý je pro vás profesní růst a rozvoj?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Jak důležitý je pro vás profesní růst a rozvoj?, odpovědělo 8 sester (11%) spíše ne, 14 sester (19%) jak kdy, 20 sester (27%) spíše ano a 32 sester (43%) zcela určitě ano.

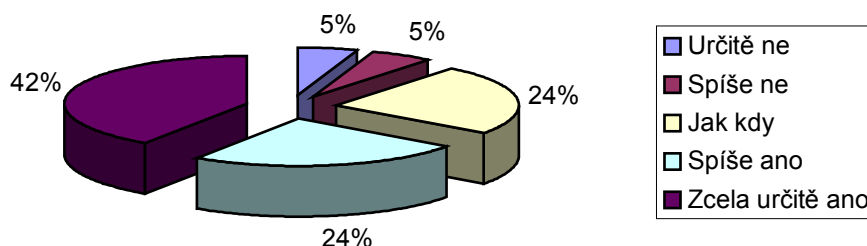
**Graf č.5 - Máte možnost uplatnit své schopnosti a máte podmínky k profesnímu růstu?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Máte možnost uplatnit své schopnosti a máte podmínky k profesnímu růstu?, odpověděly 4 sestry (5%) určitě ne, 12 sester (16%) spíše ne, 16 sester (22%) jak kdy, 32 sester (43%) spíše ano a 10 sester (14%) zcela určitě ano.

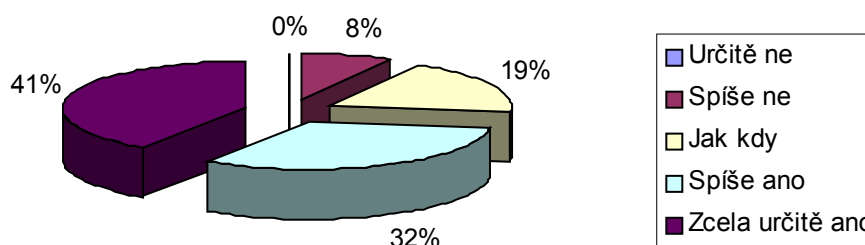
**Graf č.6 - Jak je pro vás důležité navštěvovat výukové semináře?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z počtu 74 dotázaných na otázku: Jak je pro vás důležité navštěvovat výukové semináře?, odpověděly 4 sestry (5%) určitě ne, 4 sestry (5%) spíše ne, 18 sester (24%) jak kdy, 18 sester (24%) spíše ano a 30 sester (42%) zcela určitě ano.

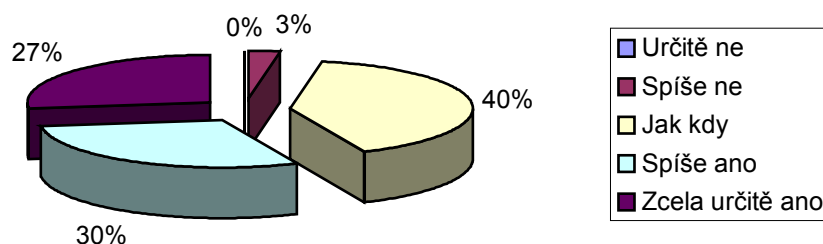
**Graf č.7 - Máte pocit, že vaše práce má smysluplnou náplň?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Máte pocit, že vaše práce má smysluplnou náplň?, odpovědělo 6 sester (8%) spíše ne, 14 sester (19%) jak kdy, 24 sester (32%) spíše ano a 30 sester (41%) zcela určitě ano.

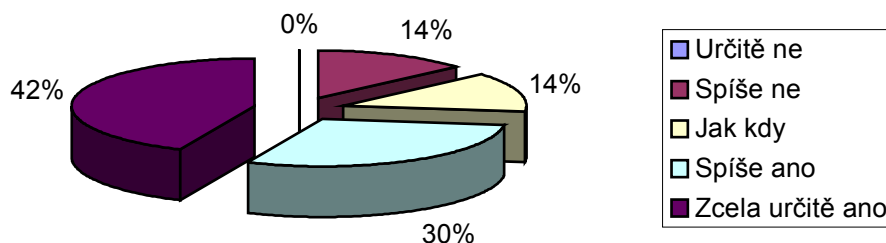
**Graf č.8 - Máte možnost rozhodování?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Máte možnost rozhodování?, odpověděly 2 sestry (3%) spíše ne, 30 sester (40%) jak kdy, 22 sester (30%) spíše ano a 20 sester (27%) zcela určitě ano.

**Graf č.9 - Máte možnost vzdělávat se?**

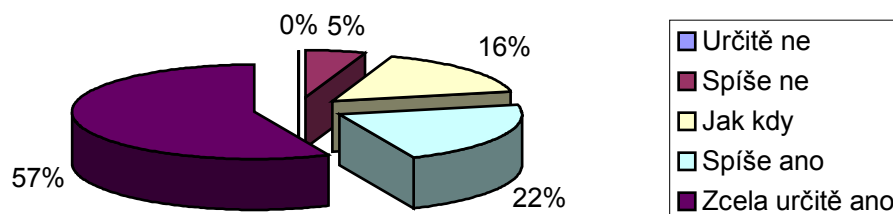


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Máte možnost vzdělávat se?, odpovědělo 10 sester (14%) spíše ne, 10 sester (14%) jak kdy, 22 sester (30%) spíše ano a 32 sester (42%) zcela určitě ano.



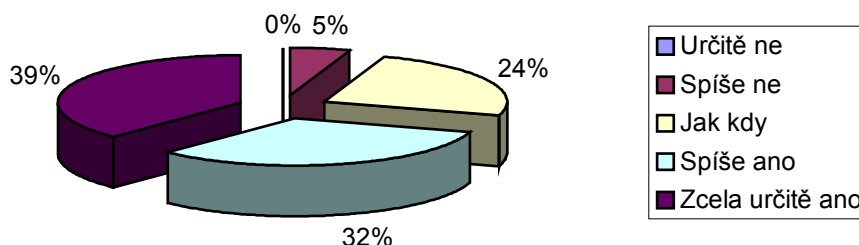
**Graf č.10 - Funguje u vás týmová práce?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Funguje u vás týmová práce?, odpověděly 4 sestry (5%) spíše ne, 12 sester (16%) jak kdy, 16 sester (22%) spíše ano a 42 sester (57%) zcela určitě ano.

**Graf č.11 - Jste spokojena se vztahy na pracovišti?**

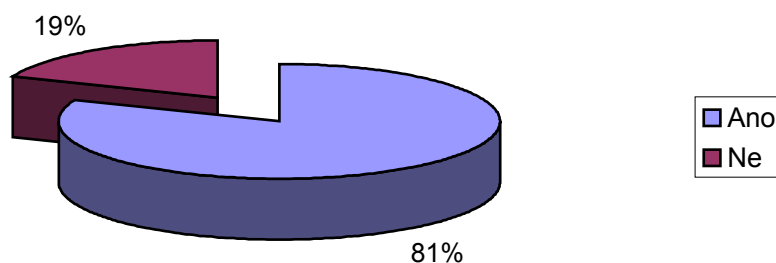


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Jak jste spokojena se vztahy na pracovišti?, odpověděly 4 sestry (5%) spíše ne, 18 sester (24%) jak kdy, 24 sester (32%) spíše ano a 28 sester (39%) zcela určitě ano.

#### 4.1.3. Zhodnocení otázek týkajících se osobního života, rodiny a plánů do budoucna

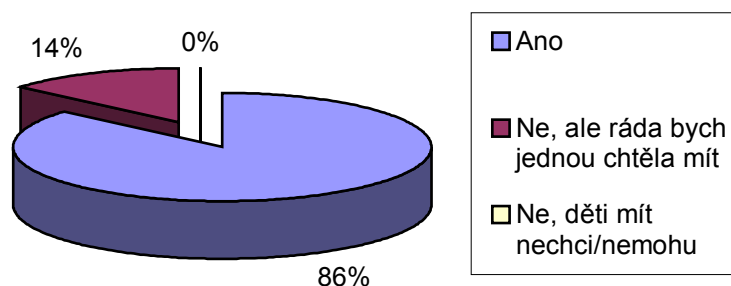
**Graf č.12 - Jste vdaná, máte vážnou známost?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Jste vdaná, máte vážnou známost?, odpovědělo 60 sester (81%) ano a 14 sester (19%) ne.

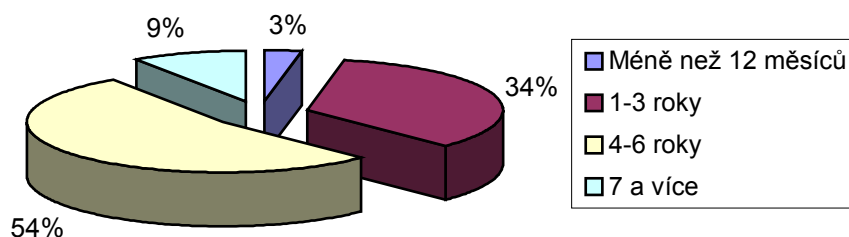
**Graf č. 13 - Máte děti?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Máte děti?, odpovědělo 64 sester (86%) ano a 10 sester (14%) ne, ale ráda bych je jednou měla.

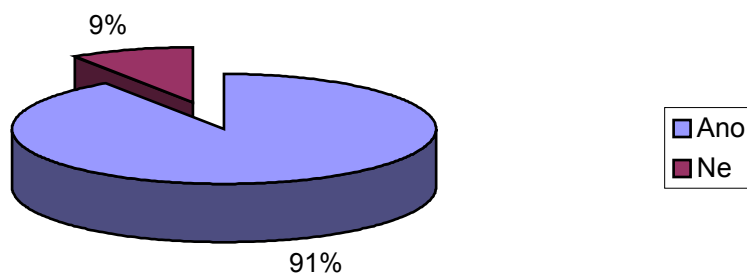
**Graf č.14 - Jak dlouho jste byla na mateřské dovolené?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 64 dotázaných (odpovídaly pouze respondentky, které již mají děti) na otázku: Jak dlouho jste byla na mateřské dovolené?, odpověděly 2 sestry (3%) méně než 12 měsíců, 22 sester (34%) 1-3 roky, 34 sester (54%) 4-6 let a 6 sester (9%) 7 a více let.

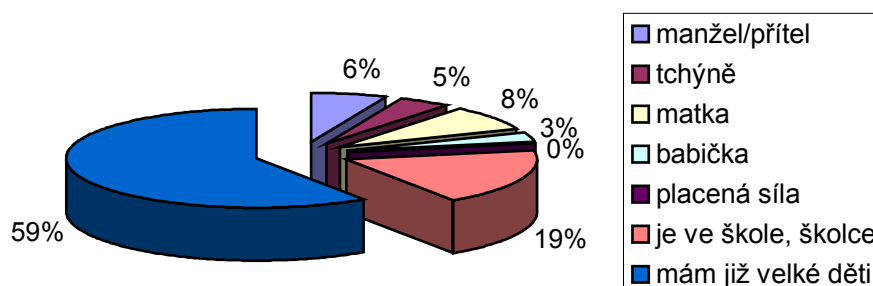
**Graf č.15 - Pracujete nyní na plný pracovní úvazek?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 64 dotázaných (odpovídaly pouze ty respondentky, které již mají děti) na otázku: Pracujete nyní na plný pracovní úvazek, odpovědělo 58 sester (91%) ano a 6 sester (9%) ne.

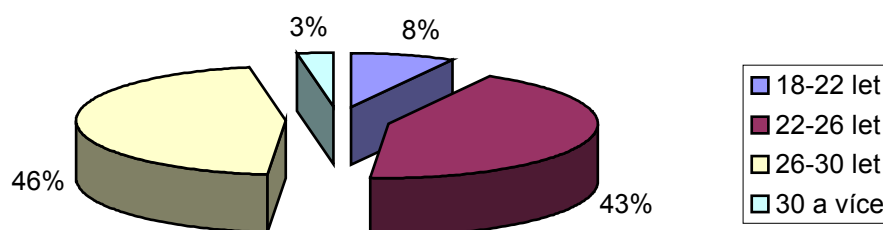
**Graf č.16 - Když jste v zaměstnání, kdo se stará o dítě (děti)**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 64 dotázaných (odpovídaly pouze ty respondentky, které již mají děti) na otázku: Když jste v zaměstnání, kdo se stará o dítě (děti)?, odpověděly 4 sestry (6%) manžel (přítel), 3 sestry (5%) tchýně, 5 sester (8%) matka, 2 sestry (3%) babička, 12 sester (19%) je ve škole, školce a 38 sester (59%) mám již velké děti.

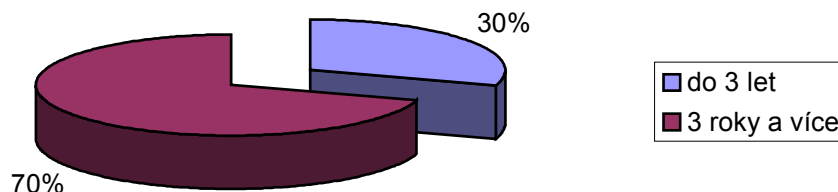
**Graf č.17 - Kdy myslíte, že je dobrý věk na to mít první dítě?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Kdy si myslíte, že je dobrý věk na to mít první dítě?, odpovědělo 6 sester (8%) 18-22 let, 32 sester (43%) 22-26 let, 34 sester (46%) 26-30 let a 2 sestry (3%) 30a více let.

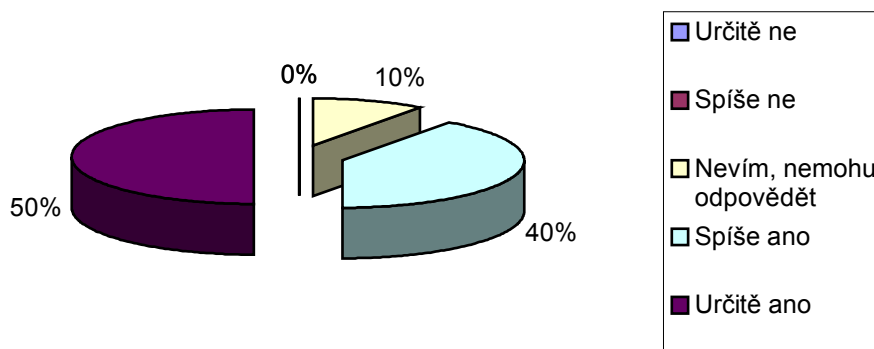
**Graf č.18 - Jak dlouho byste chtěla zůstat s dítětem doma?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 dotázaných (odpovídaly pouze ty respondentky, které zatím děti nemají) na otázku: Jak dlouho byste chtěla zůstat s dítětem doma?, odpověděly 3 sestry (30%) do 3 let a 7 sester (70%) 3 roky a déle.

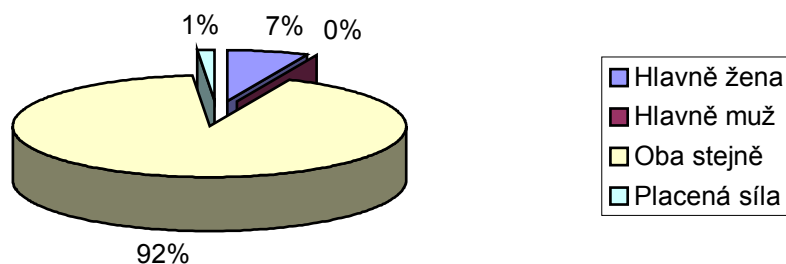
**Graf č.19 - Chtěla byste se po rodičovské dovolené vrátit do zaměstnání jako zdravotní sestra anebo ve zcela jiném oboru ?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 10 dotázaných (odpovídaly pouze ty respondentky, které zatím děti nemají) na otázku: Chtěla byste se po rodičovské dovolené vrátit do zaměstnání jako zdravotní sestra a nebo ve zcela jiném oboru?, odpověděla 1 sestra (10%) nevím, nemohu odpovědět, 4 sestry (40%) spíše ano a 5 sester (50%) určitě ano.

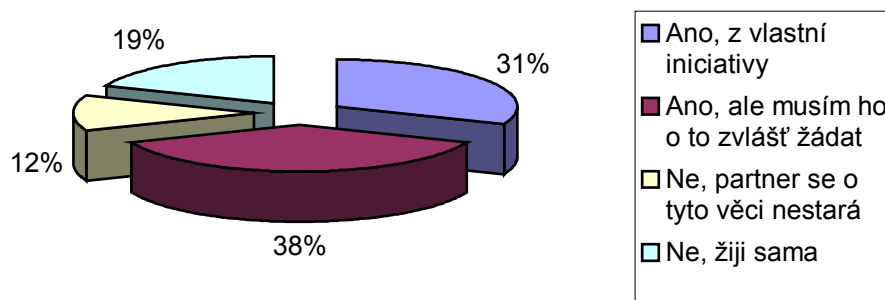
**Graf č. 20 - Kdo by se podle vás měl starat o domácnost?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Kdo by se podle vás měl starat o domácnost?, odpovědělo 5 sester (7%) hlavně žena, 68 sester (92%) oba stejně a 1 sestra (1%) placená síla.

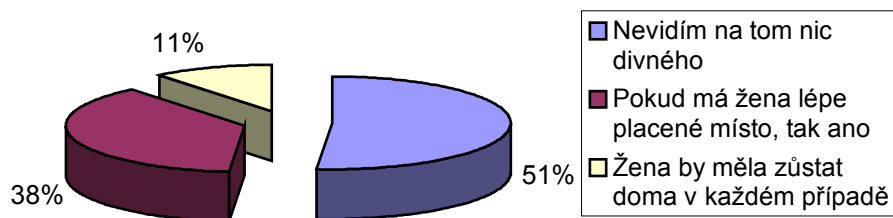
**Graf č.21 - Pomáhá vám manžel (partner) s chodem domácnosti (a s péčí o děti)?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotazovaných na otázku: Pomáhá vám manžel (partner) s chodem domácnosti (a s péčí o děti)?, odpovědělo 23 sester (31%) ano, z vlastní iniciativy, 28 sester (38%) ano, ale musím ho o to zvlášť žádat, 9 sester (12%) ne, partner se o tyto věci nestará a 14 sester (19%) ne, žiji sama.

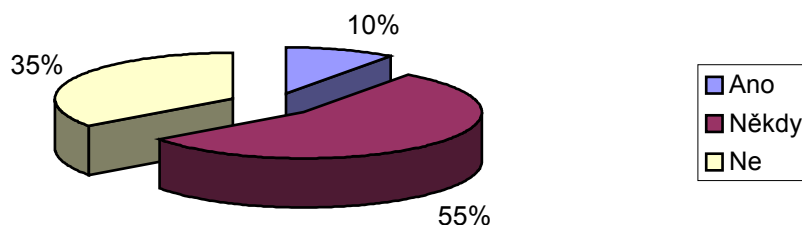
**Graf č.22 - Co si myslíte o tom, když muž zůstane s dětmi doma a žena pracuje?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Co si myslíte o tom, když muž zůstane s dětmi doma a žena pracuje?, odpovědělo 38 sester (51%) nevidím na tom nic divného, 18 sester (38%) pokud má žena lépe placené místo, tak ano a 8 sester (11%) žena by měla zůstat doma v každém případě.

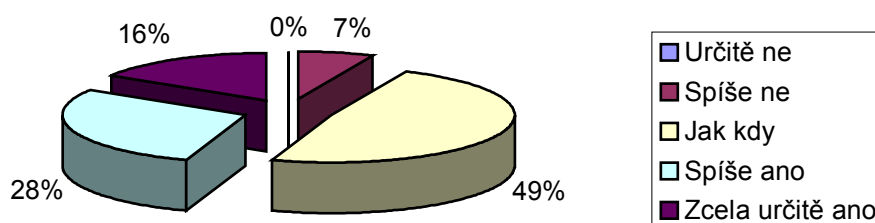
**Graf č.23 - Trpíte v souvislosti s výkonem vaší profese pocitem viny vůči partnerovi?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 60 dotázaných (odpovídaly pouze ty respondentky, které žijí ve společné domácnosti s manželem či partnerem). Na otázku: Trpíte v souvislosti s výkonem vaší profese pocitem viny vůči partnerovi? Odpovědělo 6 sester (10%) Ano, 33 sester (55%) Někdy a 21 sester (35%) Ne.

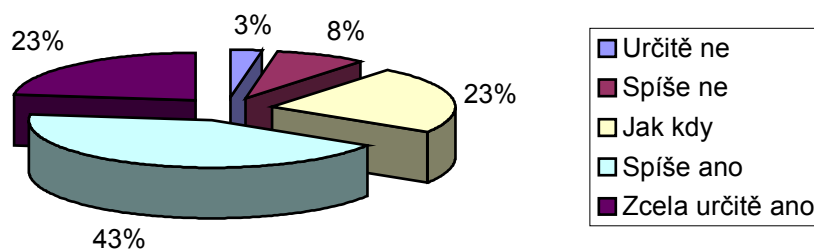
**Graf č.24 - Máte čas na své koníčky, pravidelný styk s přáteli?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Máte čas na své koníčky, pravidelný styk s přáteli?, odpovědělo 5 sester (7%) spíše ne, 36 sester (49%) jak kdy, 21 sester (28%) spíše ano a 12 sester (16%) zcela určitě ano.

**Graf č.25 - Jste se svým životem celkově spokojená?**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 74 dotázaných na otázku: Jste se svým životem celkově spokojená?, odpověděly 2 sestry (3%) určitě ne, 6 sester (8%) spíše ne, 17 sester (23%) jak kdy, 32 sester (43%) spíše ano a 17 sester (23%) zcela určitě ano.



## 5. Diskuse

Dotazník vyplnilo 74 zdravotních sester ve věku od 18 do 48 let a více. Přesný věk zjišťován nebyl, sestry zatrhávaly pouze příslušnou věkovou kategorii, do které patří. Nejvíce sester ochotných odpovídat bylo ve věkové kategorii 48 let a více, což bylo trochu překvapující. Téměř polovina dotázaných byla z oddělení lůžek následné péče, menší skupinu tvořily sestry z oddělení interních a chirurgických a nejmenší skupinu tvořily sestry z oddělení dětského a domova důchodců.

Otázka č.5 se týkala dosaženého vzdělání zdravotních sester. Jak jsem předpokládala více než polovina sester měla středoškolské vzdělání, je ovšem potěšující, že při poměrně malém výzkumném souboru mělo vyšší zdravotnické vzdělání 13 sester, specializační vzdělání 16 sester a 4 sestry měly vysokoškolské vzdělání.

V otázce č.6 a č.7 byly sestry dotazovány, zda pracují celou dobu pouze ve zdravotnictví a zda někdy uvažovaly vážně o změně profese. Bylo poměrně překvapující, že i přes některé obecně známé negativní aspekty sesterské profese, jako např. nízké platové ohodnocení či nízká prestiž tohoto povolání odpověděla většina respondentek, že pracují celou dobu pouze ve zdravotnictví a o změně profese vážně neuvažovaly (graf č.7). Pokud sestra vydrží v této profesi, dalo by se říci, že u ní převládá láska k profesi a má pocit, že její práce má smysluplnou náplň (34).

Další část dotazníkového šetření byla zaměřena na samotné zaměstnání sester, kde bylo zjišťováno, jak samy sestry cítí svou prestiž tohoto povolání a jak jsou spokojeny s širí své práce. Vnímání společenské prestiže vlastní profese (graf č.1) je u sester chápáno jako průměrné (41%) nebo spíše nižší (32%). Pozitivněji vnímají společenské hodnocení své profese mladší sestry s praxí v oboru do 5 let (graf č.1a). Překvapující proto bylo, že i přes nižší vnímání prestiže povolání by naprostá většina dotazovaných (71%) znovu volila práci zdravotní sestry, pokud by se měly znovu rozhodnout (graf č.2) a většině dotazovaných (60%) přináší povolání sestry pocit osobního uspokojení (graf č.3). Prestiží povolání, které mimo jiné zkoumaly také prestiž povolání zdravotních sester se již v minulosti zabývali některé výzkumy. V těchto

výzkumech je profese zdravotní sestry na předních místech celkového pořadí. Uvedu zde alespoň dva výzkumy organizované v minulosti v České republice.

V letech 1966-1967 organizovali v ČSSR autoři Brener a Hrouda výzkum s cílem získat hodnotící postoje k povoláním, které vyžadují středoškolské vzdělání. V seznamu 30 povolání se sestry umístily na 9. místě. Výzkum Sociální rozdíly a prestiž povolání byl proveden v listopadu 1990 Střediskem empirických výzkumů při sociologickém ústavu ČSAV, pod vedením M.Tučka, na základě společného projektu tohoto ústavu a Ústavu teorie a historie vědy ČSAV. Profese zdravotní sestry se v prestižní škále 50 povolání umístila v první desítku, konkrétně na 9. místě.

K otázkám č. 11,12,14 a 15: Stres může být pozitivní zkušeností, častěji jde ale o nepříjemnou situaci. Stresující mohou být nejen nesplnitelné úkoly, ale i nedostatek příležitostí k seberealizaci.(13). V této souvislosti bylo u respondentek zjišťováno, jak je pro ně důležitý profesní růst a rozvoj. Pro naprostou většinu (70%) respondentek je jejich profesní růst a rozvoj (graf č.4) důležitý, velice potěšující bylo zjištění, že většina sester (57%) má možnosti uplatnit své schopnosti a má podmínky k profesnímu růstu (graf č. 5) a má možnost rozhodování (graf č.8). Většina sester (73%) uvedla, že jejich práce má smysluplnou náplň (graf č. 7).

K otázkám č. 13 a 16: Snaha o zvyšování prestiže sester jako sociální skupiny úzce souvisí s požadavkem na vzdělávání sester. Nová koncepce vzdělávání sester dle zákona č.96/2004 Sb. je vedena právě snahou o profesionalizaci profese sestry, která je spojena i s vyšší prestiží povolání. Z výsledků vyplývá, že pro 66% respondentek je důležité navštěvovat výukové semináře (graf č.6). Z výsledků dále vyplývá, že zdravotní sestry mají možnost se vzdělávat, kladně odpovědělo 72% respondentek (graf č.9). Přičemž vzdělávání neznámá studovat pouze na vysoké či vyšší škole, jejichž nabídka je dnes již široká. Sestry mohou dle svého zaměření absolvovat různé vzdělávací akce, vyhledávat informace v knihách, časopisech, účastnit se odborných stáží či publikovat v odborných časopisech. Na druhé straně jak vyplývá z diskusí na internetových stránkách Zdravotnických novin, většina jejich účastníků považuje současný systém vzdělávání za neefektivní a zbytečný. Řada diskutujících poukazuje především na skutečnost, že si zdravotní sestry musejí zajišťovat vzdělávání ve svém

volném čase a na své vlastní náklady. To je pro mnoho z nich velmi vyčerpávající, zvláště musejí-li se ještě starat o rodinu.(35).

K otázkám č.17 a 18: Velice potěšující bylo zjištění, že 71% sester je spokojena se vztahy na svém pracovišti (graf č.10) a 79% sester má pocit, že na jejich pracovišti funguje týmová práce (graf č. 11). Vnímání atmosféry a vztahů na pracovišti výrazně souvisí se stupněm pomoci ze strany kolegů či kolegyně: tam, kde je přátelská a důvěrná, lidé mohou své kolegy či kolegyně požádat o pomoc vždy. Tam, kde převládají „korektní“ vztahy (tj. atmosféra spolupráce bez zvláštní osobní blízkosti), tam se lidé stále ještě většinou mohou na druhé spolupracovníky či spolupracovnice obrátit. V opačných případech (kde převažují chladné, neosobní vztahy nebo dokonce atmosféra je plná napětí a konfliktů) lidé uvádějí, že se na kolegy či kolegyně s žádostí o pomoc většinou nebo dokonce nikdy obrátit nemohou. Do atmosféry a vztahů na pracovišti se výraznou měrou promítá i to, nakolik práce jedince vyčerpává. Pokud člověka zpravidla velmi vyčerpává, pak atmosféra a vztahy na pracovišti jsou vnímány jako chladné nebo dokonce značně konfliktní, v případě přátelských vztahů pak práce jedince spíše nevyčerpává. Obdobné schéma dostáváme i v případě percepce přenosu stresu z práce do mimopracovní doby, kdy chladné, neosobní vztahy a konfliktní atmosféra souvisí významně s faktem, že práce je stálým nebo častým zdrojem stresu mimo tuto sféru. Tam, kde vládne přátelská atmosféra, práce zdrojem stresu není nikdy, a v případě neosobních a konfliktních vztahů na pracovišti se práce stává zdrojem stresu často nebo dokonce stále. (16).

Další část dotazníkového šetření byla zaměřena na osobní život zdravotních sester, jejich rodinu a plánů do budoucna. Bylo zde zjišťováno, jak jsou sestry schopny skloubit náročné povolání zdravotní sestry s rolí přítelkyně, manželky a některé i matky, a nakolik mají vytvořenou hranici mezi profesním životem a soukromím a zda nedochází ke konfliktu rolí v zaměstnání a rodině.

Sociální role sestry a sociální role manželky a matky musí korespondovat tak, aby případný rolový konflikt byl pro ženu únosný. Formulace sociální role sestry přitom vzniká v prostoru mezi ženou a profesí, zatímco role manželky a matky je formulována v prostoru mezi ženou a jejím partnerem. Tyto tři role - role sestry, role matky

/manželky a role otce / manžela - se zásadně determinují. Všechny dohromady tvoří komplementární celek. Investice žen do profese plně závisí na rozdělení domácích prací a péče o děti, tedy na podpoře partnera, případně dalších příbuzných.(4).

V české společnosti je většina žen v situaci, kdy musí skloubit obě role a zvládnout placenou práci i neplacené práce v domácnosti. Ptala jsem se proto: Trpíte v souvislosti s výkonem vaší profese pocitem viny vůči manželovi (partnerovi) či dětem? Odpověď Ano, často zvolilo 6 %, Někdy 33 % a Ne 21% dotázaných sester (graf č.23). Na účast partnera v péči o domácnost se může spolehnout více jak polovina sester (graf č.28), i když, jak sami některé uvádějí musejí je o to zvlášť požádat. Nejde pochopitelně o objektivní zkoumání rozložení domácích prací, ale o subjektivní hodnocení účasti partnera ze strany ženy. Nevíme, jak by podobné zkoumání dopadlo, pokud bychom se zaměřili na sledování času skutečně stráveného zabezpečováním chodu domácnosti a péčí o děti oběma partnery. Naprostá většina dotázaných sester (92%) se domnívá, že by se o domácnost měli starat oba partneři stejně (graf č. 20).

Sladění rodinného života s pracovními povinnostmi v zaměstnání nebo v podnikání je nezbytností pro většinu lidí, zvlášť významný je však tento problém především v rodinách, kde rodiče pečují o malé děti. Standardně se v našem kulturním prostředí tato situace dosud řešila tím způsobem, že si rodiče po dobu, kdy bylo nezbytné celodenně doma pečovat o malé dítě/děti, rozdělili povinnosti tak, že tuto péči zajišťovala žena, která na určité období opouštěla zaměstnání, zatímco muž se péčí o nejmenší děti a domácnost věnoval minimálně a naopak pracoval mimo domov a živil rodinu. Dnes se stále více vyskytují i případy, kdy rodiče řeší situaci opačně. V této souvislosti byly sestry dotazovány co si myslí o tom, když muž zůstane s dětmi doma a žena pracuje (graf č.29). Většina jich na tom nevidí nic divného a pokud má žena lépe placené místo, souhlasily by s tímto rozdělením rolí v rodině. Pouze 11% respondentek si myslí, že by žena měla zůstat s dětmi doma v každém případě.

Muži rodičovskou dovolenou často využívají v těch případech, kdy je pro jejich partnerku výhodnější pracovat, například aby neztratila pracovní místo, pozici v zaměstnání nebo klienty při podnikání. Rovněž výrazně vyšší mzda ženy oproti mzdě muže může vést k tomu, že se rodiče rozhodnou pro možnost, že rodičovskou

dovolenou využije muž. Rodiny, které se rozhodnou, že rodičovskou dovolenou využije také otec, jsou dnes v České republice stále výjimečné. (19).

K otázkám č.19,20,21,22: Mezi dotazovanými bylo velice málo osob, které zatím nežijí v manželství (partnerském svazku). Důvodem je nejpočetnější skupina sester ve věku 38 let a více. Tyto sestry jsou již vdané nebo žijí v trvalém partnerském svazku (graf č.12), z celkového počtu dotázaných je to 81%. Většina dotazovaných (86%) mají děti (graf č.13), u těchto bylo zjišťováno kolik let strávily na mateřské dovolené (graf č.14) a zda nyní pracují opět na plný pracovní úvazek (je to 91%) (graf č.15). Vliv míry zaměstnanosti (žen i mužů) na rodinný život se konkrétně projevuje podle rozsahu času věnovaného zaměstnání. Pracovní doba v ČR se od průměru zemí EU zásadně neliší celkovým rozsahem, ale od většiny z nich menším podílem zkrácených a flexibilních pracovních úvazků. Především je pro nás charakteristický vysoký podíl plných úvazků i u matek malých dětí brzy (a okamžitě) po ukončení rodičovské dovolené. Také spektrum využívaných forem upravené pracovní doby je užší a koncentruje se do tří forem: zkrácená pracovní doba, zkrácený pracovní úvazek a pohyblivá (posunutá) pracovní doba. (18).

K otázkám č.24, 25, 26: Sestry, které zatím nemají rodinu, plánují všechny do budoucna mít děti, což jen potvrzuje, že lidé po dětech primárně touží. S dětmi by chtěla většina dotazovaných (70%) zůstat doma 3 roky a déle (graf č.18). Dá se tedy předpokládat, že by rády měli dvě děti a více. Na otázku, jestli by se chtěly po mateřské dovolené opět vrátit do zaměstnání jako zdravotní sestra, vyjádřilo se kladně (90%) respondentek (graf č.19). U všech sester bylo zjišťováno, kdy si myslí, že je dobrý věk na to mít první dítě (graf č.17). Většina se vyjádřila pro věkovou kategorii 26 let a více, což pouze potvrzuje celosvětový trend odkládání rodičovství do pozdějšího věku.

Pro srovnání uvádím výsledky statistického šetření ČSÚ z roku 2005: Nepříznivý vývoj porodnosti v České republice, která je na nízké úrovni, se od roku 2002 zastavil a dokonce se porodnost mírně zvýšila, takže úhrnná plodnost naměřená v roce 2005 (1,28) se opět dostala na úroveň roku 1995. Tato míra je však stále příliš nízká na to, aby zvrátila nepříznivý trend, kterým je pozvolné ubývání obyvatelstva za současného zhoršování jeho věkové skladby, kdy populace stárne.

Za posledních deset let se zvýšil průměrný věk matek při narození prvního dítěte o 3,3 roku. V roce 1995 ženy v České republice přivedly na svět své první dítě když jim v průměru bylo 23,3 let, v roce 2004 a i v roce 2005 to bylo v průměru 26,6 let.

Ženy samy často uvádějí, že vztah zaměstnání a rodiny nevidí jako konfliktní. V této souvislosti byla zdravotním sestřám položena otázka týkající se péče o dítě (děti) v době, kdy je setra v zaměstnání (graf č.16). Většina respondentek měla již dospělé děti, z ostatních odpovědí nejvíce převažovala odpověď: dítě je škole, školce (19%), odpověď: stará se manžel (partner) odpovědělo (6%) dotazovaných.

K otázkám č.31, 32: Roli sestry a roli matky a manželky (partnerky) od sebe nelze oddělit a posuzovat každou zvlášť. Problémy, ale i radosti související s profesí ovlivňují soukromý život sestry a naopak rodina a zájmy sestry ovlivňují její pracovní výkon. Má-li zdravotní sestra pečovat o pacienty, neměla by opomíjet péči o sebe sama. Kromě pravidelného odpočinku je to potřeba se věnovat i svým koníčkům, navštívit známé, setkat se s rodinou, přáteli. Nabídka možností, jak strávit čas a myslet na něco zcela jiného, než na to, co se děje v práci, je pestrá.

Osobní setkání s přáteli patří k podstatným momentům duševní hygieny: mít okruh dobrých přátel a využívat ho k relaxaci, setkávat se s lidmi, s nimiž je nám dobře, občas si dopřát a užít si trochu přátelského prostředí (**13**). V této souvislosti bylo zjišťováno jestli respondentky mají čas na své koníčky a pravidelný styk s přáteli (graf č.24). Téměř polovina sester (49%) odpověděla jak kdy, odpověď ano označilo 44% sester. Potěšující bylo, že na otázku jak jsou sestry celkově spokojeny se svým životem (graf č.25), odpověděla většina (66%) spíše ano, či zcela určitě ano.

## 6. Závěr

Současné zdravotnictví se potýká s řadou problémů ekonomických, organizačních a personálních. Existuje nedostatek sester, který má řadu důvodů. Nedostatek sester ve zdravotnictví se kromě nepřiměřeného platového ohodnocení vysvětluje také nízkou prestiží profese. I přes výše uvedené problémy se v sociologických šetřeních zaměřených na prestiž různých povolání sestry opakovaně zařazují na přední místa žebříčků. Otázkou tedy je, zda pocit nízké prestiže sester nevychází přímo z prostředí zdravotnictví.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování současného společensko – profesního statusu zdravotní sestry a to z pohledu zdravotních sester v rámci subjektivního vnímání prestiže tohoto povolání. Jedná se především o monitoring změn v náplni jejich práce, v jejich postavení v zařízení, kde pracují i ve společnosti.

V této souvislosti jsem si stanovila **hypotézu č.1**: Zdravotní sestry nevnímají své povolání jako prestižní, která se **potvrdila**. Vnímání společenské prestiže vlastní profese je u sester chápáno jako průměrné nebo spíše nižší. Pozitivněji vnímají společenské hodnocení své profese mladší sestry s praxí v oboru do 5.let. Překvapující proto bylo, že i přes nižší vnímání prestiže povolání by naprostá většina dotazovaných znovu volila práci zdravotní sestry, pokud by se měly znovu rozhodnout.

Připomeňme si, co na toto téma napsala Doc.Marta Staňková: „Pokud voláme po zvýšení profesní prestiže, musíme o ni především usilovat sami. Nikdo nám ji neudělí. Podtrhněme vše nové a dobré, co v praxi zavádíme, tím, že budeme všichni, nejen sestry na funkčních místech, dbát o svůj vzhled a chování.“

**Hypotéza č.3**: Zdravotní sestry jsou nespokojeny s šíří své práce, se **nepotvrdila**. Sestry ve většině uvedly, že mají možnost uplatnit své schopnosti, mají možnost profesního růstu včetně vzdělávání a pro většinu má práce zdravotní sestry smysluplnou náplň.

**Hypotéza č.2**: U zdravotních sester dochází ke konfliktu rolí v zaměstnání a rodině, se **nepotvrdila**. Problematika péče o děti a rodinu se u sester výrazněji neliší od jiných profesí. Ze všech výsledků, vyplývá, že hranice mezi soukromím a profesí

nejsou u všech sester stejné, každá je má jinde a jinak je chápe, ale skloubení obou rolí však většině sester nepřináší problémy relativně sloučit domácnost i práci.

Sestra je prostě člověk. Obyčejná žena a občas už i muž. Má své starosti i radosti. Ničím se neliší od ostatních lidí. Některá pouze „pracuje“, jiná „vykonává své poslání“. Denně se setkáváme s tím, k čemu se „obyčejní“ lidé otáčejí zády. S nemocí, utrpením, ponížením, smutkem, smrtí. Každý den je premiéra. Každý den přinese něco nového. Povolání sestry se posunulo o obrovský kus kupředu. Sestry studují VŠ, sestry se vzdělávají ve svém oboru, v psychologii, v komunikaci...

Pracují na sobě! Ale... Tady je to ale... Budeme vzdělané, ale nedocenené. My si o to ocenění neumíme říci. Čekáme, až to za nás někdo udělá. Ale on to nikdo neudělá. Každá musí začít sama u sebe. Začít může tím, když si uvědomí, že nás „zatím“ nic nemůže nahradit. Sestra byl pojem. Pojem v dobrém slova smyslu. Snažme se, aby to tak zůstalo.

Výsledky této diplomové práce by mohly být publikovány v odborných časopisech (např. časopis „Sestra“, „Zdravotnické noviny“), aby byla laická i odborná veřejnost informována o názorech našich současných sester na danou problematiku a o jejich vztahu ke svému poslání, jímž profese zdravotní sestry rozhodně je.



## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.přeprac. a dopl.vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. ČECHOVÁ, V. *Psychologie a pedagogika: pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
3. ČECHOVÁ, V. *Speciální psychologie: učební text pro střední zdravotnické školy*. 3.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
4. ČERMÁKOVÁ, M. *Rodina a měnící se gender role – sociální analýza české rodiny*. Pracovní texty 97:8. SoÚ AV ČR. Praha. 1997.
5. DE VITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 420s. ISBN 80-7169-988-8.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galén ; Karolinum, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.
7. HAYES, N. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 189 s. ISBN 80-7178-983-6.
8. IRMIŠ, F. *Nauč se zvládat stres*. 1.vyd. Praha: nakladatelství Alternativa, 1996. 190s. ISBN 80-85993-02-3.

9. JOBÁNKOVÁ, M.a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225s. ISBN 80-7013-390-2.
10. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1992. ISBN 80-7013-123-3.
11. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 24s. ISBN 80-7071-246-5.
12. KEBZA, V. *Syndrom vyhoření, informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23s. ISBN 80-7071-231-7.
13. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2.rozš.přepřac.vyd. Praha: Portál, 1997. 147s. ISBN 80-7178-150-9
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Tajemství úspěšného jednání*. 1.vyd. Praha: Grada, 1995. 162 s. ISBN 80-85623-84-6
16. MAŘÍKOVÁ, H. *Práce a pracoviště jako sféry důvěry a soukromí*. SoÚ AV ČR, 2005.
17. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 153s. ISBN 80-247-1024-2.

18. NEŠPOROVÁ, O. *Harmonizace rodiny a zaměstnání*. Praha: VÚPSV. 2005
19. NEŠPOROVÁ, O. *Rodiny s otci na rodičovské dovolené*. Praha: VÚPSV.2005
20. NOVÁK, T. *Asertivita jako lék v profesních a mezilidských vztazích*. 1.vyd. Praha: C.H.Beck, 2003. 118s. ISBN 80-7179-354-X.
21. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Informatorium. 2002. 231s. ISBN 80-86073-96-3.
22. ROZSYPALOVÁ, M. *O sestrách pro sestry: Příručka pro střední zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1981. 126s. ISBN 80-5641-563-1.
23. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. 171s. ISBN 80-7178-32-9.
24. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese, praktická příručka pro sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78s. ISBN 80-7013-368-6.
25. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 86s. ISBN 80-7013-329-5.
26. STAŇKOVÁ, M. *Koncepce českého ošetrovatelství, základní terminologie, České ošetrovatelství I, praktická příručka pro sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50s. ISBN 80-7013-263-9.

27. SVOBODNÝ, P. *Pražské špitály a nemocnice*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. 179s. ISBN 80-7106-315-0.
28. ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003.  
477 s. ISBN 80-7172-841-1.
29. TRACHTOVÁ, E. *Stresogenní faktory v práci sestry*. Sborník konference stres zdravotníků, 1998, Karlovy Vary: nakladatelství Galén, 1998. 148s. ISBN 80-85824-74-4.
30. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2004, 870s. ISBN 80-7178-802-3.
31. VELKÝ SOCIOLOGICKÝ SLOVNÍK. II.svazek, P-Ž, 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996, s.853. ISBN 80-7184-310-5
32. WICHSOVÁ, J. *Florence Nightingalová – dáma s lampou*. Časopis Sestra. Č.9. ročník 15. Praha: Mladá Fronta, 2005. strana 14, 16. ISSN 1210-0404.
33. <http://www.zakony.cz>
34. <http://www.zdn.cz/> Kovaříková, L. Sestry usilují o vyšší společenskou prestiž. Publikováno 11.5.2001
35. <http://www.zdn.cz/> E-learning: nový trend ve vzdělávání zdravotníků. Publikováno 15.2.2007

## **8. Klíčová slova**

Zdravotní sestra

Prestiž povolání

Rodina

Konflikt rolí

## **9. Přílohy**

## Příloha č.1 – Práva pacientů

1. **Pacient** má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním a kvalifikovanými pracovníky.
2. **Pacient** má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny nebo se svými přáteli. Omezení tohoto stavu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. **Pacient** má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového vyšetřovacího a léčebného postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Pokud existuje těchto postupů více nebo pokud **pacient** vyžaduje informace o alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na těchto procedurách podílejí.
4. **Pacient** má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu. Současně má ale být informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčení, má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření je věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou těchto procedur přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný a to i ve fakultních nemocnicích, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. **Pacient** má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. **Pacient** má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět **pacientovým** žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, **pacient** může být předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách,

které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. **Pacient** má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění z nemocnice má právo očekávat, že zdravotnické zařízení určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. **Pacient** má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení i v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný informovaný souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu.

10. **Pacient** může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodů, z experimentu odstoupit, když byl předem poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

11. Nemocný má v závěru života právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

12. **Pacient** má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád).

13. **Pacient** bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.



## **Příloha č.2 - Etický kodex zdravotní sestry**

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

### **Etická pravidla zdravotní péče**

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

### **Zdravotní sestra a spoluobčan**

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

### **Zdravotní sestra a péče v praxi**

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

### **Zdravotní sestra a společnost**

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

### **Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci**

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

### **Zdravotní sestra a povolání**

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplacení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

## Příloha č.3 – Dotazník pro zdravotní sestry

### Dotazník pro zdravotní sestry

Dobrý den,

Jmenuji se Vladimíra Zemková a jsem studentkou 5. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

Prosím Vás o pravdivé vyplnění předloženého dotazníku podle níže uvedených pokynů. Výsledky budou zpracovány **anonymně** a následně využity pouze pro potřeby výzkumu, který je součástí mé diplomové práce.

Pokyny: Vámi vybrané odpovědi zakroužkujte, případně doplňte slovně nebo číselně.

Součástí některých otázek je i popis k jejich vyplnění.

Celkový počet otázek: 31.

#### Základní informace:

1. Věk (prosím, doplňte) .....
2. Na kterém oddělení pracujete: .....
3. Jakou funkci zde zastáváte: .....
4. Délka vaší praxe: let: ..... měsíců:.....
5. Nejvyšší dosažené vzdělání: .....
6. Uvažovala jste někdy vážně o změně profese? Ano/Ne (prosím, zaškrtněte odpověď)
7. Pracujete celou dobu pouze ve zdravotnictví? Ano/Ne (prosím, zaškrtněte odpověď)

#### Zaměstnání:

Zatrhněte křížkem pouze jedno políčko u každé otázky podle níže uvedené stupnice:

1. Určitě ne
2. Spíše ne
3. Jak kdy
4. Spíše ano
5. Zcela určitě ano

8.	Považujete povolání zdravotní sestry za prestižní?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Pokud byste měla možnost se znovu rozhodnout, volila byste opět práci zdravotní sestry?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	Baví vás vaše práce a přináší vám pocit osobního uspokojení?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	Jak důležitý je pro vás profesní růst a rozvoj?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	Máte možnost uplatnit své schopnosti a máte podmínky k profesnímu růstu?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	Jak je pro vás důležité navštěvovat výukové semináře?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	Máte pocit, že vaše práce má smysluplnou náplň?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	Máte možnost rozhodování?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	Máte možnost vzdělávat se?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	Funguje u vás týmová práce?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18.	Jste spokojena se vztahy na pracovišti?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### **Osobní život, rodina a plány do budoucna:**

**19.** Jste vdaná, máte vážnou známost?      Ano/ Ne (prosím, zaškrtněte odpověď)

**20.** Máte děti?

- a) Ano ( nevyplňujte otázky č. **26, 27.**)
- b) Ne, ale ráda bych je jednou měla ( pokračujte otázkou č. **25.**)
- c) Ne, děti mít nechci, nemohu      ( pokračujte otázkou č. **28.**)

**21.** Jak dlouho jste byla na mateřské dovolené? .....

**22.** Pracujete nyní na plný pracovní úvazek?      Ano/Ne (prosím, zaškrtněte odpověď)

**23.** Když jste v zaměstnání, kdo se stará o dítě (děti) ?

- a) manžel (přítel)
- b) tchýně
- c) matka
- d) babička
- e) placená síla
- f) je ve škole, školce
- g) mám již velké děti
- h) jiné (prosím, doplňte) .....

**24.** Kdy myslíte, že je dobrý věk na to mít první dítě?

- a) 18 – 22 let
- b) 22 – 26 let
- c) 26 – 30 let
- d) 30 a více

**25.** Jak dlouho byste chtěla zůstat s dítětem doma? .....

**26.** Chtěla byste se po rodičovské dovolené do zaměstnání jako zdravotní sestra anebo ve zcela jiném oboru ?

- a) Určitě ne
- b) Spíše ne
- c) Nevím, nemohu odpovědět
- d) Spíše ano
- e) Určitě ano

**27.** Kdo by se podle vás měl starat o domácnost?

- a) Hlavně žena
- b) Hlavně muž
- c) Oba stejně
- d) Placená síla
- e) Jiné (prosím, doplňte) .....

**28.** Pomáhá vám manžel (partner) s chodem domácnosti (a s péčí o děti)?

- a) Ano, z vlastní iniciativy
- b) Ano, ale musím ho o to zvlášť žádat
- c) Ne, partner se o tyto věci nestará
- d) Ne, žiji sama

**29.** Co si myslíte o tom, když muž zůstane s dětmi doma a žena pracuje?

- a) Nevidím na tom nic divného
- b) Pokud má žena lépe placené místo, tak ano
- c) Žena by měla zůstat doma v každém případě

**30.** Trpíte v souvislosti s výkonem Vaší profese pocitem viny vůči manželovi (partnerovi) či dětem?

- a) Ano, často
- b) Někdy
- c) Ne

**31.** Máte čas na své koníčky, pravidelný styk s přáteli?

- a) Určitě ne
- b) Spíše ne
- c) Jak kdy
- d) Spíše ano
- e) Zcela určitě ano

**32.** Jste se svým životem celkově spokojená?

- a) Určitě ne
- b) Spíše ne
- c) Jak kdy
- d) Spíše ano
- e) Zcela určitě ano

**33.** Chtěla byste ještě něco dodat?

.....  
.....  
.....

Závěrem bych Vám chtěla poděkovat za trpělivost při vyplňování tohoto dotazníku.