

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Percepce lékařů z pohledu studentů

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D

Autor práce:

Bc.Hynek Volný

2008

Dissertation abstract – Students' perception of doctors

My dissertation consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part proceeds from the following theories; personality and nurse personality theory, practical focus of FSHS's students, social perception, social motivation in terms of a nurse – doctor - student relationship, the meaning of the medical staff team work, social status of nursing staff, a nurse image, conflicts within working relationships and importance of communication within the medical staff work.

Within the practical part, I conducted a survey. I applied the Semantic Differential Theory by Osgood in the questionnaires distributed; each questionnaire consisted of ten questions; seven closed and three half-open.

The survey was conducted among FSHS's students in their second and third year of the General Nurse Bachelor studies and those in their first and second year of Nursing postgraduate studies. The 151 questionnaires were distributed both electronically and in hard copies. I received back 105 questionnaires, from which I excluded seven due to faulty completion. To sum up, I have taken 98 (68 %) questionnaires into account.

My goal is to discover how doctors are perceived by those FSHS's students who have gained some work experience within their studies.

There is two thirds of positive response within questions investigating students' perceptions of doctors in the sense of their work relationships; hence I can conclude that the hypothesis *H1: Students have good work experience with doctors at the Ceske Budejovice Hospital* has been proved.

With regards to the questions about students' perceptions of their status during the work experience, I divide their answers into three groups; there are 40% of students (40) who do not have any specific feelings, 29% of them (28) who find their status positive and 31% of students express (31) an antagonistic opinion. Following the results stated above, the hypothesis *H2: Students perceive that they are closely involved in the team work during their work experience* can be viewed as unproved.

As for my assessment of the semantic differential, hypothesis *H3: Students' perceptions of doctors are biased* has been proved. Analysing answers for each study year separately, this shows that students are both positively and negatively biased towards doctors. However, this does not apply to the assessment from the general point of view; it can be said that students are biased positively towards doctors.

Hypothesis *H4, which investigates it if the age of students can influence the frequency of their bias towards doctors*, has not been proved. This can be concluded both from the answers analysis, in which is obvious that bias frequency is not descendent but their nature change, and from the statistic data analysis by Chi square test, which has not proved any relation between the age and the bias.

My dissertation is intended as a useful starting point for further research of a status and perception of students, nurses and doctors. As an author, I would recommend to increase the amount of respondents in research in order to signify the results concluded.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Percepce lékařů z pohledu studentů vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlášení

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

Bc.Hynek Volný

Poděkování:

Tímto děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D za věnovaný čas, odborné připomínky a rady, které mi ve velké míře pomohly při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji studentům Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří mi zodpověděli otázky potřebné ke zpracování této práce a pedagogům, kteří mi napomohli výzkum uskutečnit .

Za nesmírnou trpělivost, pomoc a podporu velmi děkuji své rodině.

OBSAH

ÚVOD	5
1. SOUČASNÝ STAV	6
1.1 CO JE TO OSOBNOST	6
<i>1.1.1 Typy osobností a jejich způsob chování</i>	7
1.2 OSOBNOST VŠEOBECNÉ SESTRY	10
<i>1.2.1 Osobnostní předpoklady všeobecné sestry</i>	11
<i>1.2.2 Desatero, jak být dobrou sestrou</i>	12
<i>1.2.3. Základní role sestry v moderním ošetrovatelství</i>	14
1.3 VÝZNAM PRAKTICKÉHO ZAMĚŘENÍ STUDENTŮ ZSF JU	15
<i>1.3.1 Role a funkce sestry</i>	16
<i>1.3.2 Bakalářský obor Všeobecná sestra</i>	17
<i>1.3.3 Magisterský obor Ošetrovatelství</i>	19
1.4 SOCIÁLNÍ VNÍMÁNÍ	21
1.5 SOCIÁLNÍ KOGNICE	25
1.6 SOCIÁLNÍ MOTIVACE	26
1.7 VZTAH LÉKAŘ, SESTRA A STUDENT	27
1.8 VÝZNAM TÝMOVÉ PRÁCE V PROFESI ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	29
1.9 POSTAVENÍ VŠEOBECNÉ SESTRY VE SPOLEČNOSTI	33
1.10 IMAGE VŠEOBECNÉ SESTRY	35
1.11 KONFLIKT NA PRACOVÍŠTI	36
<i>1.11.1 Mobilizující konflikty</i>	37
<i>1.11.2 Konflikty destruktivní</i>	37
<i>1.11.3 Možné zdroje konfliktu</i>	38
<i>1.11.4 Řešení konfliktů na pracovišti</i>	40
<i>1.11.5 Mezigenerační konflikty na pracovišti</i>	41
<i>1.11.6 Stresory na pracovišti</i>	43
<i>1.11.7 Zásady při řešení konfliktu</i>	43

1.11.8 Předsudky.....	44
1.12 VÝZNAM KOMUNIKACE V PRÁCI ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	44
1.12.1 Historické vlivy komunikace ve zdravotnictví.....	45
1.12.2 Komunikace je když... ..	46
1.12.3 Nejzákladnější zásady efektivní komunikace	46
1.12.4 Styly komunikace v konfliktních situacích	47
1.12.5 Asertivita.....	49
2. CÍL PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY	52
2.1 CÍL PRÁCE.....	52
2.2 HYPOTÉZY	52
3. METODIKY	53
3.1 METODICKÝ POSTUP	53
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	56
4. VÝSLEDKY	63
4.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	63
4.2 VÝSLEDKY SÉMANTICKÉHO DIFERENCIÁLU	72
4.3 STATISTICKÉ POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ SÉMANTICKÉHO DIFERENCIÁLU.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
5. DISKUSE.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
6. ZÁVĚR	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
9. PŘÍLOHY.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

ÚVOD

Ačkoliv je ošetrovatelství relativně mladý obor, vydobyl si během posledních let ve světě na poli zdravotnictví nezastupitelnou a důležitou pozici.

Pracovní činnost sestry je mnohem odbornější, kvalifikovanější a uděluje sestřám daleko vyšší kompetence. Na práci vykonávanou sestrou jsou kladeny veliké nároky, zvláště pak na samostatné a odborné činnosti.

Na tuto náročnost je velmi nutné budoucí zdravotníky řádně připravit a během jejich odborné přípravy nic nezanedbat.

Tímto směrem se také ubírá i vzdělávání budoucích všeobecných sester v naší republice. Studenti získávají vědomosti a dovednosti při teoretických hodinách, či během praktické výuky ve specializovaných učebnách, které slouží studentům k nácviu ošetrovatelských postupů. V nemalé míře se však studenti ve svých dovednostech zdokonalují při praktikování na nemocniční půdě.

Právě v nemocničním prostředí je velmi důležité zapojování studentů do „týmu“ pracovníků na odděleních tak, aby se studenti naučili vnímat rostoucí zodpovědnost a náročnost zvolené profese, která je čeká po ukončení studia. Svou nelehkou úlohu zde sehrávají mentorky, které mají vstup na pole nemocnice studentům ulehčit a být nápomocny studentovi, aby ten mohl plně využít nabyté teoretické poznatky a zkušenosti z laboratorní výuky a aplikovat je do praxe, při ošetřování klienta na oddělení.

Plnění odborné praxe v nemocničním prostředí je u řady studentů prvním krůčkem v seznámení s tímto prostředím po stránce odborné. Vztahy mezi zdravotnickými pracovníky a studenty, obecně i vztahy mezi zaměstnanci nemocnice, které panují na oddělení, mají významný dopad na budoucí koexistenci a mohou pozitivně, či negativně ovlivnit celkovou atmosféru na pracovištích.

A právě zážitky, prožitky, které studenti nasbírají během nemocniční praxe, vztahy, kterými byli obklopani a situace, které zažili, mohou ovlivnit budoucí profesionální zdravotníky v následném rozhodování o budoucím pracovním zaměření.

Hlavním důvodem, proč jsem si vybral tuto práci, byl záměr zjistit, jak vnímají studenti své budoucí kolegy, lékaře, tedy své nadcházející nejbližší spolupracovníky.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 CO JE TO OSOBNOST

Člověk je aktivní subjekt, jehož činnost je regulována psychickými procesy poznávání, cítění, motivací a determinována psychickými vlastnostmi osobnosti. Prostřednictvím činnosti realizuje člověk svou základní tendenci k psychickému růstu či k aktualizaci svého psychického potenciálu, seberealizaci. (9)

Vnitřní svět každé osoby je složitou strukturou fyziologických, psychologických a sociálních potřeb, které působí jako motivační činitele. Každá osobnost je v neustálém pohybu, změny probíhají tak, jak zvenčí přicházejí nové vjemy a jak jsou dřívější prvky vyřazovány, protože už nejsou pokládány za důležité.(24)

Současné pojetí člověka v psychologii je výsledkem střetávání nejrůznějších filozofických a psychologických směrů.

Přibližně od druhé poloviny dvacátého století převažuje v psychologii eklektismus, tj. vzájemné prolínání nejrůznějších, původně protichůdných směrů. Devatenácté století věnovalo pozornost především biologické podstatě člověka, během dvacátého století vzrůstal postupně zájem o duševní život člověka a zdá se, že dvacáté prvé století začíná mít větší pochopení i pro jeho duševní podstatu.(9)

Osobností, psychologicky vzato, je každý jedinec od doby, kdy jeho psychika začne vykazovat specificky lidskou formu fungování, k čemuž dochází již v etapě raného dětství. (9)

Psychologové rozeznávají různé složky osobnostní struktury, kterým v horizontálním směru odpovídají kategorie psychických procesů.

Podle G. W. Allporta z roku 1937, je osobnost považována za dynamickou organizaci psychofyzických systémů v jedinci, která určuje jeho adaptaci na prostředí a jeho charakteristické způsoby chování a prožívání. (24)

H. J. Eysenck považuje osobnost za poměrně stálou jednotu charakteru, temperamentu, intelektu a těla, což umožňuje její jedinečnou adaptaci na prostředí.

Sigmund Freud se domnívá, že jedinec je puzen fyziologickými silami, to jsou hlavní determinanty chování a vývoje osobnosti. Všechny osobnostní funkce ožívuje psychická energie – libido.(24)

Přechod k vertikálnímu hledisku na osobnostní strukturu vyjadřuje A. Gomelli. Podle něho je stavba osobnosti podobná pyramidě, jejíž základnu tvoří tělesná konstituce, střední část snahy a sklony a vrchol myšlení, vyšší cíle a vůle.(24)

Lidská osobnost je složitým a fascinujícím jevem, který si vzdor soustředěnému zkoumání uchovává prvky tajemna. Složitá povaha osobnosti je pouze jedním důvodem pro rozmanitost teorií. Dalším důvodem jsou rozdílné přístupy jednotlivých teoretiků. (24)

1.1.1 Typy osobností a jejich způsob chování

Známí autoři na poli psychologie, P. a H. Hartlovi, sestavili nevšední typologii osobnosti. Lidskou populaci rozdělili do šesti základních skupin. Jednotlivým typům přiřadili charakterové vlastnosti, způsoby jednání a komunikace a další poznatky, které jsou charakteristické pro danou skupinu. (10)

Lidé otevření, upřímní, asertivní:

- Sebejisté, uvolněné a klidné chování
- Člověk přiměřeně vyjadřuje a prosazuje své myšlenky, city, názory a postoje – pozitivní i negativní
- Člověk asertivní upřednostňuje spolupráci a dohodu
- Je ochotný přistoupit na kompromis
- Je ochotný změnit svůj názor
- Vyjednává jako rovný s rovným, respektuje druhého. (10)

Lidé schopní ovlivňovat, působit na druhé

- Mají silné charisma, umí motivovat lidi, působí pozitivně

- Člověk přístupný, společenský, družný, přátelský, srdečný, usměvavý, tolerantní, vnímavý
- Snadno komunikuje, je hovorný
- Je otevřený
- Dobrý vypravěč, schopný bavit lidi
- V rozhovoru má zpravidla hlavní slovo z neformálních důvodů
- Sebejisté vystupování
- Na první dojem působí příjemně, je kladně přijímán
- Ochotný a schopný pomáhat druhým lidem
- Dovede druhé motivovat, nadchnout, je schopen přesvědčit, získat souhlas druhých
- Rozhoduje se na základě pocitů
- Očekává důvěru, uznání a pochvalu druhých, obává se nepřijetí od druhých
- Může s druhými lidmi manipulovat, zpravidla to však nezneužívá k negativní manipulaci (10)

Lidé rozvážní, zaměřeni na své jistoty a klid – stabilní, někdy působící pasivně

- Člověk pasivní, stálý, vyrovnaný, ukázněný, trpělivý, spolehlivý, důsledný, se sebekontrolou, přívětivý, laskavý, je rád ve vztazích s malou skupinou lidí
- Je vlastnický založený („Moje“ pracovní skupina, „Moje“ rodina)
- Mívá velmi silný vztah k pracovní skupině, k rodině, je nespokojený při odloučení od rodiny, je zaměřený na spokojený domácí život
- Dlouho trvá, než se přizpůsobí, opatrně přistupuje ke změnám
- Uklidňuje vzrušené situace
- Je ochotný pomoci tomu, koho považuje za přítele
- Upevňuje své postavení, o další vzestup nemá příliš velký zájem, je spokojený na stejné pracovní úrovni
- Rád vykonává zaběhlý typ práce, cítí se dobře v „zajetých kolejkách“
- Dobrý člen týmu, spolupracující

- Projevuje loajalitu
- Mívá dobré pracovní návyky
- Má potíže s plněním termínů, odkládá věci na později nebo poslední chvíli
- Má obavy z nejistoty. (10)

Lidé pasivní, neprůbojní – submisivní

- Člověk přizpůsobivý, podřizující se, ústupný, poslušný, nerozhodný, nechá se ovládat, opatrný, dodržuje pracovní postupy, přesný, puntičkář
- Ctí daná, psaná pravidla, má rád záruky
- Potřebuje na vše více času
- Nedá se nutit k rychlému rozhodování
- Má obavy z chyb a potrestání
- Má obavy z konfliktů, vyhýbá se střetům, klidně se vzdá svého stanoviska
- Spoléhá na podřízené
- Obtížně přijímá zodpovědnost. (10)

Lidé zaměřeni na sílu své pozice a převahu nad ostatními – dominantní

- Je autoritativní, chce ovládat druhé, prosazuje sám sebe
- Chce moc, odpovědnost, příležitost k postupu
- Působí neklidně, je netrpělivý
- Očekává rychlé výsledky
- Je soutěživý, průbojný
- Je přímočarý, říká, co si myslí
- Zajímají ho neobvyklé věci
- Rychle se rozhoduje, pracuje hbitě
- Je rád středem pozornosti
- Má v sobě vůdcovství
- Potřebuje vidět cíl
- Má rád prostředí plné změn

- Vyvolává v druhých strach
- Povyšuje se
- Mnohdy je odměřený, arogantní
- Vybuchuje, nesouhlasí(10)

Lidé útoční, výbušní, s tendencí napadat jiné a škodit jim – agresivní

- Člověk podrážděný, zlostný, výbojný, tvrdohlavý, nadřazený, panovačný, impulzivní, nemá dostatek soucitu, pomstychtivý, má sklony k ničení
- Mluví nahlas, má strohý tón, je sarkastický
- Je útočný vůči jiným názorům
- Má tendenci napadat druhé a škodit jim – pohrdat, ponižovat, odmítat, překážet jiným, pomlouvat, osočovat, projevy od hrubých nadávek až po fyzické napadení druhé osoby
- Rozhoduje za ostatní(10)

Během svého praktikování v nemocnici má možnost student potkat na oddělení a následně pracovat, či spolupracovat se všemi výše uvedenými typy osobností. Ne s každým typem osobnosti je jednoduchá kooperace a koexistence. V případě studentovy interakce je nesmírně důležité, aby student využil všechny své komunikační dovednosti, schopnosti a byl schopen efektivně komunikovat.

Každý jedinec je osobností a je jenom na každém z nás, jak budeme k člověku přistupovat, komunikovat a jaký vztah k němu budeme zaujímat.

1.2 OSOBNOST VŠEOBECNÉ SESTRY

Profese všeobecné sestry patří z hlediska odborné přípravy a následného působení ve zdravotnictví mezi povolání náročná. Velmi náročné je už samo studium.

Posluchač si musí osvojit velkou řadu náročných, leč nesmírně důležitých znalostí. Musí se velmi důkladně připravit na „střed“ svého budoucího působení, a tím je člověk. Práce s lidmi patří mezi ty nejsložitější a nejkomplicovanější. (21)

Zvládnutí a absolvování celého studia, osvojení si všech dovedností a znalostí vyžaduje od studenta pro jím vybrané povolání veliký „zápal“, ochotu přinášet během studia i určité „oběti“, např. šestitýdenní praxi o prázdninách. Odměnou mu je pak možnost vykonávat tuto nádhernou a velmi důležitou profesi.

V práci zdravotníka je kladen velký význam na dodržování určitých forem jednání jak ve vztahu ke klientům, tak i ke svým spolupracovníkům.

Očekává se od něj správné zvládnutí všech ošetrovatelských postupů a odborných výkonů, asertivní komunikace za všech okolností, práce s moderní technikou, zvládnutí fyzické i psychické zátěže během zaměstnání, administrativní práce, apod. V neposlední řadě i schopnost vypořádat se s pracovními a rodinnými problémy. Všechna tato očekávání musí sestry zvládat mnohdy během třísměnného provozu, na velmi specializovaných pracovištích, často ve velmi vypjatých situacích.(34)

Na osobnost zdravotníka jsou kladeny stále vyšší nároky a požadavky. Ty pak nepolevují ani v oblastech týkajících se jeho profesní průpravy, stylu práce, způsobu života, ale i duševní stability. (6)

1.2.1 Osobnostní předpoklady všeobecné sestry

V ideálních podmínkách by měl být všeobecná sestra obdařena všemi těmito nejdůležitějšími náležitostmi: (47)

- tvůrčí přístup při řešení svěřených úkolů
- dostatečná kritičnost a sebekritičnost
- notná dávka empatie
- profesionální vystupování
- porozumění klientovým problémům

- klidné, ne povýšené vystupování, s pohotovými reakcemi
- přiměřené sebevědomí
- asertivní jednání a komunikace
- smysl pro humor
- ne nepřiměřené optimistické vystupování (to budí u klienta spíše nedůvěru)
- hodnotová orientace
- schopnost pracovat v týmu
- smysl pro povinnost a odpovědnost
- humánní vztah k nemocnému
- psychická stabilita
- odolnost vůči stresu
- přiměřeně sebevědomé vystupování,
- rozvážnost
- přiměřená fyzická kondice
- trpělivost
- umění ovládat se
- dodržování profesionálního odstupu
- schopnost sebereflexe

1.2.2 Desatero, jak být dobrou sestrou

Zajímavý pohled na téma Jak být dobrou sestrou, má M.Staňková, která ve své příručce uvádí krátký, ale výstižný návod. (31. str7)

1. **Važ si** každého pacienta/klienta a respektuj ho. Ber ho jako partnera a přítele, s kterým se i ty dobře cítíš a s kterým se vzájemně obohacujete. Ať se pacienti na práci s tebou těší, ať je to s tebou baví.

2. **Stůj vždy** za oprávněnými zájmy svých nemocných, dej jim pocit, že jsou v bezpečí.
3. **Dběj**, ať tvoji nemocní zbytečně nestrádají, pečuj o ně. Buď nekonečně trpělivá. Odpouštěj. Nikoho neironizuj.
4. **Edukuj** zdravé i nemocné osoby a jejich rodinné příslušníky. Ved' pacienty ke zdravému stylu života a k soběstačnosti, informuj je o tom, co jim pomůže a prospěje, jsou-li nuceni žít dlouhodobě s nemocí či hendikepem. Edukuj rodinu a laické pečovatele, jak mohou být nemocnému oporou a pomáhat mu.
5. **Dopřej** každému nemocnému radost z úspěchu. Chval co nejčastěji. Hodnoť jen to, čemu se pacient naučil, ne to, co ještě nedokáže. Vyhýbej se negativnímu hodnocení. Co pacient nedokáže dnes, udělá třeba zítra nebo pozítří.
6. **Vzdělávej se**. Chod na semináře, přednášky, čti odborný tisk.
7. **Buď všude**, kde se něco nového v tvém oboru děje. Nadřizený to možná nedocení, ale pacienti ano!
8. **Plň** spolehlivě odborné pokyny a ordinace lékaře. Neboj se. Jsi-li o něčem přesvědčená, stůj za tím. Buď optimistou.
9. **Neboj se** přiznat svůj omyl, vždyť chybovat je lidské.
10. **Nemáš-li ráda lidi, nebuď sestrou !!!**

1.2.3. Základní role sestry v moderním ošetrovatelství

S měnícím se postavením ošetrovatelství ve zdravotnictví dochází i k přeměně role všeobecné sestry. Do ošetrovatelské péče vstupují nové poznatky etiky, pedagogiky, psychologie, ale také stále častěji i nová zdravotnická technika.

Sestra se stává rovnocenným partnerem zdravotnického týmu. S měnícími se kompetencemi, dochází i k přeměně dosud ustálených rolí.(31)

V moderním ošetrovatelství se předurčuje všeobecným sestram následujících šest rolí:

- ***sestra – pečovatel***
Tradičně je tato role spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Vedle toho sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční, tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení. (31 str.11)
- ***sestra – edukátor***
Jak nemocného, tak i jeho rodiny. V moderním ošetrovatelství je zdůrazňována také edukační činnost sestry, kterou se podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikacím z omezeného pohybu člověka, případně na rozvoji sebeobslužných činností, pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a na nácviku potřebných praktických dovedností (například ošetrování ran, aplikaci inzulínu, monitorování hladiny krevního cukru, a tak dále). (31 str.11)
- ***sestra – obhájce (advokát) nemocného***
V případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se sestra jeho mluvčím, neboť prostřednictvím

ošetřovatelského procesu má možnost jej dobře poznat, a podporovat tak jeho pocit bezpečí a jistoty. (31 str.11)

- ***sestra – koordinátor***

V plánování a realizaci ošetřovatelské péče sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetřovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči. (31 str.11)

- ***sestra – asistent***

Sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem a podobně . (31 str.11)

Ošetřovatelská péče se však i nadále rozvíjí a sebou přináší další role pro sestru. Všeobecná sestra je pak např. postavena do role manažerky či výzkumnice a tím uspokojuje specifického potřebu zaměření sester resp. ošetřovatelství (40).

1.3 VÝZNAM PRAKTICKÉHO ZAMĚŘENÍ STUDENTŮ ZSF JU

Od počátku devadesátých let prochází Česká republika řadou změn a transformací, které byly podmíněny snahou naší země o vstup do Evropské unie. Reformou prošly mnohé rezorty včetně vzdělávacího systému všeobecných sester. Dle doporučení Evropské unie, Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní rady sester byl zpracován koncept českého ošetřovatelství, který se stává základním kamenem a předpokladem k budoucí reformě zdravotnictví.(13)

Jedním z nejdůležitějších prvků, již realizovaných změn, byl posun profesní přípravy sester ze středoškolského prostředí, na půdu vysokých škol, universit či

vyšších zdravotnických škol. Nový systém uspokojuje poptávku po sestřích profesionálkách, po sestřích , které se mají zhostit nové role a postavení v českém ošetrovatelství. Reformované instituce připravují zdravotnické profesionály, kteří najdou své uplatnění ve všech sférách českého ošetrovatelství. (44)

V současné době uchazeč o studium na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university může zvolit velmi zajímavý a perspektivní studijní obor Ošetrovatelství. Vlastní studijní obor je dále členěn na tříleté bakalářské studijní obory Všeobecná sestra, Porodní asistentka a dvouletý navazující magisterský studijní obor Ošetrovatelství, kde adept může zvolit jeden ze tří možných modulů. *V mé diplomové práci se budu zabývat pouze studijním oborem Všeobecná sestra a Ošetrovatelství, a to pouze prezenční formou. Ze studovaných předmětů jen předměty, které mají přímý či nepřímý vztah k náplni této práce.* (45)

Vzdělávací kurikula pro všeobecné sestry a porodní asistentky jsou pak připraveny tak , aby splňovaly evropské trendy ve vzdělávání všeobecných sester a respektovaly jejich nové role a funkce.(44)

1.3.1 Role a funkce sestry

- Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného státem, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou, anebo sestrou s právoplatnou licencí k výkonu ošetrovatelské praxe. (37)
- Sestry pomáhají pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního i sociálního potenciálu a pomáhají jim jej, ve vazbě na prostředí, v němž pacienti žijí a pracují, zároveň i udržovat. Sestry získávají potřebné kompetence k rozvíjení faktorů podporujících a udržujících zdraví a předcházejících nemocem. Sestry taktéž hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence

klienta, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost (invaliditu) a umírání. Praxi mohou vykonávat v nemocnicích a v komunitách. Jsou oprávněny pracovat samostatně/autonomně a jako členky zdravotnického týmu. Za určitých okolností mohou delegovat péči na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost za péči si však ponechávají, v případě nutnosti provádějí dozor a jsou odpovědné za svá rozhodnutí a jednání.(37)

- Sestra podporuje vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovala k sebedůvěře a k samostatnému rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí (37)

1.3.2 Bakalářský obor Všeobecná sestra

Studium oboru Všeobecná sestra má na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity dlouhou tradici. Trnitou cestou prochází již od roku 1999, kdy byl poprvé tento obor akreditován. Nejdříve „nabízel“ budoucím studentům pouze formu kombinovanou, o rok později i formu prezenční. (44)

Od té doby si vydobyl svou nezastupitelnou a uznávanou pozici nejen mezi odborníky, ale i ostatními vzdělávacími institucemi. Díky své kvalitní přípravě je právě Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university vyhledávanou institucí pro budoucí zdravotníky.

V začátcích měl obor pro uchazeče svá určitá specifika. Zájemce o studium musel splňovat jistá kritéria, přijetí žadatele bylo podmíněno získáním zdravotnické způsobilosti na některých středních zdravotnických školách. (44)

V dnešní době je studium koncipováno jako tříletý bakalářský obor, kde uchazeč po jeho ukončení získá se souhlasem Ministerstva zdravotnictví České republiky oprávnění k výkonu zdravotnického povolání.

Při tvorbě náplní studia tvůrci programu vycházeli z výše uvedené definice rolí a funkcí sester, při čemž byla respektována všechna doporučení a principy pro vzdělávání všeobecných sester. Koncepce kurikula se vztahuje jak k teoretickým, tak i k praktickým částem výuky a zahrnuje cíle, formu, obsah, zkušenosti řadící se k výuce a studiu, strategii hodnocení, metody evaluace a výstupy. Hlavním předmětem během profesní přípravy je teorie a **praxe ošetřovatelství** u všeobecných sester. V dalších předmětech, jako např.: veřejné zdravotnictví, podpora zdraví, výchova ke zdraví a výchova pacienta k terapii, epidemiologie, kontrola onemocnění a chorob, behaviorální vědy, biologické vědy, výzkumné metody, **komunikace**, etika, právo, informační technologie, management, řízení a organizace, získají studenti minimum, a to s výkladem jejich explicitní aplikace v oblasti ošetřovatelství. (44 str. 209)

K prvotnímu nácviku ošetřovatelských dovedností slouží speciálně upravené učebny, které simulují nemocniční pokoj, lůžko klienta a část vybavenou pracovními stoly a skříněmi, kde jsou uloženy všechny potřebné pomůcky sloužící k nácviku ošetřovatelských postupů. Lze říci, že tato část připomíná tzv. sesternu, jak ji známe z nemocničního prostředí. Studenti mají možnost využít během výuky nepřeberné množství kvalitních modelů a zdravotnických pomůcek. Laboratoř je vybavena např.: simulátory péče o dospělého a dětského pacienta, převazovým vozíkem, pomůckami pro aplikaci kyslíku, infuzní pumpou, lineárním dávkovačem, glukometrem, EKG, pomůckami k provádění hygieny, „odběrovými pažemi“ sloužícími k nácviku odběru krve a zavádění periferních žilních vstupů, simulátory určenými k nácviku aplikace injekcí, modely určené k nácviku „cévkování“, chirurgickými nástroji, apod. (44)

Zajímavostí je, že katedra Ošetřovatelství nabízí ve stanovených hodinách, odvislých od vytíženosti učebny, studentům možnost docházet a nacvičovat ošetřovatelské postupy pod odborným mentorem, který koordinuje správnost nacvičovaného postupu. Posluchač má tedy možnost zdokonalovat se a nacvičovat své ošetřovatelské dovednosti nejen během výuky.

Katedra dále disponuje i speciálně vybavenou učebnou, určenou k nácviku ošetřovatelské péče na jednotkách intenzivní péče. K největších chloubám ve vybavení této učebny patří kompletní resuscitační model Ambu Mega Code a tréninkový model

Ambu Baby. Učebna je dále vybavena pomůckami k endotracheální inkubaci, včetně speciálních modelů dospělého člověka i dítěte, určeného k tomuto nácviku. Za zmínku ještě stojí, že studenti mají možnost se během výuky seznámit i s plně funkčním ventilátorem a defibrilátorem, které jsou součástí vybavení učebny.(44)

Až po nácviku a osvojení si ošetrovatelských postupů v laboratoři může student postoupit na ošetrovatelskou praxi na klinickém pracovišti. Ta se skládá jednak z praxe, která je začleněna do učebních osnov, ale také z praxe individuální, kterou musí student vykonat během prázdninového volna. Během celého studia student absolvuje celkem 2300 hodin praktické výuky. (13)

Jeden z mnoha dalších velmi důležitých předmětů, který se velkou měrou podílí na kvalitní přípravě studenta, je předmět *Komunikace ve zdravotnictví*. Tento předmět se vyučuje v prvním ročníku po oba semestry a je koncipován jako praktická cvičení. Řeší problematiku pojmů mezilidské komunikace a napomáhá správnému psychoterapeutického způsobu jednání. Během hodin získává student i základy asertivního chování a učí se správné komunikaci s nemocným klientem. (45)

Dle „velké“ anotace hodin je zřejmé, že tvůrci kurikula kladou v kvalitní přípravě budoucích zdravotníků komunikaci velkou důležitost. Tento fakt je velmi pozitivní, neboť všechny získané informace a osvojené komunikační techniky ulehčí zdravotníkům jejich působení v budoucím povolání, ale i v jejich soukromém životě.

1.3.3 Magisterský obor Ošetrovatelství

V akademickém roce 2004/2005 zahájila Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity výuku navazujícího magisterského studijního programu Ošetrovatelství. Tento obor je určen všem absolventům bakalářského studijního programu Všeobecná sestra. Otevřené dveře zde mají studenti i ostatních vysokých škol nebo univerzit. Tento studijní program je v České republice velmi vyhledáván, ne zřídka přicházejí žadatelé ze všech „koutů“ republiky a všech věkových skupin, ačkoliv studium zatím probíhá pouze prezenční formou. (45)

Realizace magisterského studijního oboru Ošetrovatelství vychází z potřeby společnosti související s novým pojetím ošetrovatelství v transformujícím se systému zdravotní péče. Změny, které mají vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, s sebou přinášejí nové nároky na úroveň vzdělávání pracovníků v oboru ošetrovatelství. (45)

Základní charakteristikou magisterského studijního programu je rozvoj vědomostí a dovedností získaných v bakalářském studijním programu. Vlastní studium je zaměřeno především na získání a rozvinutí znalostí v oblasti managementu, ošetrovatelského výzkumu, koordinační a interdisciplinární práci v systému zdravotní péče, ale připravuje i pedagogy ošetrovatelských předmětů. (45)

Studijní program je členěn do modulů. Ve čtyřech povinných modulech studenti získají vědomosti a dovednosti pro pedagogickou, vědeckou a manažerskou práci v oboru ošetrovatelství. Ze tří povinně volitelných odborných modulů, tj. Ošetrovatelská péče v pediatrii, Ošetrovatelská péče ve vnitřním lékařství, Ošetrovatelská péče v chirurgii si student zvolí jeden, který pak určuje jeho odborné zaměření. (45)

Z celkového počtu 1910 hodin připadá 920 hodin na praktickou výuku. Oblasti působení klinické praxe jsou definovány na základě vybraného modulu. Vlastní praxe se skládá z ošetrovatelské praxe během akademického roku. Předepsanou anotační část hodin musí pak student vykonat během prázdnin.

Klinická praxe je navržena tak, aby umožnila studentům seznámení se s ošetrovatelským managementem v praxi. Posluchači zde mají možnost pozorovat práci ošetrovatelského managementu a vyzkoušet si v praxi znalosti, které „získávají“ během studia.

Další nesmírně zajímavou součástí praxe je i praxe pedagogická. Zde má student možnost zúročít informace a dovednosti, které mu byly umožněny získat během studia předmětů zaměřených na pedagogiku. Praxi může student absolvovat pouze na školách zaměřených na výuku ošetrovatelství. Délka praxe je dotována celkovým počtem 160 hodin. (45)

1.4 SOCIÁLNÍ VNÍMÁNÍ

Sociální vnímání a sebepojetí jsou pojmy velmi těsně spojené a jen obtížně je lze od sebe rozdělit. Vnímání okolního světa v první řadě závisí na tom, jaké závěry jsme vyvodili z pojetí a vnímání sebe sama.

Každý jedinec vnímá sebe sama jako toho, k němuž mají ostatní lidé nějaký vztah, od něhož něco očekávají. Jak vnímáme, do značné míry ovlivňuje naši budoucí kooperaci. Vnímání sebe sama i vnímání jiných lidí je subjektivní, je ovlivněno více emocemi než logikou.(19)

Vzájemné působení lidí probíhá na různých úrovních sociálního vztahu. V širším pojetí lze sociální interakci chápat jako proces, v němž se individua vzájemně stimulují a reagují na sebe, rozvíjejí řetěz akcí a reakcí. Jedná se o jakýsi psychologický ping-pong, chování osoby A je podnětem pro chování osoby B a naopak. (24)

Z hlediska vnější charakteristiky probíhá sociální interakce jako uplatňování sociálních technik, tj. více či méně záměrného způsobu ovlivňování druhé osoby. Z hlediska motivačního probíhá jako výměna hodnot, nebo v konfliktních vztazích jako interpersonální agrese. (19)

V interakcích kooperativního typu se uplatňuje komplementarita sociálních potřeb. Např. ovládnutí u jedince A a vedení, ve smyslu být veden, u jedince B, což vytváří podmínky vzájemného odměňování, a tím i smysl udržovat dané interakce. Interakce lze rovněž chápat jako vzájemnou výměnu pozitivních a negativních podnětů, které tyto interakce vytvářejí a modifikují jejich obsah i formy. Důležitými aspekty sociálních interakcí jsou evaluace a devaluace ega, které mohou mít zdroj v reflexi svého vlastního jednání, pocit studu, viny a v chování druhých vůči němu, je mu vyslovována nedůvěra, je podceňován, je mu odpírána důvěra. S tím souvisejí podmínky vzájemné sympatie a přitažlivosti v sociálních interakcích. (19)

Existují různé motivy sociálních interakcí, tj. psychologické důvody, které vedou lidi k tomu, aby vstupovali do různých interakcí. Práce v organizacích vede k interakcím mezi spoluzaměstnanci, mezi nadřízenými a podřízenými, život v rodině vede k interakci mezi rodiči a dětmi, aj. (24)

Důležitou úvodní složkou vlastní sociální interakce je sociální percepce, tj. vzájemné vytváření obrazu toho druhého. Člověk nevnímá jen prostředí, předměty, ale také ostatní lidi a sebe sama. Sociální percepce vychází z kategorizace osob, která jde za hranice pouhého vnímání. Subjekt sociální percepce na základě vnímání partnera, jeho vzezření a chování, si utváří určité představy o jeho povaze, úmyslech. Vytváří si tak v podstatě psychodiagnostický obraz partnera, zahrnuje i nevnímátné charakteristiky toho druhého. (19)

Takovýto obraz bývá proto často velmi subjektivistický, vychází z různých efektů sociální percepce, např. haló efekt, nebo nesprávná generalizace jediného projevu, ze sympatického vystupování se usuzuje na důvěryhodnost.

Obrázek 1 Sociální interakce



Zroj: *Lexikon Psychologie Sociální interakce*,
http://web.quick.cz/psychologies/socialni_interakce.htm

Důležitým aspektem je také srovnávání sociálních statusů subjektem interakce, je-li ten druhý na vyšším, či nižším společenském žebříčku a atributu sociální moci, zda se ten druhý může podílet na udílení odměny či trestu. E.F. Mueller a A.Thomas (1974) tvrdí, že v sociální percepci se uplatňuje organizace vnímání :

Vnímání se organizuje kolem vnějšího zjevu a povrchových kritérií.

1. Je určena centrální vlastnost a její bezprostřední implikace jsou brány jako dané.
2. Osoba je zobrazena jako vzorec k sobě se hodícím vlastností.
3. Osoba je vnímána jako komplexní struktura, která zahrnuje také neslučitelné znaky a protiklady. (19)

Největší rozdíl mezi vnímáním člověka a fyzického objektu je ten, že jednání lidí plyne z intencí, které jim přisuzujeme a z metaforické generalizace, plné rty – smyslnost-plný erotický život. Uplatňují se i stereotypy, kategorizace podle vnějších znaků určitých minorit – „cikán“ – krade, je proradný. Za základní klíče sociální percepce se považují výraz, zejména mimický, vzezření, způsob oblékání, obsah řeči a její forma, co a jak člověk něco říká, status socioekonomického postavení, příslušnost k etnické skupině a chování. Hlavní dimenze obrazu toho druhého jsou : (19)

1. sociálně dobrý – sociálně špatný
2. inteligentní – neinteligentní
3. silný – slabý
4. aktivní – pasivní
5. vřelý – chladný

Základním akcentem obrazu je sympatie, antipatie a lhostejnost. Tzv. alterace identity, týž povahový rys, resp. týž projev chování je různými lidmi různě interpretován, je základním znakem sociální percepce. Někdy je tento jev nazýván meta-identitou, tj. identitou subjektu pro druhého člověka. Objevuje se i tzv. meta-perspektiva, obraz, který si druhý člověk vytváří o mně. V sociální percepci se vždy uskutečňuje srovnávání s podobnou osobou, a to je pak východiskem již zmíněné generalizace a na ní založené kategorizace, přičemž tu hraje roli nejen podobnost fyzická, ale i podobnost chování. (30)

Uplatňují se rovněž některé obecnější tendence ve vnímání osob :

1. Projekce vlastních pocitů a motivací, např. lakota, slídilství, ty jsou připisovány jiným, což slouží k obraně ega.
2. Emocionální zaujetí a jeho vliv – milované osoby nadhodnocujeme v pozitivních vlastnostech, v negativních podhodnocujeme, u nemilovaných naopak.

3. Generalizace obrazu sebe sama – pozitivně vnímáme ty osoby, o kterých si myslíme, že se nám podobají. (30)

Naše komunikace s druhým člověkem se mění podle toho, jakou představu máme my o něm a jakou má zase on o nás. Je to sdělování určitých informací, a to nejen prostřednictvím jazyka, mluvené řeči, ale i prostřednictvím „řeči těla“ a chování vůbec. Motivace subjektu pro komunikaci je orientovaná buď na sebe sama, např. dotaz na informaci, nebo na druhého, na jeho potřeby. Komunikování má význam sociální, umožňuje vzájemné porozumění, kontakt na dálku, přenos zkušeností z generace na generaci. Ovšem může být i zdrojem obtěžování a frustrace. Důležitá je zejména verbální forma komunikace, mluvený a psaný jazyk, která se uskutečňuje na základě verbálního konsensu, s týmiž slovy spojují různí lidé tytéž významy, jenž je ovšem jen relativní. Slovní sdělení jsou doprovázena metakomunikativními činiteli, tón sdělení, situační kontext, doprovodný výraz – ironický výrok s úšklebkem. Nonverbální komunikace užívá jako prostředky sdělování různé způsoby chování, gesta, mimický výraz.(23)

Sociální percepce nám neříká, čím vnímáme, ale co vnímáme. Je to vnímání ostatních lidí a vztahů mezi nimi. Informace jsou vnímány tím způsobem, že jsou doplňovány vlastními zkušenostmi, vlastním očekáváním. Mnohdy nám stačí jen vjemy zlomkovité, doplníme je vlastními zkušenostmi, představami a rámcem, který nám vyhovuje, který si přejeme, na který jsme zvyklí. (19)

Způsob sociálního vnímání je do určité míry naučený, podmíněný kulturou i sociálním prostředím. Sociální vnímání je ale přesto proces proměnlivý. Je závislý na životní zkušenosti, současné míře informovanosti a aktuální motivaci. Hladový člověk má blíže k zaznamenání různých informací o jídle než sytý, jsme vždy vnímavější k podnětům, které jsou spjaté s našimi současnými potřebami.(19)

1.5 SOCIÁLNÍ KOGNICE

V současné době se místo pojmů sociální percepce používá častěji pojem sociální kognice. Je to proto, že v procesu percepce člověka člověkem nejde jen o fyzické charakteristiky, ale i o utváření obrazu druhé osoby, který zahrnuje také charakteristiky psychologické, a to i takové, které jsou odvozovány z toho, co je percepce, např. úmysly. Pojem sociální percepce znamená, jak člověk vnímá jiné lidi a jak je sám jinými lidmi vnímán. Je vždy ovlivněna osobní zkušeností účastníka, jeho sociální zkušeností. Týká se též vnímání a posuzování druhých osob a sebe sama, tedy kompromis mezi tím, co člověk při vnímání očekává, a tím, co se fakticky v okolním světě děje. (30)

Na vnímání a hodnocení se podílí procesy selekce, kdy si jedinec vybírá jen některé vlastnosti vnímaného objektu, přestože se jeho pozornost posouvá po celém objektu, a inference, kdy se usuzuje na vlastnosti posuzovaného subjektu podle vnějšího vzhladu. Vedle toho je pro vnímání charakteristická kategorizace, čili zařazování vnímaných objektů do určitých tříd podle shodnosti znaků. Souhra těchto tří procesů vede k vytvoření obrazu o druhém. (30)

Je třeba vzít v úvahu možnost omylů. Přiřazuje se vlastnost osobám podle podobnosti, vytváří se tak sociální schémata, je veselý, tak je i velkorysý, posuzují se lidé podle prvního dojmu – tzv. efekt hallo, člověk jedná zdvořile, tudíž je sympatický, podlehe se hodnocení druhými lidmi, jimž důvěřujeme, často jsou zdrojem omylů předsudky, jsme shovívavější k známým osobnostem, nebo posuzujeme člověka podle toho, koho nám připomíná. (35)

Jedinec se seznamuje s mnoha vzorci jednání, které jsou vlastní jeho kulturnímu a sociálnímu prostředí. Vnímání tudíž není pouhým mechanickým odrazem ve vědomí lidí, ale výsledkem aktivního uchopení toho, co je vnímáno v pojmech a vzorcích sociální zkušenosti. (30)

Dalším aspektem sociálních kognicí jsou stereotypy. Týkají-li se téže skupiny, jedná se o autostereotypy, týkají-li se jiných skupin, jedná se o heterostereotypy. Je to typ kognicí, které modifikují uvnitř subjektu náhled pomocí vlivů vycházejících od

určitých osob. Spolu s tím pak vystupují kognitivní elementy ve formě hodnotících měřítek, tj. spolu s určitými postoji, v jejichž rámci probíhá srovnávání s míněním druhých příslušníků téže referenční skupiny. (30)

Skupinové myšlení je způsob myšlení, který lidi zavazuje, když jsou hluboce angažováni v soudržných skupinách. Následujícím symptomem bývá např. iluze nezranitelnosti skupiny, smýšlení v rámci morálních norem skupiny. Jedním z podstatných znaků sociálního zpracování informace je neuvědomovaná tendence subjektu dospět k závěrům, které mu vyhovují, nebo sklon vysvětlovat jevy a okolnosti osobními či situačními příčinami, zejména jsou-li v rozporu s očekáváním.(35)

Každý člověk si svými sociálními zkušenostmi, sociálním učením umožňujícím kategorizaci sociálních jevů či situací, s nimiž se setkává, vytváří orientační systém, který mu umožňuje identifikovat významy situací, do kterých vstupuje a anticipovat důsledky svých reakcí v nich. Tento systém orientací či sociální kognice je pak konzistentní s jeho sociálním chováním.(30)

1.6 SOCIÁLNÍ MOTIVACE

Sociální motivace vyjadřuje, proč lidé hledají sociální vztahy a v sociálních situacích různé cíle. Motivace jednání a chování může vycházet z vnitřních nebo z vnějších popudů. Vnitřní motivy jsou spojeny s vnějšími podněty, ty je mohou posilovat či tlumit.(30)

Je to ta stránka lidského jednání a chování, která se zaměřuje na určitý cílový objekt. Je tedy jakousi hnací silou lidského jednání a chování a prožívá se jako touha, přání, snaha, obava, odpor, strach. (23)

1.7 VZTAH LÉKAŘ, SESTRA A STUDENT

V současné době se mění paternalistický, autoritativní vztah mezi zdravotníkem a nemocným klientem na vztah partnerský. Tento děj se samozřejmě promítá i do vztahu mezi lékařem a sestrou. S tím se setkávají i studenti, respektive většinou studentky, naší ZSF JU. Při své nemocniční praxi jsou svědky toho, jak se postupně vytvářejí podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a všeobecné sestry, kdy do popředí vstupuje spíše jejich kooperace a týmová spolupráce, než pouhé škatulkování dvou „odlišných“ profesí.(2).

Vztah mezi lékařem a sestrou může být ovlivněn celou řadou faktorů. Předně se jedná o tradiční, historické, dosud ještě plně nepřekonané pojetí profese sestry. Ve středověku byla ženě, především středních vrstev, předurčena budoucnost, jediná společensky přijatelná - sňatek a péče o domácnost, rodinu, manžela, děti. Jelikož vývoj medicíny si žádal sestry profesionálky, jevílo se povolání všeobecné sestry blízké k pojetí tzv. „přirozeného údělu ženy“, a proto se práce sestry jevíla jako ideální pro „nové“ sebevědomé ženy, které chtěly vzít život do svých rukou. Zasluhou Florence Nightingalové se začalo se systematickým vzděláváním sester, měnily se nemocniční poměry, v nichž bylo zabezpečeno světskému ošetrovatelskému povolání veřejné uznání. (39)

Pracovní činnost sestry se stala, v souvislosti s rozvojem medicíny, mnohem komplikovanější a obtížnější. Vedla sestry k daleko větší samostatnosti. Tím byly zákonitě zapojovány do týmové spolupráce, kde každý člen týmu má své nezastupitelné místo. Nejsou již jen „pomocníky“ plnicí ordinace lékaře, ale stávají se rovnocenným partnerem, který plně a kvalifikovaně zasahuje, provádí proces ošetřování.

Neméně důležitým faktorem může být i komplikovaná organizační struktura nemocnice. Sesterský personál je podřízen dvojím způsobem. Jednak lékařům, ale současně i sesterskému managementu. Tato vícenásobná podřízenost může vést k narušení vztahů mezi lékaři a sestrami. (3).

Faktem je i převážně dominantní zastoupení žen, které často po nástupu do práce odcházejí na mateřskou dovolenou. Jindy opouštějí toto povolání i z důvodů

rozčarování po nástupu do nemocniční praxe. Lékaři často chápou z důvodů vysoké fluktuace, a s tím spojený nedostatek všeobecných sester na jednotlivých odděleních, profesi sestry jako dočasnou, bez hlubších závazků, s nižším vzděláním, a tím i nižším finančním ohodnocením.(3)

Lékaři i sestry kladou většinou rozdílný důraz na vlastní části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se u některých lékařů, bohužel, vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo vůbec zasahovat do jejich oblasti, tedy že by se sestra neměla podílet na kreativním ošetřování. V některých zemích se lékaři dokonce cítí ohroženi vysokoškolskými ošetrovatelskými profesemi a mají pochybnosti o svém dalším uplatnění. Ve zdravotnictví vyspělých průmyslových zemí totiž došlo k restrukturalizaci společenského postavení všeobecných sester a lékařů. Kompetence se přehodnotily a následně rozdělily mezi lékaře a sestry, na jejichž bedra byly následně některé kompetence „přehozeny“. (3).

Vztah mezi sestrami a lékaři je jeden z významných aspektů celkové atmosféry na pracovišti a má za následek řadu závažných důsledků, které ovlivňují pracovní výkonnost, kvalitu odváděné práce, fluktuaci, či loajalitu sester ke zdravotnickému zařízení, nebo dokonce ke zvolenému povolání.(2)

Sestra, která je nespokojena se svým pracovním prostředím, nebude motivována k tomu, aby se angažovala v oblasti kvalitní ošetrovatelské péče. Proto je třeba soustavně se touto problematikou zabývat a důkladně připravovat adepty, studenty ke zvládnutí tak náročného povolání.(3).

1.8 VÝZNAM TÝMOVÉ PRÁCE V PROFESI ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Týmovou prací rozumíme menší počet lidí, kteří se vzájemně doplňují ve svých dovednostech, zaměřují se na společný cíl, mají společné výkonnostní záměry a společnou odpovědnost. (41)

Představa „týmu“ v práci je velmi často užívanou metaforou v pracovním prostředí. Myšlenka koordinace, soudržnosti a společných cílů však někdy bývá na hony vzdálená od reality. K nefunkčnosti přispívají rozdílné povahy členů, osobnostní rysy, gender, rivalitní postoje, komunikační šumy apod. Tato metafora je převzata ze světa sportu, slovo „tým“ navozuje sugesci skupiny účastníků štafetového závodu či hráčů fotbalu na hřišti apod. Všechny tyto představy mají něco společného, záměr „táhnout za jeden provaz“ a společným úsilím dosáhnout co možná nejlepšího umístění, podání nejlepších výsledků. Na fotbalovém hřišti je určitý rozdíl mezi hracím stylem útočníka a brankáře. Ačkoliv oba hráči mají rozdílné role, každý nese odpovědnost za něco jiného, dohromady společným úsilím přispívají společnému zájmu, a to vyhrát. (11)

Ne jinak je tomu na „hracím poli“ ve zdravotnictví, kde týmová atmosféra a týmový přístup k práci jsou jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče na odděleních. Zdravotníci jsou daleko úspěšnější a efektivnější, jestliže pracují společně jako tým. (41)

Základním kamenem ošetrovatelské péče na všech úrovních je osoba sestry. Ošetrovatelská péče je však prací týmovou a jedině plodná a fungující spolupráce v ošetrovatelském týmu napomůže kvalitní péči o klienty. Jedním z cílů zdravotnického managementu by proto mělo být zajištění a udržení dostatečného počtu kvalifikovaných pracovníků v týmu.

Na ošetrovatelské péči se kromě sestry podílejí velkou měrou zdravotnický asistent, ošetrovatel a sanitář, všichni pracují pod odborným dohledem. Dalšími odborníky, jejichž práce s ošetrovatelstvím úzce souvisí, jsou profese rehabilitačního pracovníka, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního pracovníka, nutričního terapeuta, zdravotnického laboranta, radiologického asistenta, ortoptisty, asistenta ochrany

veřejného zdraví, farmaceutického asistenta, zubního technika a dentálního hygienisty. (48)

Velmi důležitou součástí zdárné týmové kooperace je koheze týmu. Členství v týmu není totéž co vědomí, že do týmu patříme. Koheze je neviditelné pouto, které váže k sobě členy týmu. Ti se vnímají tak, že k týmu patří a tím se liší od těch „druhých“. Často se uvádí, že management může dokázat mnohem víc, pokud je schopen využít této skutečnosti a dokáže členy, potažmo celý tým vhodně motivovat.

Z psychologického hlediska je jádrem koheze sociální identifikace. Náležení k určitým skupinám, týmům je nejdůležitější součástí obrazů, který si o sobě utváříme, stejně jako sebepojetí a sebeúcta. Dělení „světa“ na „my“ a „oni“ je nejspíše jedním ze základních mechanismů lidské psychiky, tedy něco, co provádíme neustále, mnohdy nevědomky. (11)

Tabulka 1 Faktory ovlivňující skupinovou, týmovou kohezi

Podrobnosti postojů a cílů	<i>způsobuje, že lidi se těší být spolu ve skupině</i>
Společně strávený čas	<i>poskytuje příležitosti poznat zájmy a názory druhých</i>
Izolace	<i>vytváří pocit, že skupina je specifická a odlišuje se od ostatních</i>
Ohrožení Velikost	<i>zdůrazňuje potřebu vzájemné závislosti a vede k upevnění vazeb ve skupině, ačkoli to nemusí platit vždy</i>
Přísné vstupní požadavky	<i>překonání překážek při vstupu do skupiny posiluje identifikaci se skupinou z důvodu kognitivní disonance</i>
Odměny	<i>podněty vycházející od skupiny posilující skupinovou spolupráci více než pobídky od jednotlivce</i>

Zdroj: HAYES, N. Psychologie týmové práce

Jednotliví členové pracovního týmu mohou mít velmi diferenciální dovednosti, zastávat různé profese, či mít rozdílnou odpovědnost, postavení. Není důvod se

domnívat, že různí členové týmu se budou vnímat jako sobě podobní. Podstatou týmu je totiž setkávání lidí s různými dovednostmi a koordinace jejich činností vedoucí co možná k nejefektivnějšímu plnění cílů. Velmi důležité je, aby členové týmu beze zbytku rozuměli tomu, čím se každý z nich podílí na týmové práci.(18)

Středem zájmu každého ošetrovatelského týmu by měl být ve všech situacích klient, poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče, a to za všech okolností, s přihlédnutím na okolní situace a možnosti. Veškeré interakce by měly směřovat, dle zásad moderního ošetrovatelství, k udržení, podpoře či navrácení zdraví klientovi a rozvoji jeho soběstačnosti, nebo alespoň ke zmírnění utrpení a zajištění důstojného a klidného umírání a smrti. (46)

Jednou z největších předností týmů je fakt, který při správném fungování ošetrovatelského týmu umožňuje snížení nákladů na řízení tým, že podstatně zjednodušuje vztahy mezi nadřízenými a zaměstnanci. Výzkumy naznačují, že odměny i napomenutí jsou mnohem účinnější, jestliže jsou uděleny týmem a ne nadřízeným.

Týmy nemusí vždy představovat to nejefektivnější řešení komplexních problémů či úkolů, ale jejich obliba a vzrůstající trend v praxi naznačuje jejich opodstatnění v plnění cílů a úkolů jim zadaných. (41)

Vezmeme-li v úvahu všechny tyto skutečnosti, dojdeme k závěru, že je velmi důležité, aby „přijetí“ studenta do týmu bylo co nejúčinnější, nejlepší a aby na klinickém pracovišti byly dodržovány základy týmové práce a fungovala pozitivní pracovní atmosféra. Všechny tyto okolnosti ovlivňují vnímání studenta, budoucího právoplatného člena týmu a utvářejí jeho postoje a názory na práci ve zdravotnictví.

Pro lepší názornost jsou v následující tabulce uvedeny znaky efektivních a neefektivních týmů.

Tabulka 2 Znaký efektivních a neefektivních týmů

Znak	Efektivní tým	Neefektivní tým
Pracovní prostředí	<i>Neformální, příjemné, uvolněné</i>	<i>Napjatá, formální atmosféra</i>
Diskuse	<i>Soustředěná, podílejí se skoro všichni</i>	<i>Mnohdy nesoustředěná, někteří jedinci dominují</i>
Cíle	<i>Správně pochopené a akceptované</i>	<i>Nejasné nebo s osobní agendou</i>
Naslouchání	<i>S respektem — podporuje participaci</i>	<i>Mnoho přerušování, vliv vyššího postavení</i>
Rozhodování	<i>Obvykle dosaženo konsenzem — jednotným postojem. Minimální počet formálních hlasování. Pro činnost je nezbytný obecný souhlas, odpůrci mají možnost vyjádřit své názory</i>	<i>Často ukvapené, formální, souhlas většiny je pro činnost uspokojující, očekává se, že se menšina přizpůsobí</i>
Schopnost vypořádat se s konfliktem	<i>Lehce se vypořádá s nesouhlasem, otevřená diskuse o konfliktu</i>	<i>Nesouhlas je nepříjemný, je potlačován, může agresivně dominovat jedna skupina lidí</i>
Kritika	<i>Častá, upřímná, relativně povzbudivá, konstruktivní, směřována na odstranění problému</i>	<i>Ztrapňující, vytváří napětí, destruktivní, osobně směřována proti jednotlivci</i>
Vedení	<i>Sdílené, čas od času se mění</i>	<i>Autokratické, zůstává předsedovi výboru</i>
Zadání úkolů	<i>Jasně stanovené, akceptované všemi po projednání námitek</i>	<i>Nejasné, neschvalované členy, kteří nesouhlasí</i>
Pocity	<i>Volně vyjádřené, otevřená diskuse</i>	<i>Skrývané, považované za prchlivé a pro diskusi nevhodné</i>
Vlastní zapojení	<i>Časté a soustavné, zaměřené na řešení</i>	<i>Řídké nebo se projevuje až po poradách</i>

Zdroj: HAYES, N. Psychologie týmové práce

1.9 POSTAVENÍ VŠEOBECNÉ SESTRY VE SPOLEČNOSTI

Každá profese je společností vnímána rozdílně a je jí přiřazována nestejná důležitost a respekt. Obecně lze říci, že zdravotnickým povoláním se dostává velké prestiže. V zásadě však stále té nejvyšší „důležitosti“ se dostává lékaři. Profese všeobecné sestry je povolání rovněž úzce provázané se zdravím společnosti, a tudíž by zákonitě měla být vnímána společností podobně a měla by si vydobýt stejnou, respektive podobnou pozici. Bohužel není tomu tak. Existují velké rozdíly v hierarchii zdravotnického personálu, ale v nemalé míře i ve finančním ohodnocení. Jako by dnešní společnost nevzala v úvahu fakt, že již částečně reformované zdravotnictví přeorganizovalo práci v nemocničních zařízeních, sestram bylo uděleno větší pole působnosti a postavilo tak sestry do partnerského vztahu k lékaři. Dalším nesmírně důležitým argumentem je nárůst stále většího procentuálního zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester. Tudíž by sestry a lékaři měli být považováni za partnery v péči o zdraví společnosti. Pořád jako by v nás však přežívala „modla“ bílého pláště. A je to právě sestra, která tráví s klientem nejvíce času, zná nejlépe jeho potřeby a tužby, jež v mnohých případech následně tlumočí lékaři. (3,41)

Tabulka 3 Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2004-2007

Profese	11/2004		9/2006		6/2007	
	průměr	pořadí	průměr	pořadí	průměr	pořadí
lékař	89,5	1.	90,4	1.	89,8	1.
vědec	80,7	2.	81,2	2.	81,8	2.
učitel na vysoké škole	78,5	3.	77,7	3.	78,2	3.
učitel na základní škole	71,3	4.	71,4	4.	70,7	4.
programátor	66,3	5.	67,8	5.	65,7	5.
projektant	64,1	7.	65,8	6.	65,5	6.
soudce	64,8	6.	65,6	7.	65,0	7.
soukromý zemědělec	59,1	10.	58,4	8.	59,0	8.
starosta	60,1	8.	57,9	10.	57,4	9.
profesionální sportovec	56,1	11.	57,4	11.	55,6	10.
manažer	59,4	9.	58,0	9.	55,4	11.
novinář	54,4	12.	54,7	13.	53,0	12.
policista	47,6	20.	49,5	20.	52,1	13.
truhlář	50,8	16.	53,1	16.	51,4	14.
účetní	53,5	14.	55,9	12.	51,3	15.
majitel malého obchodu	51,2	15.	51,2	17.	50,1	16.
ministr	53,8	13.	54,1	14.	50,0	17.
opravář elektrospotřebičů	50,2	17.	53,7	15.	49,7	18.
soustružník	47,7	19.	51,1	18.	49,0	19.
bankovní úředník	50,2	18.	50,2	19.	48,7	20.
voják z povolání	44,8	22.	46,7	21.	46,4	21.
kněz	46,1	21.	42,6	24.	43,2	22.
prodavač	42,8	24.	44,4	22.	41,5	23.
sekretářka	43,7	23.	44,1	23.	40,5	24.
poslanec	39,9	25.	38,9	25.	36,5	25.
uklízečka	29,4	26.	33,8	26.	29,0	26.

Zdroj: CVVM 2007

V roce 2007 Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR zpracovalo projekt s názvem „Naše společnost – projekt kontinuálního výzkumu veřejného mínění CVVM SOÚ AV ČR“. A jak můžeme sledovat v tabulce č.3 „Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2004-2007“, profese všeobecné sestry tam bohužel uvedena není.(5)

Transformace českého zdravotnictví vyžaduje mezi jiným i radikální změnu image ošetrovatelství. Budování image a prestižního postavení ve společnosti se musí stát jednou z priorit nejen sester, ale také orgánů, které je zastupují ve vládě a na veřejnosti.

1.10 IMAGE VŠEOBECNÉ SESTRY

Vnímání image všeobecné sestry můžeme rozdělit na dvě části - na interní image a externí image.

- **interní image** představuje individuální pohled sestry na sebe samu a na ošetřovatelství jako profesi
- **externí image** je způsob, jakým vnímá všeobecné sestry a ošetřovatelství veřejností, legislativní orgány či masmédiá. (41)

Sestry jsou u nás stále často ještě veřejností vnímány spíše jako pomocník lékaře než rovnocenný partner v týmu, který se podílí ne malou měrou na zdravotním stavu každého jedince. Nezřídka je možné slyšet, i z vlastních řad, názor, že sestry mají pouze plnit ordinace lékaře a vařit kávu. (17)

Vyvstává ovšem otázka, zda je nutné vůbec image všeobecných sester zvyšovat. Existuje několik důvodů proč v této oblasti říci ano.

- je nutné probudit zájem veřejnosti o sesterskou profesi
- je nutné, aby sestry nebyly považovány za pouhé zaměstnance, ale za profesionální pracovnice
- potřebujeme zajistit sestrám partnerské místo v multidisciplinárním týmu
- umožnit sestrám dostat se do rozhodujících funkcí a pozic, kde by mohly ovlivnit nejen svou profesi, ale zdravotnictví jako takové
- musíme odstranit mýty, které existují o sestrách, není možné, aby ošetřovatelství mělo pouze jednu image, protože sestry se nacházejí v různých rolích a v nich jsou také různě vnímány; image, kterou vnímají studentky ošetřovatelství, se liší od představy, kterou mají o ošetřovatelství zástupci pojišťoven nebo orgány okresních úřadů, či pacienti (42)

Image se mění s časem a v každé kultuře je vnímána vlastní image poněkud rozdílněji, i když v současné době vyspělé státy mají takřka sjednocený pohled na ošetřovatelství a na sestry samotné. (28)

Existují dvě navzájem zdánlivě těžko slučitelné image sestry. Na jedné straně je představa sestry obdarované empatií, soucitem, **představa někoho, kdo dává sám sebe**.

Na druhé straně je to image sestry, vzdělané profesionálky, která efektivně ovládá moderní technologii, je řízena ve svém rozhodování rozumem, ne svými emocemi, a na kterou je vždy možné se v její specializaci spolehnout, **představa někoho, kdo vykonává svoji práci s odstupem svého "já"**. (32)

Na poli českého zdravotnictví je zatím stále pouze úzká skupina lidí, která pochopila nezastupitelnost sestry v léčebném procesu. Sestra je v daleko častějším kontaktu s klientem než lékař, bývá tak zasvěcena nejen do zdravotních potíží, ale i do klientových osobních problémů. Právě znalost těchto informací nahrává velice plodné spolupráci nejen s lékaři, ale i s ostatními členy týmu. (1)

V žádném případě si nemyslím, že by vysokoškolsky vzdělané sestry měly a byly schopny nahradit péči lékařskou. Obě profese jsou si sice vzdáleně podobné, ale liší se náplní práce. Nemělo by tudíž docházet k rivalitnímu vztahu mezi pracovníky, ale vztah by měl být partnerský, týmový. Nemělo by nám všem zdravotníkům jít o společný cíl - zdravotní stav a blaho klienta? Jen pokud budeme schopni kooperovat, dát dohromady všechny informace ze všech oblastí, které jsem zjistili o klientovi, budeme schopni svědomitě a kvalitně rozhodnout.

1.11 KONFLIKT NA PRACOVIŠTI

Konflikt vymezujeme jako současné střetávání se dvou protichůdných tendencí. Neznamená ovšem, že pokud mají členové týmu názorovou disharmonii, musí zákonitě vyvstat vyhrocený konflikt. Naopak velmi často se stává, že právě počáteční názorová neshoda, neboli konflikt, je podkladem nových myšlenek a nápadů. Pouze rozpor vede k diskusi, k identifikaci problému a vede k jeho vyřešení.(41)

Bohužel tomu tak není ve všech konfliktních situacích. Jedním z hlavních kritérií konfliktů je jejich trvání. Dlouhodobé konflikty jsou neproduktivní, jsou ukazatelem nezdravých poměrů na pracovišti, nutně vedou ke zhoršení mezilidských vztahů a otravují tím mezilidské klima na oddělení, posléze mohou postihnout i celou nemocnici. Dlouhodobé konflikty jsou současně důkazem špatného managementu, který problémy nedokáže zavčas řešit, ačkoli to je jeden z jeho základních úkolů. (41,18,36)

Dle výše uvedené účelnosti bychom mohli obecně rozdělit konflikty do dvou skupin, a to na konflikt mobilizující a destruktivní.

1.11.1 Mobilizující konflikty

Jsou takové, které mají na pracoviště pozitivní vliv, neboť vedou k rozvoji činnosti a jejímu zkvalitnění. Většinou jde o prosazování nových pracovních metod, reorganizaci pracoviště nebo výběr nových materiálních zdrojů, dodavatelů nebo odbytišť. Různé skupiny mohou mít na „věc“ různá hlediska, a ta se řeší někdy velice rušným jednáním. Jejich pozitivní vyřešení záleží na schopnostech vedoucího manažera, jeho rozhledu, odborných znalostech, vlivu na spolupracovníky a všeobecné důvěře i autoritě. Charakteristikou těchto konfliktů je jejich krátkodobost. Problém je nutno vyřešit pokud možno brzy a žádná strana by neměla odcházet z jednání s pocitem porážky nebo špatného konečného řešení. Jednotlivé názory opozičních stran by samozřejmě měly být v závěrečném řešení alespoň částečně zohledněny. (16,18,41)

1.11.2 Konflikty destruktivní

Jsou naproti tomu negativním projevem ať již jednotlivce, managementu, nebo celého pracoviště. V destruktivní přerůstá i mobilizující konflikt, není-li zavčas a hlavně úspěšně vyřešen. Kazí sociální klima, nevede k řešení problémů a často je jen důsledkem osobních šarvátek jednotlivých osob nebo pracovních skupin. Tato komunikace často nerespektuje žádná pravidla, vše je dobré k pokoření druhého a

domnělé výhře. Úkolem managementu je co nejrychlejší jejich likvidace při použití veškerých dostupných pravomocí, i za cenu dočasné nevýhodnosti pro provoz pracoviště. (16,18,41)

Destruktivní konflikty se řeší mnohem obtížněji než věcné mobilizující konflikty už tím, že k nim vedou nezdravé poměry na oddělení a často i negativní perspektivy. Především to je pracovní nespokojenost zaměstnanců, jejich sociální nejistota, negativní charakterové i odborné vlastnosti managementu, špatné mezilidské vztahy a zejména pocit nespravedlnosti, ať již v posuzování odborných kvalit a zásluh, nebo i jejich ohodnocování. Často přispívají ke vzniku konfliktů konfliktní osobnosti. (18)

Úkolem managementu je především prevence konfliktních zdrojů a situací. Zcela se však nelze konfliktům vyhnout nikdy. K řešení konfliktních situací a k řešení již nastalých destruktivních konfliktů existuje řada doporučení i přístupů, jejichž výběr je jedním z důležitých hodnotících faktorů kvalit manažera, vrchní, staniční sestry. (18)

1.11.3 Možné zdroje konfliktu

Podle J. Koubka zdroje konfliktů mohou převážně spočívat (16)

- ***V osobnosti a sociálním chování jedinců.*** Jde zejména o chronické „potíživce“, kverulanty, nesnášenlivce, osoby se špatným vztahem k ostatním, osoby se sklonem k násilí, nedodržování zákonů a pravidel slušnosti, osoby vnášející na pracoviště cizorodé kulturní návyky obtěžující ostatní, náboženští a političtí agitátoři, moralisté, osoby parazitující na práci jiných, osoby nedbalé, líné, neukázněné atd.
- ***V nedorozumění.*** Příčinou může být špatná komunikace, nedostatečné vysvětlování pracovních úkolů, povinností a pravidel, používání nevhodných forem informování pracovníků, nedostatečná kvalifikace pracovníků, nedostatečná inteligence osoby poskytující informace či instrukce nebo příjemce informace či instrukce apod.

- ***V nedostacích personální práce.*** Příčinou mohou být nedostatky v získávání a výběru pracovníků, nevhodné zařazení pracovníka na pracovní místo, nedostatky při vytváření pracovních úkolů, v hodnocení pracovníků, nedostatky a nejasná pravidla povyšování a odměňování pracovníků, zanedbávání vzdělávání pracovníků, péče o pracovníky atd.
- ***Ve stylu vedení lidí v organizaci.*** Nedostatečně participativní styl s převažujícími direktivními prvky, sklony k byrokracii, nedostatečné respektování lidských práv pracovníků, nedostatečná pozornost vůči jejich zájmům a personálním cílům kastovnictví a sociální přehrady mezi pracovníky a vedením a mezi vedením různých úrovní, nerespektování pracovníků, popř. odborů jako rovnoprávných partnerů, neúměrné rozšiřování povinností pracovníků a oklešťování jejich práv apod.
- ***Ve způsobu formování týmů.*** Při formování týmů se přihlíží spíše k tomu, aby měl tým žádoucí kvalifikační strukturu, ale už málo pozornosti se věnuje charakteristikám osobnosti členů týmu a osobnosti vedoucího týmu.
- ***Ve změnách techniky a technologie, organizace práce a organizačních struktur.*** Změny se provádějí bez ohledu na názory a postoje pracovníků. O záležitostech nejsou s dostatečným předstihem informováni, nikdo se jich neptá na názor a radu. Změny mohou přinést pokles nebo růst kvalifikovanosti práce. Mohou znamenat snižování počtu pracovníků, likvidaci nebo změny dosavadních kolektivů, dislokační změny, změny funkčního a mzdového či platového zařazení atd.
- ***V umístění pracoviště a pracovních podmínkách.*** Umístění pracoviště vyvolává konflikty v souvislosti např. se vzdáleností od skladů pomůcek a materiálu, od útvarů zajišťujících obsluhu, od administrativních budov, závodní jídelny, vrátnice s „píchačkami“ apod. Konflikty vyvolává i to, je-li práce na

dislokovaném pracovišti a přitom vyžaduje intenzivní kontakt se správou organizace, či jiným územně odděleným pracovištěm. Pracovní podmínky silně ovlivňují rozpoložení a náladu člověka, a tedy i výskyt konfliktů.

- ***V příčinách nacházejících se mimo organizaci.*** Jsou to příčiny související s životními podmínkami pracovníka, s jeho současnou životní situací, rodinnými či bytovými problémy, nemocí jeho či jeho blízkých. Ale i s hospodářskou či politickou situací ve společnosti, především s krizí, nezaměstnaností, inflací a dalšími negativními společenskými jevy. Někdy dokonce konflikty, které mají příčinu a vznikají mimo organizaci, mohou vyprovokovat následný konflikt na pracovišti.

1.11.4 Řešení konfliktů na pracovišti

Drobná nedorozumění jsou v pracovním životě běžná a mohou být dokonce v některých případech prospěšná. Nelze ale ignorovat skutečnost, že mnohá z nich mohou přerůst ve velmi vážný problém. Pokud se včas nepřistoupí k řešení konfliktu, dochází často k velmi napjatým vztahům mezi lidmi, kteří mají spolu spolupracovat. Nevyřešení konfliktu pak může působit jako rušivý element a zapříčinit rozpad týmové práce a efektivnosti práce obecně. (18)

Potlačené a včas nevyřešené konflikty na sebe mohou nabalit další a další záležitosti a následně zatáhnout do problému další lidi, kteří s jejich původem neměli nic společného. Schopnost zvládat konflikty je manažerská dovednost, jejíž význam stále vzrůstá. Každá sestra managerka by měla být schopná konflikty rozpoznat a napomoci jejich eliminaci. (18)

Efektivní řešení konfliktu si žádá od všech zúčastněných zvládnutí analytické složky. Nesmírně důležité je porozumění jeho skutečným zdrojům a zvolení přiměřené taktiky vyřešení.

Důležitým opatřením je především preventivní rozmisťování pracovníků dle charakterových a psychologických vlastností, nebo dle jejich vlastního rozhodnutí. V případě kolegiální nevraživosti pak zasáhnout dodatečným přemisťováním či „eliminací“ konfliktních jedinců a skupin. (43)

Řešení této problematiky je obtížné tam, kde zdrojem konfliktů je sám nadřízený, který může konflikty vyvolávat svou přílišnou direktivností až diktátorstvím, špatnými osobními vlastnostmi či neodborností, vlastní agresivitou a nevyrovnaností, přeceňováním sebe a podceňováním ostatních, vnitřní nejistotou, nespravedlivým ohodnocováním a oceňováním jednotlivců i pracovních skupin. (11,43)

Pro zdárné řešení a vyřešení problémů mezi pracovníky na oddělení jsou nesmírně důležité charakterové vlastnosti a komunikační dovednosti sestry managera. (11)

1.11.5 Mezigenerační konflikty na pracovišti

Mezi zvláštní skupinu konfliktů patří konflikty způsobené rozdílným věkem kolegů, resp. jejich neshoda. Tím se rozumí rezervovaný či odmítavý postoj k některým předávaným normám a hodnotám, které si rozdílné věkové skupiny mezi sebou vyměňují.

Spolupráce lidí různých věkových skupin může s sebou přinášet i jisté komplikace, problémy, zvláště pak pokud si navzájem odporují ve svých očekáváních a postojích. Soužití několika věkových kategorií sester na jednom pracovišti však nemusí znamenat, že mezigenerační konflikt je v dohledu. Při sestavování týmu je tedy nesmírně důležité brát v potaz silné a slabé stránky jednotlivých generací a na jejich základě sestavit dobře fungující pracovní tým. (3)

Věkové složení sester ve zdravotnických zařízeních je velmi rozmanité. Od mladé sestry, která nastoupila ihned po ukončení studia, až po sestru „veterána“, která má i šest křížků.

Jednotlivé generace mají však řadu věcí společných a mohou se velmi dobře doplňovat.

Sestry do 34 let věku tvoří první generaci, která poznala, že sen o jistotě zaměstnání je mýtus. Uvědomují si nutnost vzdělávání, které je klíčem k jejich úspěchu, potřebu flexibility, nutnost rozumět technice, dobrou informovanost a zaměření se na každodenní práci. Zdravotnické zařízení by to měla uznat a adekvátně ocenit jejich přínos. **Mladší sestry** mohou vypadat jako někdo, kdo všechno ví, mohou se divit, proč zkušené sestry tráví tolik času vyřizováním administrativních záležitostí. Často se také podivují nad tím, proč se mají věci dělat pořád stejně starým způsobem a proč se nepoužívají nejnovější technologie k zefektivnění práce.(3)

Věková kategorie sester 35 - 44 let má před sebou ještě mnoho let produktivní práce. Pokračuje ve vyhledávání dalšího vzdělávání, které potřebuje k tomu, aby zůstala na vrcholu své profese. Tato věková skupina sester se posunuje na pozice, které znamenají kontrolu, zodpovědnost a vedení. (3)

Věková kategorie sester 45 - 59 let se spoléhá na vyzkoušené, dlouhodobou praxí ověřené způsoby práce. Věří v obětavost, plné nasazení, loajálnost a tvrdou každodenní práci. Změny v ošetrovatelské péči však vnímají často jinak než mladší kolegyně. Bývají skeptické, pokud jde o změny, k jejichž vykonání jsou ve svých organizacích žádány, odmítají tyto změny a nemají často důvěru ve své technické schopnosti. (3)

Sestry nad 60 let nashromáždily za svou pracovní kariéru neocenitelné vědomosti, a proto mohou mladším generacím nabídnout mnoho praktických rad, zkušeností a moudrostí. Často se u nich objevuje stereotyp starších osob, které úporně odmítají změny. I zde se projevuje nedůvěra ve vlastní technické schopnosti. Ale naopak na základě životních a pracovních zkušeností dovedou naslouchat a pomoci při řešení problémů a konfliktních situací. (3)

Student, který přichází na praxe, velmi často vystupuje jako „**Mladší sestry**“, jednak pro svůj věk, ale převážně v pozici, kdy přichází s něčím novým. Demonstruje nové pojetí ošetrovatelství, v němž všeobecná sestra získává studiem na vysoké škole oprávnění k výkonu povolání a kdy je celý styl práce zmodernizován a přetransformován. To ovšem může být eventuelně zdrojem studentových konfliktů a potíží. Student by měl přicházet na oddělení se zdravým sebevědomím, pokorou a

s chutí zapojit se do týmu, naučit se novým věcem a neměl by být chápán jako „ten druhý“.

1.11.6 Stresory na pracovišti

Nejčastěji se projevují v psychicky náročných profesích, mimo jiné i ve zdravotnickém povolání. Vlivem dlouhodobého psychického zatížení v průběhu pracovního procesu se zhoršuje pracovní výkonnost, především se objevují poruchy vnímání a koncentrace pozornosti, zpomaluje se motorická činnost, procesy myšlení a rozhodování, oslabuje se paměť. Dochází k pracovním úrazům, nehodám a k chybnému rozhodování i ke konfliktům na pracovišti.(22,7)

Dle Davidsona mezi nejčastější zdroje navozující stres na pracovišti patří tyto situace(7):

- Pracovní přetížení, přesčasy
- Interpersonální vztahy v organizaci
- Přílišná úspěchanost
- Rozvoj profesní kariéry
- Změna postavení v zaměstnání
- Změna odpovědnosti v zaměstnání
- Propouštění zaměstnanců
- Nerovnoměrné finanční ohodnocení
- „Burn out“ syndrom

1.11.7 Zásady při řešení konfliktu

V případě, že vyvstane na pracovišti nějaký problém, měli bychom se držet určitých zásad, které nám napomohou v jeho rychlém odstranění. Doporučují se následující zásady: (18)

- Získat informace o zdrojích konfliktu.
- Vyjasnění postavení, ve kterém se nacházejí všechny zúčastněné strany.
- Vzít v úvahu existenci konfliktu
- Objektivní postup při řešení.
- Možnosti kooperativního přístupu.
- Během komunikace oddělit informace od emocionálních stavů.
- Hledání řešení místo hledání viníka.
- Návrh přijatelného řešení pro dosažení společného zájmu a společného cíle.

1.11.8 Předsudky

Další neméně závažnou problematikou bránící harmonické práci na oddělení mohou být společenské předsudky, které představují formu „agrese“ systematicky zaměřenou proti členům určité etnické nebo kulturní skupiny, osob zastávajících určitou funkci, gendrové předsudky, věkové apod.(12)

Předsudek je fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu, projevující se bez ohledu na jeho individualitu nebo povahu. Člověk, který má předsudky, nezvažuje při posuzování druhých žádná další alternativní vysvětlení. Výsledek jeho interpersonálního hodnocení je dopředu již přeurčen.(12)

Vlastní předsudky pak mohou být pozitivní či negativní. Záleží z jakého pohledu posuzujeme danou osobu, resp. jaký postoj vůči ní zaujímáme, aniž bychom zjišťovali podrobnosti.(12)

1.12 VÝZNAM KOMUNIKACE V PRÁCI ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Jednou z nejdůležitějších základních podmínek pro dobře vyvíjející se pracovní kooperaci, potažmo týmovou práci je komunikace. Na tomto bazálním prvku je závislé jak zajištění kvalitní péče o klienty, tak i harmonická práce uvnitř týmu. Kvalita

poskytování ošetrovatelské péče je podmíněna nejen materiálním a technickým vybavením oddělení, ale také profesionálním přístupem celého zdravotnického týmu ke klientovi.(41)

Prostřednictvím komunikace získáváme a podáváme informace klientovi, dokážeme povzbuzovat, ovlivňovat, motivovat apod. Rovněž ovšem dokážeme, resp. musíme dokázat, s její pomocí řešit problémy, konflikty, sdílet radosti či starosti s ostatními lidmi, apod. Potřeba komunikace patří mezi jednu z nejdůležitějších potřeb člověka, podobně jako jíst, spát, či se realizovat.(41,43)

Komunikace však může být narušena situačním tlakem, rozdílným názorem nebo pohledem, či neochotou respektovat pravidla, která by měla komunikaci, nejen ve zdravotnických zařízeních, řídit.(41)

Mocný nástroj komunikace zasahuje do všech pracovních oblastí sestry. Jen těžko si lze představit sestru, která by bez jakéhokoliv náznaku „dorozumění“ byla schopna realizovat ošetrovatelský proces, vykonávat intervence, pečovat o klienta a fungovat v týmu jako jeho právoplatný člen.

1.12.1 Historické vlivy komunikace ve zdravotnictví

Přirozenou lidskou potřebou, starou jako lidstvo samo, je péče o nemocného člověka. Organizované ošetrovatelství má však historii kratší. Začíná s příchodem křesťanství, kdy se jednotlivé křesťanské ošetrovatelské řády staraly o potřebné osoby především ve špitálech zakládaných při klášterech. K opatrovnické službě ve špitálech se postupně dostávaly i osoby civilní, různí sluhové a služky. Jejich práce byla velmi obtížná, většinou i nedostatečně odměňovaná. Často ji vykonávali lidé vydědění společností, trestanci, prostitutky. (32)

Po dlouhý čas byla sestra chápána jen jako podřízený subjekt lékaře. Péče o „blaho“ klienta byla historicky většinou spojována s něčím méně důležitým než vlastní „lékařská“ péče. Tento aspekt byl, a doposud bohužel ještě někde je, vnímán jako daleko důležitější a nadřazenější.(41)

Dalším neméně důležitým faktorem je ovšem stále i gender. Muž má ve společnosti tradičně dominantnější postavení než žena. (3)

Vezmeme-li v úvahu všechny tyto faktory, není divu, že změna zaběhnutého stavu vyžaduje čas, velkou dávku citu, taktu a nesmírnou trpělivost.(41)

1.12.2 Komunikace je když...

Obecně lze pojem komunikace definovat jako dorozumívání, sdělování informací vzájemně mezi jednotlivci nebo skupinami.(43)

V psychologii je komunikace popisována především jako přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé. (41)

Komunikační proces bohužel někdy chápeme jako proces jednostranný. Jsme zaujati tím, co říkáme, jak to říkáme, jaká slova bychom měli zvolit, abychom nejlépe sdělili to, co chceme sdělit. Zapomínáme ale, že na druhém konci našeho poselství je někdo „druhý“, bytost, jedinečná osobnost s vlastními zájmy a cíli, která nemusí být zrovna „naladěna“ na naše vlny. Stává se potom, že z prvotního záměru komunikovat, něco sdělit, vyvstane problém, konflikt, který velmi znesnadní následující pokus „se dorozumět“. Kola interaktivního procesu jsou náhle zastavena a jen s velkými obtížemi dojde k jejich znovu roztočení.(43)

1.12.3 Nejzákladnější zásady efektivní komunikace

Předmět rozhovoru musí být smysluplný. Oba komunikátoři by měli mít co nabídnout, mluvit jasně a srozumitelně, v komunikaci používat terminologii, které rozumějí obě strany, vyjadřovat se objektivně, stručně a výstižně. (41)

Aby nedošlo k nedorozumění, je velmi důležité správně formulovat myšlenky dříve, než jsou vysloveny a vnímat jak neverbální, tak verbální zpětnou vazbu. Ta se v počáteční fázi komunikace neprojevuje navenek. Postupně se ale na základě emocí, znalostí a zkušeností z předešlých debat začne vytvářet odezva. (41)

Posluchač může na naši snahu o komunikaci reagovat mnoha způsoby. Mezi ty nejčastější a nejzákladnější reakce patří *apatie a nezájem, které vznikají, jestliže diskuse*

vyvolává nepříjemný pocit. Tento stav je někdy interpretován hovořícím velice negativně a může jej dráždit. (41)

Další reakcí může být *kritický duch*. Kritické vstupy do konverzace mohou ohrozit nejen konverzaci, ale hlavně pozdější interpersonální vztahy. Kritizované výroky nebo myšlenky, přesvědčení nebo chování musí hovořící osoba obhajovat, čímž se polarizuje vztah k naslouchajícímu na vyhraněný, antagonistický stav soudce / obhájce. (41)

Rozhovor můžeme *utlumit* či *oživit na základě kladení otázek*. Otázky, které komunikaci podporují, nejsou kritické, neohrožují žádným způsobem hovořícího a prohlubují přesné vnímání předmětu, o kterém se hovoří. (41)

Na druhé straně *parafrázování* dává možnost tomu, kdo hovoří, objasnit naslouchajícímu nejasnou, nebo nesprávně pochopenou myšlenku. (41)

1.12.4 Styly komunikace v konfliktních situacích

Následující čtyři rámcové formy komunikace představují esenciální typy jednání v případě konfliktní situace, která může vyvstat. Komunikátoři se k nim uchylují v závislosti na ohrožení pocitu vlastního já. (29)

Styl komunikace usmiřující za každou cenu(29)

- **Slova:** souhlasná, omluvná, přejícná, nic nevyžadující.
- **Hlas:** tichý, plačtivý, opatrný, stísněný.
- **Vystupování:** spíše opatrné a tiché až bázlivé, beroucí ohledy.
- **Tělo:** ramena vysunutá dopředu, skoro bez dýchání.
- **Vlastní prožívání:** komunikace převážně ve smířlivém tónu, pocit bezmocnosti. Pokouší se cítit užitečně tím, že pro druhé něco udělá. Strach z chyb nebo z toho jít někomu na nervy. Hledání viny v sobě a strach před silnými emocemi.

Styl komunikace obviňující (29)

- **Slova:** nesouhlasná, žádající, diktátorská, urážlivá, obviňující, odmítavá, slova, která přerušují druhého.
- **Hlas:** hlasitý, tvrdý, pevný.
- **Vystupování:** takového člověka je třeba si představit s káravě vztyčeným prstem, mírně nakloněného dopředu.
- **Tělo:** snaží se dominantně zvětšit svou velikost, dýchání probíhá malými, krátkými nádechy a výdechy nebo zadržovaně.
- **Vlastní prožívání:** v popředí se nachází netrpělivé přání pocítit uznání svého názoru a sebe samého. Čím více zloby, tím větší potřeba. Cítí se nevyšlyšen, ukřivděn, bezcenný, neúspěšný, osamocený a prožívá hlubokou bolest. Zároveň má strach z poznání svých slabin.
- **Časté zobecňování:** každý, všichni, vždy, nikdy, nikdo, pokaždé. Používání záporných otázek: Proč nic neděláte?

Styl komunikace chladně racionální (29)

- **Slova:** rozumná, vysvětlující, odůvodňující, ospravedlňující; jde o to, zda je to správné nebo špatné.
- **Hlas:** často monotónní.
- **Vystupování:** působí otažitě, emocionálně pragmaticky.
- **Tělo:** nehybné, strnulé.
- **Vlastní prožívání:** strach z rozrušení a pocitů a s tím spojený strach ze ztráty kontroly a vydání se na pospas.

Styl komunikace pozornost odvádějící (29)

- **Slova:** bez spojitosti, laškovná, vyhýbavá, častá změna tématu a akcentu, vyhýbání se všemu konkrétnímu, iritující.
- **Hlas:** Typické jsou projevy histriónské, při prvním poslechu žertovné.
- **Vystupování:** působí nekoncentrovaně, roztržitě.
- **Tělo:** ukazující do všech směrů, barevné, nápadné, zajímavý vzhled.

- **Vlastní prožívání:** touha po kontaktu a zároveň velký strach z tohoto kontaktu, prožívání pocitu samoty, strach z pocitů, ztráta orientace.
- **Cíl:** odvést pozornost druhého.

Komunikace je široký pojem. Pokud bychom ho velmi zúžili, jedná se o výměnu informací, sdílení našich myšlenek a pocitů s ostatními lidmi. Pokud chceme být v komunikaci úspěšní, záleží do značné míry na našich schopnostech, technikách a dovednostech komunikovat.

1.12.5 Asertivita

Efektivní, přímá komunikace a neetická komunikace spolu svádějí nelítostné boje v celých dějinách lidstva. Příčiny manipulativní komunikace spočívají v pohnutkách citových a materiálních. Důsledky mohou být různé deformace v osobní i pracovní atmosféře. (27)

Asertivita pomáhá lidem bránit se podobným manipulacím. Umožňuje prosadit se, požádat o vyšší plat, o náročnější práci, o povýšení, učí odmítnout nadměrné požadavky zaměstnavatelů. Pomáhá nám lépe vyjít s podřízenými i nadřízenými a s kolegy, kterým jste dosud nedokázali odmítnout. Je to komplexní systém získávání sociálních dovedností. Přispívá i ke zlepšení vztahů k sobě samému. Asertivita i proto nejvíc vyhovuje lidem, kteří nemají potřebu s druhými manipulovat a získávat svůj komfort na úkor jiných. (27)

Jednat asertivně znamená

- Uvědomit si své jednání, nést za něj odpovědnost a mít ho pod kontrolou
- Rozhodnout se, co chci v dané situaci získat
- Naslouchat druhým, vnímat a chápat jejich pocity, potřeby a postoje
- Hledat a nalézat vzájemně přijatelná řešení. (25)

Základem asertivního jednání je:

- Jasná formulace cílů
- Otevřená , nezákladná a přímá komunikace
- Schopnost ukázat, že chápete pohled na věc, kterou zastává druhá strana
- Schopnost neustupovat v podstatných věcech a jednat pružně tam, kde je to vhodné. (25)

Každý člověk má právo:

- Být respektován
- Vyjádřit své názory a pocity
- Být vyslechnut a brán vážně
- Stanovit si vlastní priority
- Odmítnout, aniž by se cítil vinen
- Požadovat, co potřebuje
- Požadovat od odborníků informace
- Dopustit se chyby. (25)

Asertivní jednání je vhodné a užitečné v následujících situacích:

- Při zvládání konfliktů
- Při jednání
- Při vedení a motivování lidí
- Při poskytování a přijímání zpětné vazby
- Při spolupráci
- Při vystupování na poradách. (25)

Vycházet se všemi ostatními spolupracovníky na oddělení je pro studenta mnohdy nelehký úkol. Student je často vnímán jako přítěž a ne jako budoucí kolega, a to jak ze strany sesterského personálu, tak i ze strany lékařů. Někdy se stává, že studentovi pro „klid“ na oddělení není umožněno, aby si mohl „vyzkoušet“ neobvyklé

úkony, výkony v praxi. Nechtěl bych paušalizovat všechna pracoviště, ale bohužel se to stává . (4)

Někteří z lékařů, se kterými přicházejí studenti na praxi do styku, raději požádají zkušenou sestru než posluchače např. k asistenci. Myslím si, že většinou konají tak nevědomky, spíše ve jménu „blaha“ klienta, aby výkon byl co nejrychleji hotov. Opomíjejí tím ale fakt, že každý se kdysi něčemu učil a že jen opětovná praxe dělá mistry svého oboru.

Studenti by měli být chápáni jako budoucí kolegové a s tím by k nim mělo být přistupováno. Na straně lékařů a sester stojí nelehký úkol, obrnit se trpělivostí při zapojování studenta do týmu. Na studentovi pak je, aby zapojil svůj veškerý um v oblasti nejen komunikace a prosadil se tím na „poli zdravotnictví“.

2. CÍL PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY

2.1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je zjištění vnímání (percepce) lékařů z pohledu studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích na základě absolvování odborné praxe.

Dílčí cíle práce se zaměřují na teoretická východiska – teorie osobnosti, osobnosti všeobecné sestry, význam praktického zaměření studentů ZSF JU, sociální vnímání, sociální kognice, sociální motivace, vztahu lékař sestra a student, význam týmové práce v profesi zdravotnického personálu, postavení sestry ve společnosti, image všeobecné sestry, konflikty na pracovišti významem komunikace v práci zdravotnického personálu.

Dalším dílčím cílem je zjistit spolupráci lékařů a studentů v rámci ošetrovatelského týmu během plnění odborné praxe

2.2 HYPOTÉZY

- H1: Studenti mají dobrou zkušenost ve spolupráci s lékaři na odděleních
Nemocnice České Budějovice
- H2: Studenti vnímají během odborné práce své zapojování do týmu jako komplexní
- H3: Studenti mají předsudky k lékařům
- H4: S rostoucím věkem studentů klesá frekvence předsudků vůči lékařům

3. METODIKY

3.1 METODICKÝ POSTUP

V rámci empirické části práce byl proveden terénní sběr dat za pomoci dotazníku, ve kterém byla použita technika sémantického diferenciálu dle Osgooda. Dotazník byl distribuován studentům Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity na základě záměrného výběru. Výběr byl zaměřen na druhý a třetí ročník bakalářského studijního programu, dále první a druhý ročník navazujícího magisterského programu. Dotazník je uveden v příloze č.I. Distribuce dotazníku probíhala tištěnou i elektronickou formou.

K výstavbě elektronického dotazníku byl použit programovací jazyk PHP. Pro zjednodušení jsem vyloučil možnost databázového ukládání dat na server za pomoci např. MySQL databáze a zvolil cestu zasílání vyplněných dotazníků na můj email za asistence aplikace PHPMailer, který je distribuován v open source licenci. (26)

Ke sběru dat byla použita technika *sémantického diferenciálu*. Tato technika byla vyvinuta v roce 1956 Osgoodem, Sucim a Tannenbaumem (8).

Sémantický diferenciál je účinným nástrojem pro zjištění toho, jaké stereotypní představy mají lidé o příslušnících jiných sociálních skupin; tedy nástrojem, kterým se měří dimenze předsudků, postojů které máme (8).

Respondent byl požádán, aby popsal svůj názor na lékaře, jak ho vnímá během své praxe na oddělení, a to na škále s lichým počtem stupnic (v mém výzkumu byla použita modifikovaná verze pěti stupnic) (8)., které byly sestaveny bipolárními adjektivy (38). například hodný – zlý.

Pro doplnění širšího pohledu byl sémantický diferenciál doplněn o dotazníkovou část, která obsahovala celkem deset otázek, z toho sedm otázek uzavřených a tři otázky polootevřené. První čtyři otázky zjišťovaly identifikační údaje o respondentovi, věk, pohlaví, studovaný obor a ročník

Guilford popsal šest možných chyb u sémantického diferenciálu:

1. „*Haló efekt*“: Posuzovatel má tendence hodnotit různé vlastnosti osobnosti na základě globálního dojmu. Na základě jedné dominující vlastnosti se přisuzuje posuzované osobě řada dalších vlastností. Například člověka působícího sympaticky hodnotíme jako inteligentního, charakterního (38).
2. *Logická chyba*: Další tendencí posuzovatele je hodnotit povahové vlastnosti tak, jak se mu to jeví logické. Jde o „haló efekt“ ve zobecněné podobě, bez vztahu k jednotlivým osobám (38).
3. *Chyba centrální tendence*: Respondenti mají tendenci vyhýbat se extrémním hodnocením a svá posouzení umísťují blíže středu stupnice. Chyba se zvětšuje, pokud respondent nezná dobře posuzovanou osobu, nebo má posuzovat méně zřejmé vlastnosti (38).
4. *Chyba kontrastu*: Posuzovatelé mají tendenci přisuzovat posuzovaným jedincům opačné vlastnosti, než mají sami. Existuje také opačná tendence, kdy posuzovatel hodnotí druhé osoby podobně jako sebe sama (38).
5. *Chyba blízkosti*: Hodnoty, které jsou označené na prostorově nebo časově blízkých škálách, mají k sobě blíže než posouzení na vzdálenějších škálách. Proto by škály, které posuzují podobné charakteristiky, neměly následovat za sebou (38).
6. *Chyba shovívavosti*: Někteří respondenti mají sklon hodnotit všechny posuzované osoby ve všech znacích spíš příznivě. Opakem je chyba přísnosti, kdy jsou hodnocení (38).

K prezentování výsledků z dotazníků byl použit graf skupinový (pruhový a sloupcový) a graf výsečový, vytvořený za pomoci softwarového produktu MS Office

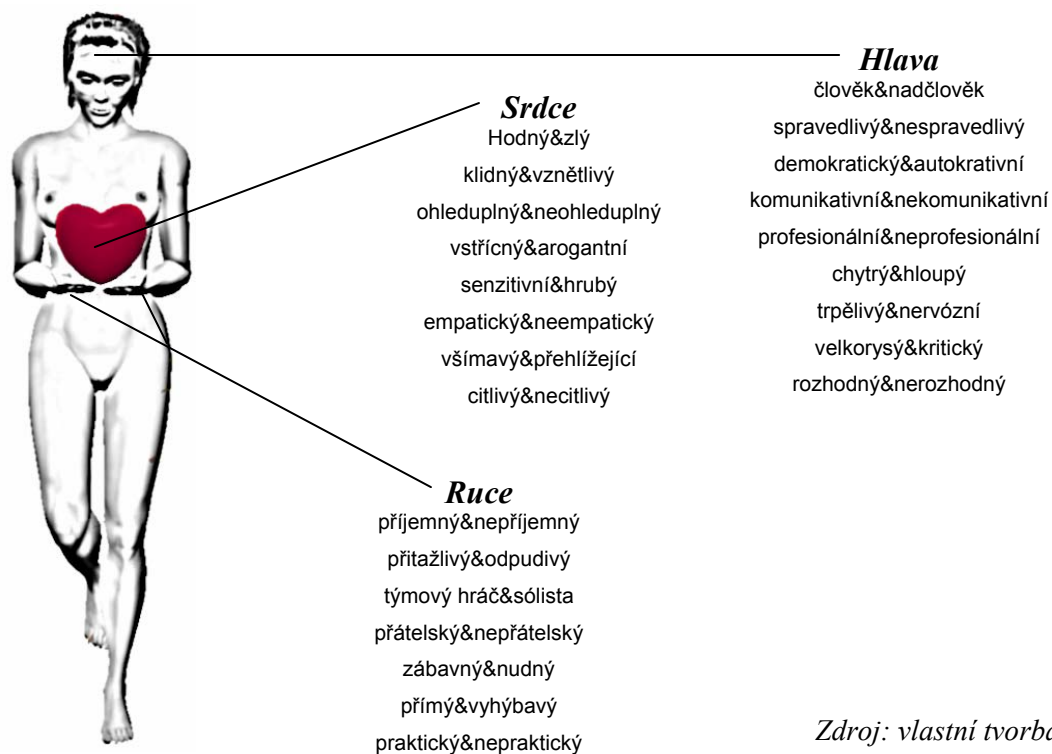
Excel. Jednotlivý ročník je pak zastoupen stejnou barvou. Hodnoty jsou uvedeny jednak v procentuálním zastoupení odpovědí, ale i v reálných číslech.

K vytvoření kontingenční tabulky a frekvenční statistiky byl použit statistický program SPSS.

Výsledky sémantického diferenciálu byly vypočteny pomocí váženého průměru za jednotlivé ročníky a komplexně za všechny respondenty. Výsledky jsou, pro lepší znázornění, prezentovány grafy spojnicovými, vytvořenými za pomoci softwarového produktu společnosti Corel, programovou aplikací CorelDRAW 12.

Pro statistické porovnání výsledků sémantického diferenciálu byly všechny „charakterové vlastnosti“ rozděleny do tří skupin, dle podobných charakterových vlastností, obrázek 2. (15). V jednotlivých skupinách byly vypočteny vážené průměry jednotlivého studenta. Výsledky pak byly statisticky vyhodnoceny statistickou metodou Chi-square. Vyhodnocovány byly názory na „vnímání“ jednotlivých studentů s ohledem na ročník a obor, věk a jednotlivé skupiny charakterových vlastností. Rovněž byl použit statistický program SPSS.

Obrázek 2 rozdělení charakterových vlastností



3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazovaní studenti byli posluchači druhého a třetího ročníku denního bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra a studenti prvního a druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu Ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Posluchači prvního ročníku oboru Všeobecná sestry byli ze zkoumaného vzorku vyloučeni, pro dosavadní nízkou anotaci hodin odborné praxe.

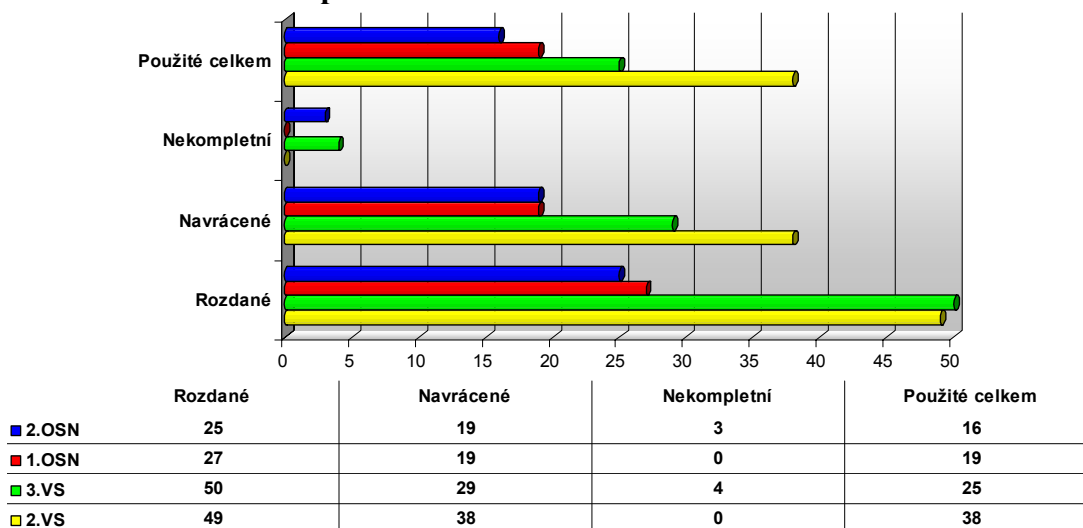
Posluchačům druhého (dále jen 2VS) a třetího (dále jen 3VS) ročníku oboru Všeobecná sestra a studentům prvního ročníku Ošetrovatelství (dále jen 1OSN), byl dotazník se sémantickým diferencíálem, distribuován v tištěné formě. Studenti druhého ročníku Ošetrovatelství (dále jen 2OSN), byli osloveni na společnou elektronickou poštu, kde byli požádáni o vyplnění identického dotazníku, ale v elektronické podobě přístupného na internetovém portálu.

Celkem bylo rozdáno sto dvacet šest kusů dotazníků v tištěné formě. Navraceno bylo celkem osmdesát šest dotazníků (68%) Z toho počtu byly nekorektně vyplněny čtyři dotazníky (3%). Celkem bylo použito osmdesát dva dotazníků z celkového počtu navracených dotazníků v tištěné formě (65%).

Elektronickou formou bylo osloveno celkem dvacet pět studentů. Elektronický dotazník vyplnilo devatenáct (76%) posluchačů. Z tohoto počtu byly neúplně vyplněny tři dotazníky (12%). Celkem bylo použito šestnáct dotazníků (64%) v elektronické podobě.

Celkem bylo rozdáno, či „rozesláno“ sto jednapadesát dotazníků. Z tohoto počtu bylo navraceno sto pět dotazníků (70%), z tohoto počtu bylo vyloučeno sedm (5%) dotazníků pro nekorektnost vyplnění. Použitelná návratnost činila devadesát osm (65%) dotazníků. Graf 1a dává přehled o rozdaných a zpracovaných dotaznících v absolutních číslech.

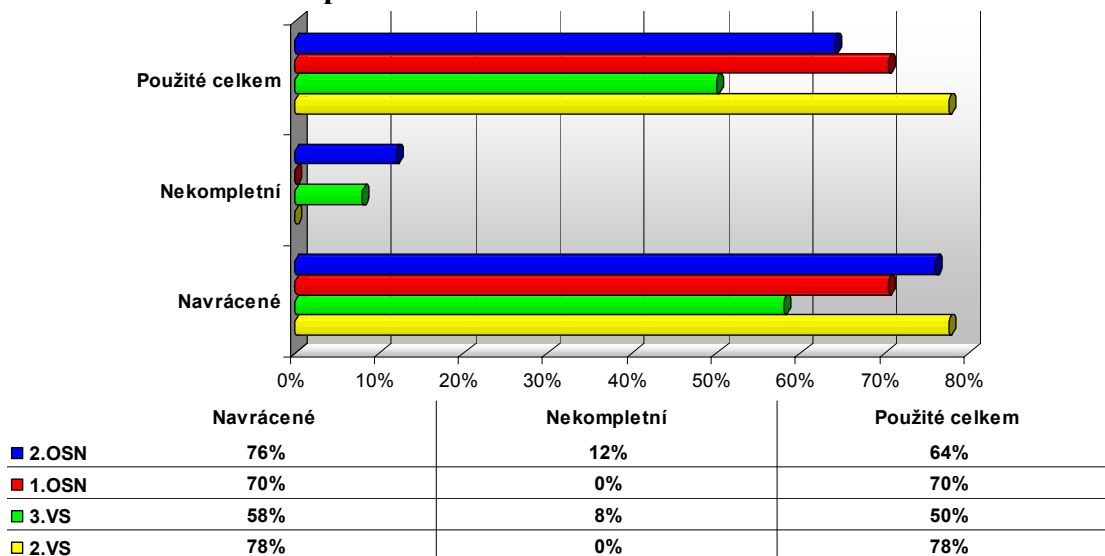
Graf 1a Přehled o počtu dotazníků v absolutních číslech



Zdroj: vlastní výzkum

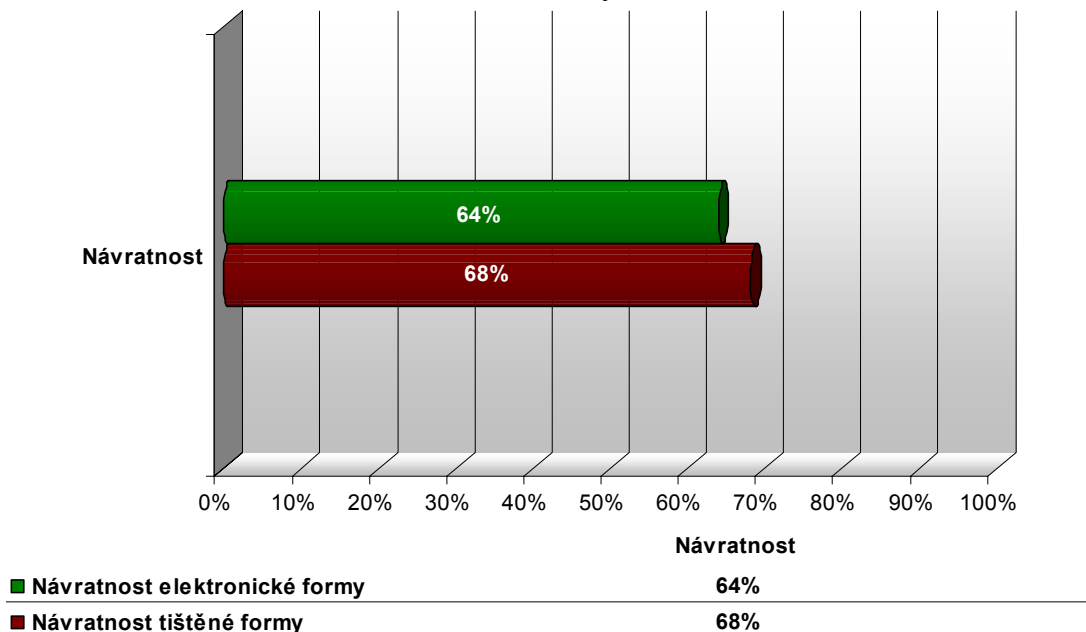
Graf 1b ukazuje procentuální přehled o rozdaných a zpracovaných dotaznících.

Graf 1b Přehled o počtu dotazníků v %



Zdroj: vlastní výzkum

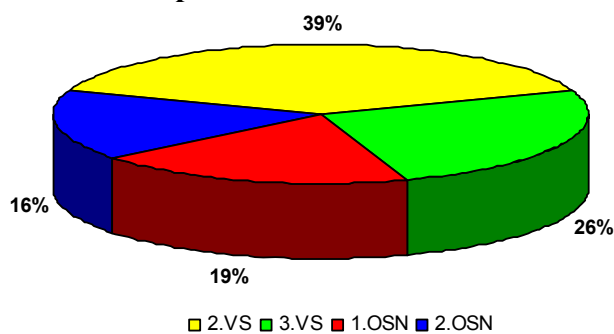
Graf 1c **Přehled % návratnosti dle formy distribuce dotazníku**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1c ilustruje % rozdíly v návratnosti mezi elektronickým a tištěným dotazníkem bez ohledu na korektnost vyplnění. Ze všech dotazníků v tištěné formě činila návratnost 68%. Elektronickou formu vyplnilo 64% oslovených studentů.

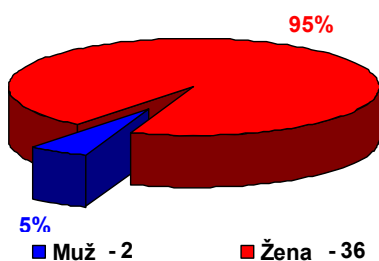
Graf 1d **Přehled % zastoupení všech ročníků ve zkoumaném vzorku**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů je 39%(38) studentů 2VS, 26%(25) posluchačů 3VS, 19%(19). Z oboru Ošetřovatelství jsou studenti zastoupeni 19%(19) studentů 1OSN a 16%(16) posluchačů 2OSN.(graf 1d)

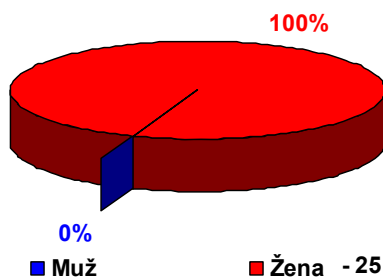
Graf 2a Zastoupení pohlaví ve 2.VS



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu použitých dotazníků ve druhém ročníku oboru Všeobecná sestra bylo 95% (36) žen a 5% (2) mužů.(graf 2a)

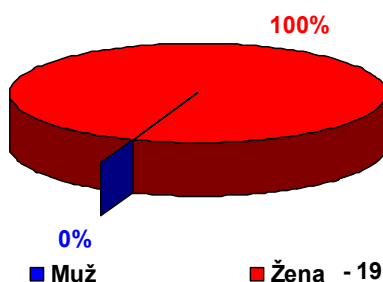
Graf 2b Zastoupení pohlaví ve 3.VS



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu použitých dotazníků ve třetím ročníku oboru Všeobecná sestra bylo 100% (25) žen a 0% (0) mužů. (graf 2b)

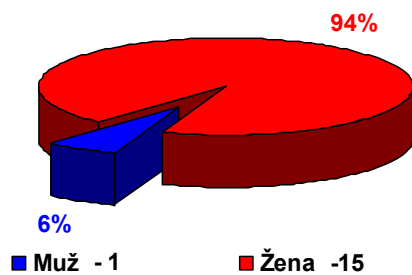
Graf 2c Zastoupení pohlaví ve 1.OSN



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu použitých dotazníků ve prvním ročníku oboru Ošetřovatelství bylo 100% (19) žen a 0% (0) mužů. (graf 2c)

Graf 2d Zastoupení pohlaví ve 2.OSN



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu použitých dotazníků ve druhém ročníku oboru Ošetřovatelství bylo 100% (15) žen a 6% (1) mužů. (graf 2d)

Tabulka 4 zastoupení pohlaví ve zkoumaném vzorku

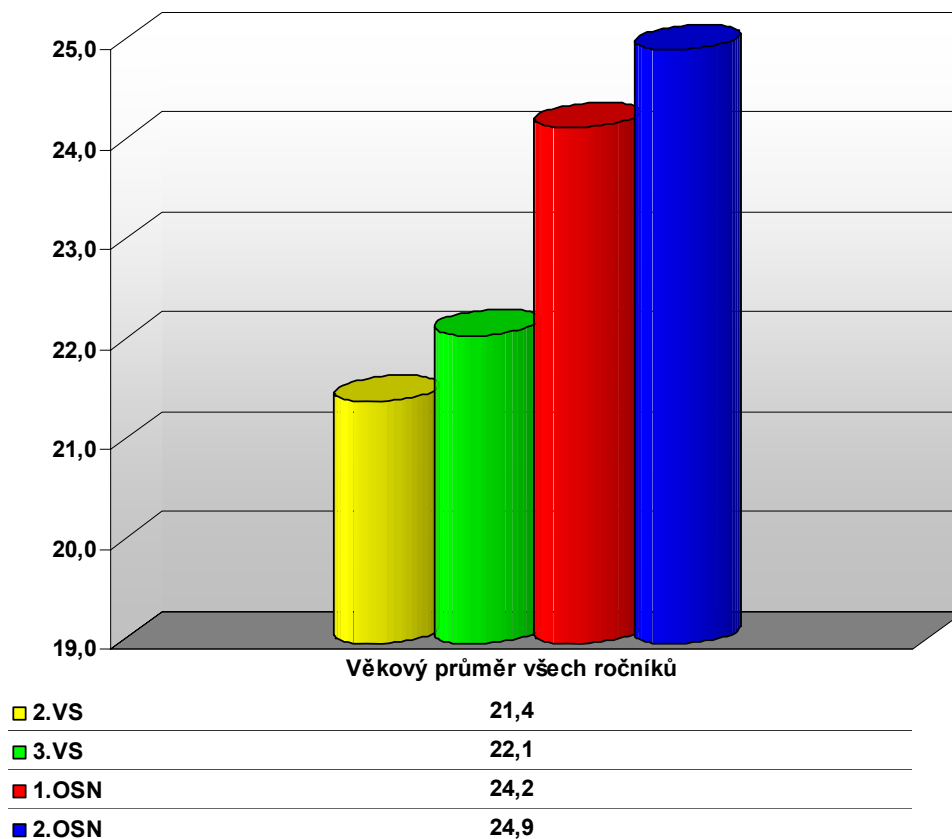
Pohlaví * Ročník * Obor Crosstabulation

Count			Ročník			Total
Obor	Pohlaví		První	Druhý	Třetí	
Bakalářský	Pohlaví	Muž		2	0	2
		Žena		36	25	61
	Total			38	25	63
Magisterský	Pohlaví	Muž	0	1		1
		Žena	19	15		34
	Total		19	16		35

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka dává kompletní přehled o zastoupení pohlaví v souvislosti na studovaný obor i ročník.

Graf 3 **Věkový průměr respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje věkový průměr respondentů. Ve druhém ročníku Všeobecná sestra činil průměr 21,4 let, ve třetím ročníku totožného oboru 22,1 let. V prvním ročníku byl u respondentů oboru Ošetřovatelství průměrný věk 24,2 let a ve druhém ročníku stejného oboru pak 24,9 let.

Tabulka 5 věkové rozložení ve zkoumaném souboru

věk * student Crosstabulation

Count		student				Total
		2.VS	3.VS	1.OSN	2.OSN	
věk	20,00	8	0	0	0	8
	21,00	21	6	0	0	27
	22,00	4	15	5	0	24
	23,00	0	1	11	1	13
	24,00	2	2	2	8	14
	25,00	1	1	0	4	6
	26,00	2	0	0	1	3
	27,00	0	0	0	1	1
	31,00	0	0	0	1	1
	48,00	0	0	1	0	1
Total		38	25	19	16	98

Zdroj: vlastní výzkum

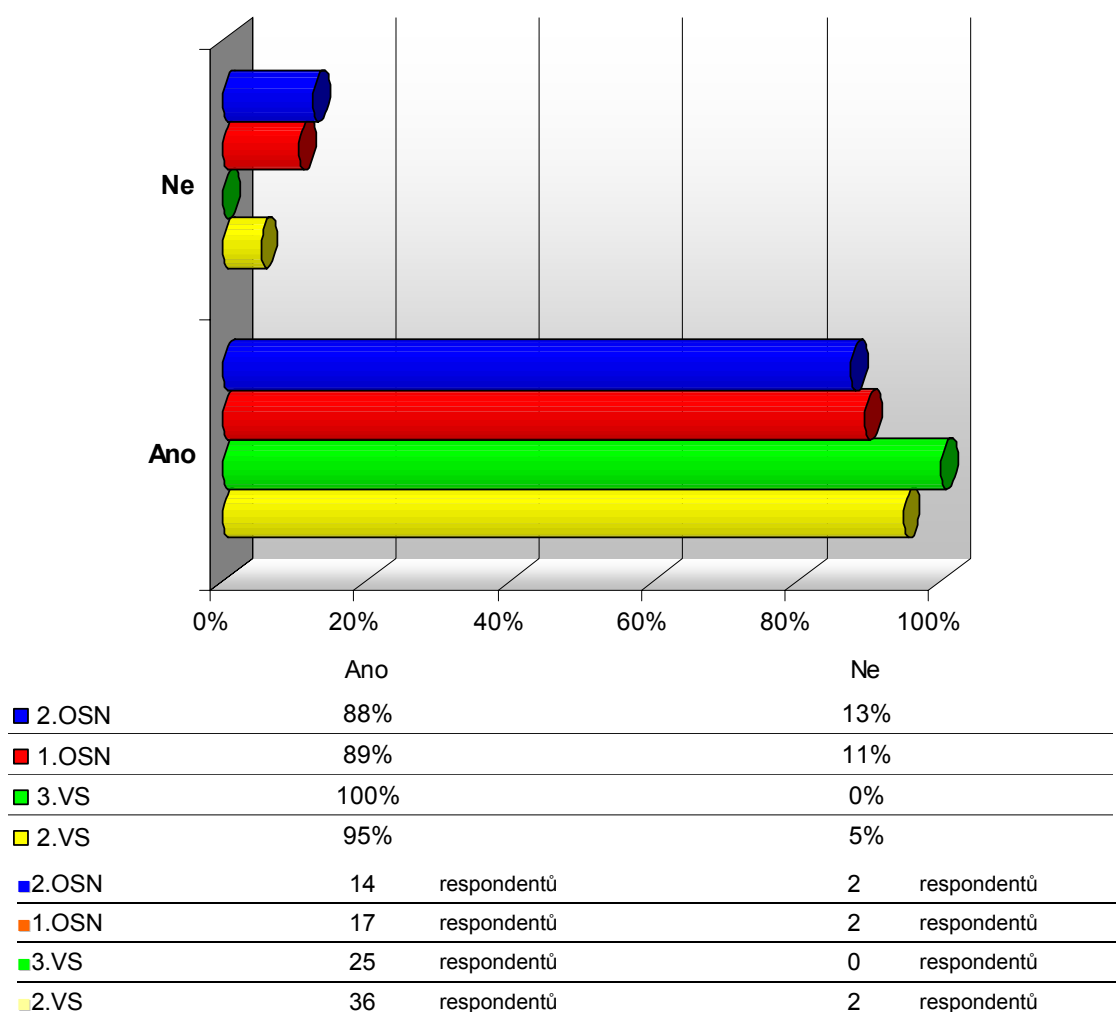
Tabulka 5 dává absolutní přehled o věkovém rozložení jednotlivých respondentů dle studovaného ročníku i oboru.

4. VÝSLEDKY

V kapitole 4.1 jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření u respondentů. Kapitola 4.2 je zaměřena na prezentaci výsledků sémantického diferenciálu. Kapitola 4.3 sleduje statistické porovnání výsledků sémantického diferenciálu.

4.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Graf 4 Středoškolské zdravotnické vzdělání u respondentů

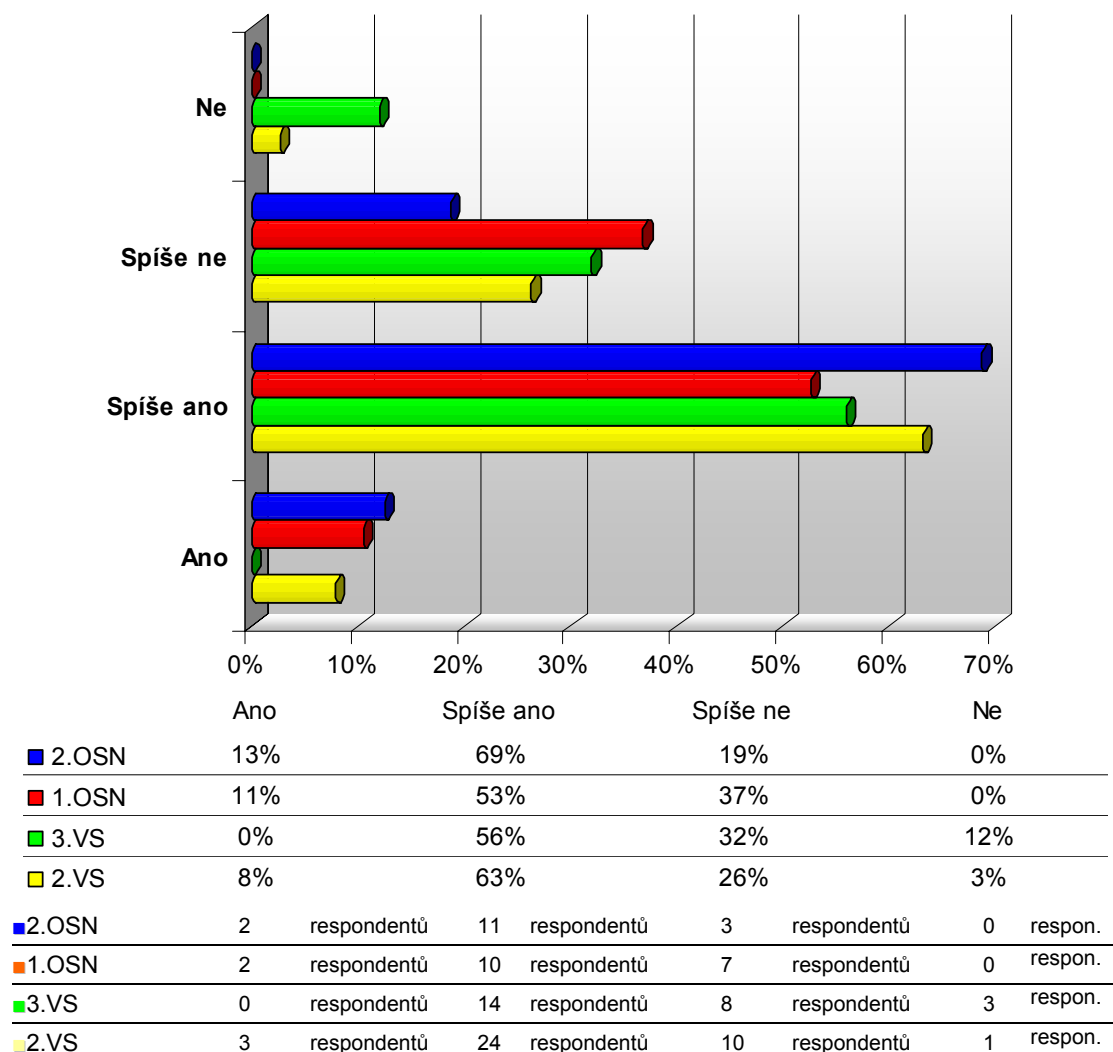


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 ilustruje kolik respondentů má ukončení zdravotnické středoškolské vzdělání. Celkem 95% (36) studentů 2.VS má ukončené středoškolské zdravotnické

vzdělání a všichni (25) studenti 3.VS. Posluchači 1.OSN mají ukončené středoškolské zdravotnické vzdělání ve 89% (17) a posluchači 2.OSN v 88% (14)

Graf 5 Dobré vztahy mezi studenty a lékaři během odborné praxe dle studovaných ročníků a oboru

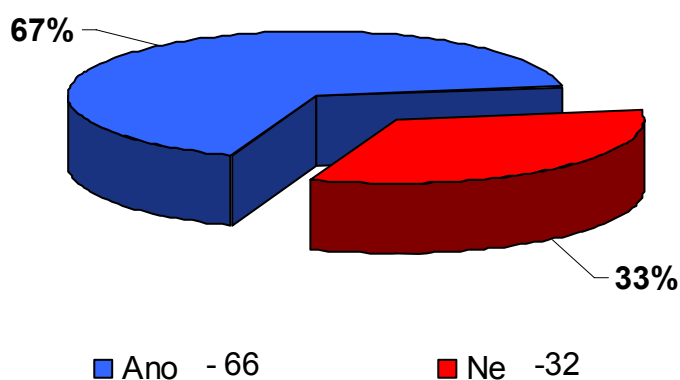


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 ukazuje názor studentů, zda panují dobré vztahy na pracovišti, během odborné praxe, mezi studenty a lékaři. odpověď *Ano* zvolilo 8% (3) posluchačů 2.VS, 11% (2) studentů 1.OSN a 13% (2) respondentů 2.OSN. *Spíše ano* je přesvědčeno 63% (24) studentů 2.VS, 56% (14) posluchačů 3.VS, 53% (10) respondentů 1.OSN a 69%

(11) tazatelů z 2.OSN. Variantu *Spíše ne* zvolilo 26% (10) studentů 2.VS, 32% (8) posluchačů 3.VS, 37% (7) tazatelů 1.OSN a 19% (3) respondentů 2.OSN.

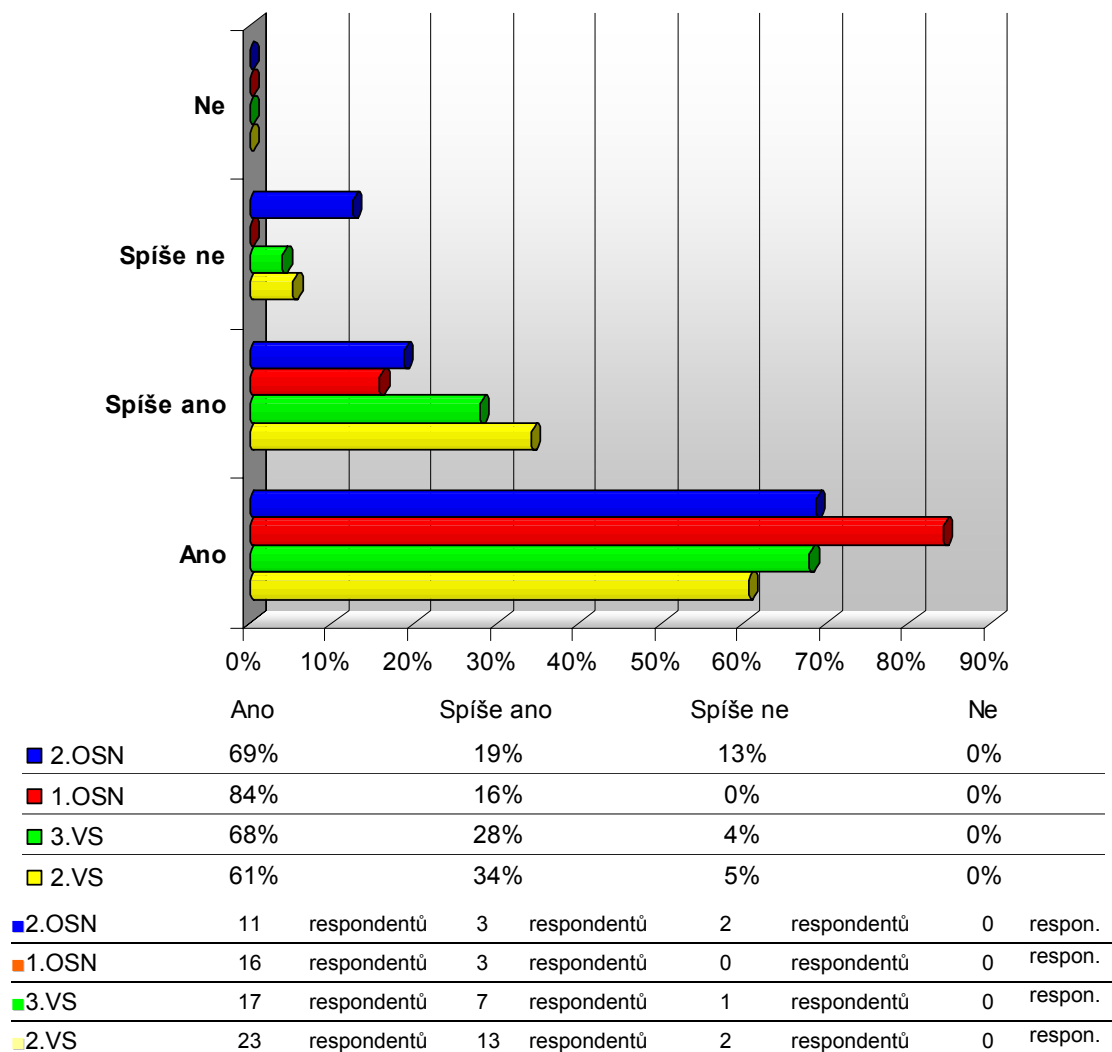
Graf 5a Zastoupení kladných a záporných odpovědí na existenci dobrých vztahů mezi studenty a lékaři během odborné praxe



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5a ilustruje názor studentů na existenci dobrých vztahů mezi lékaři a studenty během odborné praxe po sečtení všech „kladných odpovědí (varianta *ano, spíše ano*)“, v grafu zastoupená odpovědí Ano a „negativních odpovědí (varianty *ne, spíše ne*). Všichni respondenti zvolili „kladnou“ odpověď v 67% (66).

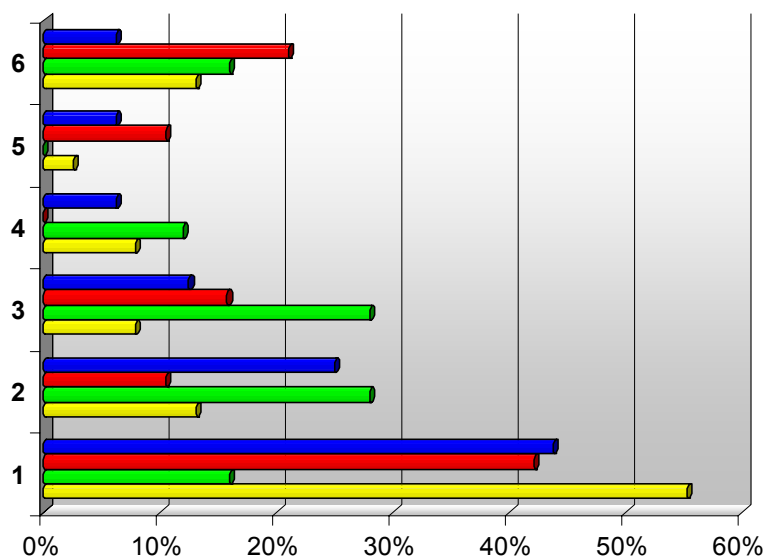
Graf 6 Důležitost dobrých vztahů mezi studenty a lékaři během odborné praxe dle studovaných ročníků a oboru



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 ilustruje názor studentů na důležitost vztahů mezi lékaři a studenty během odborné praxe. O důležitosti dobrých vztahů mezi studenty a lékaři během odborné praxe je přesvědčeno 61% (23) studentů 2.VS, 68% (17) posluchačů 3.VS, 84% (16) tazatelů 1.OSN a 69% (11) respondentů 2.OSN. O nutnosti *Spíše ano* smýšlí 34% (13) respondentů 2.VS, 28% (7) studentů 3.VS, 16% (3) posluchačů 1.OSN a 19% (3) tazatelů 2.OSN. Odpovědní variantu *Spíše ne* zvolilo 5% (2) respondentů 2.VS, 4% (1) posluchačů 3.VS a 13% studentů 2.OSN.

Graf 7 Reakce lékaře na studentovu chybu během odborné praxe



	1	2	3	4	5	6
■ 2.OSN	44%	25%	13%	6%	6%	6%
■ 1.OSN	42%	11%	16%	0%	11%	21%
■ 3.VS	16%	28%	28%	12%	0%	16%
■ 2.VS	55%	13%	8%	8%	3%	13%
■ 2.OSN Počet respondentů	7	4	2	1	1	1
■ 1.OSN Počet respondentů	8	2	3	0	2	4
■ 3.VS Počet respondentů	4	7	7	3	0	4
■ 2.VS Počet respondentů	21	5	3	3	1	5

Zdroj: vlastní výzkum

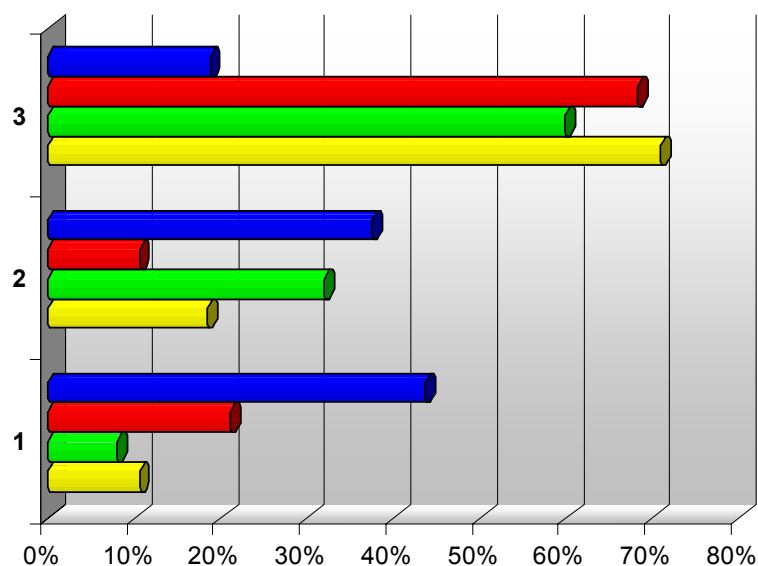
- 6 jinak jak (prosím specifikujte)
- 5 chybu přejde, ale oznámí ji mentorce, vrchní sestře, staniční sestře
- 4 chybu přejde
- 3 vytkne nevybíravým způsobem, urážkami
- 2 pouze vytkne
- 1 vytkne a poradí správný postup

Graf 7 ukazuje zkušenosti studentů z odborné praxe v případě, že udělali chybu během interakce s lékařem. Lékař *chybu vytknul a naznačil správný postup (odpověď č. 1)* v 55%(21) u studentů 2.VS, v 16% u posluchačů 3.VS, ve 42% (8) u respondentů

1.OSN a ve 44% (7). Lékař *chybu pouze vytknul – (odpověď č. 2)* 13% (5) posluchačů 2.VS, 28% (7) studentů 3.VS, 11% (2) respondentů 1.OSN a v 25%(4) posluchačů 2.OSN. Lékař *chybu vytknul nevybíravým způsobem, urážkami – (odpověď č. 3)* 8% (3) posluchačů 2.VS, 28% (7) studentů 3.VS, 16% (3) respondentů 1.OSN a 13%(2) studentů 2.OSN. V 8%(3) u studentů 2.VS lékař *chybu přešel – (odpověď č. 4)* u posluchačů 3.VS pak ve 12%(3) a v 6% (1) u respondentů 2.OSN. V 3% (1) lékař *chybu přešel, ale oznámil ji mentorce, vrchní či staniční sestře – (odpověď č. 5)* u studentů 2.VS ve 3% (1), u respondentů 1.OSN v 11% (2) a v 6% (1) u posluchačů 2.OSN. Lékař *zareagoval jinak – (odpověď č.6)* ve 13% (5) u studentů 2.VS, v 16% (4) u respondentů 3.VS, ve 21%(4) u posluchačů 1.OSN a v 6%(1) u studentů 2.OSN.

V poslední odpovědi měli respondenti možnost blíže specifikovat svoji odpověď. Tuto možnost využilo 14 studentů (příloha č.II). Všechny odpovědi na základě nejčastější společné charakteristiky, lze shrnout do dvou kategorií: studenti udávají, a) že během odborné praxe nepřijdou do styku s lékaři b) že se s podobnou situací nesetkali.

Graf 8 Vnímání studentů svého statusu během odborné praxe



	1	2	3
■ 2.OSN	44%	38%	19%
■ 1.OSN	21%	11%	68%
■ 3.VS	8%	32%	60%
■ 2.VS	11%	18%	71%
■ 2.OSN	7 respondentů	6 respondentů	3 respondentů
■ 1.OSN	4 respondentů	2 respondentů	13 respondentů
■ 3.VS	2 respondentů	8 respondentů	15 respondentů
■ 2.VS	4 respondentů	7 respondentů	27 respondentů

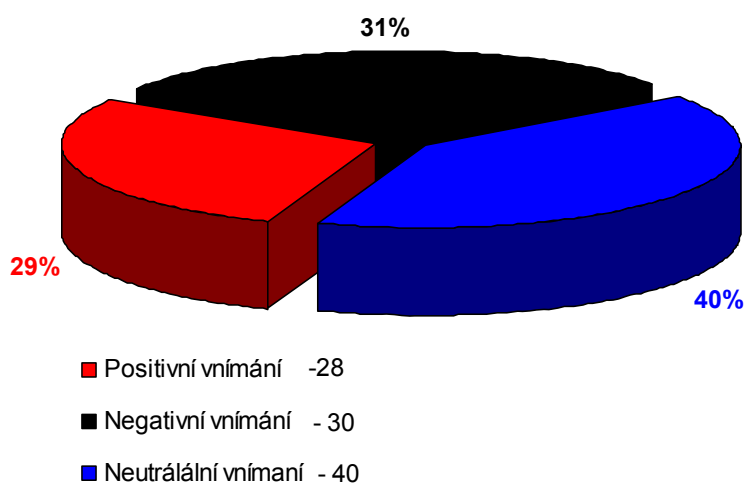
Zdroj: vlastní výzkum

- 3 jinak, jak (prosím specifikujte)
- 2 jako někdo, kdo překáží
- 1 právoplatný člen týmu

Graf 8 deklaruje názory studentů na vnímání jejich statusu během odborné praxe. Vnímalo svého statusu, jako *právoplatný člen týmu*, vybralo 11% (4) studentů 2.VS, 8% (2) posluchači 3.VS, 21% (4) respondentů 1.OSN a 44%(7) posluchačů 2.OSN. Sebe jako *někoho, kdo překáží* vnímá 18% (7) posluchačů 2.VS, 32% (8) studentů 3.VS, 11% (2) respondentů 1.OSN a 38% (6) studentů 2.OSN. V možnosti odpovědi *jinak* měli studenti možnost specifikovat svoji odpověď. Celkem této možnosti využilo 58 respondentů (příloha č.III). Po analýze specifik odpovědí, lze

odpovědi rozdělit na dva tábory. Na studenty, kteří vnímají svoji pozici na oddělení neutrálně, nelze pevně určit polaritu, pozitivnímu (48%) a na posluchače, kteří jsou spíše negativního vnímání (52%).

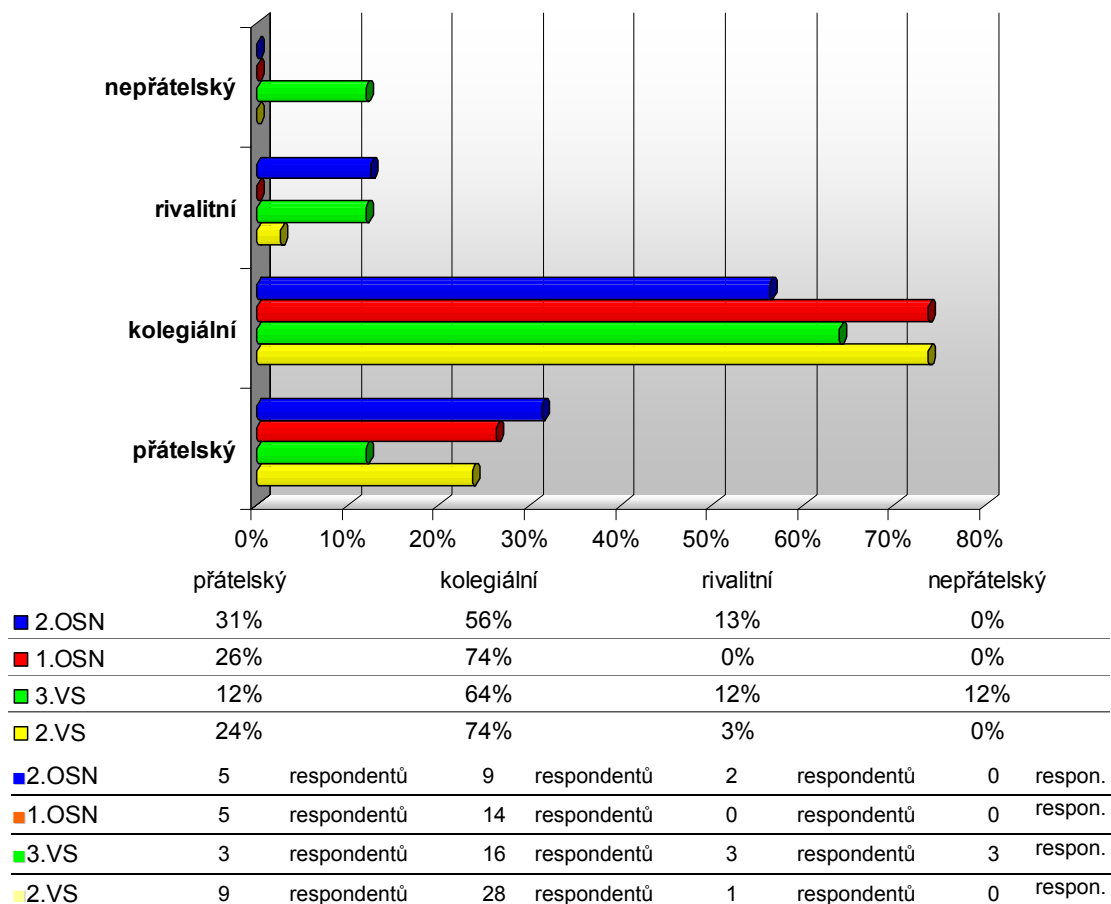
Graf 8a Celková pohled na vnímání studentů svého statusu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8a ukazuje celkové vnímání statusu všech respondentů, bez ohledu na studovaný obor, či ročník, během odborné praxe. Všechny odpovědi, včetně specifikovaných, lze shrnout do základních tří skupin. Ti, kteří vnímají svůj status neutrálně 40% (40), studenti, kteří vnímají svoji pozici pozitivně 29%(28) a posluchači, kteří jsou spíše antagonistického názoru 31% (30).

Graf 9 Vnímání přístupu lékařů k ostatním zdravotnickým pracovníkům



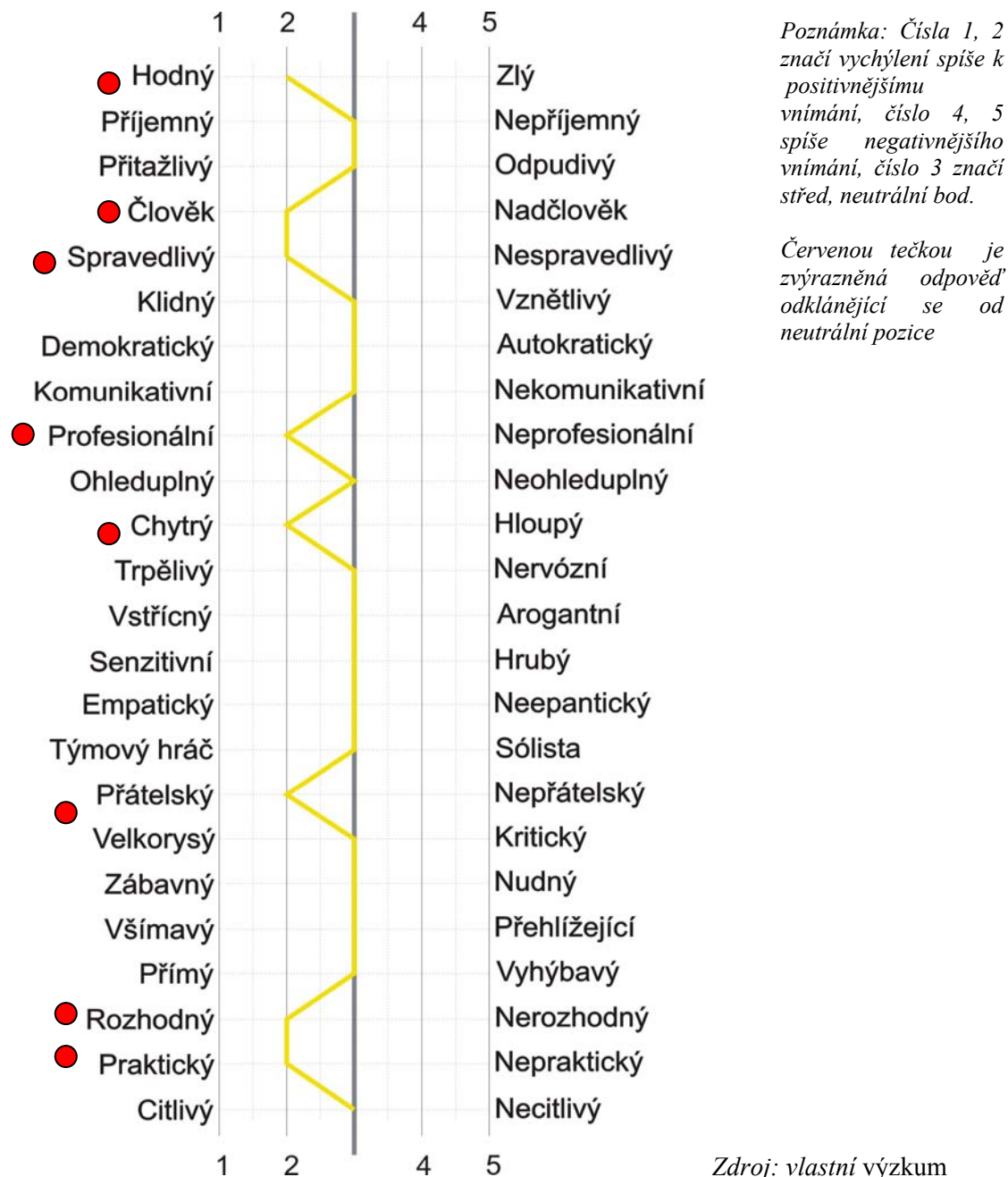
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 ilustruje názory respondentů k přístupu lékařů k ostatním zdravotnickým pracovníkům. Za *přátelské* vztahy považuje 24%(9) respondentů 2.VS, 12% (3) studentů 3.VS, 26% (5) posluchačů 1.OSN a 31% (5) studentů 2.OSN. O *kolegiálním* vztahu je přesvědčeno 74% (28) studentů 2.VS, 64% (16) posluchačů 2.VS, 74% (14) respondentů 1.OSN a 56% (9) studentů 2.OSN. *Rivalitní* vztah vnímá 3% (1) posluchačů 2.VS, 12% (3) respondenti 3.VS a 13% (2) studentů 2.OSN. Jako na *nepřátelské* nahlíží 12% (3) posluchačů 3.VS.

Studenti měli prostor k vyjádření svých podnětů, týkajících se vnímání lékaře na odborné praxi. Všechny odpovědi jsou uveřejněny v příloze č.IV.

4.2 VÝSLEDKY SÉMANTICKÉHO DIFERENCIÁLU

graf 10 Výsledky Sémantického diferenciálu 2.VS - (vážený průměr všech studentů zaokrouhlen na celá čísla)



Po vyhodnocení váženého průměru ve všech oblastech (graf 10), studenti 2.VS vnímají lékaře na odborné praxi *spíše* jako „hodného, člověka, profesionála, spravedlivého, chytrého, přátelského, rozhodného a praktického.“

Graf 11 Výsledky Sémantického diferenciálu 3.VS - (vážený průměr zaokrouhlen na celá čísla)



Poznámka: Čísla 1, 2 značí vychýlení spíše k pozitivnějšímu vnímání, číslo 4, 5 spíše negativnějšího vnímání číslo 3 značí střed, neutrální bod.

Červenou tečkou je zvýrazněná odpověď odklánějící se od neutrální pozice

Zdroj: vlastní výzkum

Studenti 3.VS, jak ilustruje graf 11, vnímají lékaře na odborné praxi spíše jako „kritického, přehlížejíciho, rozhodného profesionála“

Graf 12 Výsledky Sémantického diferenciálu 1.OSN - (vážený průměr

zaokrouhlen na celá čísla)



Poznámka: Čísla 1, 2 značí vychýlení spíše k pozitivnějšímu vnímání, číslo 4, 5 spíše negativnějšího vnímání číslo 3 značí střed, neutrální bod.

Červenou tečkou je zvýrazněná odpověď odklánějící se od neutrální pozice

Zdroj: vlastní výzkum

U respondentů 1.OSN je pojem lékař vnímán spíše jako „hodný, komunikující, chytrý, přímý, praktický, profesionál.“ (graf 12)

Graf 13 Výsledky Sémantického diferenciálu 2.OSN - (vážený průměr

zaokrouhlen na celá čísla)



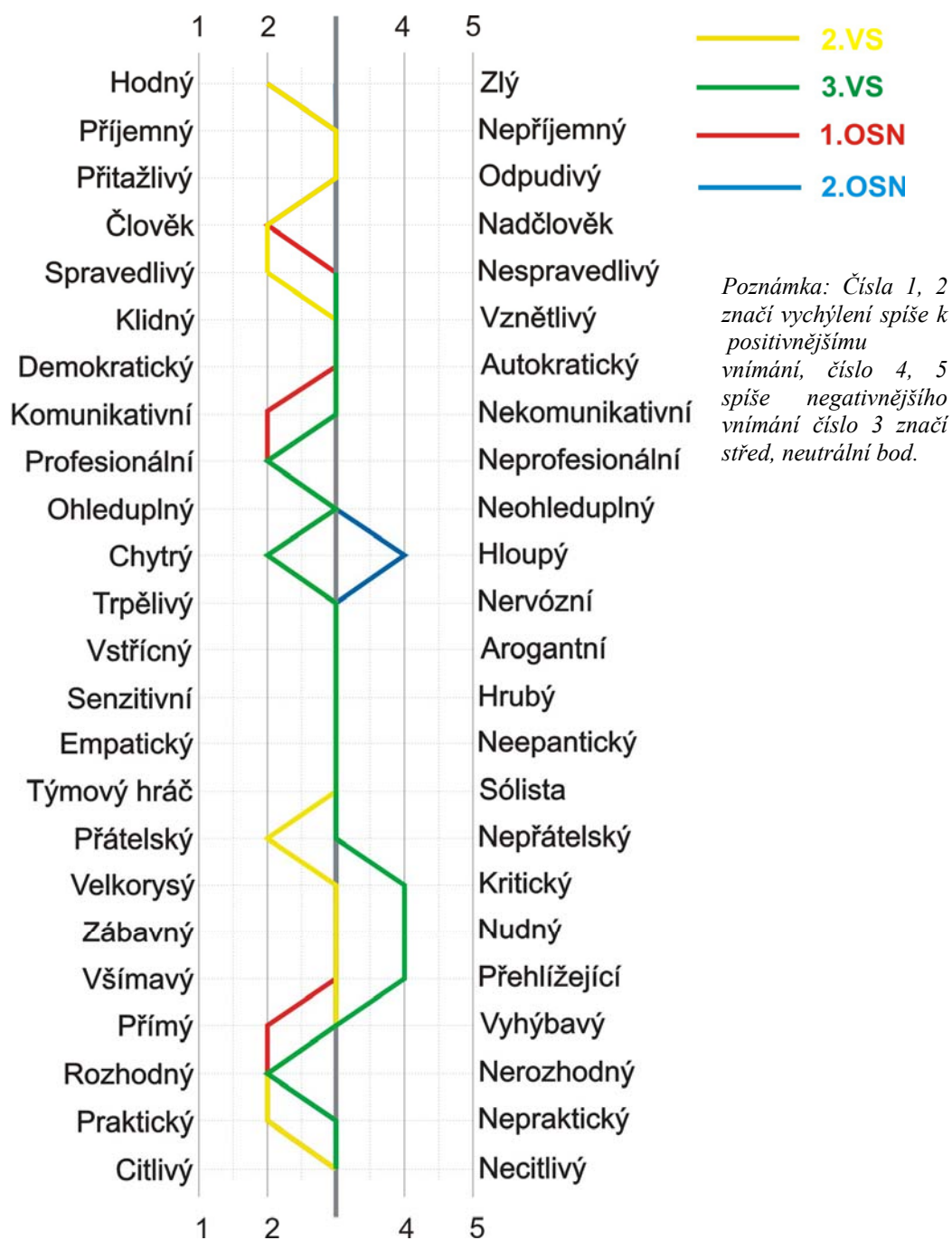
Poznámka: Čísla 1, 2 značí vychýlení spíše k pozitivnějšímu vnímání, číslo 4, 5 spíše negativnějšího vnímání číslo 3 značí střed, neutrální bod.

Červenou tečkou je zvýrazněná odpověď odklánějící se od neutrální pozice

Zdroj: vlastní výzkum

Jak ukazuje graf 13, posluchači 2.OSN, vnímají lékaře na odborné praxi spíše jako „hloupého, rozhodného profesionála“.

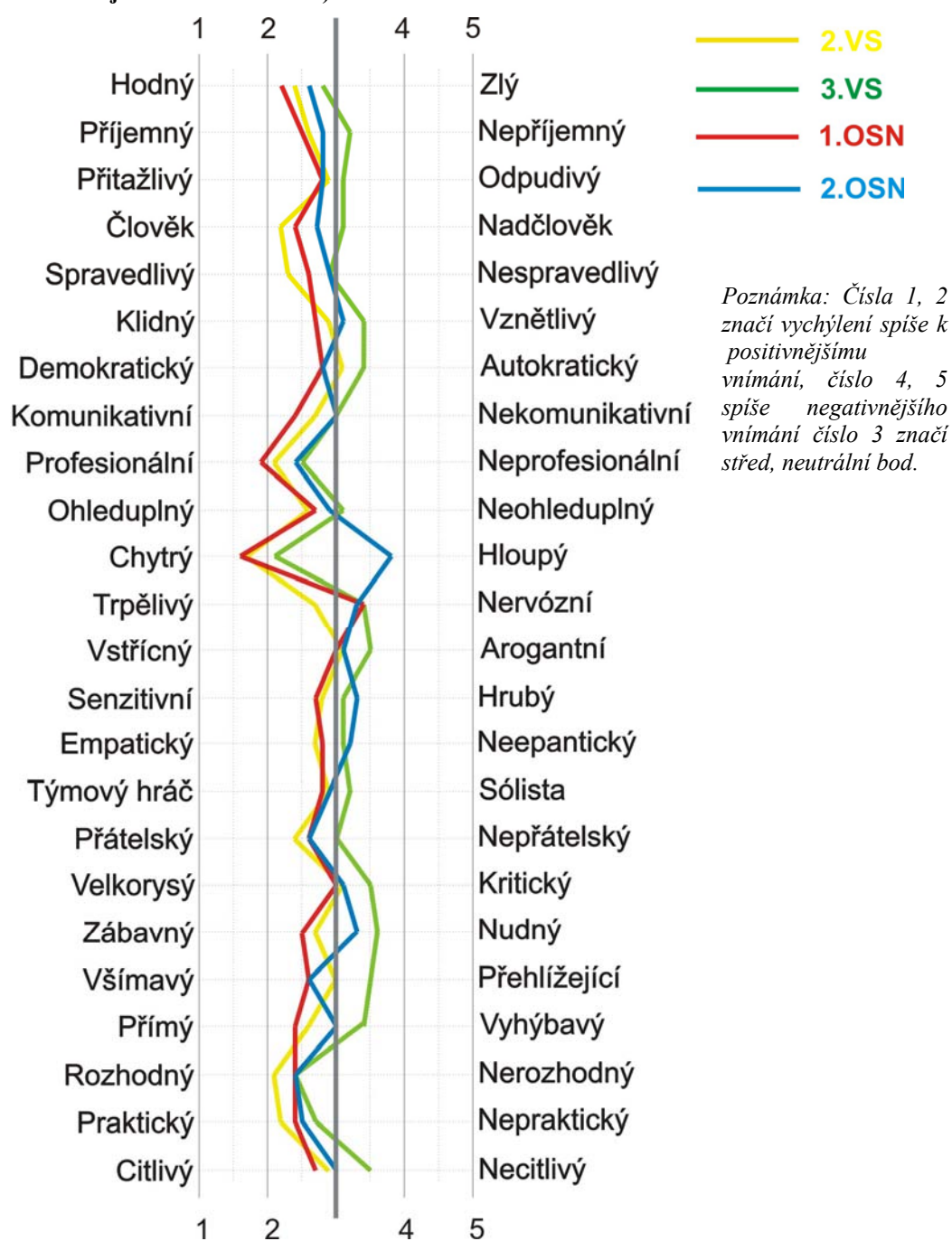
Graf 14 Porovnání výsledků sémantického diferenciálu u všech respondentů - (vážený průměr zaokrouhlen na celá čísla)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 dává přehled o srovnání vnímání lékařů na odborné praxi, v komplexním pohledu dle zvolených kvót, kde vážený průměr odpovědí je zaokrouhlen na celá čísla.

Graf 15 Kompletní přehled výsledků sémantického diferenciálu - (vážený průměr zaokrouhlen na jedno desetinné číslo)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 dává přehled o srovnání vnímání lékařů na odborné praxi u všech respondentů, kde vážený průměr odpovědí, pro lepší ilustraci, je zaokrouhlen na jedno desetinné číslo.

Graf 16 Porovnání výsledků odpovědí sémantického diferenciálu u všech respondentů - (vážený průměr zaokrouhlen na celá čísla)



Poznámka: Čísla 1, 2 značí vychýlení spíše k pozitivnějšímu vnímání, číslo 4, 5 spíše negativnějšího vnímání číslo 3 značí střed, neutrální bod.

Červenou tečkou je zvýrazněná odpověď odklánějící se od neutrální pozice

Zdroj: vlastní výzkum

Posluchači ZSF JU (graf 16), po zprůměrnování všech odpovědí, vnímají lékaře na odborné praxi *spíše jako hodného, chytrého, praktického, rozhodného profesionálu.*“

Graf 17 Porovnání výsledků Sémantického diferenciálu u všech respondentů

- (vážený průměr zaokrouhlen na jedno desetinné číslo)



Poznámka: Číslo 1, 2 značí vychýlení spíše k pozitivnějšímu vnímání, číslo 4, 5 spíše negativnějšího vnímání číslo 3 značí střed, neutrální bod.

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17 dává přehled o vnímání lékařů studenty ZSF JU během odborné praxe. Pro lepší ilustraci, je zaokrouhlen na jedno desetinné číslo.

Tabulka 6 odklon od středových hodnot v sémantickém diferenciálu, vyjádřená v %

HODNÝ	57%	6%	ZLÝ
PŘÍJEMNÝ	35%	16%	NEPŘÍJEMNÝ
PŘITAŽLIVÝ	20%	11%	ODPUDIVÝ
ČLOVĚK	49%	28%	NADČLOVĚK
SPRAVEDLIVÝ	41%	8%	NESPRAVEDLIVÝ
KLIDNÝ	28%	31%	VZNĚTLIVÝ
DEMOKRATICKÝ	23%	30%	AUTOKRATICKÝ
KOMUNIKATIVNÍ	46%	29%	NEKOMUNIKATIVNÍ
PROFESIONÁLNÍ	62%	7%	NEPROFESIONÁLNÍ
OHLEDUPLNÝ	35%	17%	NEOHLEDUPLNÝ
CHYTRÝ	63%	12%	HLOUPÝ
TRPĚLIVÝ	21%	3%	NERVÓZNÍ
VSTRÍCNÝ	26%	37%	AROGANTNÍ
SENZITIVNÍ	20%	14%	HRUBÝ
EMPATICKÝ	28%	21%	NEEMPATICKÝ
TÝMOVÝ HRÁČ	30%	27%	SÓLISTA
PŘÁTELSKÝ	41%	10%	NEPŘÁTELSKÝ
VELKORYSÝ	12%	24%	KRITICKÝ
ZÁBAVNÝ	27%	19%	NUDNÝ
VŠÍMAVÝ	28%	30%	PŘEHLÍŽEJÍCÍ
PŘÍMÝ	29%	22%	VYHÝBAVÝ
ROZHODNÝ	64%	8%	NEROZHODNÝ
PRAKTICKÝ	60%	9%	NEPRAKTICKÝ
CITLIVÝ	21%	18%	NECITLIVÝ

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6 kvantitativně ilustruje názory všech studentů na vnímání lékaře během odborné praxe, které vybočovaly od střední, neutrální pozice. Sečteny byly odpovědi jak v pozitivní, tak i negativní polaritě. Zvýrazněny byly procentuální

hodnoty, které v jednotlivých oblastech převažovaly. V tomto směru studenti vnímali lékaře jako *hodného, příjemného, přitažlivého, spravedlivého, vznětlivého, autokratického, komunikativního, ohleduplného, chytrého, trpělivého, arogantního, senzitivního, empatického, přátelského, kritického, zábavného, přehlížejícího, přímého, rozhodného, praktického, citlivého, týmového hráče, člověka, profesionála.*

4.3 STATISTICKÉ POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ SÉMANTICKÉHO DIFERENCIÁLU

Tabulka 7 kontingenční tabulka oboru, ročníku a „srdce“

student * Srdce Crosstabulation

Count		Srdce					Total
		určitě dobrý	dobry	neutrální	špatné	určitě špatné	
student	2.VS	0	10	25	3	0	38
	3.VS	0	4	12	7	2	25
	1.OSN	2	1	16	0	0	19
	2.OSN	0	0	16	0	0	16
Total		2	15	69	10	2	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě student (faktor A), dělí populaci do jednotlivých oborů. Faktor B(srdce) je klasifikován do 5 tříd. Tabulka 7 ilustruje, charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H_0 , že charakterové vlastnosti „srdce“ jsou nezávislé na ročníku a oboru, ročníku.

Tabulka 7a výsledky statistického porovnání proměnných obor, ročník a „srdce“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,805 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	38,046	12	,000
Linear-by-Linear Association	,142	1	,707
N of Valid Cases	98		

a. 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 7 ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,000, což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (obor, ročník - srdce). Hodnota 0,707 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 75% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Tabulka 8 kontingenční tabulka oboru, ročníku a „hlavy“

student * Hlava Crosstabulation

Count		Hlava				Total
		určitě dobrý	dobrá	neutrální	špatná	
student	2.VS	0	21	17	0	38
	3.VS	0	6	14	5	25
	1.OSN	2	6	11	0	19
	2.OSN	0	3	11	2	16
Total		2	36	53	7	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě student (faktor A), dělí populaci do jednotlivých oborů. Faktor B(hlava) je klasifikován do 5 tříd. Tabulka 8 ilustruje, charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H₀, že charakterové vlastnosti „hlavy“ jsou nezávislé na ročníku a oboru, ročníku.

Tabulka 8a výsledky statistického porovnání proměnných obor a „hlavy“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,335 ^a	9	,002
Likelihood Ratio	26,596	9	,002
Linear-by-Linear Association	3,649	1	,056
N of Valid Cases	98		

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 8a ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,002, což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (obor, ročník - hlava). Hodnota 0,056 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 50% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Tabulka 9 kontingenční tabulka oboru a „rukou“

student * Ruce Crosstabulation

Count		Ruce				Total
		určitě dobrý	dobrá	neutrální	špatná	
student	2.VS	1	14	21	2	38
	3.VS	0	3	15	7	25
	1.OSN	2	4	13	0	19
	2.OSN	0	6	7	3	16
Total		3	27	56	12	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě student (faktor A), dělí populaci do jednotlivých oborů. Faktor B(ruce) je klasifikován do 5 tříd. Tabulka 9 ilustruje, charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H₀, že charakterové vlastnosti „ruce“ jsou nezávislé na ročníku a oboru.

Tabulka 9a výsledky statistického porovnání proměnných obor, ročník a „ruce“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,432 ^a	9	,022
Likelihood Ratio	21,097	9	,012
Linear-by-Linear Association	,136	1	,713
N of Valid Cases	98		

a. 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 9a ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,022, což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (obor, ročník - ruce). Hodnota 0,713 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 56,3% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Tabulka 10 kontingenční tabulka oboru a „celkové vnímání“

student * Celkové_vnímání Crosstabulation

Count		Celkové_vnímání				Total
		určitě dobrý	dobrá	neutrální	špatné	
student	2.VS	0	11	25	2	38
	3.VS	0	3	17	5	25
	1.OSN	2	2	15	0	19
	2.OSN	0	0	15	1	16
Total		2	16	72	8	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě student (faktor A), dělí populaci do jednotlivých oborů. Faktor B(celkové vnímání) je klasifikován do 5 tříd. Tabulka 10 ilustruje charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H₀, že charakterové vlastnosti „celkové vnímání“ jsou nezávislé na ročníku a oboru.

Tabulka 10a výsledky statistického porovnání proměnných obor, ročník a „celkové vnímání“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,999 ^a	9	,006
Likelihood Ratio	23,549	9	,005
Linear-by-Linear Association	1,157	1	,282
N of Valid Cases	98		

a. 11 cells (68,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 10a ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,006, což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (obor, ročník – celkové vnímání). Hodnota 0,282 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 68,8% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Tabulka 11 kontingenční tabulka věku a „srdce“

věk * Srdce Crosstabulation

Count		Srdce					Total
		určitě dobrý	dobry	neutrální	špatné	určitě špatné	
věk	20,00	0	1	6	1	0	8
	21,00	0	6	17	3	1	27
	22,00	0	3	16	4	1	24
	23,00	2	1	9	1	0	13
	24,00	0	1	12	1	0	14
	25,00	0	1	5	0	0	6
	26,00	0	2	1	0	0	3
	27,00	0	0	1	0	0	1
	31,00	0	0	1	0	0	1
	48,00	0	0	1	0	0	1
Total		2	15	69	10	2	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě věk studenta (faktor A), dělí populaci do jednotlivých věkových hranic. Faktor B(srdce) je klasifikován do 5 tříd. Tabulka 11

ukazuje charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H_0 , že charakterové vlastnosti „srdce“ jsou nezávislé na věku studenta.

Tabulka 11a výsledky statistického porovnání proměnných věk respondentů a „srdce“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,013 ^a	36	,860
Likelihood Ratio	22,196	36	,965
Linear-by-Linear Association	,274	1	,601
N of Valid Cases	98		

a. 45 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 11a ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,860 což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (věk studentů – srdce). Hodnota 0,601 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 90% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Tabulka 12 kontingenční tabulka věku a „hlava“

věk * Hlava Crosstabulation

Count		Hlava				Total
		určitě dobrý	dobrý	neutrální	špatné	
věk	20,00	0	4	4	0	8
	21,00	0	14	12	1	27
	22,00	0	8	13	3	24
	23,00	2	3	7	1	13
	24,00	0	1	12	1	14
	25,00	0	1	4	1	6
	26,00	0	3	0	0	3
	27,00	0	0	1	0	1
	31,00	0	1	0	0	1
	48,00	0	1	0	0	1
Total		2	36	53	7	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě věk studenta (faktor A), dělí populaci do jednotlivých věkových hranic. Faktor B(hlava) je klasifikován do 5 tříd. Tabulka 11 ukazuje charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H₀, že charakterové vlastnosti „hlavy“ jsou nezávislé na věku studenta.

Tabulka 12a výsledky statistického porovnání proměnných věk respondentů a „hlavy“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,213 ^a	27	,134
Likelihood Ratio	33,496	27	,181
Linear-by-Linear Association	,209	1	,648
N of Valid Cases	98		

a. 33 cells (82,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12a ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,134, což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (věk studentů – hlavy). Hodnota 0,648 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované

hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 82,5% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Tabulka 13 kontingenční tabulka věku a „ruce“

věk * Ruce Crosstabulation

Count		Ruce				Total
		určitě dobrý	dobry	neutrální	špatné	
věk	20,00	0	3	4	1	8
	21,00	0	7	17	3	27
	22,00	0	5	15	4	24
	23,00	2	3	8	0	13
	24,00	0	5	7	2	14
	25,00	0	2	3	1	6
	26,00	1	2	0	0	3
	27,00	0	0	0	1	1
	31,00	0	0	1	0	1
	48,00	0	0	1	0	1
Total		3	27	56	12	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě věk studenta (faktor A), dělí populaci do jednotlivých věkových hranic. Faktor B(ruce) je klasifikován do 5 tříd. Tabulka 13 ukazuje charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H_0 , že charakterové vlastnosti „ruce“ jsou nezávislé na věku studenta.

Tabulka 13a výsledky statistického porovnání proměnných věk respondentů a „ruce“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,197 ^a	27	,160
Likelihood Ratio	28,296	27	,396
Linear-by-Linear Association	,042	1	,837
N of Valid Cases	98		

a. 34 cells (85,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 13a ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,160, což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (věk studentů – ruce). Hodnota 0,837 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 85% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Tabulka 14 kontingenční tabulka věku a „celkové vnímání“

věk * Celkové_vnímání Crosstabulation

Count		Celkové_vnímání				Total
		určitě dobrý	dobrá	neutrální	špatné	
věk	20,00	0	2	5	1	8
	21,00	0	5	20	2	27
	22,00	0	4	17	3	24
	23,00	2	1	9	1	13
	24,00	0	1	12	1	14
	25,00	0	1	5	0	6
	26,00	0	2	1	0	3
	27,00	0	0	1	0	1
	31,00	0	0	1	0	1
	48,00	0	0	1	0	1
Total		2	16	72	8	98

Zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé úrovně faktoru, v tomto případě věk studenta (faktor A), dělí populaci do jednotlivých věkových hranic. Faktor B(celkové vnímání) je klasifikován do 5 tříd.

Tabulka 14 ukazuje charakteristiku proměnných pro testování nulové hypotézy H0, že charakterové vlastnosti „celkové vnímání“ jsou nezávislé na věku studenta.

Tabulka 14a výsledky statistického porovnání proměnných věk respondentů a „celkové vnímání“

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,245 ^a	27	,672
Likelihood Ratio	17,981	27	,904
Linear-by-Linear Association	,009	1	,923
N of Valid Cases	98		

a. 35 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 14a ukazuje hodnoty Chi kvadrat testu. Pearsonův korelační koeficient má hodnotu 0,672, což neprokazuje závislost mezi sledovanými proměnnými (věk studentů – celkové vnímání). Hodnota 0,923 neprokazuje závislost mezi proměnnými na sledované hladině významnosti (0,05). Na základě vypočtených hodnot, kde je 87,5% údajů v buňkách menší než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

5. DISKUSE

Studenti ZSF JU jsou v rámci své odborné praxe svědky toho, jak se postupně vytvářejí podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a všeobecné sestry. Bártlová(2) uvádí, že do popředí vstupuje spíše kooperace a týmová spolupráce, než pouhé škatulkování dvou „odlišných“ profesí.

Prezentace výsledků empirické části práce prokázala převážně pozitivní vnímání lékařů studenty ZSF JU. To je zřejmě dáno i novou koncepcí vzdělávání sester v České republice, která je v souladu se strategií EU a zohledňuje celosvětový trend. Jedním z nejdůležitějších prvků, již realizovaných změn, byl posun profesní přípravy sester ze středoškolského prostředí na půdu vysokých škol a universit. Nový systém uspokojuje poptávku po sestřích profesionálkách.

Na ZSF JU, jak uvádí Tóthová, jsou vzdělávací kurikula pro všeobecné sestry připraveny tak, aby splňovaly evropské trendy ve vzdělávání všeobecných sester a respektovaly jejich nové role a funkce. (44) Výsledky diplomové práce prokázaly, že studenti těchto oborů si uvědomují své nové postavení v ošetrovatelském týmu a z tohoto důvodu převládá k lékařům ze strany studentů spíše pozitivní vnímání. Jsou to právě studijní zkušenosti, které ovlivňují studenty tak, že vnímají lékaře, převážně jako pozitivní osobu. Na základě svého studia a v průběhu praxe očekávají od lékařů spíše partnerský vztah, který je založen na jejich společné kooperaci. Rozsypalová uvádí, že dochází ke sblížení statusu těchto obou zdravotnických profesí lékařů a sester.(28).

Výsledky, které jednoznačně prokazují dobrou zkušenost studentů ZSF JU ve spolupráci s lékaři, jsou uvedeny v kapitole 4.1 v grafech 5, 5a a 9. Ve všech uvedených výsledcích se názory více jak dvou třetin studentů pohybují v kategorii kladných odpovědí. Výsledky obsahují i názor studentů na přístup lékařů k ostatním zdravotnickým pracovníkům z toho důvodu, že vnímání atmosféry a vztahů na pracovišti, jak uvádí Maříková, výrazně souvisí se stupněm pomoci ze strany kolegů. (20). Na základě těchto výsledků je možné konstatovat, že hypotéza *H1 : Studenti mají dobrou zkušenost ve spolupráci s lékaři na odděleních nemocnice České Budějovice, byla potvrzena.*

Výsledky hodnotící situaci vnímání statusu studenta na odborné praxi nesouvisely pouze se zkušeností s lékaři, ale týkaly se celého personálu na oddělení Nemocnice České Budějovice. Graf 8 deklaruje názory studentů na vnímání jejich statusu během odborné praxe. Graf 8a ukazuje celkové vnímání statusu všech respondentů, bez ohledu na studovaný obor, či ročník, během odborné praxe. Všechny odpovědi, včetně specifikovaných, lze shrnout do základních tří okruhů. Ti, kteří vnímají svůj status neutrálně 40% (40), studenti, kteří vnímají svoji pozici pozitivně 29%(28) a posluchači, kteří jsou spíše antagonistického názoru 31% (30). Na základě uvedených výsledků byla hypotéza *H2*, *Studenti vnímají během odborné práce své zapojování do týmu jako komplexní, nepotvrzena*. Výsledky by se mohly jevit jako negativní, nicméně, primárně neovlivňují percepci lékařů.

Vyhodnocení a prezentace výsledků sémantického diferenciálu *potvrdilo* hypotézu *H3*: *Studenti mají předsudky k lékařům*. Analýza výsledků jednotlivých ročníků, potvrdila přítomnost jak negativních, tak i pozitivních předsudků. Dílčí výsledky jsou prezentovány v grafech 10 až 13, kde jsou znázorněny předsudky studentů jednotlivých ročníků vůči lékařům. Po celkovém zpracování, které je znázorněno v grafech 15 a 16 a týká se všech respondentů, jsou předsudky pouze pozitivní.

Avšak pokud se zaměříme pouze na hodnoty procentuálního vyjádření všech odpovědí, které vybočují od středové, neutrální hodnoty vnímání, tabulka 6, a vezmeme u úvahu pouze jejich krajní hodnoty bez jakéhokoli dalšího statistického zpracování, studenti vnímají lékaře jako *hodného, příjemného, přitažlivého, spravedlivého, vznětlivého, autokratického, komunikativního, ohleduplného, chytrého, trpělivého, arogantního, senzitivního, empatického, přátelského, kritického, zábavného, přehlížejícího, přímého, rozhodného, praktického, citlivého, týmového hráče, člověka, profesionála*.

Je nutné upozornit na fakt, který uvádí Hayes, že předsudek je fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na jeho individualitu nebo povahu. V tomto případě ani studenti ZSF JU nehodnotili lékaře na základě jejich povahových rysů, ale jako skupinu lékařů, se kterými se setkali v průběhu odborné praxe. (11)

Hypotéza H4, která se zabývala vztahem věku studentů a frekvencí předsudků vůči lékařům se nepotvrdila. Tuto skutečnost lze jednak konstatovat na základě analýzy grafů 10, 11, 12, 13, 14, ze kterých je patrné, že frekvence předsudků nemá descendentní charakter, ale mění se jejich kategorie a dále na základě statistického zpracování dat pomocí χ^2 – kvadrát testu, které nepotvrdilo závislost věku a předsudků (viz tabulky 11, 11a, 12, 12a, 13, 13a, 14, 14a) Lékař je v každé věkové kategorii studentů vnímán *spíše jako rozhodný, profesionál*. Celkové hodnocení vnímání lékaře je opět pozitivní. Lékař je studenty vnímán *spíše jako hodný, chytrý, praktický, rozhodný profesionál* graf 16.

Názor týkající se předsudku rozhodnosti souvisí pravděpodobně s dlouhodobým vnímáním lékaře jako direktivní osoby ve zdravotnickém týmu. O nutném posunu role od paternalistického, autoritativního vztahu mezi lékařem a všeobecnou sestrou na vztah partnerský, hovoří i Bártlová (2)

Vnímání lékařů studenty ZSF JU je podobné výsledkům provedeného výzkumu Husárové (14), kde je lékařské povolání vnímáno jako prestižní a lékař je viděn především jako vstřícný, zodpovědný a spolehlivý, aktivní a důvěryhodný.

Z kapitoly 4 a 5 vyplývá, že studenti vnímají lékaře v pozitivních intencích, zajímavé by bylo zhodnocení percepce studentů lékaři, při využití stejné techniky sběru dat tj. sémantického diferenciálu.

6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit percepci lékařů z pohledu studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích na základě absolvování odborné praxe a spolupráci lékařů a studentů v rámci ošetrovatelského týmu.

Zapojování studentů do týmu a pozitivní vnímání nejen lékařů jsou důležité aspekty pro vstup absolventů oborů Všeobecná sestra a Ošetrovatelství do budoucí profese. Výsledky diplomové práce prokázaly především pozitivní vnímání lékařů, což signalizuje posun ve směru od tradičního rozdělení rolí ve zdravotnictví k partnerskému vztahu, který je prvním předpokladem pro aplikaci holistického přístupu ke klientovi.

I když je celkové vnímání lékařů pozitivní, přesto pětina studentů vnímá lékaře negativně, a to budou možná právě ti studenti, kteří nebudou po absolvování studia tuto profesi vykonávat. Výsledky této práce zviditelnily také negativní faktory, které se týkají vnímání lékařů a daly tak prostor pro možnou další diskusi.

Výsledky také zdokumentovaly fakt, že studenti vnímají své zapojování do týmu za neefektivní. Tato skutečnost dává možnost pro další analýzu této oblasti, zda mentorky odborné praxe na všech odděleních plní svoji roli adekvátním způsobem a nebo zda na těchto odděleních selhává supervizní činnost a nebo zda pozitivní vnímání lékařů není ovlivněno právě nízkým kontaktem s nimi.

Dle mého názoru byly vytyčené cíle diplomové práce splněny a stanovené hypotézy byly potvrzeny či vyvráceny na základě validních dat.

Diplomová práce by mohla posloužit jako vodítko pro další výzkum týkající se postavení a vnímání studentů, všeobecných sester, lékařů a na základě vlastní zkušenosti bych jako autor doporučil větší zastoupení respondentů ve vzorku z důvodu adekvátního statistického zpracování získaných dat.

1. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. **BÁRTLOVÁ, S** *Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu* In Kontakt. České Budějovice: JU ZSF, 2007, roč. 9, č. 2. s. 254-259 ISSN 1212-4117
2. **BÁRTLOVÁ, S** *Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta* In Kontakt. České Budějovice: JU ZSF, 2006, roč. 8, č. 1. s. 31-35. ISSN 1212-4117
3. **BÁRTLOVÁ, S.** *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.přepřac. a dopl.vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. **BRANDOVÁ,Z.** *Začleňování studentů ZSF do ošetrovatelského týmu v průběhu praxe z pohledu studenta*, , Č.Budějovice 2007, Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university. Vedoucí práce Ivana Chloubová
5. **CVVM**, *Prestiž povolání-Tiskový zpráva.č.eu70628*,Praha:2007 dostupna z http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100704s_eu70628.pdf
6. **ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A.** *Psychologie a pedagogika pro 3. ročník středních zdravotnických škol a pro obory sociální*. 1. vydání. Nakladatelství H & H, 1999. ISBN 80-86022-42-0.
7. **DAVIDSON, J.** *Jak zvládnout stres* . Praha: Pragma, 1998. ISBN 80-7205-496-1
8. **DISMAN, M.** *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3 vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
9. **DRAGOROMIRECKÝ, A.** *Teorie osobnosti*. Praha: Stratos, 2005. ISBN 80-85962-21-7
10. **HARTL, P., HARTLOVÁ, H.** *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
11. **HAYES, N.** *Psychologie týmové práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005 ISBN 80-7178-983-6

12. **HAYES, N.**, *Základy sociální psychologie*, Praha: Portal, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6
13. **HUDÁČKOVÁ A., SLOUPOVÁ, BÜRGEROVÁ H.**, *Realizace praktické výuky v bakalářském studijním programu ošetrovatelství na zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích* dostupné z www.unipo.sk/files/docs/fz_veda/svk/q0512.pdf
14. **HUSÁROVÁ, A.** *Šetření psychosociálních kompetencí studentů oboru všeobecné lékařství se zřetelem na identifikaci obav a strachů spojených s nástupem do prvního zaměstnání*, dostupné z www.medicini-za-sebeprevenci.upol.cz/fileadmin/medici-sebeprevence/dokumenty/zvz-dotaznikove-setreni.pdf
15. **CHRÁSKA, M.**, *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd., Praha:Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4
16. **KOUBEK, J.** *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Management Press, 2004. ISBN 80-7261-033-3
17. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Tajemství úspěšného jednání*. 1.vyd. Praha: Grada, 1995 ISBN 80-85623-84-6
18. **KŘIVOHLAVÝ, J.**, *Konflikty mezi lidmi*, Praha: Portal, 2002, ISBN 80-7178-642
19. *Lexikon Psychologie Sociální interakce* dostupné z <http://web.quick.cz/>
20. **MAŘÍKOVÁ, H.** *Práce a pracoviště jako sféry důvěry a soukromí*. SoÚ AV ČR, 2005. dostupné z www.soc.cas.cz/download/355/Soci%C3%A1ln%C3%AD%20vztahy%20na%20pracovi%C5%A1ti.pdf
21. **MASTILIÁKOVÁ, D.** *Úvod do ošetrovatelství I.díl, systémový přístup*. Praha: Karolinum. 2004. ISBN 246-0429-9.
22. **MAYEROVÁ, M.** *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-425-8
23. **NAKONEČNÝ, M.** *Motivace lidského chování*, Praha: Academia 1vyd.1997 dotisk 2004, ISBN 80-200-0592-7
24. **NAKONEČNÝ, M.** *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1

25. **NOVÁK, T., POKORNÁ, A.,** *Asertivita jako lék v profesních a mezilidských vztazích*, V Praha: C.H. Beck, ISBN 2003, 80-7179-354-X
26. **PHPMailer 2007**, dostupné z http://sourceforge.net/project/showfiles.php?group_id=26031
27. **POSPÍŠIL, M.,** *Asertivita je stále živá, aneb, Cvičení, výklady, kaskády, situace z českého prostředí*, Plzeň: Miroslav Pospíšil, 2005, ISBN 80-903529-0-1 psychologies/socialni_interakce.htm
28. **ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A.** *Ošetrovatelství I.* 1.vyd. Praha: Informatorium. 2002. 231s. ISBN 80-86073-96-3.
29. **SATIROVÁ, V.** *Model růstu : za hranice rodinné terapie*, Brno : Cesta, 2005 80-7295-071-1
30. **SEVEROVÁ, J.** *Sociální psychologie obchodu.*3.vyd, Brno: 2002, dostupné z is.muni.cz/el/1411/podzim2006/VSLP7X1/um/Socialni_psychologie_a_psychologie_obchodu_pro_bakalarske_st.doc
31. **STAŇKOVÁ, M.** *České ošetrovatelství 11: Sestra reprezentantka profese.* 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN 80-7013-368-6
32. **STAŇKOVÁ, M.** *České ošetrovatelství: Galerie historických osobností* Ediční řada – *Praktická příručka pro sestry* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001 ISBN 80 – 7013 – 329 – 5
33. **STAŇKOVÁ, M.** *Koncepce českého ošetrovatelství, základní terminologie, České ošetrovatelství 1, praktická příručka pro sestry.* 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-263-9.
34. **STAŇKOVÁ, M.** *Základy teorie ošetrovatelství.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-243-5.
35. **STERNBERG, R.** *Kognitivní psychologie*, Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-376-5
36. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky I.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000., ISBN 80-85047-20-9

37. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky II.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002., ISBN 80-85047-21-7
38. **SVOBODA, M.** *Psychologická diagnostika dospělých.* 2. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-327-7.
39. **SVOBODNÝ, P.** *Pražské špitály a nemocnice.* 1.vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-315-0.
40. **ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOLEKTIV AUTORU.** *Základy ošetrovatelství.* 1. vyd.Praha: Karolinum. 2006. ISBN 80- 246-1091-4.
41. **ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.,** *Kreativní ošetrovatelský management,*1vyd., Praha:Advent-Orion s.r.o, 2003. ISBN 80-7172-841-1
42. **ŠKRLOVÁ,M.,** *Profesionální image sester, 2000 dostupné z* www.instrumentarky.cz/tisk.php?id=88
43. **ŠTĚPANÍK, J.,** *Umění jednat s lidmi 2, Komunikace,* Praha:Grada, 2005,vyd. 1., ISBN 80-247-0844-2
44. **TÓTHOVÁ, V.** *Profesní příprava sester a porodních asistentek na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.* In Kontakt. České Budějovice: JU ZSF, 2002, roč. 4, č. 4. s. 196–199. ISSN 1212-4117
45. **TÓTHOVÁ,V., POLENOVÁ.K., LENKA HAKOVÁ,L.,HRDLIČKOVÁ, V.,** *Akademický rok 2007/2008,* Č.Budějovice:2007, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta
46. **VĚSTNÍK MZČR,** *Koncepce ošetrovatelství.* částka 9, ročník 2004. dostupné z http://www.mzcr.cz/data/c1254/lib/Koncepce_oseetrovatel.rtf
47. **ZACHAROVÁ, E.;**
HERMANOVÁ,M; ŠRÁMKOVÁ,J. *Zdravotnická psychologie.* Praha: Grada, 2007. ISBN:978-80-247-2068-5
48. *Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče po změně některých souvisejících zákonů.* dostupné z <http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/sb030-04.pdf>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

student

vnímání

všeobecná sestra

lékař

odborná praxe

9. PŘÍLOHY

Příloha č.I dotazník

Příloha č.II všechny dopsané odpovědi u otázky č.8

Příloha č.III všechny dopsané odpovědi u otázky č.9

Příloha č.IV všechny dopsané závěrečné podněty

Příloha č. II – všechny dopsané odpovědi u otázky č.8

- *lékař nic,sestra mě upozorní a já svou chybu napravím*
- *no studenti, ti překáží*
- *někdo poradí,nelze paušalizovat*
- *jak kdo, jak co*
- *na praxi spolupracuji s lékaři minimálně*
- *s reakcí lékaře na mou chybu jsem se nesetkala*
- *nesetkala jsem se s tím*
- *nesetkala jsem se s tím*
- *jak který lékař*
- *řeším vše se sestrou*
- *chyby s námi řeší sestra,lékař s námi není tak ve styku*
- *před lékařem jsem při praxi chybu neudělala*
- *chyby s námi řeší sestra,lékař s námi není tak ve styku*
- *nemám zkušenost*

Příloha č. III – všechny dopsané odpovědi u otázky č.9

- *většinou ne jako právoplatný člen týmu, ale jako vítaná pomoc*
- *na některých odd. někteří mě brali jako určitého člověka, který není součástí týmu a s radostí běžně vykonává podřadné ošetrovatelské práce. Nevadí mi to, ale jen do určité doby.*
- *jako studentka bez zkušeností*
- *Jak a kdy a záleželo, kde jsem byla na odd.*
- *jak na kterém oddělení*
- *na některých odd. jako člen týmu, ale spíše jako zdravotnický asistent a ošetrovatelka*
- *50:50, jak kde, někde člen týmu, začleněny mezi sestry, dobrá spolupráce, samostatnější práce, někde jako pomocná síla-ošetrovatelka, udělá za nás nepříjemnou práci, překáží, zdržuje*
- *jako student, často jsem vykonávala veškerou práci za sestry, někde mě ale vnímali jako právoplatného člena*
- *jako levná pracovní síla*
- *jako student, který se musí stále kontrolovat*
- *záleželo na odd. někdy jako součást týmu, někde jako student, který přiděluje práci tím, že ho je třeba sledovat a je nutné mu něco vysvětlit*
- *spíše jako pomocník*
- *jako pomocná síla*
- *jako sestra pro všechno, připadala jsem si jako ukrajinec*
- *jako levná pracovní síla*
- *jako výpomoc*
- *práce všeho druhu*
- *jako obyčejná studentka*
- *výpomoc*
- *děvečka pro všechno*

- *záleží na odd. a individ.přístupu lékařů,někde spíš součást zdr.pers. Někde na obtíž*
- *záleží na kolektivu na odd., někdy jako člen, jindy jako překážka*
- *koho musí kontrolovat,kdo nesmí vykonávat všechnu práci(ATB-sestry to otravovalo)*
- *nutné zlo, ale ne vždy*
- *sluha-jak kde*
- *sluha, dle odd.*
- *občas jsem si přišla jako levná pracovní síla*
- *jako studentka praxi, krátká doba na odd. na to, abych byla jako člen týmu*
- *záleží na oddělení*
- *děvečka pro všechno*
- *jako služka, která všem jen překáží a přiděluje práci, protože se pořád na něco ptá*
- *děvečka pro všechno*
- *záleží na oddělení*
- *pomocná síla, pokud bylo hodně práce, student, kterému byli vysvětleny postupy a chod odd.*
- *jako někdo,kdo se učí,přijímali mě,ale ne jako právoplatného člena*
- *Jak kdy,někdy právoplatný člen,někdy jako holka pro všechno-mytí klávesnice,atd*
- *jako služka, která všem jen překáží a přiděluje práci, protože se pořád na něco ptá*
- *pomocná síla, pokud bylo hodně práce*
- *jako služka*
- *ale jak kdy*
- *jako někdo,kdo tam je na to, aby došel,skočil,podal*
- *jak kdy*
- *jako přínos,dle oddělení*

- *podle typu odd., někde k nám přistupují jako sobě rovnocenné, někde nás i přehlízejí, velmi různé*
- *spíše jako děvče pro všechno*
- *záleží na týmu a na jeho složení, většinou jsem se cítila jako člen týmu*
- *jak kdy a podle směny, která měla službu*
- *někdy jako pomoc, někdy na obtíž*
- *jak kdy*
- *spíše jako děvče pro všechno*
- *někdy jako pomoc, někdy na obtíž záleží na týmu a na jeho složení, většinou jsem se cítila jako člen týmu*
- *podle typu odd., někde k nám přistupují jako sobě rovnocenné, někde nás i přehlízejí, velmi různé*
- *jak kdy a jak kde*
- *jako někdo, kdo je tam na podej, přines*
- *jak kde, při indiv. Právoplatný, při roč. nadbytečný*
- *ale mnoho zaujímá úplně jiný postoj*

Příloha č. IV – všechny dopsané podněty, týkající se vnímání lékaře na odborné praxi.

- *Ačkoli jsem se snažila vzít všechny lékaře obecně, nemohu nepřipomenout , že každý je jiný jsou lékaři, kteří komunikují a spolupracují. Bohužel jsou tací, kteří nás v lepším případě přehlíží, v horším nás považují za uklízečku*
- *Je zřejmé, že všechny lékaře nemohu, házet do jednoho pytle, neboť každý jsme individuum. Ale setkala jsem se s typem lékařů, kteří působili jako tzv. samostatná jednotka, ti druzí mě snažili seznámit s výkonem, který právě prováděli, nechali mě asistovat, atd. Neodsuzuji ani jeden typ lékařů, ale týmová práce by tam rozhodně měla být*
- *Někteří vysokoškolské vzdělávání sester neuznávají, vysmívají se mu. Nutno podotknout, že to většinou bývají letitější lékaři*
- *na inter. odd. přišel ortopedický lékař dělat převaz. Přestože převazový vozík byl málo vybaven (nebyly na něm skoro žádné převazové pomůcky), byl lékař vstřícný, trpělivý a bral mě s humorem*
- *jelikož pracujeme spíše se sestrami, vztah lékaře k nám nelze tak hodnotit*
- *na praxi si připadám jak Ferda mravenec-práce všeho druhu*
- *každý pes jiná ves*
- *nelze na všechny lékaře*
- *nemoc. praxi nelze hodnotit jednotně, vždy se najde někdo., který nás bere rovnocenně a který nás prostě neuznává*
- *lékaři mě někdy berou za uklízečku, někdy si mě všimnou až za týden*
- *vlastnosti a chování lékařů nelze brát na všechny, nejsou stejní*
- *Chci podotknout, že nelze všechny lékaře házet do jednoho pytle. Každý lékař má svůj specifický přístup, setkala jsem se spíš s pozitivními případy, ale i negativní výjimky. Na lékař. fak. By se mohla vyučovat komunikace a holistický přístup, určitě by to prospělo k lepší týmové práci*
- *jeden příklad za všechny: po zaklepaní na dveře jistého p. primáře mi sdělil: "co chcete? co kdybych tady náhodou souložil, tak se z toho voprcnu ne? Tak co*

chcete?" Nejde o vtip, bohužel se to děje. Chování některých lékařů je dost nevybíravé a neprofesionální. Tento primář mimochodem učí na ZSF.

- *je velmi těžké posuzovat všechny lékaře-každý je jiný někdy jsou odlišnosti opravdu velké!!Lepší byla spolupráce s lékaři na individuální praxi,kde projevovali opravdu zájem, byli ochotni i diskutovat a udělali si na mě čas*
- *každý lékař se k nám choval jinak*
- *každý lékař je jiný, horší vztahy vnímám s primáři odd., ale někteří jsou velice kolegiální.Těžké hodnotit*
- *tento dotazník jsem vyplnila dle svých horších zkušeností. Ne každé odd. je nepřátelské,jde spíše o povahu člověka*
- *při praxi na standardním odd. většinou moc do styku s lékařem nepřijdeme,výkony před nimi neděláme a více s nimi nespolupracujeme. Na JIP je to jiné,jsem často v kontaktu s lékaři a ti se k nám většinou chovají vstřícně, radí nám a třeba i něco vysvětlují.*
- *tento dotazník jsem vyplnila dle svých horších zkušeností. Ne každé odd. je nepřátelské,jde spíše o povahu člověka*
- *Z některých těch hejsků jde až strach, naše vzdělání jim přijde trapné a nadbytečné.Ošetřovatelství je pavěda, kterou zvládne každý doslovně cituji*
- *každý lékař je individualista. Zaráží mě ale, že i v této době nesdělují pacientům dostatek informací a neověřují si zpětnou vazbu. Často se po jejich odchodu pacienti ptají pak sestry.Setkala jsem se i s neempatií lékaře k bolesti pacienta*