

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství

Elitářství v ošetřovatelství

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

2010

Autor:
Bc. Kateřina Kučerová

Abstrakt CZ

Elitářství v ošetrovatelství

Téma „Elitářství v ošetrovatelství“ bylo zvoleno na základě zájmu autorky o tuto problematiku, která je považována za velmi atraktivní a poplatnou dnešní době, kdy ošetrovatelství prochází v naší zemi převratným vývojem. Sestry získávají nové kompetence a stávají se partnery lékařů, průběžně vstupují v platnost nové legislativní předpisy týkající se této profese, je snaha o zvýšení prestiže sester a tím i zvýšení jejich statusu v očích jak zdravotnické, tak laické veřejnosti. Jak již bylo výše zmíněno, celý obor ošetrovatelství, systém vzdělávání sester a celá sesterská profese u nás již nějaký čas prochází zásadní transformací, která klade vysoké požadavky na informovanost, celoživotní vzdělávání a možnost volného a bezbariérového přístupu sester k aktuálním informacím o dění nejen na naší, ale zejména pak na mezinárodní odborné scéně. Ošetrovatelství je oborem, který má více vrstev – od základní ošetrovatelské péče, která je v kompetenci všeobecných sester, až po specializovanou a superspecializovanou ošetrovatelskou péči, která díky pokrokům ve vědním oboru ošetrovatelství vyžaduje nejvyšší možný stupeň vzdělání. Chceme-li definovat elitu v ošetrovatelství, je nutné ji blíže specifikovat jako výlučnou sociální skupinu. Prostřednictvím této studie se pokusila autorka alespoň v trochu ucelené formě přiblížit problematiku elitářství v ošetrovatelství. Snahou bylo stručně charakterizovat současnou situaci, co se vztahů mezi jednotlivými skupinami sester týče a také polemizovat nad otázkou: „Co dělá sestru sestrou?“ Znalost složité techniky nebo empatické otírání zpceného čela pacienta? Nové století přivádí sestru k zamyšlení nad koncepcí rozšířených rolí v rámci ošetrovatelství, která by měla pomoci tomuto povolání pozdvihnout společenskou prestiž. Negativním rysem je, že při této snaze dochází k nenápadnému odvádění sestry od práce, pro kterou se staly sestrami, tedy od ošetrovatelské péče o pacienta, od péče o základní biologické a potřeby. Díky tomuto aspektu mnoho sester věří, že zvýšení prestiže ošetrovatelského povolání není slučitelné s tzv. „špinavou“ prací ošetrovatelství. Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že v českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství a že existují obory, které jsou vnímány jako výlučné, stejně tak se potvrdil existující vztah mezi profesionalizací a elitářstvím.

Šetření zaznamenalo velký posun oproti letům minulým ve zlepšení komunikace sester s pacienty a autorka vyjadřuje naději, že i výraznější komunikace sester navzájem přispěje ke zlepšení vztahů na obou frontách, výlučné i tzv. obyčejné, neboť skutečně elitní – výjimečná sestra je ta, která má od každé kousek, vzdělanost i charakter.

Elitism in nursing

The topic "Elitism in nursing" was chosen based on the author's interest in this issue, which is considered very attractive, and tributary to the present time, when nursing in our country is undergoing a revolutionary change. Nurses gain new competences and become partners of physicians, new legislature related to the profession comes into effect continuously, there is an effort to enhance the prestige of nurses and thereby to increase their status in the eyes of both the medical and general public. As mentioned above, the entire field of nursing, the nursing education system and the nursing profession in our country has been undergoing a fundamental transformation for some time, which places high demands on information, lifelong learning, free access to the latest information on the course of events not only in our country but especially on the international professional scene. Nursing is a field that has multiple layers - from basic nursing care, which is within the competence of nurses, to a specialized nursing and superspecialized care, which requires thanks to advances in nursing science the highest possible level of education. To define the elite of the nursing profession, it is necessary to specify the elite as an exclusive social group. Through this study the author tried to describe the issue of elitism in nursing in a comprehensive form. The objective was to briefly characterize the current situation in terms of the relationship between different groups of nurses and also debate over the question: "What does it take to be a nurse?" Is it the knowledge of an intricate technique or empathic wiping sweat from a patient's forehead? The new century makes the nurse think about the concept of extended roles in nursing, which should help elevate social status of the profession. A negative feature is that a nurse has been detracted from the kind of work for which she had become a nurse - the nursing care of a patient and the care of basic biological needs of a patient. Due to this aspect, a lot of nurses believe that enhancing the prestige of the nursing profession is not compatible with the term "menial" job relating to nursing. The research outcomes showed that in Czech nursing, there is a status called elitism, and that there are disciplines perceived as exclusive, the relationship between professionalization and elitism was also proved. The research

survey noted a big shift in improving communication between nurses and patients compared to the past years, and the author hopes that also a better communication between nurses will contribute to the improvement of relations on both sides, both the exclusive and the so-called common, because a truly elite - exceptional nurse is the one who combines education with a good character.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Elitářství v ošetřovatelství“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích , 2.5.2010

.....

Bc. Kateřina Kučerová

Poděkování:

Děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za její cenné rady i podněty a všem, kteří mi umožnili uskutečnit výzkumné šetření. Mé poděkování patří též mému manželovi za pomoc při úpravě diplomové práce a za podporu, kterou mi s dcerou v průběhu celého studia poskytli.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Role sestry v historickém kontextu.....	4
1.1.1 Rozvoj školství.....	7
1.1.2 Česká republika a Evropská Unie	8
1.1.3 Postavení sestry v porevoluční době.....	9
1.1.4 Sestra v novém tisíciletí	10
1.2 Role sestry v současnosti	11
1.3 Vymezení předmětu elita – elitářství	12
1.3.1 Elita.....	12
1.3.2 Elitářství.....	13
1.3.3 Prestiž profese.....	13
1.3.4 Elitářství v ošetrovatelství	16
1.3.5 Problematika moci v ošetrovatelství.....	16
1.3.6 Autorita	17
1.4 Mocenské struktury v ošetrovatelství	18
1.4.1 Vertikální elitářství	18
1.4.2 Horizontální elitářství.....	19
1.4.3. Ošetrovatelství dnešní doby.....	20
1.5 Vybrané role sestry	21
1.5.1 Manažerka	21
1.5.2 Odbornice, specialista	23
1.5.3 Výzkumnice	24
1.5.4 Mentorka.....	25
1.5.5 Sestra vzdělaná	27
1.5.6 Týmový hráč.....	27
2. Cíl práce a hypotézy	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Hlavní výzkumné otázky	29
2.3 Hypotézy.....	29
3. Metodické postupy.....	30
3.1 Použité metody a techniky	30
3.2 Statistická analýza.....	30
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	31
3.3.1 Strategie výběru zkoumaných osob.....	32
3.3.2 Scénář rozhovoru.....	32
3.3.3 Sjednání a průběh rozhovorů.....	32

4. Výsledky.....	34
4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření.....	34
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření.....	52
5. Diskuse	77
6. Závěr	90
7. Seznam použitých zdrojů	92
8. Klíčová slova	97
9. Přílohy.....	98

Úvod

Společnost, má-li být zdravá, musí být „společností elity“.

Friedrich Nietzsche

Problematika, jež je vyjádřena názvem této práce si získala v posledním čtvrtstoletí neobyčejný zájem. Problém elity se dostal do centra zájmu společnosti a zasahuje i do oboru ošetrovatelství. Stejně jako každý obor má svou vědeckou základnu, má i svou vedoucí (vládnoucí třídu). Smyslem této práce je zachytit „problém“ společnosti, kterým je rozčlenění lidí na vládnoucí a ovládané. Každá elita každého oboru vznikala v určitém historickém kontextu. Nebylo by správné jej z tohoto kontextu násilně vytrhávat. Pojďme tedy postupovat historicky, krok za krokem. Jak tedy vznikaly elity v ošetrovatelství? Dovolte mi nabídnout několikaterý pohled....

Existují dva příbuzné obory, jedním je medicína, druhým ošetrovatelství. Oba jsou samostatné, medicína vidí nemocného z pohledu přírodních zákonů a snaží se léčit, zatímco ošetrovatelství se stará o to, aby se pacient v daném stavu cítil co nejlépe. Jinými slovy, sestra i lékař mají rozdílná poslání. Obě profese jsou velice zodpovědné a časově náročné. A v žádném případě si nekonkurují.....

Před šesti lety vznikly klíčové zákony, které bourají přežitý paternalistický způsob organizace zdravotní péče, v němž je lékař velitel a sestřičky vojíni. Nové zákony postavily profese lékařské a nelékařské na rovnou úroveň, kde každá má svoje jasně dané kompetence a život a zdraví pacienta jsou závislé na týmové spolupráci obou profesních skupin. Tolik teorie, jaká je však praxe?

Téma práce jsem si zvolila z několika důvodů. Jedním z nich je, že se termín elitářství stává stále častějším námětem diskuzí, bohužel však spíše v pejorativním slova smyslu. Dalším, pro mne velmi motivujícím faktorem, jsou mé osobní zkušenosti s určitým druhem pomyslného výjimečného postavení uzavřené skupiny sester.

1. Současný stav

1.1 Role sestry v historickém kontextu

„Ošetrovatelství je moudrost, láska a pomoc. Aby mohlo plnit tyto tři nejhumnější očekávání, musí velmi intenzivně pracovat na své vlastní podstatě.“ (18, s. 9)

Poznání historie umožňuje objasnit a pochopit postavení a úroveň ošetrovatelství v jednotlivých historických obdobích, umožňuje poznat a interpretovat minulost, analyzovat přítomnost a současné problémy, ale i stanovovat prognostické teze budoucnosti ošetrovatelství. Historický vývoj péče o zdraví, jehož součástí je i péče ošetrovatelská, ovlivňovaly společenské a sociálně ekonomické podmínky. (17)

Ošetrovatelství je staré, jak lidstvo samo, budeme – li však na něj nahlížet jako na obor vědní, pak jej musíme zařadit mezi obory velmi mladé. Ošetrovatelství si začíná vytvářet svou vědeckou základnu postupně. Základnu, jež je založena na identifikaci a stanovení individuálních potřeb v péči o zdraví a rozvoji soběstačnosti nemocného člověka. Zde má sestra svou samostatnou a zcela nezastupitelnou roli. (17)

Značný vliv na ošetrovatelství měly kulturní tradice, náboženství, války, rozvoj medicíny, sociální a hospodářská situace a celkový stav zdraví obyvatel. Zdravotní potřeby člověka, lidí, národů byly vždy ovlivňovány jejich představami o zdraví, nemoci a utrpení. Zatímco lidé v období pravěku, lidé primitivní brali nemoc a následně smrt jako neodmyslitelnou součást života, v antickém období, s rozvojem společnosti došlo i k rozvoji zdravotní a ošetrovatelské péče. V pravěku byla nemoc považována za hněv a pomstu nadpřirozených sil. Léčba i ošetrovatelská péče spadala do rukou šamanů, jejich modliteb a rituálů. Objevilo se první léčitelství – rostlinná léčiva, byliny, minerály, živočišné zdroje, masáže. Z archeologických nálezů vyplývá, že v této matriarchální společnosti, patřila k povinnostem žen i péče o nemocné. V antice se zdravotní péče soustředila do rukou kněžích, ošetrovatelská do rukou chrámových sluhů, jež byly patrně prvními špitálními „sestrami“. (1)

V další historické epoše, ve středověku měla na léčbu nemocných velký vliv církev. Svatým krédem této doby bylo, že tělo je nedotknutelná schránka, jež nesmí být

porušeno žádným vnějším zásahem, operací či pitvou. Zdravotnická péče, potažmo ošetrovatelství se formovalo především na půdě organizací charitativního zaměření (kláštery, špitály, chrámové komplexy, také útulky, původně určené pro poutníky a pocestné, později pro nemocné a nemohoucí). Zde byla poskytována bazální, základní péče. Téměř veškerý díl odpovědnosti za nemocné a potřebné ležel na bedrech členů křesťanských řádů. V těchto špitálech byli hlavní pomocnou silou zaměřenou na poskytnutí ošetrovatelské péče mniši a jeptišky. Toto se týká především církve katolické, církve protestantská se zaměřovala na pomoc jedinci v rodině a komunitě (základ profesionálního komunitního ošetrovatelství). Péče o nemocné v protestantských zemích spadala především na bedra diakonek (pozn. slovo diakonka pochází z řeckého diakonissa neboli služebnice). V prvních křesťanských společenstvích existovaly staré ženy, většinou vdovy, které prováděly charitativní a liturgické úkoly, zvláště při - křtu a pomazání. Členky církevních řádů si svou úlohu v péči o nemocné podržely do dnešních dnů. Nutno připomenout, že synonymem období středověku byly epidemie. Bylo tedy nutno do ošetrovatelských akcí zapojit ošetrovatelky a ošetrovatele mnohdy i z řad civilního obyvatelstva, avšak za podmínky předchozího minimálního zaučení.(17)

Pro moderní ošetrovatelství byla zlomová polovina devatenáctého století. V dějinách ošetrovatelství je to zásadní mezník tvořený osobností, která přesvědčila světovou veřejnost a její mínění, že ošetrovatelka není služkou nemocného, ale že je plnohodnotným spolupracovníkem lékaře v boji za jeho uzdravení. Byla to Angličanka.(1)

Florence Nightingalová zahájila éru moderního ošetrovatelství mimo jiné i tím, že se jako první utkala nejen s téměř středověkým systémem ošetrovatelství, ale hlavně s předsudky veřejnosti a postavila ošetrovatelství na vědeckou úroveň. Založila v Londýně první ošetrovatelskou školu (Škola při Nemocnici Sv. Tomáše, rok 1860). Pilně také publikovala a její „Poznámky o ošetrovatelství“ byly přeloženy do několika světových jazyků, včetně češtiny. Některé z jejích odborných příruček jsou aktuální dodnes. Nightingalová zdůrazňovala nutnost aktivity v přístupu k nemocnému i k prostředí, jež ho obklopuje, ve kterém se nachází, ve kterém žije. Kladla do té doby nebyvalý důraz na dosažení vysoké úrovně ošetrovatelského personálu, právě proto, že

si uvědomovala rozdíl mezi ošetřovatelstvím a medicínou a představovala si, že ošetřovatelství se stane samostatnou profesí. Nightingalová se bezesporu zasloužila jako první o moderní vědecké pojetí ošetřovatelství. Její humanitární, vědecky založené úsilí vstoupilo do světových dějin ošetřovatelství jako právoplatného zdravotnického oboru. V českých zemích existovala podobná paralela v dějinách ošetřovatelství. Také u nás vznikaly generace sester, které bojovaly za vzdělání a společenské uznání ošetřovatelského stavu, který vlastně patří k nejhumnějšímu poslání mezi všemi obory činnosti člověka.(42)

V českém prostředí se objevila první vzdělávací a výchovná instituce pro sestry v roce 1874, kdy vznikla první ošetřovatelská škola v Rakousku – Uhersku a to v Praze. Patronkami školy byly česká spisovatelka Karolína Světlá a její blízká spolupracovnice Eliška Krásnohorská. Dle dostupných materiálů, druhá jmenovaná stojí též za zavedením českého označení profese – ošetřovatelka. Vysokou měrou se o rozvinutí ošetřovatelské péče v našich podmínkách zasloužila dr. Alice Masaryková, dcera prvního čsl. prezidenta T. G. Masaryka a první předsedkyně československého červeného kříže, která s pomocí tří sester amerického Červeného kříže (v čele s Miss Parsons) vybuodovala koncepci výuky a výchovy československého ošetřovatelství. První česká ošetřovatelská škola se rozvíjela pod vedením diplomované sestry Sylvy Macharové, jedné z mála v té době odborně vzdělaných českých sester. Po jejím odchodu převzala pomyslnou štafetu Ruth Tobolářová, jež měla praktické zkušenosti z mezinárodní scény. Výsledky práce výše jmenovaných jsou impozantní – jestliže na prahu samostatného Československa stálo prvních deset diplomovaných sester, překročil jejich počet v roce 1931 rovnou tisícovku.(41)

Vznik ošetřovatelské školy byl velmi aktuální, jelikož další vývoj role sestry byl ovlivněn i medicínou samotnou. Lékař na prahu dvacátého století nestihl sám vykonávat všechny činnosti. Nutností bylo mít k ruce asistenta, který bude schopen aplikovat injekce, podávat infuze, chirurgické nástroje. Odhalovala se jedna z prvních sporných oblastí. Začalo převládat úzce přírodovědné pojetí zdraví a nemoci a technická stránka sesterské činnosti, školní osnovy se stále více zaměřovaly na nácvik technických

dovedností sester. Člověk se stával stále více pasivním článkem péče zdravotnického týmu (44).

1.1.1 Rozvoj školství

Jak již bylo výše zmíněno, rozvoj školství pro střední zdravotnický personál spadá do třicátých let minulého století. Ke stabilizaci situace týkající se kvalifikace sester došlo po druhé světové válce. Vzdělání bylo pro náročné ošetrovatelské povolání naprostou nutností, a proto vznikalo množství vzdělávacích institucí. V českém prostředí se nejvíce rozšířily střední odborné školy, resp. Střední zdravotnické školy, na nichž se připravovaly všechny kategorie středního zdravotnického personálu (sestry, laboranti, dietní specialistky, rehabilitační pracovníci atd.). Problémem, který se záhy projevil, byl nízký věk uchazečů o povolání. Studium u převážné většiny oborů začínalo ve čtrnácti letech. Důsledkem toho, že se na takto náročné povolání začala připravovat sociálně nezralá mládež, byla nedostatečná kvalita odborné přípravy českých sester, ve srovnání s ostatními zeměmi západní Evropy, kde se ošetrovatelství vyučovalo na „vyšším stupni“. Evropské, samostatně pracující sestry, se pro své budoucí povolání rozhodovaly až po dosažení plnoletosti. Pro získání odpovídající kvalifikace bylo nutné studium na vyšších školách nebo v bakalářském či magisterském studijním programu na univerzitách.(44)

V české republice došlo k této změně po roce 1989. Došlo k zásadnímu převratu, jakým byl pád komunismu, a s tím související změně politické situace. Po roce 1990 došlo k transformaci ošetrovatelského školství a dosavadní způsob kvalifikační přípravy sester, tedy vzdělání na středních zdravotnických školách od 15 do 19 let věku studentek, byl opouštěn. K tomuto procesu došlo postupně ve všech postkomunistických zemích. Poslední z těchto zemí byla Česká republika. Na vzdělání sester jsou postupně kladeny stále vyšší nároky, které vrcholí v době vstupu ČR do Evropské Unie požadavky na vzdělání vysokoškolské. Od roku 1989 se začala psát nová éra českého ošetrovatelství. Vznikají nové profesní organizace, dochází k transformaci ošetrovatelství z pohledu vzdělávání, praxe a legislativy. České sestry mají mnoho možností při rozvoji prestiže ošetrovatelské profese včetně získání úplného

vysokoškolského vzdělání, provádění výzkumu a uplatnění nových poznatků v klinické či pedagogické praxi. Jejich profese je volně směnitelná v rámci Evropy.

1.1.2 Česká republika a Evropská Unie

Česká republika podala přihlášku pro přijetí do Unie v lednu roku 1996. Tento akt byl uskutečněn o několik let později, v květnu roku 2004. Tímto se zavázala přijmout i celou řadu opatření, která se vztahují k oboru ošetrovatelství (a porodní asistence). Jednou z podmínek pro vstup České republiky do Evropské unie bylo vypracování a ustanovení právních předpisů, jež budou řešit specifické oblasti, které mají přímý vztah k výkonu povolání všeobecné sestry. Integrace České republiky do Evropské Unie mimo jiné znamenala i převzetí mezinárodních standardů a norem v oblasti ošetrovatelství. (35)

V roce 1998 byla vypracována nová koncepce českého ošetrovatelství. O dva roky později vznikl na Ministerstvu zdravotnictví České republiky samostatný obor ošetrovatelství. Došlo také k vývoji národních standardů pro ošetrovatelství, jež si vynutily rostoucí nároky na kvalitu ošetrovatelské péče. V souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace a Evropské unie se české sestry začaly vzdělávat na vysokých školách.

Mezi stěžejní legislativní normy, jež vešly v platnost v roce 2004 patří:

- Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání
- Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Koncepce ošetrovatelství České republiky (inovovaná v roce 2007)
- Vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb. o kreditním systému (29.8.2008 nabyla účinnosti vyhláška č. 321/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 a 1.2.2010 nabyla účinnosti vyhláška č. 4/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004) (37, 38)

Další související předpisy:

- Nařízení vlády č.463/2004Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
- Vyhláška MZ ČR č. 470/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka
- Vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (39)

Povolání všeobecné sestry zařazujeme do tzv. nelékařských zdravotnických povolání. Jedná se o povolání regulované, tzn., že smí být vykonávané pouze osobou, která odpovídá přísným kritériím, jež jsou zakotveny v zákonných a podzákonných normách. Tyto se pak týkají: oprávnění k výkonu povolání, celoživotního vzdělávání a odborné náplně práce. (43)

O revoluci a změnách, kterými prochází dnešní zdravotnictví, bylo napsáno mnoho pojednání, sluší se však vyzdvihnout fakt, že právě tato reforma velmi ovlivňuje roli sester. Cílem ošetrovatelské profese je podpořit úsilí vytvořit zdravotnický systém, jež by byl schopen zajistit dostupnost, kvalitu a služby za přijatelné ceny. Ošetrovatelství má reálnou a jedinečnou příležitost pomoci přebudovat systém poskytování zdravotní péče.

1.1.3 Postavení sestry v porevoluční době

Před rokem 1989 byly sestry řízeny lékařem a vedoucí (staniční, vrchní atd.) sestrou. Jejím základním úkolem bylo poslouchat a plnit příkazy. Ani po odborné stránce nebyl možný příliš velký rozvoj. Pro nedostatek pomocného personálu byla sestra nucena zastávat veškeré činnosti v péči o pacienta.

Privatizace s sebou přinesla řadu změn, mimo jiné i to, že si nemocnice stanovily nové strategie, změnu řízení a organizace práce na všech úrovních. Dochází k rozvoji odbornosti sester, avšak stále jsou vzdělávané tzv. „na výkon“, tzn. odborné činnosti spojené s výkonem lékaře. Postupně ukončují vzdělávání sestry, které jsou připravované pro praxi s jiným pohledem na pacienta – klienta, je kladen důraz na holistický přístup.

S dalším rozvojem specializace dochází k posunu v organizaci práce a přesunu kompetencí, posílilo se postavení sester. Jsou mnohem aktivněji zapojovány do procesu léčby a péče o pacienta. Lékaři postupně začínají vnímat tyto změny, sestra se stává partnerem lékaře v péči o pacienta, je spojovacím článkem přenosu informací o potřebách pacienta, je odborníkem v ošetřovatelství. Vedoucí sestry zastávají roli liniového manažera, jsou spoluodpovědné za úroveň ošetřovatelské péče, stávají se personalisty svého oddělení, hodnotí, motivují, vedou tým sester.

1.1.4 Sestra v novém tisíciletí

S nástupem nového století managementy nemocnic začínají uvažovat o zavedení systému řízení kvality. Sestry si začínají stále více uvědomovat své kompetence, ale i zodpovědnost, zaměřují se na budování prostředí bezpečného pro pacienta, dodržování intimity, kodexu práv pacienta a etiky všeobecné sestry.

V současné době by sestra měla být plnohodnotným partnerem lékaře v péči o pacienta, členem týmu kvality, její názor by měl být zohledňován, měla by být oceňována za kreativitu, sebekontrolu, rozvoj, schopnost vyhledávání odchylek a odvahu přiznávat chyby a poučit se z nich. Měl by být kladen důraz na neustálý odborný i osobnostní růst, pracovní nasazení a chuť se neustále učit něčemu novému. Místo direktivního řízení by měl být prosazován manažerský styl „tahu“ týmové spolupráce. (15)

Ošetřovatelství se chce rozvíjet do podoby samostatné profese. Prostředkem profesionalizace je zohledňování základních znaků profese, ke kterým patří přesně definovaná vědomostní báze, systém specializovaného odborného vzdělávání, existence etického kodexu, profesionální kultura aj. K tomu, aby i u nás bylo ošetřovatelství chápáno jako samostatná vědecká disciplína a nikoliv jen jako komplement medicíny je třeba ještě mnohé vykonat. Významnou roli v tom hrají sestry v řídicích funkcích, teoreticky i prakticky připravené v ošetřovatelství i v oblasti managementu.(2)

1.2 Role sestry v současnosti

Profesní role jsou specifické sociální role vázané na profesi, odrážející očekávání veřejnosti, jak laické, tak odborné a vztahující se k profesionálnímu chování a vystupování příslušníků dané profese v rámci výkonu této profese. Tyto role jsou proměnlivé v čase, jsou dynamické. Dosažení vysoké úrovně profesionality v rolích znamená kontinuální, souběžný a harmonický rozvoj složky kognitivní, jež představuje vědomosti a znalosti, afektivní, zahrnující empatii, cit dělat správné věci ve správný čas a správným způsobem. Dále složky behaviorální, jíž máme na mysli rozvoj zručnosti a praktických oborových dovedností. Aktuální struktura profesních rolí sestry se odvíjí jednak od proměňujícího se očekávání veřejnosti, jednak od vymezení předmětu a cílů oboru ošetřovatelství.

Co se očekává od „nové“ sestry?

Od manažerky vůdčí schopnosti, kreativita a interpersonální techniky při řešení problémů, od sestry v první linii plnění profesionálních rolí. Sestra, jakožto profesionál ve svém oboru má naplňovat role, mezi něž patří:

- role ošetřovatelky, pečovatelky
- role pomocnice
- role zprostředkovatele, komunikátorky
- role učitelky, mentorky
- role poradkyně
- role obhájkyne práv klienta, advokátky pacienta
- role edukátorky
- role výzkumnice
- role nositelky změn
- role vůdce a manažerky
- role týmového hráče
- aj. (47)

Ošetrovatelská profese prodělává v naší zemi rozvoj nesmírně dynamický, nicméně se zdá, že rychlý vývoj v letech minulých probíhal především z expanzivního, rozšiřujícího se hlediska. Dá se předpokládat, že následující období bude spíše o hledání kvality a kladení důraznějšího akcentu na zvyšování efektivity ošetrovatelské péče.

1.3 Vymezení předmětu elita – elitářství

1.3.1 Elita

Termínem elita, pocházejícím z latinského výrazu eligere = vyvolit, vybírat, označujeme kategorii osob, které v určitém systému, společenském či vědním, zaujímají zpravidla vedoucí (případně jinou významnou úlohu), a to především díky svým individuálním vlastnostem, schopnostem, profesionálním kvalitám či sociálnímu postavení.(26)

Vznik elit jako takových se datuje dle historických pramenů do doby, kdy se vytvořila první společenství. V tomto okamžiku dějin muselo dojít k oddělení výrazných jedinců od zbytku skupiny a ti museli začít autoritativně rozhodovat za ostatní. Došlo tedy k oddělení elity od masy neboli rozdělení společnosti na dvě základní části: třídu vládnoucí - elitu a třídu ovládanou čili non-elitu. Toto rozdělení vychází z poměrně jednoduché teorie elit, která říká, že lidé jsou si, jak po stránce biologické, tak po stránce psychologické nerovni. Přirozeným důsledkem této nerovnosti je tedy přirozené rozvrstvení každé společnosti. Je to historický zákon každé společnosti. S rozdělením společnosti na dvě základní skupiny však, zcela logicky, vyvstává zásadní problém toho, kdo by měl být v té jaké skupině. Kdo má být v elitě? Kdo má být ovládán a kdo má ovládat?

V dobách dávno minulých, v dobách vytváření se prvních společenství, jak již bylo výše zmíněno, připadla tato funkce většinou stařešinům rodu. Jednalo se o tzv. přirozený výběr, jehož hlavní jednotkou byl čas. V průběhu věků se však společnost diferencovala a do čela, vedení skupin se dostávali stále nové osobnosti, u kterých při výběru nebyl rozhodujícím kritériem věk.

Vlastní teorie elity se ve své autonomní podobě objevuje až koncem devatenáctého století, kdežto problematika elity je data podstatně staršího. Problematika elity si našla místo ve společenském myšlení již od dob nejstarších. Teorie elity se objevila jako historická koncepce, která z faktu, že společnost se dělí na ty, kteří vládnou, a na ty, jimž je vládnuto, učinila základní zákon společenského vývoje, jemuž podřídila vše. Na existenci fenoménu elity nemá až tak silný vliv vývoj společnosti, elita sama prochází vývojem. (26)

1.3.2 Elitářství

Elitářství je názor, který považuje některé skupiny lidí za elity. Tato situace říká, že názor elity by měl být brán vážněji. Elitářství též může znamenat koncentraci zájmu či směřování podpory těm, jež vykazují zvláštní snahu. Dle Gaetana Mosci (italský sociolog) je elita špičková skupina mocenská a vlivová, jejíž působení ovlivňuje chod organizované společnosti jako celku. Vezmeme-li v úvahu původní význam slova elitářství, pak věřme, že tento termín (*terminus technicus*) vychází z výjimečnosti, výjimečných schopností, znalostí a vědomostí. Do povědomí se však dostal i opačný smysl tohoto slova, jež nese méně racionální, až arogantní význam pro ty, jež touží po moci, majetku, slávě, lepším společenském postavení. Poměrně časté používání negativního významu způsobilo, že byl téměř vytěsněn původní a zbyl pouze pejorativní význam tohoto slova. V současné době se termín elitářství spojuje především s rozvrstvením lidí v dané společnosti. Být elitou na jedné straně znamená mít moc. Vedle moci však existuje i prestiž a vlivu prestiže se za určitých okolností vliv moci nevyrovná. A to je případ ošetřovatelství. (26)

1.3.3 Prestiž profese

Slovo prestiž pocházející z latinského *praestigiae* = mámení je vykládáno jako dobrá reputace jedince či skupiny spojená s úctou a vlivem. Nejčastěji je odvozována od profese, jejím nositelem však může být i příslušnost ke společenským skupinám jiného druhu. Prestiž je zpravidla chápána jako určitý způsob kladného hodnocení, ocenění a úcty, jež je prokazován osobám, předmětům či sociálním pozicím. Profesi lze pojmenovat ze sociologického hlediska jako povolání. Výkon povolání

vyžaduje vzdělání a kvalifikaci, jejichž získání významně utváří naše hodnotové orientace a životní styl. Zjednodušeně řečeno nám znalost povolání slouží jako zjednodušená informace o druhém člověku, neboť odráží objektivní pozice (příjem, kvalifikace, způsob života). Profese představuje symbol, pomocí něhož lidé kategorizují osobu na základě svých sociálních preferencí a očekávání. Povolání je tak stále nejdůležitější zástupce našeho statusu.(4)

Otázce hierarchického uspořádání profesí v očích lidí se nejčastěji věnují výzkumy prestiže povolání. Pojem prestiž můžeme jinými slovy vyjádřit jako váženost, jíž se lidé ve společnosti těší. Prestiž bývá také často ztotožňována s pojmem sociální status, i když v mnoha statích se setkáme s názorem, že je spíše indikátorem, parametrem (spolu s dalšími ukazateli jako jsou např. profese, příjem, vzdělání, životní styl atd.) sociálního statusu. Na druhou stranu se od prestiže odděluje pojem úcta (esteem), jenž je vztahovaná k jedné určité osobě, kdežto prestiž se váže k pozici. Pokud tedy hodnotíme prestiž povolání, hodnotíme prestiž dané pozice a ne osoby, která tuto pozici zastává.

Co se týče profese sestry pak ta ve výzkumu, který provedlo Středisko empirických výzkumů SÚ ČSAV ve spolupráci s Ústavem teorie a historie vědy v roce 1990 obsadila devátou pozici, těsně před horníkem, inženýrem ve výzkumu a právníkem. Naproti tomu v mezinárodním výzkumu, kde byly všem profesím přiřazovány bodové hodnoty od 0 do 100, se sestry umístily, spolu s programátory, učiteli a novináři, uprostřed prestižní škály. Nezanedbatelnou otázkou také je, jak hodnotí svou profesi z hlediska prestiže samy sestry.(3)

Částečnou odpověď přinesly výsledky výzkumu, jež byl proveden v letech 2004-2006, který se mimo jiné zaměřil i na otázku prestiže všeobecných sester v České republice (Bártlová 2006). Z uvedeného výzkumu vyplynulo, že sestry v této době vnímaly svou profesi ve společenském měřítku jako průměrnou či podprůměrnou. Nejinak tomu bylo i s vnímáním vlastní životní úrovně. (6)

Co je podstatou tohoto mínění? Z výzkumu vyplývá, že pozitivněji vnímají prestiž sestry mladší s kratší praxí v oboru do tří let a také, že na vnímání společenské

prestiže nemá vliv stupeň vzdělání, typ zdravotnického zařízení, ve kterém dotyčný respondent pracuje ani oddělení, na kterém sestra pracuje.(6)

Co se vlastní volby povolání týče, z výzkumného šetření vyplynula poměrně silná přímá vazba na rodiče a jejich povolání. Jako statisticky významná se ukázala i vazba na vzdělání. Všeobecné sestry s vyšším vzděláním (vyšší zdravotnická škola, vysokoškolské vzdělání) častěji označují svou životní úroveň jako spíše vyšší. Snaha o zvyšování prestiže sester jako sociální skupiny úzce souvisí s požadavkem vysokoškolské kvalifikace sester. Nová koncepce vzdělávání sester dle zákona č.96/2004 Sb. je vedena právě snahou o profesionalizaci profese sestry, která je spojena i s vyšší prestiží povolání.

Příznivé výsledky přinesl výzkum provedený Centrem pro výzkum veřejného mínění, který byl proveden v létě roku 2008. Do červnového výzkumu zařadilo Centrum pro výzkum veřejného mínění otázku zjišťující, jakou prestiž mají vybraná povolání u české veřejnosti. Respondentům byl předložen seznam šestadvaceti nejruznějších profesí, které měly dle svého uvážení a přiložené číselné škály obodovat. Z šetření vyplynulo, že lidé si tradičně váží nejvíce profesí, jakými jsou lékař, vědec, učitel na vysoké škole, ale také zdravotní sestra (tato pozice obsadila čtvrté místo) nebo učitel na základní škole (místo páté), tedy těch, které vyžadují poměrně vysokou kvalifikaci, a zároveň v sobě nesou jisté poslání a jednoznačnou prospěšnost pro společnost. I výsledky mnohých šetření spokojenosti pacientů, kde se hodnotí i chování a péče sester jsou více než uspokojivé. Otázkou je, jakou silou vnímání společenské prestiže tohoto povolání (a poslání zároveň) doznává obrat k lepšímu a jak velký vliv na toto má nová koncepce ošetřovatelství. (24)

V současné době u sester stále převládá pocit, že je jejich profese stále nedocenená. Je však potřeba si uvědomit, že s rozvojem tohoto oboru, neustálými změnami a celoživotním vzděláváním se sestry stávají s lékaři rovnocennými partnery a tím se zvedá i samotná prestiž tohoto povolání (48).

1.3.4 Elitářství v ošetřovatelství

Slovo „elita“ je velmi pružný a historicky podmíněný termín, kterého se často používá pro označení skupiny jedinců, jež má v rukou moc. V širším smyslu se jím označují lidé, kteří ve skupinách nejrůznějšího rozsahu, od nejmenších kolektivů až po velké celospolečenské celky, mají vůdčí postavení a rozhodují tak o osudech druhých. Z tohoto by mohl plynout dojem, že termín elita v ošetřovatelství je zcela paradoxním pojmem, jelikož sestry nejsou považovány ani za skupinu mocenskou ani za skupinu ve vůdčím postavení (36).

1.3.5 Problematika moci v ošetřovatelství

V mezilidských vztazích se projevuje moc jako schopnost určitého subjektu přinutit jiný subjekt k žádoucímu postoji nebo konání, ať už na základě fyzické nebo psychické síly. Mocenský vztah je tedy vztahem podřízenosti určitých jednotlivců nebo skupin jiným, v nadřazeném postavení. Charakter určité konkrétní moci závisí hlavně na tom, kdo je jejím nositelem, jaké jsou její cíle a jakými prostředky se uskutečňuje.(27)

Zisk, který přináší pomáhající profese je velmi těžko definovatelný. V každém pomáhání je určitá porce moci, možno ji s jistou mírou nadsázky nazvat „spasitelským komplexem“. Mnoho lidí si přání pomáhat druhým, pomáhat potřebným často vykládá jako skrytou touhu po moci. Jak jinak hodnověrně odpovědět na otázku: „Proč jsem si tuto těžkou práci s „nevalným“ finančním ohodnocením vybral (a)? Byť se to nezdá, důvodů může být více, než by se dalo předpokládat.

Jedním z řady důvodů bývá soucit. Lidé, kteří dobrovolně slouží trpícím, bývají často velmi soucitní. Dalšími motivy k práci s lidmi může být zvědavost, povinnost, skutkařství (pocit, že si dobrým činem něco zasloužím), osobní neštěstí, setkání s nemocí ve vlastní rodině, osamělost (málo osobních kontaktů může vést k jejich vyhledávání u těch, kterým pomáhám), v neposlední řadě pocit vlastní důležitosti. Motivem ke službě lidem může být konečně i panovačnost. Touha po moci, touha ovládat druhé je, jak dnes dobře víme - mimo jiné zásluhou slavného psychologa Alfreda Adlera - daleko rozšířenější, než jsme si schopni přiznat a uvědomit si. Pocit moci, kterou nad klienty míváme, nám dělá dobře, ale znehodnocuje naši charitativní

práci, jak morálně, tak pokud jde o výsledky. Do řad ošetřovatelství míří i jedinci toužící po uznání a také ti, pro které je důležité vidět smysl své práce. Touhou každého člověka je být autentický, a to role ošetřovatelky, sestry nabízí. (11,14)

„Každá práce s lidmi svádí k používání moci. Pacienti doufají, že když získají sympatie sestry, zajistí jim protekci u lékaře, chovají se proto často podřízeně,“ říká pražská psychoterapeutka Ivana Hořicová. „O lidi v pomáhajících profesích je třeba pečovat, aby si z vyčerpání ze svého obtížného povolání nezačali práci zjednodušovat právě používáním mocenských postojů. Jakmile si totiž ověříte, že vám nepřístupná mocenská maska pomáhá, začnete ji nevědomky nasazovat v každé situaci.“ (52)

1.3.6 Autorita

Autorita je moc, jejíž projevy jsou akceptovány těmi, jichž se týkají. Každá moc má potřebu ospravedlnit svou existenci. Autorita je taková moc, které se to podařilo. Princip autority působí stejně v oblasti vědění, jako v oblasti moci: akceptovat autoritu znamená dobrovolně se zdržet přezkušování toho, co je dáno k věření, co platí. Autorita pro praxi v ošetřovatelské profesi je založena na sociální dohodě, která vymezuje profesionální práva a odpovědnosti.(28)

Moderní společnost se snaží autoritu odloučit od konkrétních osob a spojit ji s neosobním úřadem. Autorita vždy znamená oprávněnost přikazovat, regulovat, určovat, řídit. Tato oprávněnost může být ustavena a chápána různými způsoby:

1. je uznána proto, že je nemyslitelné v ni nevěřit

2. je založena dohodou, vzniká uměle jako výhodný nástroj koordinace aktivit (10)

„Moc a autorita je zvláštním druhem sociální interakce. Je to typ interakce, kdy vlna vlivu se šíří jednostranně od poroučejících k poslouchajícím. Tam, kde dochází k polarizaci v sociálních skupinách, k tomuto rozdělení na poroučející a poslouchající, mluvíme o mocenských strukturách.“ *N. S. Timašev*

1.4 Mocenské struktury v ošetrovatelství

1.4.1 Vertikální elitářství

Vertikální elitářství je termín, jež je možno použít ve vztahu mezi sestrami zastávající různé funkce v rámci daného zdravotnického zařízení. (6)

Vezmeme-li to podle jednotlivých stupňů manažerské pyramidy, pak na vrcholu stojí TOP manažer ošetrovatelské péče, v současné době nazýván nejčastěji jako náměstek pro ošetrovatelskou péči, dříve hlavní sestra, střední linii řízení obsazují vrchní sestry (manažer pro chirurgické, interní a ostatní obory) a základní (operativní) linii řízení zastupují sestry staniční. (12)

Obrázek: Manažerská pyramida



Převzato z knihy: BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*. České Budějovice: ZSF JCU, 2005. Dostupné z e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

V praxi většinou platí jednoduchá matematická spojitost, čím vyšší postavení ve zdravotnické instituci, tím větší prestiž. V ošetrovatelství se vyšší funkce získává odchodem z klinické práce s pacienty od lůžka do managementu, na některou z pozic

jednotlivých linií řízení. Přechod z tzv. řadového pracovníka na manažerský post vyžaduje nejen převzetí autority, ale i velkého podílu odpovědnosti. Manažer rozhoduje o čase, úkolech, a ostatních aspektech práce podřízených. Z výše uvedeného vyplývá, že posun sestry od lůžka za manažerský stůl je důvodem k ukončení nebo výraznému omezení práce, pro kterou se sestry staly sestrami, tedy práci ošetrovatelskou (6).

Sestry ve vedoucím postavení se uplatňují ve dvou základních rolích daných postavením v hierarchii řízení. Jedna role primárně souvisí s ošetrovatelskou praxí, druhá je více zaměřena na širší řízení zdravotní péče.

Z výše uvedeného se může zdát, že sestra poskytující péči u lůžka se stává pomyslným protipólem sestry ve vedoucím postavení. Však vzpomeňme na jednu z nejdůležitějších rolí současné sestry - sestra jako týmový hráč. Spolupráce umožňuje ošetrovatelskému týmu využít všechny dostupné možnosti a zdroje ve prospěch pacienta. V současném zdravotnictví sestra u lůžka poskytuje a řídí ošetrovatelskou péči, edukuje klienty a stará se o svůj profesionální růst. Současně by měla rozvíjet svou ošetrovatelskou praxi o výzkum a v plné míře odpovídat za své činy. Lze tedy hovořit o protipólu? Sestra u lůžka je stejně jako vedoucí pracovník v první řadě člověk jako každý jiný se svými radostmi, problémy, se svým systémem hodnot. V její charakteristice by neměly chybět vlídnost, láska, empatie, ochota, porozumění, soucítění, trpělivost, vyrovnanost, svědomitost, soucítění, profesionalita a odborné znalosti. Bez kvalitní koordinace práce by sestra u lůžka měla svou pozici mnohem obtížnější a taktéž vedoucí pracovník nemůže efektivně pracovat bez zpětné vazby podřízeného personálu. (31, 34)

1.4.2 Horizontální elitářství

Horizontální elitářství v ošetrovatelství je termín, jež má souvislost s vědeckými a technickými znalostmi sester. Například jednotky intenzivní a resuscitační péče představují vysoce technizovaný obor, jež využívá širokou škálu zdravotnických prostředků charakteru přístrojové techniky, jak diagnostické, tak terapeutické, a navazujícího spotřebního materiálu. Jsou to pracoviště, která principiálně vyžadují zcela funkční a sehraný tým, který je schopen na vysoké odborné úrovni řešit interdisciplinární problémy, a to především ve vypjatých situacích.(6)

Za posledních třicet let se toho v oblasti intenzivních jednotek událo mnoho. Vzpomeňme, s čím se před lety pracovalo, srovnajme jednotku intenzivní péče v době svých prvopočátků, a jak vypadá dnešní standard vybavenosti JIP. Dnes je technická podpora JIP založena na digitálním zpracování dat, přístroje jsou ovládány programovými tlačítky, resuscitační lůžko není jen pouhá „postel“, ale léčebný zdravotnický prostředek, pacientovi jsou podávány léky a tekutiny složitými pumpami, práci usnadňují jednorázové pomůcky a čidla. Pomalu se stírá pracovní rozhraní mezi sestrou a technikem, specialistou. Zvyšující se náročnost péče o pacienty různého věku a s různými onemocněními a stále dokonalejší a rychle se vyvíjející postupy lékařské i ošetrovatelské péče pomáhají mnoha nemocným prodloužit a zvýšit kvalitu života. Současně však kladou vysoké nároky na práci sester a ostatního zdravotnického personálu na odděleních urgentního příjmu, jednotkách intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačních odděleních.

V rámci ošetrovatelské profese jsou to právě tyto skupiny sester, jež pracují s nejmodernějšími přístroji, které sami sebe vnímají jako elitu a jsou za ni často považováni jak ostatními zdravotnickými pracovníky, tak laickou veřejností. Byť má ošetrovatelské umění základy postavené na systematickém a komplexním uspokojování potřeb člověka v rámci ošetrovatelské péče je vyšší status přiřazován spíše sestřím, jejichž práce je spojována s technickými znalostmi a dovednostmi. (6)

Nové technologie, které vyžadují monitorování a interpretaci jsou spojovány většinou s tzv. čistou prací sestry. Vysoce specializované obory využívají nejmodernější techniku. V souladu s rozvojem technických prostředků a vývojem elektroniky dochází průběžně také k odpovídajícím změnám v možnostech přístupu k pacientovi.

1.4.3. Ošetrovatelství dnešní doby

Aniž bychom si to uvědomovali, není tak vzdálená doba, kdy byla práce sester biomedicínsky zaměřená pouze na plnění ordinací lékaře a odborné sestřerské výkony. Pro ošetrovatelství dnešní doby je typický holistický přístup k nemocnému. Sestra pracuje zcela samostatně a postupuje podle pravidel ošetrovatelského procesu, poskytuje tak komplexní ošetrovatelskou péči, která je zaměřena na celého pacienta, jako na lidskou bytost s veškerými jejími bio-psycho-sociálními a spirituálními

potřebami. V rámci poskytování ošetrovatelské péče jako celku zasahuje sestra do tělesné integrity člověka a ovlivňuje tak, to nejcennější co má – zdraví tělesné i duševní. Upevňování zdraví, jeho zachování a návrat jsou upraveny celou řadou norem. Jedná se o ukazatele právní, které jsou stanoveny zákonem a jejichž dodržování je vynutitelné státní mocí, tak i normy etické a morální. Sestra je povinna se při výkonu svého povolání řídit celou řadou pravidel - platnou legislativou, standardy ošetrovatelské péče, Etickým kodexem a jinými. Za základní postup u všech zdravotnických povolání je považován při poskytování zdravotní péče postup „lege artis.“ (Postupem „lege artis“ rozumíme „zdravotní výkon, který je v souladu s medicínskými poznatky-výsledky lékařské vědy, respektuje konkrétní okolnosti případu a je správně proveden odborně připraveným zdravotnickým pracovníkem.“) (55)

1.5 Vybrané role sestry

1.5.1 Manažerka

Role manažerky v ošetrovatelství s sebou nese potřebu manažerských schopností ke správnému vedení personálu i pacientů. Role manažerky je obtížná pozice, jež musí čelit přísným kritériím a náročným požadavkům dle úrovně řízení. Potřeba učení se novým procesům, přijímání nových schopností, nových postojů (a to i z jiných odvětví ošetrovatelství) je podmínkou souhry mezi manažerem a skupinou. Tohoto všeho lze dosáhnout zavedením tzv. procesu řízení, jehož náplní je plánování, organizování, shromažďování prostředků, vedení a vyhodnocování. Především vedení a řízení jsou v organizaci nepostradatelnou činností. Toto všechno musí sestra na manažerské pozici dobře zvládat, musí zvládnout hodně povinností, je důležité, aby vedla svůj tým dobře, spravedlivě a byla pro něj oporou i vzorem. Přiznejme tedy, že je nanejvýš spravedlivé, zařadit tento post mezi elitní. (20)

Pro stále narůstající nároky na vedení vznikly již výše zmínění tři úrovně manažerů a tím i odpovídající zodpovědnost. Připomeňme si stručně jednotlivé úrovně vedení.

Na nejnižším, prvním stupni manažerské pyramidy jsou sestry staniční. Zodpovídají za chod oddělení, provoz a plnění každodenních činností vyplývajících z

řešení problémů. Důležitou složkou je efektivní komunikace s vedením i personálem. Hlavním úkolem je operativní, řídicí činnost, krátkodobé plánování, zapracování nových absolventek a jednání s lidmi.

Stupeň druhý (střední linie řízení), zaujímají střední manažeři – vrchní sestry (manažer pro chirurgické, interní a ostatní obory), jejichž hlavní doménou je získávání a předávání informací, skloubení plánování a vedení s pochopením problematiky lidských vztahů. Podobně jako sestry staniční se zaměřují více na plánování krátkodobé, stanovování konkrétních cílů. Na svých úsecích provádějí tzv. motivační programy. Trendem poslední doby se v mnohých zařízeních stává sloučení první a druhé linie, kdy staniční a vrchní sestra je jedna a táž osoba, pod kterou je dále na oddělení pouze vedoucí sestra směny.

Třetí úrovní jsou vrcholoví manažeři. V této souvislosti mluvíme o náměstkyni pro ošetrovatelskou péči (dříve hlavní sestra). Na této pozici by měl být člověk s tzv. velkým manažerským charismem, člověk, který je schopen strategického rozhodování, plánování, jež je zaměřeno na delší budoucnost (roční a delší období). Důraz je kladen na koncepční práci, vytváření, případné změny organizačních věcí celé organizace, investice, plánování motivačních programů, obsazování vedoucích pozic, sledování spokojenosti pacientů, management rizik, řízení kvality ošetrovatelské péče, tvorbu standardů, spoluzodpovědnost při přípravě zdravotnického zařízení k akreditacím aj. (19)

Sestra manažerka vystupuje jako administrativní zástupce jednotlivých oddělení či celého zdravotnického zařízení a zajišťuje efektivní a kvalitní ošetrovatelskou péči poskytovanou ve správný čas na správném místě. Plněním své manažerské role pomáhá podřízeným skupinám pracovníků plnit své ošetrovatelské poslání, čímž je zlepšování a podpora optimálního zdravotního stavu klienta, předcházení nemocem a vyrovnání se s náhle vzniklou situací, co se jeho zdravotního stavu týče. (51)

Jelikož ve zdravotnických zařízeních pracují zaměstnanci s různě dlouhou praxí, s různým typem vzdělání, je v oboru ošetrovatelství řízení navýsost náročné. Od sestry manažerky se očekává, že vytvoří takové prostředí, ve kterém se bude moci poskytovat kvalitní ošetrovatelská péče (12)

1.5.2 Odbornice, specialista

Specialitou sesterské profese je skutečnost, že se jedná o dvoustrannou službu. Sestra musí být k dispozici jak lékařům, tak pacientům. Je jakýmsi mezičlánkem mezi dvěma protipóly, který však měl do nedávné doby poměrně malou možnost o věcech zásadních rozhodovat. Dnes se však ego sestry posiluje, je kladen mnohem větší důraz na skutečnost, že musí mimo jiné obstát ve spleťtém terénu mezilidských vztahů a také si poradit s moderní technikou. Role dnešních mladých všeobecných sester je spíše sestra-odbornice. Můžeme také použít termín specialista odborné léčebné péče. Ta se podílí jak na vzdělávání, tak i na přímé péči o pacienta, konzultuje problémy s pacientem, též s členy jeho rodiny, spolupracuje s ostatními sestrami a členy zdravotnického týmu v zájmu poskytnutí té nejlepší zdravotnické péče.

Znalost složité techniky na první pohled překryla držení za ruku a otírání pacientova čela (pozn. trendem dnešního ošetrovatelství je však postupný návrat k člověku a jeho lidským potřebám nejen z pohledu biologického, ale také z pohledu psychického, otření čela by mělo být stavěno na stejnou úroveň jako napojení složitého diagnostického přístroje). (52)

Úroveň a postavení každého oboru ovlivňují dva základní předpoklady. Tím prvním je jeho obsah spojený s určitým stupněm pravomoci a odpovědnosti. Druhým a základním požadavkem je úroveň přípravy pracovníků oboru k získání, ale i k udržení odborné způsobilosti k výkonu povolání. Specializační průprava je zaměřena jednak ke klinickým oborům, jednak k různým formám terénní a nemocniční péče a prohlubuje v některém pracovním úseku všeobecnou kvalifikaci sestry. Specializační vzdělávání je formou celoživotního vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Účelem je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. Specializační vzdělávání je realizováno v akreditovaných zařízeních. Jednotlivé vzdělávací programy jsou realizovány:

- pro zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí dle §§ 5-21 zákona č.96/2004 Sb. v platném znění modulovým způsobem, který umožňuje vhodnou kombinací a seřazením modulů dosáhnout požadované úrovně znalostí a dovedností.

Vzdělávací program obsahuje tři úrovně modulů - základní, odborný a speciální, dalším kritériem úrovně modulů jsou moduly povinné, doporučené a volitelné

- pro zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí dle §§ 22-28 zákona č.96/2004 Sb. v platném znění formou celodenní, nebo externí průpravy která se od celodenní průpravy liší pouze tím, že doba určená na praktické zdravotnické činnosti může být zkrácena nejvýše na polovinu doby stanovené pro celodenní průpravu. Úroveň této průpravy nesmí být nižší než u celodenní průpravy.

Vstupní podmínkou pro zařazení do specializačního vzdělávání je odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle ustanovení §§ 5-28 zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění (39)

„Celoživotní vzdělávání, specializační vzdělávání, certifikované kurzy, kredity, odborná způsobilost k výkonu povolání, specializovaná způsobilost k výkonu povolání, bez odborného dohledu, pod odborným dohledem, na základě indikace atd...“ Již více jak šest let odborná zdravotnická veřejnost skloňuje tyto pojmy, jež díky nové legislativě vstoupily do jejich slovníků. Hlavním úkolem je správně uchopit a zapracovat je do běžné praxe, aby se ze strohých právních norem a nařízení staly nástroje či pomocníci pro udržení a další zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Nezbytným předpokladem zajištění kvality ošetrovatelské péče je „kvalitní“ zdravotnický pracovník, nebo konkrétněji vzdělaná, odborně kvalifikovaná, profesionálně připravená všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí.

1.5.3 Výzkumnice

Jednou z novějších rolí je sestra výzkumnice. Předpokladem této role je přiměřené vzdělání sestry, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství. Úkolem sestry ve výzkumu je číst a studovat nejnovější ošetrovatelskou literaturu, aplikovat získané informace v praxi, shromažďovat data, vypracovávat odborné studie a v neposlední řadě fungovat jako konzultant při provádění výzkumné části studie. Prostřednictvím výzkumu se sestra aktivně podílí na svém zdokonalování a rozvoji znalostí. Možná z tohoto důvodu může dojít k situaci, že sestry výzkumnice mohou být vnímány elitářsky (jak je tomu např. ve Spojených státech amerických), přičemž tento výraz je více vnímán v negativním než pozitivním světle. (6)

V České republice zatím sestry ve výzkumu pracují především na akademické půdě. Tato činnost je soustředěna na univerzity a na další vzdělávací instituce, kde se sestry vzdělávají v základech vědecko-výzkumné práce a provádějí drobná šetření v ošetrovatelském oboru. Od každé kvalifikované sestry se očekává, že její odborné znalosti a dovednosti budou založeny na samostatnosti, odpovědnosti, tvořivosti, kritickém myšlení, individuálních perspektivách a společenských požadavcích. Všechna tato synonyma můžeme shrnout do termínu „schopnost vědeckého myšlení“. To souvisí s tzv. povědomí výzkumu, čímž se rozumí kromě kritického myšlení, zkoumavého přístupu k vlastní práci, touhy a schopnosti hodnotit význam výzkumu v různých situacích a vhodně jej použít, i rozpoznání významu výzkumu pro obor a pro péči o pacienta. Situace v České republice je v současnosti taková, že výzkum sester na svém „domovském pracovišti“ se potýká spíše s mnohými omezeními v klinickém prostředí než s podporou. Ještě nějaký čas potrvá, než se výzkumná činnost stane legitimní a běžnou činností v ošetrovatelské praxi (7).

1.5.4 Mentorka

Termín mentor se objevuje již v klasické literatuře, v Homérově Odyssee vystupuje Mentor, jehož Odysseus jmenoval rádcem a učitelem svému synovi Telemachovi. Mentor se stal synonymem pro moudrého a věrného strážce a učitele.(24)

Být mentorkou znamená doprovodit svého svěřence na cestě transferu získaných teoretických znalostí a dovedností do odborné praktické reality. „Mentor je osoba, která pomáhá ostatním dosáhnout svého potenciálu. Jeho role zahrnuje koučování, povzbuzování, konstruktivní kritiku, vysvětlování, naslouchání a vedení. Základem mentorování je vztah mezi dvěma osobami, kdy jedna pomáhá té druhé dosáhnout svých cílů.“ (25) Potřebné pedagogické kompetence si osvojí úspěšným absolvováním mentorských kurzů různých typů. Vlastní činnost nebývá speciálně honorovaná, nýbrž chápána jako nedílný předpoklad zvyšování prestiže jednotlivých pracovišť. (45)

Aby mentorka úspěšně zvládla své profesionální poslání, musí být v potenciálu jejích schopností důležité aspekty, kterými jsou komunikace, organizace a koordinace, motivace a delegování. Úlohou mentorky v procesu interpersonální komunikace musí být snaha o regulování jednání podřízeného pracovníka, mentorka musí mít cit pro

vnímání zpětné vazby, musí být schopná empatie, ochotná poslouchat, dát najevo zájem, uplatňovat ve své práci pedagogickou psychologii, působit na zaměstnance svým příkladem, být jejich rádcem, musí mít důvěru zaměstnanců jako odborník i jako člověk, musí umět předávat informace tak, aby všichni pochopili, co se od nich očekává, koordinovat aktivity podřízených, rozvíjet jejich nápady, respektovat různé zájmy, předvídat jednání druhých, umět s nimi vycházet, umět je pochopit, podpořit i obhájit. Mentorka by měla informovat sestry v maximální možné míře o tom, co mají dělat, jak jsou na nich závislí jiní lidé. Sestry mají vědět, co se od nich očekává, mentorka má působit na ostatní svou otevřeností, aby pracovníci měli pocit, že mohou také otevřeně hovořit, podává zpětnou vazbu o dosažených výsledcích a kvalitě práce, oceňuje za pracovní výkon, inspiruje spolupracovníky svým příkladem, vyžaduje otevřenost komunikace, vyzývá, aby hovořili o svých názorech, problémech a touhách, konfrontuje vzájemné očekávání, zapojuje ostatní, žádá o pomoc, rozvíjí sebeuplatnění, seberealizaci a tvořivost, spoléhá se na podřízené, věří jim, podněcuje jejich tvořivost. Tam, kde to lze, přenáší i zodpovědnost a pravomoci na své podřízené. K organizaci práce má možnost využívat porad, setkání a další formy interpersonální komunikace. (29,33)

Byť se pozice mentorky v současnosti již dostala nejen do povědomí, ale i do ošetrovatelské praxe zkušenosti ukazují, že jsou v tomto směru rezervy. Je proto potřeba profesionalizovat tuto pracovní pozici. (33)

1.5.5 Sestra vzdělaná

V současnosti nelze nikterak zpochybnit, že dnešní civilizovaná společnost vyžaduje vzdělané jedince v každém pracovním odvětví, ošetrovatelství nevyjímaje. V osmdesátých letech minulého století se začala role sestry měnit, především ve vzdělávání. Ošetrovatelství se začalo považovat za samostatný vědní obor a další profesní osud byl již v rukou sester.(5)

Termín celoživotní vzdělávání byl u nás definován v klíčovém zákoně č. 96/2004 Sb., ve kterém jsou vyjmenovány aktivity, jež se za celoživotní vzdělávání považují. Také bylo stanoveno, že celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické a jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví. (21)

Nová koncepce vzdělávání představuje velkou a zásadní změnu v ošetrovatelské praxi, především pak v profesionální přípravě sester pro vykonávání vysoce individualizované ošetrovatelské péče nejen o nemocné. Role sestry se vyvíjí a neustále se zdokonaluje profesionální a právní postavení sester a s tím spojené i vzdělání. Zdaleka ne každá taková změna se však setká s pozitivní reakcí. Často je to spíš vlna kritiky a nepochopení, často od samotných sester. Je nutné si však uvědomit, že právě vzdělávání v neposlední řadě je nástrojem pro zvyšování prestiže této profese a touha po prestiži úzce souvisí s profesionalizací ošetrovatelství. Vzdělávání je nezbytným nástrojem pro udržení všech praktických dovedností a přehledem nad nejnovějšími výzkumy, vývoji a novinkami v oblasti ošetrovatelské péče. (22, 50)

1.5.6 Týmový hráč

Zdravotnictví je jedním z oborů, kde je týmová spolupráce nedílnou součástí dobrání se společného cíle. Nelze hodnotit, čí práce je důležitější, neboť teprve součinnost všech je předpokladem kvalitního výsledku. Samotné operační řešení nepříznivého zdravotního stavu by jen stěží skončilo pozitivním výsledkem bez kvalitní předoperační přípravy, analýzy potřebných odběrů laborantem, bezchybné práce celého perioperačního týmu na operačním sále, péče „jipkové“ sestry, uvaření čaje sanitárkou a spolupráce s celou škálou pracovníků ve zdravotnictví. Sestra je součástí multidisciplinárního týmu, ve kterém každý člen přispívá svou odborností. Cílem

spolupráce je zlepšení pacientova stavu. Sestra by jako součást multidisciplinárního týmu měla být nezávislou odbornicí, plně zodpovědnou za péči, kterou poskytuje. Být zodpovědným znamená zodpovídat za své činy. Sestra jako týmový hráč má potřebnou pravomoc k efektivnímu plnění svých úkolů. Sestra jako týmový hráč zná hranice jak svých pravomocí, tak své odpovědnosti. (40, 49)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

- 1) Zjistit, zda elitářství v českém ošetřovatelství existuje.
- 2) Zjistit, zda jsou oblasti v ošetřovatelství, jež jsou sestrami vnímány jako „elitní“.
- 3) Zjistit, do jaké míry mohou uplatnit „elitní“ skupiny sester své výlučné schopnosti a postavení ve prospěch celku.

2.2 Hlavní výzkumné otázky

- 1) Jaká je představa o elitě v ošetřovatelství?
- 2) Existuje souvislost mezi výlučnou pozicí a vzděláváním?
- 3) Do jaké míry jsou sestry připraveny na zvýšenou potřebu vzdělávání a jsou připraveny přijmout větší zodpovědnost, co se rozšířených rolí týče?
- 4) Do jaké míry je platné tvrzení, že sestra a lékař jsou rovnocennými partnery?

2.3 Hypotézy

- 1) V českém ošetřovatelství existuje stav zvaný elitářství.
- 2) Existují obory, jež jsou vnímány ostatními sestrami jako elitářské.
- 3) Jako výlučné – elitářské jsou vnímány obory s potřebou technických znalostí.
- 4) Elitní skupina v ošetřovatelství má předpoklad stát se nástrojem progresivních změn a opatření.
- 5) Existuje vztah mezi profesionalizací a elitářstvím.

3. Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní i kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat probíhal v měsících leden až březen 2010.

V první fázi šetření byla použita metoda kvalitativní. Pro sběr dat od respondentů byl použit hloubkový nestrukturovaný rozhovor, který byl připraven na základě konfrontací s odbornou literaturou zabývající se problematikou ošetrovatelství, prestiže povolání apod. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně zpracovány. Obsahem kvalitativního výzkumného šetření byl rozhovor se třemi mladými ženami podobného věku a vzdělání, lišícími se však svou konečnou podobou profese. Ženy z vybraného vzorku dostaly šanci mluvit sami za sebe, tudíž nezapadají do obecných statistických čísel. Vlastním rozhovorům předchází úvodní kapitola, která pojednává o teoretickém přístupu a metodologii studie.

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou jednotného dotazníku pro výzkumné soubory:

- sestry pracující ve vybraných zdravotnických zařízeních jihočeského kraje
- manažeři oddělení pracující ve vybraných zdravotnických zařízeních jihočeského kraje (z řad sester)

Také respondenti této části výzkumného šetření byli seznámeni se záměrem šetření a to v úvodní části dotazníku, kde je mimo jiné uvedeno, kdo a proč výzkum provádí a ujištění respondenta o zachování jeho anonymity. Závěrem bylo připojeno upřímné poděkování za spolupráci. První část dotazníku obsahuje otázky týkající se identifikačních údajů sester, část druhá je zaměřena na zkoumání dané problematiky.

3.2 Statistická analýza

Vyhodnocování dotazníkového šetření bylo provedeno analýzou a syntézou dat pomocí SPSS 17.0 a Microsoft Office Excel 2007. Pro výpočty byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. Pro frekvenční zhodnocení bylo využito

početního zastoupení (Frequency), absolutní procentní zastoupení vždy ze 100% respondentů (Percent), validní procentní zastoupení, z něhož byli vyloučeni respondenti, kteří neodpověděli na danou otázku (Valid percent), a kumulativní procentní četnost (Cumulative percent), jež je vypočítávána z validní procentní četnosti (Valid percent).

K vyhodnocení statisticky významných vztahů u vybraných proměnných bylo využito kontingenčních tabulek (Crosstest), Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square) a modul Exact Tests (Exact Pearson Chi-Square).

Kontingenční tabulky jsou užívány ke zjištění vztahu dvou kategorizovaných proměnných. Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square) umožňuje testovat nezávislost proměnné řádkové a sloupcové. Modul Exact Tests (Exact Pearson Chi-Square) umožňuje provádět spolehlivé statistické testy nezávislosti i pro tabulky, jež vykazují malé očekávané četnosti v některých buňkách. Zaokrouhlení bylo provedeno na jedno desetinné místo, v souvislosti s relativně malým počtem respondentů.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvalitativní výzkum tvoří tři respondentky – mladé ženy, u nichž byla provedena studie založená na svědectvích získaných metodou interview. Jednalo se o velmi zkušené odbornice, které se pohybují ve zdravotnictví bezmála dvě desítky let.

Výsledky kvantitativního výzkumného šetření byly postaveny na základě odpovědí respondentek, z řad sester a manažerů pracujících ve vybraných zdravotnických zařízeních jihočeského kraje. Bylo rozdáno celkem 300 dotazníků metodou náhodného výběru ve městech jihočeského kraje a to sestrám pracujícím v ambulantní sféře, sestrám chirurgických a interních oddělení a sestrám pracujících na manažerských pozicích. Z celkového počtu 300 dotazníků se vrátilo 247, z toho bylo 5 dotazníků vyřazeno pro nezhodnotitelnou vzhledem k neúplnosti. Pro vyhodnocení bylo použito 242 dotazníků. Výzkumný vzorek byl tedy tvořen 242 respondenty (100%).

3.3.1 Strategie výběru zkoumaných osob.

Vzorek žen (pro kvalitativní výzkumné šetření) byl vybrán na základě osobních znalostí a zkušeností s dotazovanými. Anonymita dat a soukromí respondentek byla zajištěna tím, že veškerá jména žen v této studii jsou pseudonymy. Dosažená úroveň vzdělání nebyla při výběru rozhodující, hlavním kritériem byla dostatečná praxe ve zdravotnictví. Jednalo se o záměrný výběr.

3.3.2 Scénář rozhovoru

Scénář obsahuje 39 základních otázek, které mají přímou souvislost se zkoumanou oblastí. Otázky při jednotlivých rozhovorech byly víceméně vodítkem, a tudíž nebyly pokaždé formulovány stejně. Čas od času došlo k odchýlení od základního schématu otázek, z důvodu vyptání se ještě na další okruhy problémů. Každý z rozhovorů byl rozdělen na dvě základní části. Obsah otázek první části byl zaměřen na obecné informace, v druhé pak na konkrétní oblasti týkající se záměru výzkumného šetření. Rozhovory jsou předkládány v téměř původní podobě, pouze s drobnými literárními úpravami.

3.3.3 Sjednání a průběh rozhovorů

Pro studii byla využita metoda rozhovoru, která klade důraz na vzájemnou důvěru, na pozorné naslouchání těch, kteří rozhovor vedou a na aktivní účasti respondentů. Na začátku proto byly všechny respondentky osloveny, aby jim byl vysvětlen účel šetření. První kontakt ve všech případech proběhl telefonicky. Respondentkám bylo krátce vysvětleno, o co v šetření jde, byly seznámeny s tématem interview. Všechny účastnice šetření byly informovány o tom, že průběh rozhovorů bude zaznamenán na diktafon, z důvodu přesnějšího záznamu. Všechny rozhovory byly doslovně přepsány a s jejich prepisy byly dále zpracovávány. Každý rozhovor byl uveden krátkým popisem každé respondentky.

Ženy ve výzkumném šetření se nijak významně nesnažily odchylovat od předkládaných otázek a utíkat od tématu. Na většinu otázek odpovídaly věcně, stručně, výstižně. Z průběhu rozhovorů vyplynul zajímavý fakt, jak ženy reagovaly na

přítomnost záznamového zařízení. Byť s jeho přítomností byly obeznámeny a souhlasily, přesto se ukázalo, že působil jako rušivý element. Respondentky, které zpočátku odpovídaly velice stručně, se po vypnutí diktafonu k některým otázkám vrátily a podrobněji rozhovořily. Jestliže se zapnutým diktafonem rozhovor probíhal formálně a strojeně a člověk měl pocit, že se respondentky těší, až bude konec interview, po vypnutí diktafonu došlo na neformální diskuzi. Oficiální otázky byly často doplněné detailním objasňováním svých názorů. Poté, co proběhly rozhovory s respondenty, bylo několikrát opakováno čtení, v jejichž průběhu přicházely na mysl rozličné výzkumné otázky a podotázky, v nichž byla snaha nalézt souvislosti a vztahy. Při každém čtení byly dělány analytické poznámky, u kterých byla v závěru snaha zasadit je do logického koherentního celku.

4. Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Rozhovor č. 1

Lenka

Lenka je vrchní sestra chirurgického oddělení jedné z jihočeských nemocnic. Sešly jsme se spolu v oblíbené restauraci v centru malého městečka. Na schůzku přiběhla s půlhodinovým zpožděním, udýchaná a omlouvala se, že ji zdrželi v práci. Hned v úvodu našeho interview stočila směr na zdravotní péči, na své zaměstnání. Hovořily jsme spolu bezmála tři hodiny, ale čas nám plynul tak rychle, že se povídání zdálo mnohem kratší. Lenka je velmi klidná, sebevědomá a výřečná žena. Na první dojem z ní vyzařuje profesionalita a budí dojem člověka nad věcí. Na zdravotní školu nastoupila až po maturitě na gymnáziu, po tom co jí nevyšlo studium psychologie na vysoké škole. Prvním člověkem, který v ní probudil myšlenku práce ve zdravotnictví, byla starší sestra, která v té době pracovala na chirurgii už desátým rokem. Lenka sama přiznává, že v prvopočátku spíš než práci měla před očima symbol tehdejší zdravotní sestřičky, modré šaty, bílou zástěru. V úvodu našeho povídání také přiznala, že práci, kterou si ke studiu vybrala, brala sice jako tu, která se jí líbí, ale kterou nejspíš nikdy dělat nebude, brala jsem ji jako „náhradní“ variantu. Jako dítě chtěla být paní učitelkou, časem se její zájem stočil na psychologii.

A co teď, Lenko? Kdybyste si mohla teď vybrat jakékoliv povolání, jaké by to bylo?

Teď? Teď už bych neměnila. Jsem v nemocnici sedmnáct let a je to to jediné co umím, tedy doufám. A taky si nedokážu představit, že bych byla bez lidí.

Bavila Vás škola?

Celkem ano. Tím, jak jsem za sebou měla gympl, tak to pro mne bylo jednodušší. V osnovách byly jen odborné předměty a praxe. Na gymnáziu jsem měla biologii, ze

které jsem i maturovala, takže jsem neměla problém pochopit anatomii, fyziologii, neprala jsem se s věcmi jako genetika, dělení buněk atd. Navíc jsem se docela dobře učila, takže zdrávka pro mě byla pohoda.

Takže Vás škola pro praxi připravila dobře?

No, na to je docela těžké jednoznačně odpovědět. Škola mě, myslím si, připravila dobře, ale ta srážka teorie s praxí byla dost tvrdá. Když jsem nastoupila na oddělení coby elév, měla jsem pocit, že jsem do žádné školy ani nechodila. Tehdy nebyly žádné standardy, postupy, všechno se předávalo od člověka ke člověku. Zaučovala mě holka, která pracovala na tom samém oddělení jeden rok. Ona nastoupila po čtyřleté zdrávce v osmnácti letech, kdežto já ve dvaceti. Takže, i když byla mladší než já, měla „už“ rok praxe. Dávala mi to hodně najevo. Sester bylo málo a staniční na mě neměla čas. Častá odpověď lékařů, když jsem se zeptala na něco odborného, byla: „To je na vás moc složité, sestřičky“, případně: „Ale prosím vás, k čemu tohle potřebujete vědět?“. Co jsem neokoukala a sama se nenaučila, to nebylo. Nerada na to období vzpomínám. Vše co jsme se ve škole učili o etice, psychologii, přístupu k pacientovi, jako by v praxi neexistovalo. Naštěstí je tahle doba snad pryč.

Tedy ptát se na co Vás škola nepřipravila je asi zbytečné, že?

No, to je právě to, co jsem řekla před chvílí. Nepřipravila mě na to, jak jiná bude realita. Dostávala jsem vynadáno za to, co jsem se ve škole učila, jak se má dělat. Vzápětí si tácek pod injekci bylo zdržování, nové rukavice plýtvání, na mluvení s pacientem nebyl čas. Chvillemi jsem si připadala jak na jiné planetě. Na druhou stranu musím přiznat, že ty holky byly k takovému chování částečně přinucené okolnostmi. Když dostanete krabici rukavic na měsíc, tak s nimi prostě šetřit musíte, a když máte zvládnout obstarat třicet lidí, tak to taky nějak udělat musíte. Sama jsem musela ve spoustě věcí slevit. Jen si myslím, že by se ty mladé holky plné vědomostí, ideálů a chuti do práce neměly za všechno kritizovat.

A jak to tedy udělat?

Nenásilně je směřovat, aby si samy uvědomily, jak nejlépe skloubit teorii s praxí.

Kde jste pracovala po ukončení školy?

Já jsem celý život věrná chirurgii. Hned po škole jsem nastoupila na chirurgické oddělení k lůžku, nejprve na septickou část - „špínu“ (pozn. slangové označení septické chirurgie), po mateřské na multioborovou JIP, pak opět na standardní oddělení, kde jsem byla na pozici staniční sestry a dnes mám na starost chirurgii celou. Chvilku jsem také byla na operačním sále, ale po druhé mateřské jsem se tam už zpátky nevrátila. Raději si s lidmi povídám, na sále všichni spí (smích)....

Co se Vám nejvíce líbí a naopak nelíbí na práci všeobecné sestry?

To je jednoduchá odpověď. Líbí se mi ta práce jako taková a tím, že jsem v této funkci se mě současně trochu splnil i můj původní sen být učitelkou. Děvčata se mi na oddělení po čase střídají, odcházejí na mateřskou, vracejí se mi z ní, nastupují absolventky. Stále zaučuji. Nevadí mi to, baví mě to. Nelíbí se mi, že musím občas připomínat, že v centru zájmu by měl být člověk (a ne to, jakou má pan doktor či kolegyně náladu). Možná, že teď mluvím „naučeně“, ale tak to prostě je. Skutečně to mám ze školy, dokončila jsem ji loni a je pravdou, že nejvíce jsem si z ní odnesla, že člověk se v nemoci mění, často reaguje jinak, než by se očekávalo (pozn. Lenka v loňském roce úspěšně dokončila magisterský studijní obor na vysoké škole). Má svou nemoc, ale i duši a s ní související potřeby. Potřebuje cítit péči a tu dokážeme dát jen my. V tom je ta sesterská jedinečnost, to je to, co doktor dát nemůže a toho bychom si měly být vědomy. Bohužel to bývalo to první, na co jsme zapomínaly.

Bývalo?

Doufám...dneska se o holistickém přístupu mluví tolik, že je snad nemožné, aby ty holky o tom nic nevěděly a neuplatňovaly to v praxi.

Takže si myslíte, že situace se v tomto směru změnila k lepšímu?

Mohu-li to posoudit z pohledu vedoucího, pak mám pocit, že ano. Děvčata s lidmi mluví, více se jich ptají a také jim více odpovídají, neodkazují se jen na lékaře. Zavedli jsme také první edukační programy a vypadá to, že je zájem. Zatím je to jen v rámci dobrovolnosti, ale myslím, že dobrý.

Jsou právě tyto sestry ve vašich očích elitní - výjimečné?

A víte, že ano? Četla jsem dotazník a přiznám se, že jsem musela chvíli přemýšlet, jak bych odpověděla na některé otázky. V prvním okamžiku mne napadlo, že jedinou elitní sestrou musí být ta nejvýše posazená, vždyť proč by jinak mohla tento post zastávat? Jenže pak se mi vybavila vzpomínka do doby, kdy mi odvezli dědu na kardiochirurgii na akutní zákrok a pak ležel na RESu. Tam jsem viděla elitně vyhlížející znalosti a dovednosti. Ale těžko říct, jestli tohle je ta „nej“ skupina, to samé by mohly říci sestry na ARU, na operačním sále a koneckonců i moje holky. Měla byste vidět, jak kmitají, když přivezou bouračku, dala bych za ně ruku do ohně. Říci globálně co, resp. kdo je ta elita je docela těžké. Takže mám-li to shrnout, pro mne a pro pacienta určitě taky je elitní ta sestřička, která to s ním umí, ví jak na to.

Existují názory, že sestry pracující na odděleních, kde je potřeba více technických znalostí jsou v očích ostatního zdravotnického personálu ve výjimečném postavení.

Co si o tomto myslíte?

Máte na mysli oddělení jako je třeba právě mnou zmiňovaný RES?

Třeba. Nebo další, jednotka intenzivní péče, ARO, operační sál, hemodialýza nebo třeba neonatologie, určitě byste dokázala vyjmenovat i další.

V očích ostatního personálu zcela určitě. Otázkou je, jestli je to dobře. Otázkou je, jestli to vědomí výjimečného postavení je jim ku prospěchu. Já jsem toho vlastním příkladem. Měla jsem možnost být chvíli na tomto, jak vy říkáte, výjimečném postu (pozn. Lenka pracovala 14 měsíců na operačním sále) a jediné, co jsem si odnesla, byl všudypřítomný stres, večer jsem nemohla usnout, protože jsem ráno měla být u nové

operace, bylo nás málo, neměly jsme čas se ani napít, natož v klidu naobědvat. Rozhodně jsem neměla pocit, že jsem „někdo“. A protože vím, že mi v současné době chybí na sále dvě sestry, tak si nemyslím, že by situace byla o mnoho lepší.

Rozpovídala jste se o operačním sále.....

Trochu jsem se dostala jinam, to se mi stává často (smích). Vraťme se k výjimečnému postavení. Arovky, sálovky, jipkové sestry jsou určitě v očích ostatních někde trochu jinde (hodně to dělá ta spousta mašinek, které je nutné umět obsluhovat). Ale nevím, jestli o to tak úplně stojí. Jak byste se cítila, kdybyste věděla, že si o vás ostatní šuškájí, že jste nafoukaná, nosík nahoru...

Trochu vím, o čem mluvíte. Pracuji na sále patnáct let...

No, tak neříkejte, že jste se s tímhle pocitem nikdy nesečkala?

Samozřejmě, že ano, ale nikdy jsem neměla dojem, že jsem svým postavením výjimečná...

Tak to vidíte vy, ale nikoli ty sestry na oddělení.

A myslíte si, že by se mnou měnily?

Podle mě ta starší generace moc ne. Ono to chce mít na sál trošku té dravosti a otrlosti v povaze, a jakmile si člověk zvykne na svůj standard, na tempo „svého“ oddělení a přivykne lidem, tak už se mu moc „to svý jistý“ měnit nechce. Teď nechci, aby to vyznělo tak, že si myslím, že sestry na oddělení nic nedělají nebo nechtějí dělat. Tak to samozřejmě není (a ani bych to nedopustila), jen hledám odpověď na otázku, jestli by vyměnily pozici u lůžka za sál....starší myslím si, že ne, mladší by do toho asi šly. Ono to chce mít taky kuráž, chuť...

A co na ostatní oddělení?

Tak tam by asi ten přechod byl snazší.

Myslíte si, že svou roli hraje i větší či menší potřeba vzdělávání na jednotlivých úsecích práce?

Je jasné, že na sále toho má sestra na učení víc než na standardním oddělení, stejně tak tam, kde je potřeba, ...jak jste to říkala?... více technických dovedností. Rozhodně, co si budeme povídat, člověk je od přírody tvor líný. Sem tam se naučíme něco, ale to jen proto, že nás to zajímá. Mám-li se učit něco proto, že musím, pak už to taková radost není. Tady záleží na každém, jakou má motivaci.

Motivujete vy nějakým způsobem své podřízené?

Já po nich chci, aby uměly. A já vím, že umí, a ony ví, že já vím...(smích), to je docela dobrá motivace, ne? Ale vážně, protože chci, aby věděly, znaly tak pro to něco dělám. Konkrétně u nás je to 1x za měsíc seminář na aktuální téma. Naposledy jsme se bavily o otázkách týkajících se citlivých dat pacientů.

Vrat'me se ještě k předchozímu... Sestra se přeci musí učit stále...

Ano, ale na různých úsecích je různé množství nových informací a také rychlost a frekvence, s jakou ty nové informace přicházejí je různá. Pamatuji si, že na sále snad nebyl týden, aby nepřišel nějaký nový operační postup v souvislosti s novým instrumentáři. Bylo to hodně těžké. Na ARU mají každou chvíli nový přístroj. Podívám-li se na to z tohoto úhlu pohledu, pak mi nezbyvá než přiznat, že elitní pozice jsou a musí být. Je to prostě dáno vývojem.

Myslíte si, že existují rozpory mezi zmíněnými skupinami sester?

Ano....., ale asi je to jiné v malých a velkých nemocnicích. Malé nemocnice jsou takové rodinnější. Problémem velkých je určitá odosobněnost, ten rozestup mezi sestrami tam bude asi větší (ale nemyslím si, že u lékařů by to bylo jiné).

A jaký si myslíte, že je ten největší problém?

Komunikace, nedostatečná, zkrácená, často zbytečně nadřazená, neosobní.

Dovolte mi ještě trochu osobní otázku: „Máte nějaké plány ohledně své kariéry?

Plány.... (Lenka se zamyslela a bylo vidět, že o tomto v posledním čase mnoho nepřemýšlela, nevěděla co odpovědět). Já jsem nedávno dostudovala a po promoci jsem si řekla, že si dám chvilku na vzpomínání se, ale teď si uvědomuju, že se vlastně vzpomínám doteď (smích).

To snad ne?

Chtěla jsem tím říci, že se pořád učím dál vyhlášky, příkazy, nařízení, edukace, vlastně jako bych z té školy neodešla, ale tak to má asi být. Mým cílem do budoucna je vytvořit si na oddělení dobře fungující tým (ještě máme nějaké rezervy) a také časem obstát před akreditační komisí.

Víte, že vaše postavení ve zdravotnickém systému je také vnímáno jako výlučné? Máte ten pocit?

Tak asi ano, zastávám přeci vedoucí funkci, mám pod sebou více jak třicet lidí. Ale rozhodně jej tak nevnímám já. Já spíš vidím tu administrativu, pacient je mi vzdálený.

Co si myslíte o rovnici sestra - lékař = rovnocenní partneři?

Ve škole jsme se o tomhle učily. Ale podle mně je to otázka budoucnosti. Myslím si, že sestra je ještě pořád vnímána více jako „pomocná síla“, bohužel. Ale situace se samozřejmě mění a věřím, že já se toho ještě dožiju. Myslím toho, že sestry budou mít více pravomocí a lékař s nimi bude o pacientovi diskutovat, ne jen psát ordinace. Jenomže to chce nejen změnit vzdělávání, ale hlavně myšlení.

Myslíte si, že sestry jsou připraveny přijmout v souvislosti s většími pravomocemi (se zvyšováním prestiže) i větší zodpovědnost?

Jsou, ale pouze ty, které si připustí, že nic není zadarmo. Když chci zvýšit svou prestiž, tak pro to také musím něco udělat, a znovu jsme u toho myšlení. A víte, že mě teď napadla podoba výlučné sestry?

???

Je to spojení těch dvou dohromady. Zručná, vzdělaná, chytrá „árovka“ se srdcem sestry z hospicu.

Kateřina

S Katkou jsme se sešly u ní doma. Uvařila kávu a na stůl dala vlastnoručně upečenou bábovku. Katka je optimisticky laděná osoba, což potvrdila i ujištěním, že se na rozhovor těšila. Měla trochu obavu, zda bude umět odpovědět na všechny položené otázky. Po ujištění, že se nejedná o zkoušení, nýbrž o nezávazné popovídání se uvolnila a rozpovídala se nejen o své práci, ale i o pocitech, které jí její téměř dvacetiletou kariérou zdravotní sestry provázejí. Katka pracuje na chirurgickém oddělení jako řadová sestra a na tom samém pracovišti zajišťuje již více jak deset let, ve funkci ústavní stomasestry, péči o hospitalizované pacienty. Na zdravotní školu nastoupila trochu pod vlivem své matky, která si vždy přála být sestřičkou. O práci moc nepřemýšlela, neměla jasnou představu o tom, co by v životě chtěla dělat. I jí se, podobně jako předchozí respondentce, práce zdravotní sestřičky spojovala s bílou zástěrou, modrými šaty, odznakem a ještě s bílým čepečkem (který, ale na hlavě nikdy neměla)

Pracovala jste hned po škole jako všeobecná sestra?

Ano, nastoupila jsem měsíc po maturitě na chirurgii. Moc se mi tam nelíbilo, všechno bylo hrozně rychlé a vůbec to neodpovídalo tomu, co jsem se učila ve škole. Tam mělo všechno svůj řád, přesný postup. Tady byl chaos, alespoň to na mne tak působilo. Dokonce i na praxi mi to přišlo všechno takové klidnější. Asi to bylo tím, že jsme byly žákyňky, kdežto teď se ze mne stal zaměstnanec, mladá, nezkušená holka. Ale časem ten pocit pominul, našťestí.

Kdyby Vám bylo znovu čtrnáct, patnáct let, co byste si vybrala za školu?

Myslíte jako po tom, co tuhle práci dělám? No teď bych si ji zvolila znovu, ale myslím, že kdybyste se mne zeptala tak pět let po tom, co jsem nastoupila do praxe, tak bych odpověděla asi záporně. To bylo zrovna takové to období, kdy už si myslíte, že všechno umíte, zabřednete do stereotypu a děláte chyby. Nadřizení vám je vytykají a vy máte pocit, že vás nikdo nemá rád, že si na vás všichni zasedli, a že vás tahle práce k smrti

nebaví. Naštěstí jsem tohle období překonala a teď naopak bych zase neměnila. Asi mi v tom pomohla i mateřská. I když jsem byla s malým doma ráda, po čase mě to táhlo do práce mezi lidi a hlavně k lidem.

Co se Vám líbilo na studiu zdravotní školy?

Líbila se mi praxe (a to, že ve čtvrtáku jsme se učily jen tři dny v týdnu.....smích). Já jsem nikdy nebyla moc studijní typ, ale na praxi mi to šlo. Do mojí, rozumějte mnou ustlané, postele se všichni těšili a injekce jsem střílela od boku (smích). Ne, dělám si legraci, ale opravdu na praxi jsem se cítila dobře, horší to bylo u tabule. Nicméně jsem odmaturovala s vyznamenáním.

Takže si myslíte, že Vás škola dobře připravila na práci, kterou jste pak dělala a stále děláte?

Myslím, že škola byla dobrá, ale ten skok do reality byl horší. Já jsem takový, jak to říct slušně, upovídaný typ a na praxi jsem vždycky trávila dost času mluvením s lidmi a najednou to bylo spíš špatně. Nestíhala jsem svojí práci a brzdila ostatní. Bylo nás málo a na povídání nebyl čas, tak to na mě působilo. Škola vás naučí základy a pak přijde škola života a tu je někdy docela těžký ustát.

Bylo něco, na co Vás škola nepřipravila?

No samozřejmě, nepřipravila mě na to, jak vnímat člověka, který má problém. A nemoc je problém. Na to jsem přišla v okamžiku, kdy jsem si sama lehla do nemocniční postele. Vadilo mi, že se mnou nikdo nemluví, že mi nikdo neřekne, co se bude dít, nikdo se mě nezeptal, jak se cítím, jak mi je, a to ani doktor, ani sestra. Často až když jste opravdu nemocní, tak si vytvoříte svůj žebříček hodnot. Buď upravíte ten starý, nebo ho z gruntu předěláte. Tohle často říkají lidi v poradně (pozn. Katka vede 1x týdně stomaporadnu)

Tedy si myslíte, že se ve škole dost nehovořilo o zdravotnické etice?

Přesně tak, jistě, řekli jsme si, že člověk má své potřeby, že nesmí mít bolest, že by se měl vyspat, že musí dostat tu správnou dietu, ale že by třeba rád věděl, co se s ním děje a bude dít, proč se dělá právě tohle vyšetření, jestli nemá strach, jestli mu nechybí blízcí, jestli se mu nechce brečet apod. O tomhle jsme toho moc nenapovídali. A mě jako pacientce to strašně chybělo, vadilo mi to. Povídala jsem si s uklízečkou.

Myslíte si, že se situace mění v souvislosti se zvyšujícími se nároky na vzdělávání sester?

Rozhodně. Vidím to každý den, děvčata z vyšších škol nebo bakalářky, co k nám chodí na praxi, s lidmi mluví mnohem více, než dřív. Jsou mnohem samostatnější, než jsme bývaly my. Nebojí se na cokoli zeptat, s lékařem mluví jinak.

Jak jinak?

Nebojí se přihlásit o slovo a vyptat se na to čemu nerozumí.

Slyšela jsem, že to někdy působí trochu nafoukaně.....

Tak to nevím. Já to hodnotím ze svého pohledu. I do mé ambulance chodí sestřičky na praxi a já mám ráda ty, co se nebojí mluvit, ptát. Dříve jsem spíše mluvila já, teď je to skoro naopak.

Dalo by se říci, že nám roste nová generace „výjimečných - elitních“ sester?

No, co je to výjimečných? Když se vrátíme k tomu, o čem jsme mluvily před chvílí, tak určitě. Věřím, že ty sestry, které vystudují, nastoupí a vydrží v praxi, budou představovat to tzv. profesionální ošetřovatelství se vším všudy. Ale jinak si myslím, že pod pojmem elitní sestra si každý představí to své.

Například?

No tak mám-li mluvit za sebe, tak pro mě byl vždycky takovou tajemnou komnatou operační sál. Vždycky, když jsme vezly pacienta na operaci a já viděla ty zahalené,

zelené v čepicích a ústenkách, tak jsem si říkala, že je to něco mimořádného, složitého. Bylo to i tím, že ten operační sál byl takový, pro běžného smrtelníka, neproniknutelný. Podobně působí třeba to ARO, i když tam se člověk už dostane snadněji. A vůbec celá akutní medicína je hodně složitá. Ale pro mě asi nejbližší a respekt budící byla asi ta sállovka. Možná je to i tím, že pracovat na ARU bych si troufla spíš než na tom sále.

Máte nějaké plány ohledně své kariéry?

Chtěla bych pokračovat v mé práci v poradně. Časem bych se asi chtěla věnovat jen tomu. Klientů přibývá a nevím, jak dlouho budu moct pracovat na obou pozicích. Taky bych chtěla, pokud to půjde, si dodělat dvojku Convatecu (pozn. Convatec Academy II. je navazující specializovaná část ke Convatec Academy I., kterou Katka již absolvovala. Jedná se o modulový systém, jež je určen především sestřím, které se o ošetřování stomií kontinuálně zajímají, a je předpoklad, že se mu budou nadále věnovat). A taky bych chtěla zvládnout kurz na ošetřování ran.

Nenapadlo vás, že třeba právě tato činnost je výlučná?

Myslíte práce stomické sestry? No tak to vůbec ne. Beru ji jako každou jinou. Elitní je pro mne tím, že mě baví. Ale to je spíš o tom kontaktu s lidmi. A také o tom, že vidím výsledky. Ti lidé se mi vrací a já mám možnost porovnávat, měnit, řešit problémy, a také jsem, svým způsobem, svým pánem.

Myslíte si, že by na stejnou otázku stejným způsobem jako vy odpověděly třeba právě ty sállovky? Nebo jiné? ARO sestry, JIP, kardo...?

(pozn. Katka se chvíli odmlčela, přemýšlela nad otázkou. Nakonec se znovu zeptala, jak to myslím...)

Zajímalo by mne, jestli si myslíte, že by např. taková osm let pracující sestra na ARO oddělení ve velké fakultní nemocnici odpověděla stejně jako vy, že si nemyslí, že by její postavení bylo něčím výjimečné?

Nóóó..... já myslím, že ano. Za prvé, kdo nahlas řekne: „Moje práce je něco víc, já musím znát víc, musím se pořád něco učit, musím se starat sice jen o jednoho maximálně dva pacienty, ale zato nepřetržitě, musím umět reagovat...kdo to řekne nahlas? A za druhé, znám pár lidí z těchto postů a já si opravdu myslím, že oni svou pozici výjimečně necítí. Spíš jsem od nich slyšela, jak přivezli na sál bouračku, musela se volat příslužba a operovalo se až do rána, jak museli na ARU resuscitovat, a jak pacientovi na JIPce po operaci nešlo napíchnout žílu, protože tam prostě po operaci nebyla, protože byl neklidný, celou noc lamentovat a slova typu(pozn. termíny nelze publikovat) lítala několik dní.

Co si myslíte o termínu „čistá“ a „špinavá“ práce sestry? Souvisí to podle vás nějakým způsobem s těmi zmiňovanými výlučnými posty?

Pod pojmem čistá práce si představím nažehlenou, usměvavou sestřičku jak se sklání nad voňavým spokojeným pacientem a měří mu stisknutím tlačítka na monitoru krevní tlak. Špinavá práce je opět sestřička, trochu méně usměvavá, trochu méně nažehlená, jak se sklání nad pacientem, který není zrovna spokojený, jelikož ho právě přivezli, má silné bolesti břicha a urputně zvrací. A nijak to nesouvisí s výlučnými posty. Oba dva typy práce se musí u pacienta udělat, lhostejno jestli je to na „eldéence“ nebo nejmodernější jipce.

A jaký je váš názor na tzv. větší pravomoce sester, pracujících na ARO, JIP atd.

Pokud nemají specializaci, tak mají pravomoce snad stejné, ne? A je jedno jestli ta sestra dělá na chirurgii u lůžka nebo na JIPce, nebo se mýlím? Pravomoce souvisí se vzděláním, ne?

Měla jsem na mysli otázku přesouvání některých úkonů z lékařů na sestry.

Jo, vy myslíte takové to ordinování po telefonu, transfuze a podobně? No tak to spíš než s oddělením, na kterém sestra pracuje, souvisí s délkou praxe. Vždycky lékař přesune svou kompetenci spíš na zkušenou sestru na standardu než na zaučující se „arovku“. Ale obecně asi k tomu dochází více spíš na těch „výše postavených“ odděleních.

Není to tak dlouho, co se mi dostaly do rukou závěry výzkumu týkající se pracovních vztahů sester a lékařů. Vyčetla jsem zajímavý výsledek, a sice, že se nadpoloviční část sester domnívá, že je lékaři berou za rovnocenného partnera. Co si o tom myslíte?

Více než polovina? A za rovnocenného partnera? No tak to nevím. Možná ve velkých nemocnicích, možná vysokoškolačky, možná staniční, vrchní. Ono se o tom hodně mluví, že by to mělo být, ale já mám pocit, že praxe za tímhle požadavkem ve skutečnosti dost pokulhává.

Jste v tomhle ohledu dost skeptická.....

Zatím jsem se s tím moc nesešla, ale co není, může být, možná, že jsem jen zaspala dobu (smích).

Myslíte si, že sestry jsou připraveny přijmout v souvislosti s většími pravomocemi (se zvyšováním prestiže) i větší zodpovědnost?

No, tak s tím si nejsem tak jistá. Myslím, že spouště lidem vyhovuje být tím, čím jsou, a proč by se snažili? Řekněme si to upřímně, učení bolí.

Ale mezi hlavní úkoly sestry patří přeci bolest odstraňovat.....

No tak se budeme muset učit tak, aby nás to nebolelo, i o tom je ta zodpovědnost.

Martina

Martina je člověk, který dosáhl na pozici nejvyšší. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Praze, nastoupila do zaměstnání, aby po několika letech vystudovala medicínu a obsadila post lékařky. Po základní škole nebyla přijata na gymnázium, proto volila variantu zdravotní školy. V jejím případě šlo o trochu paradoxní situaci, v osmdesátých letech byla Střední zdravotnická škola nejvíce obsazenou školou, gymnázium bylo na místě druhém. Po maturitě nastoupila do praxe, sloužila dvanáctky a učila se na přijímačky. Svého snu se nevzdala. Přijímačky udělala, medicínu dokončila a nastoupila na interní oddělení stejné nemocnice. Jako stará tvář na nové pozici, člověk, který dříve injekce píchal, teď je ordinoval. Sama o tom říká: „Neměla jsem s tím problém!“ O tom všem jsme si povídaly v malé kavárně v centru Prahy, kde Martina momentálně bydlí. Na schůzku přišla s předstihem, takže tentokrát čekala ona na mne. Byla elegantně oblečená, upravená, usměvavá a vůbec nepůsobila dojmem, že má za sebou perný pracovní týden. Martina pracuje na infekčním oddělení, je bezdětná, svobodná, zcela oddaná své práci.

Co se vám líbí (nebo líbilo) na práci všeobecné sestry?

Stejně jako u povolání lékařky, práce s lidmi.

Souhlasíte se zvyšujícími se nároky na vzdělávání sester?

Určitě, ale ať s tím jde ruku v ruce také zvyšující se platové ohodnocení.

Takže si myslíte, že ošetrovatelská profese není dostatečně ohodnocena?

Myslím, že ne. Proč by jinak byl sester permanentní nedostatek?

Co vás první napadne, když se řekne „elitní“ sestra?

Můj partner. Sestra, která přijde a neptá se na pacienta, ale konzultuje ho se mnou. Sestra, která o člověku ví nejen to, kdy má naordinovaná antibiotika, ale také to, jak

spal, jak mu chutnalo, kdo za ním přišel, ví, přesně kdy měl teplotu a kdy ho bolelo břicho, protože si nedošel na záchod. Sestra, která bez problémů dokáže pracovat s nejnovějším monitorem a se stejnou grácií držet člověka za ruku, když je mu nejhůř. Sestra, která je ve svém oboru špičkou, protože se pořád učí a zajímá se. Ještě jsem zapoměla dodat, že elitní znamená také samostatná!

Co vás napadne, když se řekne „výjimečná“ sestra?

Teď jste mě trochu zaskočila. Výjimečná je ta, která kromě výše zmíněného je také z hloubi duše přesvědčena, že nic jiného na světě dělat nemůže a nebude.

Jaký je váš názor na elitářství v ošetřovatelství?

Bylo, je a bude. Vždycky byly skupiny sester, které byly jakoby někde jinde, ať už zaslouženě či nikoliv. Tradičně to byly sálové sestry, které jakoby vybočovaly z řady. Ale pokud vím, tak jim to v očích ostatních spíš ubližovalo. To jejich „vyšší“ postavení bylo dáno na jedné straně tím, co musely umět – to je to pozitivní, na straně druhé tou izolovaností operačního sálu a také chováním lékařů. A to si myslím bylo spíše na škodu.

Myslíte to tradiční lékařské „sálovky-naše hraběnky“?

Vidím, že víte, o čem mluvím. Mnohokrát jsem tohle slovní spojení slyšela, a mnohokrát jsem viděla, jak na to děvčata na oddělení reagovala. Přišel lékař s instrumentáčkou na oddělení řešit operační program následujícího dne a řekl: „Děvčata nemohla byste nám uvařit kávu?“ Bylo to zvláštní.

Věřte, že většina sálovek o tohle vůbec nestojí. Jsem jedna z nich, pracuji tam 15 let (a nikdy jsem nic podobného nezažila).

Ano, ano, proto jsem o tom také začala mluvit. Sestry u lůžka vidí, že lékař se sestrou ze sálu probírá odborné věci, hovoří spolu často ne zcela srozumitelnou terminologií, často si tykají.

A to zvyšuje prestiž...

Podobně jsou na tom sestry na ARO odděleních, JIPu, ale tam to není tak silné, protože tam je přeci jen už pacient lůžku a sestra s ním tráví mnohem více času, kdežto na sále je to spíš o technické stránce věci.

Shrňme to tedy, jaké jsou podle vás ty skupiny sester ve výjimečných pozicích? Mám na mysli pracovní zařazení.

Myslím, že v dotazníku vyjde nejčastěji na prvním místě sestra sálová, následovat bude sestra AROvá a v těsném závěsu bude sestra JIPová. Samozřejmě je také druhá rovina a tam bude na prvním místě sestra hlavní, následovaná sestrou vrchní (pravděpodobně na ARO) a pak sestra staniční.

Z jednoho nedávno provedeného výzkumu vyplynul zajímavý výsledek, a sice, že se nadpoloviční část sester domnívá, že je lékaři berou za rovnocenného partnera. Co na to říkáte?

Že je to dobře. To jen ukazuje na to, že sebevědomí sester roste. Jen doufám, že je to to zdravé, opodstatněné sebevědomí.

Opodstatněné?

Každé sebevědomí by mělo být něčím podložené. A sebevědomí sestry by mělo být podložené vzděláním. Ne, to jsem řekla špatně, vědomostmi! Opakuji jen to, co jsem již řekla.

Pozn. Martina si osobně myslí, že tou nadpoloviční většinou jsou buď vysokoškolačky (nejlépe s praxí) nebo sestry se specializací, což koresponduje s výsledky výzkumného šetření.

Vy jste nakloněna takovémuto partnerství?

Samozřejmě, taková sestra mi jenom pomůže. A samozřejmě s řadou sester takový partnerský vztah mám (Martina se trochu zarazila nad formulací vztahu, pak se ale zasmála a v hovoru pokračovala), ale většinou jsou to staniční nebo jiné vedoucí sestry

a teď nechci, aby to vypadalo, že podceňuji ty ostatní, ale realita je taková, že více mohu komunikovat na skutečně partnerské úrovni s vedoucími sestrami (možná proto, se stali vedoucími). Bude to ještě trvat. Musí tu být jistota, že na takový partnerský vztah budou mít vzdělání. Ale stejně tak to nepůjde bez domluvy s lékaři.

Chtěla byste závěrem ještě něco dodat?

Přála bych si, abych o každé sestře na našem oddělení mohla říci, že je elitní...bez ohledu na věk, vzdělání, praxi, zkušenosti....aby to měla v sobě, aby věděla, proč tu práci dělá a aby mohla říci: „Jsem spokojená, dělám práci, která mě baví, kterou umím, mám ráda, a která mě uživí“

Dovolte mi položit přeci jen ještě jednu, poslední otázku. Máte pocit, že je šance, aby se globálně sestry staly skutečně partnery lékařů (tak, jak jsme o tom hovořily)? A co pro to musí ještě udělat?

No, tak k tomu tohle všechno snad směřuje, ne? Proto se to všechno snad dělá. Celá transformace zdravotnictví, profesionalizace ošetrovatelství a já nevím, kdoví co ještě. A co pro to musí udělat? Musí se učit (a teď nemyslím jen na vysokou školu, myslím to obecně), chci-li s lékařem spolupracovat, musím mu nabídnout znalosti, vědomosti a v neposlední řadě taky dovednosti. Musím mu ukázat, že umím, vím, dovedu a jsem ochotná převzít svůj díl zodpovědnosti.

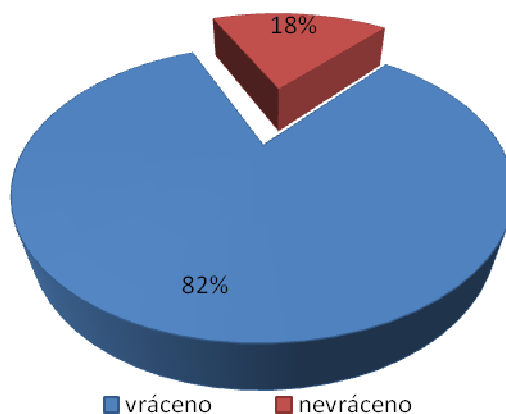
Myslíte si, že právě na tu „novou“ zodpovědnost jsou sestry připravené?

Ne, velká část zatím ještě ne.

Máme tedy o čem přemýšlet.....

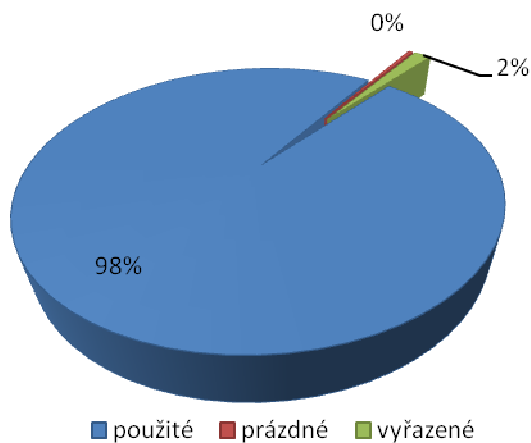
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Graf 1: návratnost rozdaných dotazníků



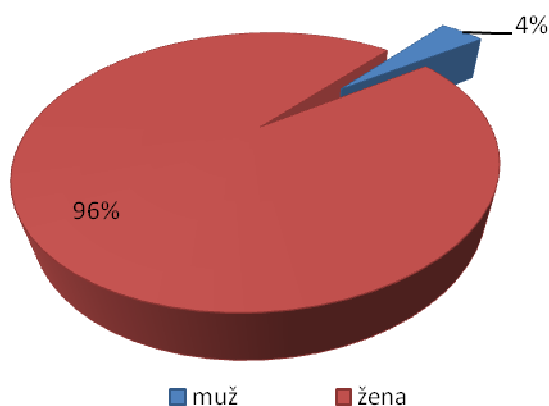
Z celkového počtu rozdaných dotazníků 300 (100%) bylo zpět vráceno 247 (79,6%) dotazníků. Nevrátilo se 53 (21,4%) dotazníků.

Graf 2: Použitelnost navrácených dotazníků



Z celkového počtu navrácených dotazníků 247 (100%) bylo k výzkumnému šetření použito 242 (97,9%). 1 (0,4%) dotazník se vrátil prázdný a 4 (1,6%) byly vyřazené pro jejich neúplnost.

Graf 3: Zastoupení respondentů dle pohlaví



Z celkového počtu 242 (100%) respondentů bylo dotázáno 232 (95,9%) žen a 10 (4,1%) mužů.

Tabulka 1: Věkové složení respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-30	99	40,9	40,9	40,9
	31-50	121	50,0	50,0	90,9
	51 a více	22	9,1	9,1	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Nejpočetnější skupinu, 121 (50%), tvoří respondenti, kteří spadají do skupiny 31-50 let. Druhou nejpočetnější skupinu, 99 (40,9%), tvoří respondenti ve věkovém rozmezí 18-30 let. Třetí skupina dotazovaných, tj. 22 (9,1%), uvedla věk 51 a více let.

Tabulka 2: **Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SZŠ	110	45,5	45,5	45,5
	SZŠ+PSS	88	36,4	36,4	81,8
	VŠ-Bc.,Mgr.	33	13,6	13,6	95,5
	VZŠ	11	4,5	4,5	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

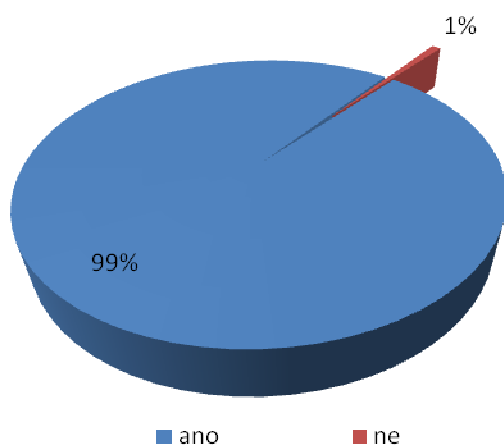
Nejvíce dotazovaných sester - 110 (45,5 %) vystudovalo střední zdravotnickou školu. Střední zdravotnické vzdělání se specializací označilo 88 (36,4 %) dotazovaných. Variantu bakalářského či magisterského vzdělání uvedlo 33 (13,6 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 11 (4,5 %) respondentů.

Tabulka 3: **Rozdělení respondentů dle praxe ve zdravotnictví**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11-20 let	66	27,3	27,3	27,3
	2-10 let	44	18,2	18,2	45,5
	21 a více	121	50,0	50,0	95,5
	do 1 roku	11	4,5	4,5	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Nejvíce respondentů 121 (50 %) pracuje ve zdravotnictví déle než 21 let. V rozmezí 11-20 let pracuje ve zdravotnictví 66 (27,3%) dotázaných, v rozmezí 2-10 let pracuje ve zdravotnictví 44 (18,2%) dotázaných. Nejmenší podíl zauímají pracující ve zdravotnictví do 1 roku 11 (4,5%).

Graf 4: Rozdělení dle registrace sester



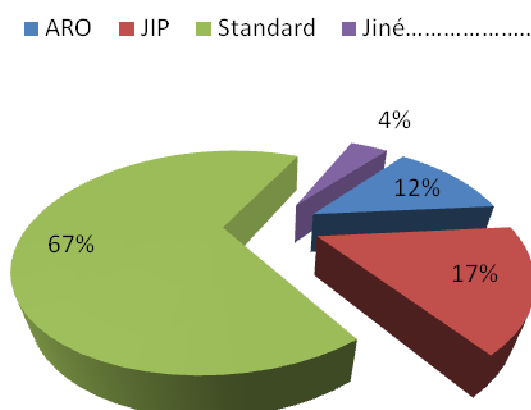
Z celkového počtu 242 (100%) je registrovaných 240 (99,2%) respondentů a záporně odpověděli 2 (0,8%) respondenti.

Tabulka 4: Typ zdravotnického zařízení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ostatní	10	4,1	4,1	4,1
	v ambulantní sféře	46	19,0	19,0	23,1
	v nemocnici – ambulance	22	9,1	9,1	32,2
	v nemocnici – operační sály	65	26,9	26,9	59,1
	v nemocnici – standardní lůžko	99	40,9	40,9	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

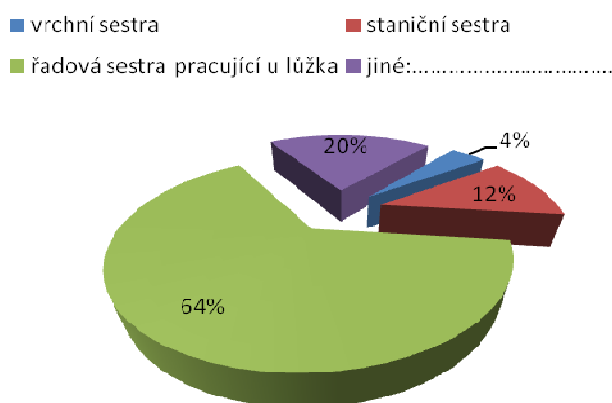
Tabulka 4 zobrazuje zastoupení jednotlivých oddělení, na kterých respondenti pracují. Nejvíce dotazovaných sester pracuje v nemocnici na standardních odděleních - 99 (40,9%), na operačních sálech pracuje 65 (26,9%) dotázaných, v ambulantní sféře pracuje 46 (19%) dotazovaných. Nejméně respondentů pracovalo v nemocnici v ambulanci - 22 (9,1%) a na ostatních pracovištích - 10 (4,1%).

Graf 5: Oddělení sester pracujících u lůžka



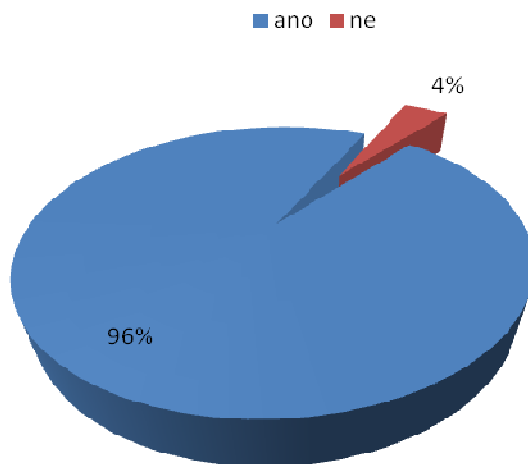
Na otázku šest navazovala podotázka, která se zaměřila na specifikaci jednotlivých oddělení. Graf 5 zobrazuje procentuální zastoupení respondentů pracujících u lůžka. Nejvíce dotazovaných sester – 66 (66,7 %) pracuje na standardních odděleních. Přibližně stejně početnou skupinu tvoří respondenti pracujících na jednotkách intenzivní péče 17 (17,2%) a anesteziologicko - resuscitačních odděleních 12 (12,1%), Dále 4 (4%) sestry vykonávají své povolání na jiných odděleních.

Graf 6: Pracovní pozice sester



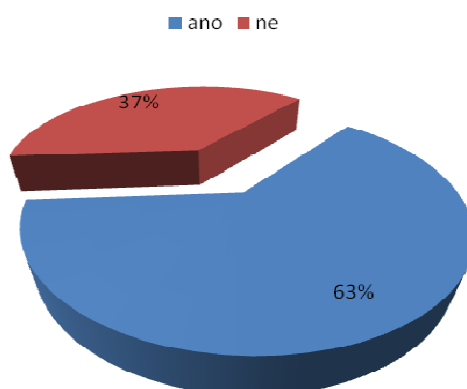
Nejpočetnější skupinu dotazovaných respondentů tvoří sestry řadové pracující u lůžka 154 (63,6%), dále je zde zastoupeno 29 (12%) staničních sester a nejméně početnou skupinu tvoří 10 (4,1%) vrchních sester. 49 (20,2%) respondentů uvedlo, že pracují na jiných pozicích, jež poté dále specifikovali.

Graf 7: Zájem o problematiku zdravotnictví v ČR



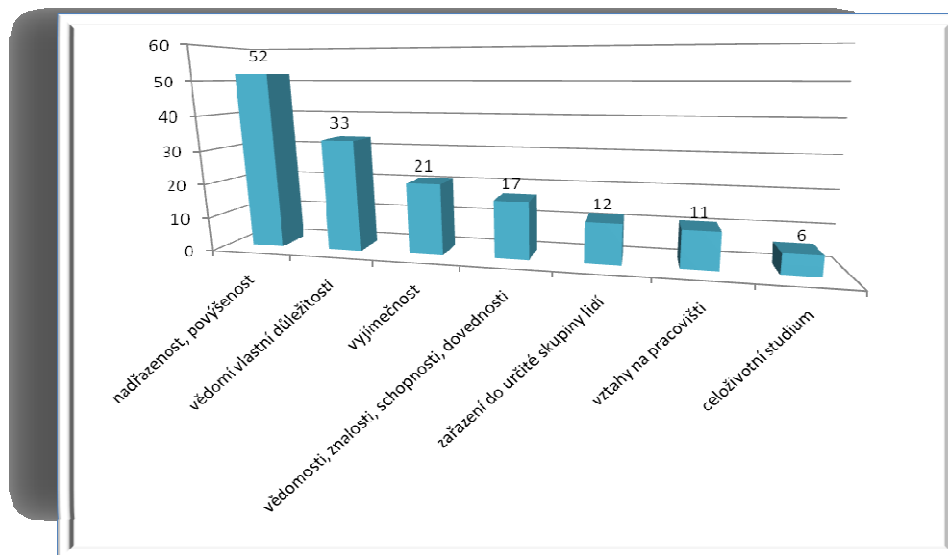
Z celkového počtu 242 (100%) odpovědělo 232 (95,9%) respondentů, že se zajímají o problematiku zdravotnictví v ČR. Nezájem o tuto problematiku uvedlo 10 (4,1%) respondentů.

Graf 8: Povědomí o pojmu „Elitářství“



Z celkového počtu 242 (100%) má povědomí o pojmu elitářství 152 (62,8%) respondentů a bez povědomí je 90 (37,2%) respondentů.

Graf 9: Vlastní vyjádření termínu „Elitářství“



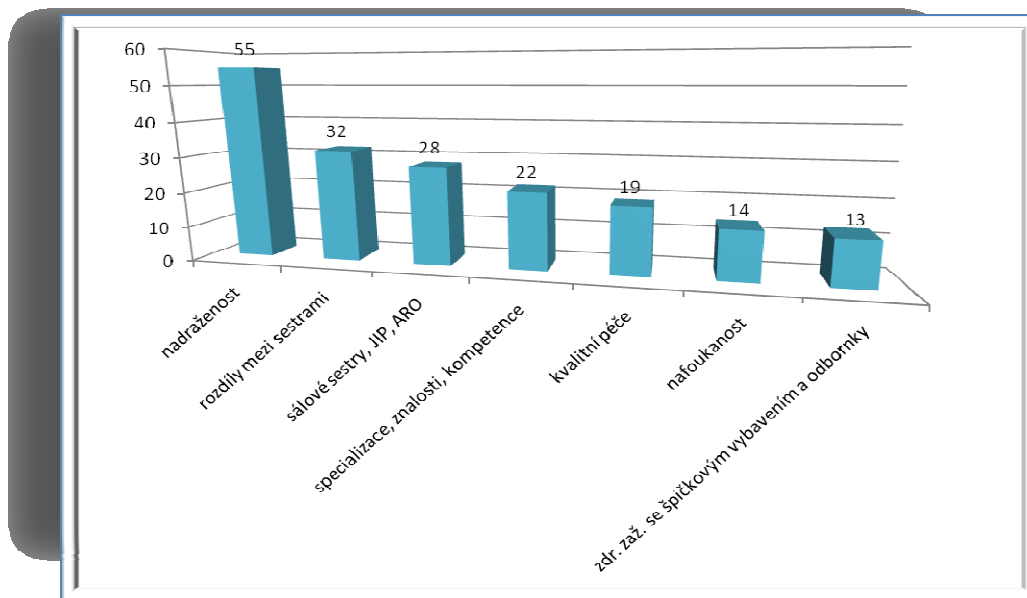
Na otázku deset navazovala podotázka, která se zaměřila na respondenty, jež ve výše zmíněné otázce zvolily kladnou odpověď 152 (100%). Jejich úkolem bylo vyjádřit vlastními slovy chápání pojmu „elitářství“. Nejvíce dotazovaných 52 (34,1%) chápe elitářství jako nadřazenost, povýšenost. Jako vědomí vlastní důležitosti termínu elitářství rozumí 33 (21,7%) dotazovaných. Výjimečnost vidí v termínu elitářství 21 (13,8%) respondentů. Vědomosti, znalosti, schopnosti a dovednosti si pod pojmem elitářství představuje 17 (11,2%) dotazovaných. Elitářství jako zařazení do určité skupiny lidí chápe 12 (7,9%) dotázaných, elitářství se vztahy na pracovišti spojuje 11 (7,2%) tazatelů a poslední skupina dotazovaných 6 (3,9%) si pod tímto pojmem představuje celoživotní studium.

Tabulka 5: **Náhled na definici termínu „elitářství“**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negativně	121	50,0	50,0	50,0
	nerozumím ji, nechápu tento výraz	11	4,5	4,5	54,5
	neutrálně	77	31,8	31,8	86,4
	pozitivně	33	13,6	13,6	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Nejvíce respondentů 121 (50%) vnímá definici a termín negativně. Neutrálně postoj zaujalo 77 (31,8%) dotázaných, pozitivně se kloní 33 (13,6%) dotázaných a definici nerozumí, nebo ji nechápe nejmenší podíl a to 11 (4,5%).

Graf 10: Vlastní vyjádření k termínu „Elita v českém ošetřovatelství“



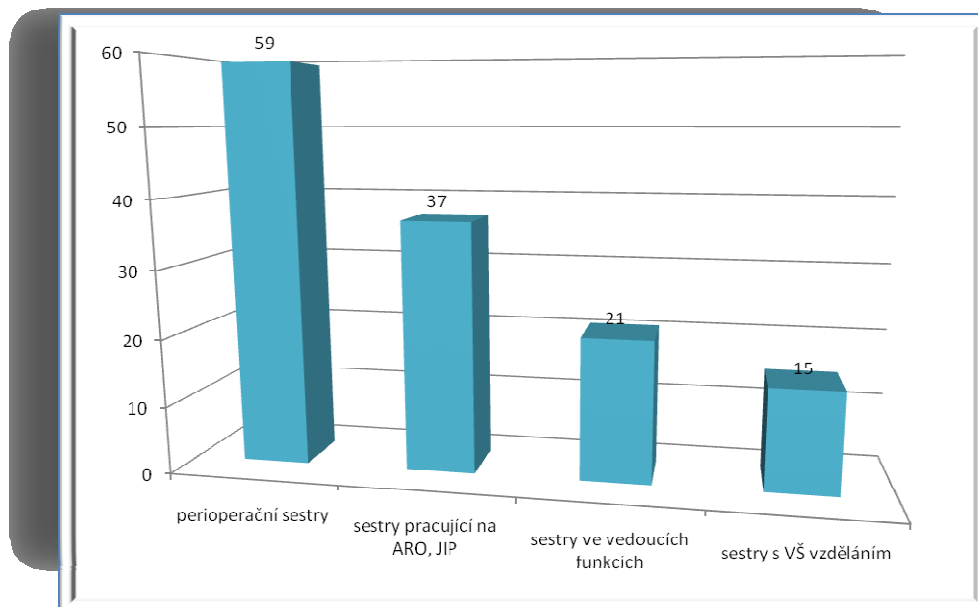
Odpovědi zvolilo 183 (100%) dotazovaných. Nejvíce 55 (30%) dotazovaných termín „Elita v českém ošetřovatelství“ vyjádřilo jako nadřazenost. Jako rozdíly mezi sestrami tento termín chápe 32 (17,5%) dotazovaných. Jako elitu vidí 28 (15,3%) respondentů sálové sestry, JIP a ARO. Jako specializace, znalosti, kompetence si termín „Elita v českém ošetřovatelství“ vysvětluje 22 (12%) tazatelů. Jako kvalitní péči termín chápe 19 (10,4%) respondentů. Nakonec přibližně stejný počet 14 (7,7%) si pod termínem představí nafoukanost a 13 (7,1%) zdravotní zařízení se špičkovým vybavením a odborníky.

Tabulka 6: **Existence výlučných skupin sester**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	132	54,5	54,5	54,5
	ne	44	18,2	18,2	72,7
	nedokážu posoudit	66	27,3	27,3	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

O tom, že v českém ošetrovatelství existují výlučné skupiny sester je přesvědčeno 132 (54,5%) dotázaných, naopak existenci popírá 44 (18,2%) respondentů a 66 (27,3%) dotázaných toto nedokáže posoudit.

Graf 11: Definování výlučných skupin sester



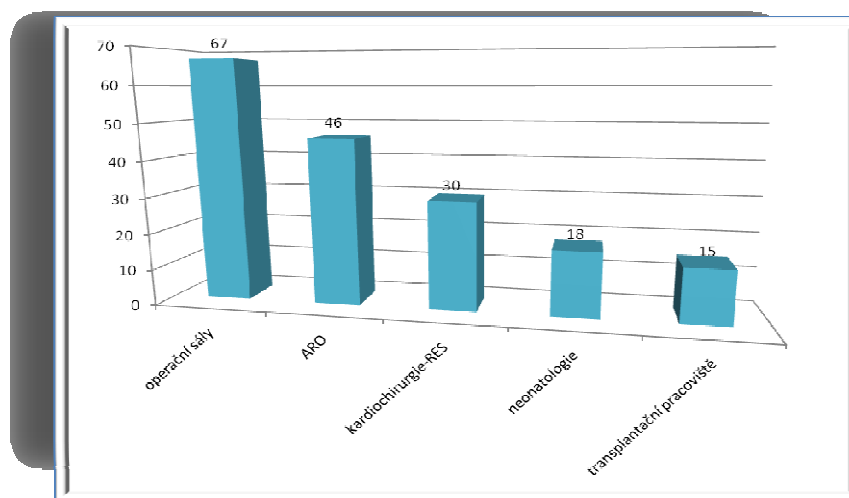
Na otázku 14 navazovala podotázka, která se zaměřila na respondenty, jež ve výše zmíněné otázce zvolily kladnou odpověď - 132 (100%). Jejich úkolem bylo seřadit výlučné skupiny sester sestupně od nejelitnějších skupin v počtu minimálně čtyř pozic. Nejvíce odpovědí 59 (44,7%) jako výlučnou skupinu vidí perioperační sestry, 37 (28%) dotázaných zvolilo sestry pracující na ARO a JIP. Jako třetí výlučnou skupinu sester vybralo 21 (15,9%) respondentů sestry ve vedoucích funkcích. 15 (11,4%) dotazovaných mezi výlučnou skupinu sester zařadilo sestry s VŠ vzděláním.

Tabulka 7: Existence konkrétních oborů, jež jsou vnímány výlučně

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	176	72,7	72,7	72,7
	ne	33	13,6	13,6	86,4
	nevím	33	13,6	13,6	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

To, že existují konkrétní obory, které jsou vnímány ostatními sestrami, jako výlučné si myslí 176 (72,7%) respondentů a odpověď ne a nevím označilo shodně po 33 (13,6%) dotázaných.

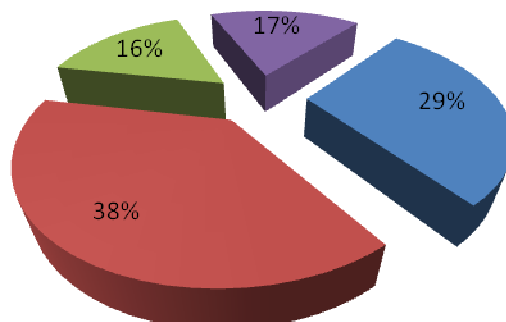
Graf 12: Definování výlučných oborů



Na otázku šestnáct navazovala podotázka, která se zaměřila na respondenty, jež ve výše zmíněné otázce zvolily kladnou odpověď 176 (100%). Jejich úkolem bylo seřadit výlučné obory sestupně od nejelitnějších skupin. Nejvíce odpovědí 67 (38%) jako výlučný obor vybralo operační sály, dále 46 (26%) vybralo ARO. Třetí pozici zajalo oddělení kardiochirurgie-RES - 30 (17%) respondentů. Přibližně stejně respondentů - 18 (10,3%) zvolilo jako výlučný obor neonatologii a 15 (8,5%) transplantáční pracoviště.

Graf 13: **Pravdivost tvrzení**

■ rozhodně souhlasím ■ spíše souhlasím
■ rozhodně nesouhlasím ■ spíše nesouhlasím



Nejvíce respondentů - 92 (38%) s tvrzením: „ Existují názory, že sestry pracující na odděleních, kde je potřeba více technických znalostí (např. ARO, JIP, operační sál, RES atd.) jsou v očích ostatního zdravotnického personálu ve výjimečném postavení.“ spíše souhlasí. Ke kladnému hodnocení je nutno přiřadit i odpovědi 70 (28,9%) dotázaných, kteří zvolili odpověď rozhodně souhlasím. Opačnou misku vah zastupují respondenti, kteří spíše nesouhlasí 42 (17,4 %) a též ti, co rozhodně nesouhlasí 38 (15,7%).

Tabulka 8: Výjimečnost pracovní pozice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	44	18,2	18,2	18,2
	ne	187	77,3	77,3	95,5
	nevím	11	4,5	4,5	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Na otázku, zda respondent vnímá svou pozici, jako výjimečnou odpovědělo 187 (77,3%) dotázaných záporně, 44 (18,2%) dotázaných kladně a u 11 (4,5%) zněla odpověď nevím.

Tabulka 9: Vyjádření k vlastní pracovní pozici

Příklady odpovědí	
kladné	záporné
na okrese jsme jediná onkol. amb.	řadová sestra není výjimečná
elegantní práce	každá sestra musí mít znalosti
hrdost na práci ve zdravotnictví	všechny sestry odvádí stejnou práci
více znalostí	nemám výjimečné znalosti

Na otázku devatenáct navazovala podotázka, která se zaměřila na sumarizování odpovědí na tuto otevřenou otázku. Nejčastější odpovědi respondentů jsou vyjádřeny ve stávající tabulce.

Tabulka 10: **Hodnocení slovního spojení „Elitářství v ošetřovatelství“**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jiný názor.....	11	4,5	4,5	4,5
	jsem přesvědčen (a), že je to stav běžný v ošetřovatelské profesi	66	27,3	27,3	31,8
	myslím si, že je to stav běžný v ošetřovatelské profesi	44	18,2	18,2	50,0
	nerozumím tomu	11	4,5	4,5	54,5
	paradoxní, termín elitářství v ošetřovatelské profesi nemá co dělat	110	45,5	45,5	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Tabulka 10 zobrazuje procentuální zastoupení dotázaných podle toho, který výrok jim byl nejbližší. Jedná se o výsledky polootevřené otázky, kde dotazovaní nejčastěji odpovídali výše uvedeným způsobem. Nejbližše bylo dotazovaným vyjádření: „Paradoxní, termín elitářství v ošetřovatelské profesi nemá co dělat“, což uvedlo 110 (45,5%) dotázaných. 66 respondentů (27,3%) uvádí, že slovní spojení „Elitářství v ošetřovatelství je stav běžný v ošetřovatelské praxi. 44 (18,2%) dotázaných se domnívá, že je to stav běžný v ošetřovatelské praxi. Stejně množství respondentů – 11(4,5%) zvolilo odpověď: „Nerozumím tomu“ a „Jiný názor.“

Tabulka 11: **Souhlas s výrokem**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	143	59,1	59,1	59,1
	ne	99	40,9	40,9	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Respondentům byl předložen výrok „V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“, následně byli vybídnuti k zamyšlení se nad ním a k vyjádření souhlasu či nesouhlasu. S výrokem souhlasí 143 (59,1%) a nesouhlasí 99 (40,9%) dotázaných.

Tabulka 12: **Vyjádření se k projevům elitářství**

Jak se projevuje stav zvaný elitářství	
kladně	záporně
závažný stav řeší ty nejlepší z oboru	rozdíly mezi sestrami
kvalitnější péče	namyšlenost
vysoká specializace sester	namyšlenost i při vykonávání běžné činnosti
odbornost	
vyšší kompetence	
motivace ke studiu	

Na otázku 22 navazovala podotázka, která se zaměřila na respondenty, jež ve výše zmíněné otázce zvolily kladnou odpověď. Jejich úkolem bylo pokusit se přiblížit, jakým způsobem se projevuje (kladně i záporně) výše zmíněný termín. Nejčastější odpovědi respondentů jsou vyjádřeny v uvedené tabulce.

Tabulka 13: **Souhlas s tvrzením**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano, zcela s tím souhlasím	44	18,2	18,2	18,2
	nesouhlasím, protože.....	66	27,3	27,3	45,5
	spíše s tím souhlasím	132	54,5	54,5	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Tvrzení: „Existuje také domněnka, že nové technologie a stále větší potřeba technických znalostí a dovedností pomyslně odvádí sestru od pacienta, od role pečovatelské k léčbě, tzv. od „špinavé práce ošetřovatelství do čistého světa medicíny“. S výše uvedeným výrokem zcela souhlasí jen 44 (18,2%) a spíše souhlasí 132 (54,5%) dotazovaných, nesouhlasí 66 (27,3%) respondentů.

Tabulka 14: **Souhlas s tvrzením**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano, zcela s tím souhlasím	44	18,2	18,2	18,2
	nesouhlasím, protože.....	22	9,1	9,1	27,3
	spíše s tím souhlasím	176	72,7	72,7	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Tvrzení: „Sestra u lůžka má blíže k pacientovi, kdežto sestra s technickým zaměřením (např. specialista na RES či operačních sálech) má blíže k medicíně, k lékaři.“ S výše uvedeným souhlasí 176 (72,7%) a zcela s tvrzením souhlasí 44 (18,2%) respondentů, jen 22 (9,1%) dotázaných se k tvrzení staví záporně a nesouhlasí.

Tabulka 15: **Specifikace uplatnění výlučných schopností**

uplatnění výlučných schopností ve prospěch celku
zlepšení komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky
zlepšení komunikace s ostatními zdravotníky
předání nových znalostí
zavedení nových postupů

Tabulka 15 znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů na otevřenou otázku: „Do jaké míry uplatňujete své výlučné schopnosti a dovednosti ve prospěch celku?“

Tabulka 16: **Specifikace negativ a pozitiv výlučného postavení**

pozitiva a negativa výlučného postavení	
výhody	nevýhody
uspokojení z práce	riziko syndromu vyhoření
uznání	větší zodpovědnost
přísun informací	
možnost předat nabyté zkušenosti	

Tabulka 16 znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů na otevřenou otázku: „Jaká si myslíte, že z výlučného postavení plynou pozitiva a jaká negativa?“

Tabulka 17: Vyjádření k tvrzení

předpoklad, že se elitní sestra stane nástrojem progresivních změn	
ANO	NE
poznatky a zkušenosti se předají dále	nehraje roli
vzor a příklad pro ostatní	
možnost prosazení změn	

Tabulka 17 znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů na otevřenou otázku: „Myslíte si, že sestry na výlučných pozicích mají větší předpoklad stát se nástrojem progresivních změn a opatření?“

Testování nezávislosti dvou proměnných

Kontingenční tabulka 1

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová a k ní hypotéza alternativní.

H₀: Vyjádření se k výroku „V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“ je nezávislý na vnímání výjimečnosti vlastní pracovní pozice.

H_A: Vyjádření se k výroku „V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“ je závislý na vnímání výjimečnosti vlastní pracovní pozice.

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 231 respondentů (95,5%), kteří na otázku číslo devatenáct (vnímání výjimečnosti své pracovní pozice) zvolili kladnou či zápornou odpověď, odpověď „nevím“ nebyla započítávána.

Crosstest proměnných hodnocených pro vztah proměnných (ot. 22 a 19)

Vliv vnímání vlastní pracovní pozice na souhlas s výrokem: „ V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“

Count		Vy sama vnímáte svou pracovní pozici jako výjimečnou?		
		Ano	Ne	Total
Souhlasíte s výrokem: „V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“ ?	Ano	44	99	143
	Ne	0	88	88
	Total	44	187	231

Tabulka 19 vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se souhlasu s výrokem: „V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“ a vnímání výjimečnosti vlastní pracovní pozice. 44 (19%) dotazovaných vnímá svou pracovní pozici jako výjimečnou a současně souhlasí

s uvedeným výrokem. Nenašel se nikdo z těch, kdo vnímají svou pozici výjimečně, kdo by nesouhlasil s výrokem. Naopak, dotazovaní, kteří nevidí svou pracovní pozici výlučně ve velkém počtu – 99 (42,8%) souhlasí s tvrzením. Podobné početní zastoupení tvoří skupina respondentů, kteří nevidí svou pracovní pozici výlučně a s daným výrokem nesouhlasí – 88 (38,1%)

Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 22 a 19)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,448	1	,000

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,001 (0,1%), která je menší než 5%, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu nulovou, že souhlas s výrokem „V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“ je nezávislý na vnímání výjimečnosti vlastní pracovní pozice. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

Kontingenční tabulka 2

Pro testování nezávislosti dvou proměnných, byla stanovena nulová hypotéza a k ní alternativní hypotéza.

H₀: Názor na domněnku, že existují konkrétní obory, které jsou vnímány ostatními sestrami, jako výlučné je nezávislý na délce praxe ve zdravotnictví.

H_A: Názor na domněnku, že existují konkrétní obory, které jsou vnímány ostatními sestrami, jako výlučné je závislý na délce praxe ve zdravotnictví.

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 209 respondentů (86,4%), kteří na otázku číslo šestnáct (domněnka o existenci výlučných oborů) zvolili kladnou či zápornou odpověď, odpověď „nevím“ byla vyřazena. Z otázky číslo čtyři, týkající se věku respondentů, byli vyloučeni ti respondenti, jež museli být vyřazeni v souvislosti s vyřazením u otázky číslo šestnáct.

Crosstest proměnných hodnocených pro vztah proměnných (otázek 16 a 4)

Vliv délky praxe na domněnku o existenci výlučných oborů.

Count		Myslíte si, že existují konkrétní obory, které jsou vnímány ostatními sestrami jako výlučné (např. operační sály, kardiouchirurgie, ARO atd)?		
		ano	ne	Total
Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?	11-20 let	55	0	55
	2-10 let	33	0	33
	21 a více	77	33	110
	do 1 roku	11	0	11
	Total	176	33	209

Z výsledků vyplývá, že nejmenší skupinu sester, které jsou přesvědčeny o existenci výlučných oborů, tvořily sestry s minimální praxí - 11 (5,3%). Největší skupinu dotazovaných tvořily sestry, které se domnívají, že existují konkrétní obory, které jsou vnímány ostatními sestrami jako výlučné a pracují v oboru 21 a více let -

77(36,8%). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s praxí 11-20 let a domnívají se, že výlučné obory existují-55(26,3%). Stejný počet sester tvořila skupina s praxí 2-10 let, která se domnívá, že existují výlučné pracovní obory - 33(15,8%) a skupina s praxí 21 a více let, která však toto tvrzení popírá (15,8%).

Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 16 a 4)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,269	3	,000

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,001 (0,1%), která je menší než 5%, zamítáme na 95% hladině spolehlivosti hypotézu nulovou, že názor na domněnku, že existují konkrétní obory, které jsou vnímány ostatními sestrami jako výlučné je nezávislý na délce praxe ve zdravotnictví. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

5. Diskuse

Na základě kvalitativního šetření byly vytvořeny hypotézy, které se v druhé části výzkumného šetření potvrdily. Kvalitativní výzkumné šetření se zabývalo především otázkami postavení sester ve zdravotnickém systému a vztahů mezi jednotlivými kategoriemi. Jeho základem byla analýza transkriptů polostrukturovaných rozhovorů se třemi respondentkami, které všechny pracují ve zdravotnictví.

Hlavní výzkumné otázky, které byly v této části výzkumného šetření položeny, jsou:

- Jaká je představa o elitě v ošetrovatelství?
- Existuje souvislost mezi výlučnou pozicí a vzděláváním?
- Do jaké míry jsou sestry připraveny na zvýšenou potřebu vzdělávání a jsou připraveny přijmout větší zodpovědnost, co se rozšířených rolí týče?
- Do jaké míry je platné tvrzení, že sestra a lékař jsou rovnocennými partnery?

Pro analýzu byl zvolen rozhovor se třemi respondentkami, které mají společné především následující charakteristiky: všechny vystudovaly zdravotní školu (Lenka dvouletou pomaturitní, Katka s Martinou klasickou čtyřletou zdravotní školu), všechny po ukončení studií nastoupily ihned do praxe, všechny pracují ve zdravotnictví po celou dobu (Lenka a Katka si daly přestávku na mateřskou a rodičovskou dovolenou, Martina je bezdětná). Rozdíl mezi nejstarší a nejmladší respondentkou jsou čtyři roky. Všechny vyrůstaly a studovaly v období těsně po revoluci. Na základě tohoto faktu a pořízených transkriptů lze předpokládat, že ve své různosti byly jejich životy, studia a životní strategie poměrně homogenní.

V této části práce je nastíněn popis kvalitativního výzkumného šetření a zvolené metodologie. Po zvážení dostupných možností pro diplomovou práci „Elitářství v ošetrovatelství“ bylo rozhodnuto využít možnosti, kterou nabízí kvalitativní výzkum a tou je tzv. zakotvená teorie, jejímž výsledkem může být zajímavý a neotřelý pohled na současnou českou ošetrovatelskou scénu, jež se bouřlivě formuje. Vzhledem k emocím, které tento proces vyvolává, zdá se tato cesta kvalitativního výzkumu nejvíce přínosná.

V tomto okamžiku je důležité vytvořit prostor pro obecnou charakteristiku kvalitativního výzkumu řešeného zakotvenou teorií. Východiskem pro výzkum není testování existující teorie a formalizace teoretického problému, ale palčivá existence problému sociálního, kterým elitářství bezpochyby je.

Jelikož se jednalo o první zkušenost s kvalitativním výzkumným šetřením a byla jakási představa témat, která by se měla v rozhovoru vyskytnout, bylo usouzeno, že bude lepší provést polostrukturovaný rozhovor. Byl tedy připraven soubor návodných otázek, které však měly být pouze jakýmsi vodítkem, tudíž nebyly pokaždé formulovány stejně. Pro zachování logiky odpovědí byly také většinou pokládány v různém chronologickém pořadí. Vzhledem k jisté obecnosti tématu nebylo možné dosáhnout úplné saturace, což se mohlo jevit jako určitý problém. Na druhou stranu celkový, komplexnější pohled na zvolenou problematiku má i své výhody, jak říká např. Disman: „Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění“ (13)

V tomto typu výzkumného šetření mizí hranice mezi rolí zkoumajícího a rolí zkoumaného, oba jsou rovnocennými partnery. Lze tedy předpokládat, že respondent vybere vše, co je pro něj relevantní a rozšíří pole svých myšlenek, které by jinak zůstaly utajeny. Tímto způsobem jsme se dostaly např. k otázkám ochoty k odpovědnosti. A právě ochota k odpovědnosti byla jedna z palčivých otázek, které vyvstaly z výzkumného šetření kvantitativního.

Nejvýstižnější definice od autorů metody (Strauss, Corbinová) zní: „Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.“ Zakotvená teorie netestuje hypotézy. Snaží se vysvětlit příčiny a následky různých jevů a za pomocí systematického postupu odpovědět na výzkumnou otázku. Cílem je porozumět zkoumané situaci, a proto je nezbytné situaci nejdříve popsat. Pomocí určitých postupů se posléze z dat vynořuje zakotvená teorie o nějakém jevu, nebo dění. (46)

Úloha sestry v ošetrovatelské praxi se ve druhé polovině 20. století postupně změnila. Na základě této změny se sestra stává samostatným pracovníkem, který má v péči o zdraví zcela nezastupitelnou pozici, stává se rovnocennou členkou zdravotnického týmu, schopnou v oblasti své působnosti samostatně pracovat s nemocným i zdravým člověkem, jak v průběhu hospitalizace, tak i v terénní péči. To vše souvisí s rozvojem ošetrovatelství a jeho zaměření, které postupně mění i role sestry. Nezbytnou podmínkou však je, aby sestry byly na nové role a úlohy, které s sebou rozvoj oboru spolu s rozvojem medicíny přináší, připravené.

Začneme tedy chronologicky od okamžiku, kdy se respondentky pro své povolání rozhodly. U dvou to bylo ve čtrnácti letech, jedna začala studovat až po dosažení plnoletosti. Všechny se shodují v názoru, že je škola pro praxi připravila dobře. Lenka a Kateřina přidala poznámku, že svým způsobem bylo v tehdejší době studium na Střední zdravotnické škole do jisté míry prestižní záležitostí. Bylo poměrně náročné se k tomuto studiu dostat, osmdesátá léta byla synonymem plné obsazenosti zdravotních škol, což bylo dáno především tzv. silnými ročníky.

„Po základní škole mě nepřijali na gymnázium a tak jsem zkusila zdravotní školu. Bylo to zvláštní, protože tenkrát bylo, čistě statisticky, jednodušší dostat se na ten gympl. Zdrávky byly napěchované k prasknutí.“ (Martina)

Výsledkem celého studijního úsilí je maturita. Po jejím úspěšném absolvování všechny tři respondentky nastoupily do praxe. Začaly pracovat jako sestry u lůžka na rozličných odděleních. Vstup do praktického života, skloubení teorie s praxí bývá často problematické.

„Srážka teorie s praxí byla dost tvrdá. Když jsem nastoupila na oddělení coby elév, měla jsem pocit, že jsem do žádné školy ani nechodila. Tehdy nebyly žádné standardy, postupy, všechno se předávalo od člověka ke člověku.“ (Lenka)

Tato tvrzení však nemají základ, alespoň dle slov respondentek, v nedostatku teoretických znalostí. Spíše jsou výsledkem rozdílnosti přístupu k vědomostem získaných ve škole a realitě tehdejší doby. Sestra byla brána za vykonavatelku lékařských diagnóz a ošetrovatelství za služebný obor medicíny.(45)

„Častá odpověď lékařů když jsem se zeptala na něco odborného, byla: „To je na vás moc složité, sestři“ případně: „Ale prosím vás, k čemu tohle potřebujete vědět?“.“
(Lenka)

Čerstvá absolventka se musí vyrovnat s nastalou situací, s tím, že už není žákyně, nýbrž člen týmu.

Na oddělení byl chaos, alespoň to na mne tak působilo. Asi to bylo tím, že dřív jsme byly žákyňky, kdežto teď se ze mne stal zaměstnanec, mladá, nezkušená holka, kterou nikdo nevedl za ruku. (Kateřina)

V tomto momentě je tedy velmi důležité, jak se podaří člověku zařadit se, včlenit do pracovního kolektivu. Jak se podaří vyrovnat se s pozicí všeobecné sestry, jak rychle dokáže zvládnout pracovní tempo. Další z kompromisů, který musí sestra udělat je sladit své názory s ostatními členy zdravotnického týmu. Každý si ve svém základu neseme určitý model jednání, chování a zodpovědnosti.

„Asi pět let po nástupu do praxe jsem měla chuť odejít. To bylo zrovna takové to období, kdy už si myslíte, že všechno umíte, zabřednete do stereotypu a děláte chyby. Nadřízení vám je vytýkají a vy máte pocit, že vás nikdo nemá rád, že si na vás všichni zasedli, a že vás tahle práce k smrti nebaví.“ (Kateřina)

Ve všech rozhovorech je možné na pozadí vycítit trpké začátky, zklamání a pochybnosti o sobě samém. Člověk se musí vyrovnat s touto novou rolí, zodpovědností a přijmout ji. To je také jedna z věcí, se kterou se budou muset sestry nové generace vypořádat. A

sice, že za svá rozhodnutí (v rámci kompetencí) budou muset umět nést plnou zodpovědnost, budou ji muset umět obhájit. Všechny sestry, nikoliv pouze ty ve vedoucím postavení. Co se zodpovědnosti týče, pak se respondentky shodují v názoru, který nepříliš lichotivě poukazuje na situaci na ošetrovatelském poli, a sice že sestry na plnou zodpovědnost, související s novou rolí sestry, ještě nejsou zcela připravené. Tento fakt koresponduje s výsledky kvantitativního výzkumného šetření a lze jej s určitostí přisoudit technokratickému pojetí ošetrovatelské péče, v němž sestra vystupuje především jako pomocník lékaře a zajišťovatel provozu oddělení. Toto pojetí zatlačuje sestru do submisivního, pasivního postavení, kdy není nucena samostatně rozhodovat, míra její odpovědnosti se snižuje a je stále kryta rozhodnutím lékaře. (44)

„Na zodpovědnost jsou připravené pouze ty, které si připustí, že nic není zadarmo. Když chceš zvýšit svou prestiž, tak pro to také musím něco udělat.“ (Lenka)

„Jestli jsou sestry připravené na to přijmout větší zodpovědnost? No, tak s tím si nejsem tak jistá. Myslím, že spouště lidem vyhovuje být tím, čím jsou, a proč by se snažili. A řekněme si to upřímně, učení bolí.“ (Kateřina)

„Jestli jsou sestry připravené a ochotné nést zodpovědnost? Ne, velká část zatím ještě ne.“ (Martina)

Zabývali jsme se otázkou zodpovědnosti v souvislosti se zvyšujícími se kompetencemi sester, která má přímou návaznost na problematiku vzdělávání. Pro potřebu tohoto výzkumného šetření specifikujeme související oblast vzdělávání, a tím je především vzdělávání celoživotní. Pro vzdělávání byl klíčový zákon č. 96/2004 Sb. a s ním související vyhlášky, které výrazným způsobem přispěly k propagaci celoživotního vzdělávání. Byla přenesena odpovědnost za vlastní vzdělávání z podřízených institucí ministerstva zdravotnictví (vzdělávací instituce, zdravotnická zařízení) na samotné zdravotnické pracovníky. V případě našich respondentek jsem zaznamenala kladný postoj ke vzdělávání obecně.

„Já po nich chci, aby uměly a protože chci, aby věděly, znaly, tak pro to něco dělám. Konkrétně u nás je to 1x za měsíc seminář na aktuální téma. Naposledy jsme se bavily o otázkách týkajících se citlivých dat pacientů.“ (Lenka)

„Chtěla bych pokračovat v mé práci v poradně. Časem bych se asi chtěla věnovat jen tomu. Taky bych chtěla, pokud to půjde, si dodělat dvojku Convatecu a zvládnout kurz na ošetřování ran.“ (Kateřina)

Co se týká pocitu výjimečnosti, nezdá se, že by svou pozici respondentky tak vnímaly.

„Beru svou práci jako každou jinou“ (Kateřina)

Výše uvedené tvrzení však má svůj dodatek, který přeci jen lehce specifikuje, co je pro danou osobu „elitní.“

„Elitní je pro mne moje práce tím, že mě baví. Ale to je spíš o tom kontaktu s lidmi. A také o tom, že vidím výsledky. Ti lidé se mi vrací a já mám možnost porovnávat, měnit, řešit problémy a také jsem, svým způsobem, svým pánem.“ (Kateřina)

Tuto otázku bych však zařadila do skupiny více odhalující charakter člověka, a proto nelze s určitostí říci, zda respondentky hovořily zcela otevřeně, což částečně i přiznaly.

„Kdo nahlas řekne: „Moje práce je něco víc, já musím znát víc, musím se pořád něco učit...?“ (Kateřina)

Tato odpověď současně nahrává úvaze, zda existuje příčinná souvislost mezi výlučnou pozicí a vzděláváním.

„Je jasné, že na sále toho má sestra na učení víc než na standardním oddělení, stejně tak tam, kde je potřeba více zmíněných technických dovedností. (Lenka)

Každopádně jestli něco lze říci s určitostí, pak to, že respondentky neměly větší problém sestavit obecný žebříček tzv. elitních pozic sester, co se pracovního zařazení týče. První příčku obsadila sestra sálová (sestra perioperační péče), o druhou pozici se podělily sestra pracující na anesteziologicko resuscitačním oddělení a kardiochirurgickém RES a třetí místo patří sestře z jednotky intenzivní péče. Práce sestry však není závodní pole a členění tohoto typu by nejspíš nepřineslo nic dobrého, i proto, že termín elitářství je spíše vnímán v pejorativním slova smyslu. Z výpovědí všech tří žen vyplývá, že nezapomínají na podstatu ošetřovatelství a tím je péče o člověka.

„A víte, že mě teď napadla podoba výlučné sestry? Je to spojení dvou osob dohromady. Zručná, vzdělaná, chytrá „árovka“ se srdcem sestry z hospicu.“ (Lenka)

„Výlučná? Sestra, která bez problémů dokáže pracovat s nejnovějším monitorem a se stejnou grácií držet člověka za ruku, když je mu nejhůř.“ (Martina)

„...aby to měla v sobě, aby věděla, proč tu práci dělá...“ (Martina)

Z výše uvedeného plyne jasně definovaná snaha o zdůraznění podstaty tohoto povolání, vyzdvižení faktu co dělá sestru sestrou. Poslední jmenovanou oblastí, která vyplynula z uskutečněných rozhovorů, a která nasedá na výsledky sociologického kvantitativního výzkumu doplněného kvalitativním šetřením, jehož výsledky byly zveřejněny v časopise Kontakt 1/2010 byla otázka partnerství mezi lékařem a sestrou při péči o pacienty. (8, 9) Výpovědi respondentek se poněkud rozcházejí s většinovými výsledky výzkumu (pozn. více než polovina sester uvedla, že je lékaři v péči o pacienta vnímají jako rovnocenné partnery), což však můžeme přisoudit malému počtu zkoumaných osob. V tomto ohledu byla cítit určitá míra skepse.

„Více než polovina? A za rovnocenného partnera? No tak to nevím. Možná ve velkých nemocnicích, možná vysokoškolačky, možná staniční, vrchní...ono se o tom hodně mluví, že by to mělo být, ale já mám pocit, že praxe za tímhle požadavkem ve skutečnosti dost pokulhává.“ (Kateřina)

„Ve škole jsme se o tomhle učily. Ale podle mně je to otázka budoucnosti. Myslím si, že sestra je ještě pořád vnímána více jako „pomocná síla“, bohužel.“ (Lenka)

...., ale na druhou stranu i naděje do budoucna.

„Ale situace se samozřejmě mění a věřím, že já se toho ještě dožiju. Myslím toho, že sestry budou mít více pravomocí a lékař s nimi bude o pacientovi diskutovat, ne jen psát ordinace. Jenomže to chce nejen změnit vzdělávání, ale hlavně myšlení.“ (Lenka)

„Je to dobře. To jen ukazuje na to, že sebevědomí sester roste. Jen doufám, že je to to zdravé, opodstatněné sebevědomí, podložené vědomostmi.“ (Martina)

Při zhodnocení této části výzkumného šetření bychom se rádi zaměřili na nalezení určitých společných znaků, které by odkrývaly výše uvedené souvislosti. Respondentky se shodly v tvrzení, že škola je bavila a pro práci je dobře připravila. I to bylo důvodem, proč do ošetrovatelské profese nastoupily ihned po ukončení studia. U zaměstnání vydržely dodnes a neuvažují o tom, že by ho opustily. Mají celkem jasnou představu o výlučných skupinách sester v ošetrovatelské profesi dnešní doby a zároveň nemají pocit, že by zrovna to jejich postavení bylo něčím výjimečné, nadřazené ostatním. Dokázaly poměrně snadno tyto skupiny definovat a myslí si, že elitářství v ošetrovatelství je stav, který byl, je a bude a nejspíš i být musí. Vidí souvislost mezi výlučnou pozicí a vzděláváním a myslí si, že sestry jsou připraveny a ochotny se vzdělávat. Co se týče nutnosti zhostit se s vyššími pravomocemi i větší zodpovědností, tam shodně tvrdí, že na tu ještě většina sester, dle jejich mínění, připravena není. S tvrzením, že sestra a lékař jsou v našem zdravotnickém systému rovnocennými partnery, zatím nesouhlasí, ale shodly se ve vyjádření naděje, že tomu tak v brzké době bude. Velký posun vzhůru oproti letům minulým vidí ve zlepšení komunikace sester s pacienty a doufají, že i komunikace sester navzájem přispěje ke zlepšení vztahů na obou frontách, výlučné i tzv. obyčejné, neboť skutečná elitní – výjimečná sestra je ta, která má od každé kousek, vzdělanost i charakter.

Přistupme k rozboru části výzkumného šetření, která navazovala na šetření kvalitativní. Jak již bylo zmíněno, na základě provedených rozhovorů byly stanoveny hypotézy, které jsme se pokusili ověřit pomocí kvantitativního výzkumného šetření. První signál, vypovídající o zájmu o předloženou problematiku, byla návratnost dotazníků (viz graf 1). Dotazovaní odevzdaly 247 vyplněných dotazníků, z nichž bylo pouze pět nepoužitelných (viz graf 2). Výzkumný soubor tvořili respondenti pracující ve vybraných zdravotnických zařízeních jihočeského kraje. Ve vlastním výzkumném šetření se angažovali respondenti v poměru pohlaví 232:10 (viz graf 3), což potvrzuje skutečnost, že ošetrovatelství bylo, je a nejspíš i bude doménou žen, a že mužů – všeobecných ošetrovatelů - pracuje ve zdravotnických zařízeních mnohonásobně méně. Nejsilněji byla zastoupena věková kategorie 31 – 50 let následovaná skupinou ve věkovém rozmezí 18 – 30 let (viz tabulka 1). Necelá polovina dotazovaných měla středoškolské vzdělání. Pozitivním prvkem, který se zde ukázal, byla skutečnost, že největší skupinu respondentek tvořily dohromady sestry se specializací či vysokoškolským vzděláním, což poukazuje na fakt, že povinnost celoživotního vzdělávání přijaly sestry za svou a nebojují s ní, jako tomu bylo ještě před pár lety (viz tabulka 2). Tento poznatek vychází z výsledků výzkumného šetření, jež bylo provedeno v roce 2005 a zabývalo se otázkami vztahu zdravotnické veřejnosti k vysokoškolskému vzdělávání sester. (32) V délce praxe vytvořily nejpočetnější skupinu sestry, které pracují ve zdravotnictví déle než 21 let (viz tabulka 3). Tato skutečnost jistě také ovlivnila výsledky dotazování na potvrzení domněnky, že nové technologie a stále větší potřeba technických znalostí a dovedností pomyslně odvádí sestru od pacienta, od role pečovatelské k léčbě, tzv. od „špinavé práce ošetrovatelství do čistého světa medicíny“. S tímto výrokem víceméně souhlasily téměř tři čtvrtiny dotazovaných (viz tabulka 11). Lze se domnívat, že dlouhá, resp. delší souvislá praxe pomáhá vidět souvislosti ošetrovatelské péče z jiného úhlu než je tomu u dotazovaných s krátkou praktickou zkušeností. Výše popsanému nahrává i výsledek další otázky týkající se souhlasu či nesouhlasu respondenta s tvrzením, že sestra u lůžka má blíže k pacientovi, kdežto sestra s technickým zaměřením (např. specialistka na RES či operačních sálech) má blíže k medicíně, k lékaři. I v tomto případě velká většina odpověděla kladně. Vraťme

se však ještě k základním údajům. Téměř všichni respondenti byli registrovanými pracovníky (viz graf 4), což nás nutí opět provést srovnání s výzkumným šetřením z roku 2005 (32), kde se dotazníkového průzkumu zúčastnilo pouhých 31% registrovaných. O čem uvedená skutečnost vypovídá? Tento jev můžeme přisoudit několika faktorům. Jedním z prvních je zcela jistě datum tehdy nově vydaného zákona č.96/2004 Sb. Nový zákon, který byl harmonizován s požadavky Evropské Unie, vstoupil v platnost v dubnu roku 2004. Měl tedy v době výzkumu za sebou první rok života a dá se tedy předpokládat, že to ještě nebyla dostatečně dlouhá doba k jeho plnému přijetí ze strany sester. Pozitivní je, že o pět let později je situace diametrálně odlišná. Povědomí o povinné registraci a kreditním systému má 100% sester a téměř stejné procento tuto legislativní povinnost splnilo.

Vzhledem k tématu výzkumného šetření bylo nutné zmapovat i typ zdravotnického zařízení a pracovní zařazení. Po přepočítání a vyhodnocení použitelných dotazníků vznikly dvě početně téměř vyrovnané skupiny. První byly sestry pracující v nemocnici u lůžka a druhou skupinu tvořily sestry pracující na operačních sálech, ambulancích a ostatních pracovištích (např. centrální sterilizace) (viz tabulka 4). Rozeberme nyní podrobněji skupinu první. Z celkového počtu sester pracujících u lůžka byly dvě třetiny pracující na standardních odděleních a jedna třetina pracující na JIP, ARO a jiných specializovaných pracovištích (viz graf 5). Je to ta jedna třetina, která vyšla v sestavování žebříčku elitních pozic na předních místech? K odpovědi na tuto otázku přistoupíme v další části diskuse. V teoretické části této studie jsme zmiňovaly otázku vertikálního elitářství. Chceme-li dostát naplnění této teorie, pak bylo nutno požádat o názory také sestry pracující ve vedoucích funkcích (viz graf 6).

Přes základní informace jsme se postupně dostaly k jádru této práce – elitářství v ošetrovatelství. Nejprve bylo nutno zjistit, jaké je vlastní povědomí o samotném termínu, prozatím bez slovního spojení s ošetrovatelstvím. U 63% respondentů, kteří kladně odpověděli (viz graf 8) jsme požádali, zda by mohli vysvětlit tento termín vlastními slovy. Z nejčastějších odpovědí byl cítit nádech méně racionálního až arogantního smyslu. Potvrzuje to teorii, že díky častému používání negativního významu, byl vytěsněn původní a zbyl pouze pejorativní význam slova elitářství (16).

Se vším, co bylo zmíněno, souvisí i odpověď na další otázku určenou tentokrát lidem, kteří neznali výše zmíněný termín. Po přečtení definice měli odpovědět, jak na ně působí slovo elitářství (již společně se skupinou, které byl tento termín známý). Nebylo překvapujícím zjištěním, že největší skupinu tvořili lidé, kteří zvolili odpověď: „Negativně“, což koresponduje s předešlými výsledky. V následující části byli respondenti požádáni, aby se zamysleli nad tentokrát slovním spojením „Elitářství v ošetrovatelství“ a následně se k němu vyjádřili. Téměř polovina všech dotázaných zastává názor, že termín elitářství nemá v ošetrovatelské profesi co dělat (viz tabulka 9). Jedním dechem však dodávají, že v českém ošetrovatelství tento stav existuje (viz tabulka 10). Na základě tohoto okruhu výsledků jsme **potvrdili hypotézu č.1 „V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství“**.

Přesuňme se nyní do druhé části výzkumného šetření, jehož podstatou bylo odhalení výlučných skupin sester v českém ošetrovatelství a tím potvrzení či vyvrácení hypotéz vycházejících z této problematiky. Zde jsme došli k pozoruhodným výsledkům. Zakotvení myšlenky existence výlučných skupin v českém ošetrovatelství nás přivedlo ke zjištění, že respondenti neberou toto slovní spojení tak pejorativně, jak tomu bylo u předešlých definicí. Vzpomeňme na termín elitářství. Byl víceméně odsouzen. Jinak tomu však bylo u pojmu elita v českém ošetrovatelství. Nezanedbatelná skupina respondentů odpovídala kladně – „špičková vybavení, ti nejlepší, specializace, kompetence, vysoce kvalifikovaná práce aj.“ Co z těchto, téměř protichůdných tvrzení vyvodit? Jedním z možných vysvětlení je možné plné nepochopení termínů, druhým přijatelnějším vysvětlením je možné uvědomění si toho, že elity existovat musí, bez nich by nebylo pokroku, i v oboru ošetrovatelství. Elitářství však může být něco, co je zakotveno v myslích respondentů jako něco arogantního, negativního, autoritativního, byť původní význam slova elitářství vychází z výjimečnosti, výjimečných schopností, znalostí a vědomostí. Bez ohledu na postoj k výlučným skupinám, jejich existenci potvrdila nadpoloviční většina všech dotazovaných. Na základě tohoto zjištění jsme **potvrdili hypotézu č.2 „Existují obory, jež jsou vnímány ostatními sestrami jako elitářské“**. A jaké to jsou? Co se oborů týče, pak nejčastěji se objevovaly operační sály, následované anesteziologicko-resuscitačním, kardiologickým a neonatologickým

oddělením. Výčet uzavírá transplantační pracoviště (viz graf 12). Podíváme-li se na výlučné pozice, pak na prvním místě je sálová sestra (sestra perioperační péče), následovaná sestrou pracující na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, na jednotce intenzivní péče, mezi výjimečné skupiny jsou řazeny i sestry ve vedoucích funkcích a také vysokoškolsky vzdělané sestry (nutno si však uvědomit, že vysokoškolské vzdělání lze považovat za jistým způsobem elitní v současné době, však co je dnes na vyšší pozici za nějaký čas bude standardem) (viz graf 11). Údaje výše prezentované a též většinový souhlas s tvrzením, že existuje domněnka, že nové technologie a stále větší potřeba technických znalostí a dovedností pomyslně odvádí sestru od pacienta, od role pečovatelské k léčbě, tzv. od „špinavé práce ošetřovatelství do čistého světa medicíny“ nás vedly k **potvrzení hypotézy č. 3** „*Jako výlučné – elitářské jsou vnímány obory s potřebou technických znalostí.*“ Nutno také podotknout, že výsledky této části kvantitativního šetření plně korespondují s výsledky šetření kvalitativního (na jehož základě byly hypotézy stanoveny).

Další významnou kapitolou této práce, která se rovněž odráží od kvalitativní části výzkumného šetření, je vnímání vlastní pracovní pozice. Tři čtvrtiny všech dotázaných odpovědělo záporně na otázku, zda vnímají svou pozici jako výjimečnou, stejně odpovídaly i respondentky v rozhovorech pro kvalitativní šetření. Za zamyšlení stojí to, do jaké míry lze považovat všechny odpovědi za zcela relevantní a nakolik byli respondenti ovlivněni vnějšími vlivy. Je – li však možno porovnat odpovědi s vlastním názorem autorky, pak nezbyvá než věřit, že odpovědi se shodují se skutečností. V pořadí čtvrtou hypotézu jsme se pokusili potvrdit či vyvrátit položením otázky: „Myslíte si, že elitní sestry mají větší předpoklad stát se nástrojem progresivních změn a opatření? Otázka byla záměrně položená jako otevřená, což mělo respondenty podnítit k širšímu vyjádření se k této problematice. Naše očekávání se potvrdilo. Většina dotazovaných se shodla v názoru, že ano, však stejný počet zároveň dodal: „...ale...“. Za tím „ale“ se často objevovaly odpovědi typu: „...pokud budou ochotné, schopné, odvážné, vzdělané a nebojící se odpovědnosti aj.“ Nutno také podotknout, že ne právě zanedbatelná část respondentů si myslí, že v tomto procesu výlučné postavení nehraje roli. Nicméně celkové resumé je tedy takové, že **hypotéza č. 4** „*Elitní skupina*

v ošetřovatelství má předpoklad stát se nástrojem progresivních změn a opatření“ se potvrdila. Na tomto místě by bylo vhodné zmínit závěry kvalitativního výzkumného šetření, kde se respondentky shodly v názoru, že výlučné skupiny sester mají bezesporu k prosazení progresivních změn a opatření dveře otevřené, však pouze za podmínky splnění určitých podmínek, jakými jsou ochota, schopnosti, odvaha, vzdělanost, odpovědnost, ale i týmová spolupráce a podpora managementu. Výše řečené plně koresponduje s odpověďmi dotazovaných pomocí dotazníkového šetření.

Závěrečné slovo této části diskuse věnujme předpokladu, že existuje vztah mezi profesionalizací a elitářstvím. Tuto hypotézu jsme opět zvolili na základě výsledků kvalitativního výzkumného šetření, přičemž profesionalizací jsme měli na mysli především otázku vzdělání a vzdělávání. Pro lepší pochopení definujeme nejprve oba termíny jako takové. Profesionalizace je dle slovníku cizích slov získávání kompetencí a odborné pozice ve struktuře profesí a společenských úkolů.(30) Profesionální příprava sester v České republice je v současnosti podle zákona 96/2004 Sb. zpravidla tříletá, organizovaná na VOŠZ nebo na univerzitní půdě. Toto jsou místa, kde absolvent získá způsobilost k výkonu profese. Elitářství je názor, který považuje některé skupiny lidí za elity, termín, jež má původní význam ve výjimečnosti, výjimečných schopnostech, znalostech a vědomostech. Získávat kompetence je nemyslitelné bez potřebných vědomostí. Zastávat výlučnou odbornou pozici nelze, z trvalejšího hlediska, bez výjimečných schopností a znalostí. Z uvedeného vyplývá přímá vazba mezi profesionalizací a elitářstvím. Jednoduše řečeno, čím více bude vzdělaných sester, tím více bude odbornosti, čím více bude odbornosti, tím více poroste prestiž povolání. Čím větší bude prestiž, tím více lidí (včetně lékařů) bude brát toto povolání s uznáním. A uznání vzbuzuje důvěru, víru v to, co dělám, přesvědčení, že povolání je poslání. Konstatujeme tedy a **potvrzujeme hypotézu č.5 „Existuje vztah mezi profesionalizací a elitářstvím“** Zhodnocením předchozích údajů uvedených v této studii je tedy možné přistoupit k závěru.

6. Závěr

Smyslem této práce bylo zachytit „problém“ společnosti, kterým je rozčlenění lidí na vládnoucí a ovládané a zjistit, jak je tento problém vnímán v ošetrovatelství. Na počátku výzkumného šetření bylo s ohledem na dosažení cíle stanoveno několik výzkumných otázek. Výzkumná otázka č. 1: Jaká je představa o elitě v ošetrovatelství? Výzkumná otázka č. 2: Existuje souvislost mezi výlučnou pozicí a vzděláváním? Výzkumná otázka č. 3: Do jaké míry jsou sestry připraveny na zvýšenou potřebu vzdělávání a jsou připraveny přijmout větší zodpovědnost, co se rozšířených rolí týče? Výzkumná otázka č. 4: Do jaké míry je platné tvrzení, že sestra a lékař jsou rovnocennými partnery? Na všechny položené výzkumné otázky byla získána odpověď a tudíž bylo možno na základě těchto výsledků stanovit následující hypotézy:

- 1. hypotéza: *V českém ošetrovatelství existuje stav zvaný elitářství - byla potvrzena.***
- 2. hypotéza: *Existují obory, jež jsou vnímány ostatními sestrami jako elitářské - byla potvrzena.***
- 3. hypotéza: *Jako výlučné-elitářské jsou vnímány obory s potřebou technických znalostí - byla potvrzena.***
- 4. hypotéza: *Elitní skupina v ošetrovatelství má předpoklad stát se nástrojem progresivních změn a opatření - byla potvrzena.***
- 5. hypotéza: *Existuje vztah mezi profesionalizací a elitářstvím - byla potvrzena.***

Po dokončení šetření a vyhodnocení výsledků byl velkou měrou prokázán vztah mezi profesionalizací a elitářstvím. Podíváme-li se s odstupem na celou problematiku elitářství, pak nezbyvá než konstatovat, že je značnou částí zdravotnického personálu vnímáno, jako něco špatného, něco, co do tohoto oboru nepatří. Připomeňme si však výrok Friedricha Nietzscheho ze samého úvodu této práce: „Společnost, má-li být zdravá, musí být společností elity“. Jaký je tedy závěr? Připomenout všem zdravotnickým pracovníkům, že výlučnost podložená vědomostmi, schopnostmi a vzděláním je něco, co je předpokladem růstu. Výlučné postavení není jen výsadou elity, je to meta, která je dostupná každému, kdo pochopí, že ošetrovatelství je propojený celek, organismus, ve kterém jeden orgán bez druhého nemůže fungovat. Změňme tedy své myšlení a přístup, snažme se vytvářet harmonické prostředí založené na týmové

spolupráci a kolegiálně. Povznesme prestiž ošetřovatelského povolání tím, že si budeme vážit sami sebe a sebe navzájem. Dokažme své znalosti a dovednosti a naučme se být zodpovědní za své výkony. **Nehrajme si na elity, staňme se jimi!** Budiž k tomu nápomocna tato práce. Na úplný závěr bych chtěla zmínit, že řada informací, se kterými jsem se setkala při řešení zadané problematiky, podstatně obohatily nejen mé zkušenosti, ale i postoje a celkový náhled na ošetřovatelství jako takové. A za to bych chtěla všem, kteří mi tento rozvoj umožnili, ze srdce poděkovat.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Aahn.org* [online]. 2007, 2010 [cit. 2010-04-30]. Nursing history calendar. Dostupné z WWW: <<http://www.aahn.org/nursinghistorycalendar.html>>.
2. ARNOLD, E; BOGGS, K.U. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. 4rd ed. Missouri: Saunders-Elsevier Science, 2003. 629 s. ISBN 0-7216-9388-1.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice*. Zdravotnictví v České republice. 2006, roč. 9, č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-6050.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu*. Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2007, roč. 9, č. 2, s. 254-259. ISSN 1212-4117.
5. BÁRTLOVÁ, S. *Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace*. Florence. 2006, roč. 2, č. 4, s. 48-49. ISSN 1801-464X.
6. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
7. BÁRTLOVÁ, S.; TÓTHOVÁ, V.; SADÍLEK, P. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. dopl. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 13:978-80-7013-467-2.
8. BÁRTLOVÁ, S; HAJDUCHOVÁ, H. *Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou*. Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2010, roč. 12, č. 1, s. 20-33. ISSN 1212-4117.
9. BÁRTLOVÁ, S; TREŠLOVÁ, M. *Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři*. Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2010, roč. 12, č. 1, s. 17-19. ISSN 1212-4117.
10. BEDRNOVÁ, E; NOVÝ, I., et al. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. vyd. Praha: Management Press, 1998. 586 s. ISBN 80-7261-064-3.
11. BENSON, N. C.; BORIN, V. L. *Seznamte se...Psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 176 s. ISBN 80-7367-005-4.
12. BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*. ZSF JCU, 2005. Dostupné z e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

13. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-7184-141-2.
14. DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 175 s. ISBN 978-80-7367-505-9.
15. ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. *Managing and coordinating nursing care*. 4rd ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2005. 479 s. ISBN 0-7817-4106-8.
16. *En.wikipedia.org* [online]. 2010 [cit. 2010-04-30]. Nursing. Dostupné z WWW: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing>>.
17. FARKAŠOVÁ, D, et al. *História ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2010. 170 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
18. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatel'stvo-teória*. Martin: Osveta 2001. 134s. ISBN 80-8063-086-0
19. GLADKIJ, I., et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 384 s. ISBN 80-7226-996-8.
20. GROHAR-MURRAY, M.E.; DICROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
21. HOFŠTEROVÁ - KNOTKOVÁ, M. *Co přinese novelizace zákona č. 96/2004?.* Sestra. 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 16. ISSN 1210-0404.
22. HOFŠTEROVÁ , M. *Vzděláním investujeme sami do sebe*. Florence. 2007, roč. 3, č. 3, s. 47. ISSN 1801-464X.
23. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 288 s. ISBN 80-7367-269-3.
24. JANOUŠKOVÁ, H; MELLANOVÁ, A. *Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví*. Sestra. 2005, roč. 16, č. 11, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
25. JAROŠOVÁ, D; DUŠOVÁ, B. *Projekty osu.cz* [online]. 2008 [cit. 2010-04-30]. Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z WWW: <<http://www1.osu.cz/mentor/olomouc-prispevek.doc>>.
26. JODL, M. *Teorie elity a problém elity*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1994. 156 s. ISBN 80-85605-94-5.

27. KABÁTEK, A, et al. *Sociologické texty I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. 112 s. ISBN 80-7066-890-3.
28. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Slon, 2006. 204 s. ISBN 978-80-86429-39-7.
29. KLVAŇOVÁ, A; SÝKOROVÁ, V; KULVEITOVÁ, M *Mentor jako platný člen multidisciplinárního týmu*. In CESTA K PROFESIONÁLNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ II: Sborník příspěvků II. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 10. května 2007. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. s. 170. ISBN 978-80-7248-413-3.
30. KRAUS, J, et al. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 879 s. ISBN 80-200-1415-2.
31. KŘIVOHLAVÝ, J; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
32. KUČEROVÁ, K. *Vztah zdravotnické veřejnosti k vysokoškolskému vzdělávání sester*. České Budějovice, 2005. 80 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
33. LAJDOVÁ, A; URÍČKOVÁ, A; ONDRUŠKOVÁ, S. *Význam osobnostních předpokladů při výběru sester mentorek* Sestra. 2010, roč. 20, č. 2, s. 25-26, ISSN 1210-0404
34. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
35. MASTILÁKOVÁ, D. *Profesionální ošetrovatelství, moderní ošetrovatelství pro 21. století*. LF UK Hradec Králové, 1997
36. MOWFORTH, G. *Elitism in nursing*. In WILKINSON, G., MIERS, M.(eds.), *Power and Nursing Practice*. Basingstoke: Palgrave, 1999. 256 s. ISBN: 9780333691960
37. *Mvcr.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-04-30]. Stejnopisy sbírky zákonů. Dostupné z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu.aspx>>.

38. *Mzcr.cz* [online]. 2008, 2010 [cit. 2010-04-30]. Specializační vzdělávání. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_1765_935_3.html>.
39. *Nconzo.cz* [online]. 2008, 2010 [cit. 2010-04-30]. Základní informace-specializační vzdělávání. Dostupné z WWW: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/79>>.
40. PLAMÍNEK, J. *Jak řešit konflikty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 126 s. ISBN 80-247-1591-0.
41. PŘIKRYLOVÁ, L. *Vývoj ošetrovatelství a ošetrovatelského školství*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1998
42. ROZSYPALOVÁ, M; SVOBODOVÁ, H; ZVONIČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají: Příspěvek k historii ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1.
43. *Sagit.cz* [online]. Ostrava Hrabůvka : Sagit, 2010, 2010 [cit. 2010-04-30]. Sbíрка zákonů. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>>.
44. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 193s. ISBN 80-7184-243-5.
45. SLOUPOVÁ-BÜRGEROVÁ, H.; HUDÁČKOVÁ, A. *Význam školních sester/mentorek pro zajištění kvality výuky na klinických pracovištích* Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2005, roč. 7, č. 1-2, s. 45-46. ISSN 1212-4117.
46. STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. 270 s. ISBN 80-85834-60-X.
47. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
48. ŠKUBA, J. *Nové pojetí vzdělávání mění historickou podobu profese*. Florence. 2006, roč. 2, č. 2, s. 60-61. ISSN 1801-464X.
49. ŠKUBOVÁ, J; CHVÁTALOVÁ, H. *Sestra*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 140 s. ISBN 80-7013-407-0.

50. ŠULEKOVÁ, M. *Změny v realizaci vzdělávacích programů platné k 1.7. 2008.* Sestra. 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 12. ISSN 1210-0404.
51. ŠULEŘ, O. *5 rolí manažera a jak je profesionálně zvládnout.* 1. vyd. Praha: Computer Press, 2008. 256 s. ISBN 978-80-251-2316-4.
52. ŠULISTOVÁ, J. *Touží sestry po moci?.* Sestra. 2005, roč. 15, č. 11, s. 20-21. ISSN 1210-04-04.
53. TREŠLOVÁ, M. *Skupinová výuka a profesní příprava sester.* In CESTA K PROFESIONÁLNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ II: Sborník příspěvků II. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí konané dne 10. května 2007. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. s. 170 . ISBN 978-80-7248-413-3.
54. TUČEK, M, et al. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí.* 1. vyd. Praha: Slon, 2003. 428 s. ISBN 80-86429-22-9.
55. VOKURKA, M; HUGO, J., et al. *Velký lékařský slovník.* 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 1080 s. ISBN 978-80-7345-166-0.

8. Klíčová slova:

Elita

Elitářství

Profesionalizace

Autorita

Moc

9. Přílohy

Příloha č. 1 – dotazník

Příloha č. 2 – seznam tabulek

Příloha č. 3 – seznam grafů

Příloha č 1: Dotazník

Vážená sestro, kolegyně, kolego,

v současné době se stále více hovoří o změnách v roli sestry. Ta prodělala v minulosti složitý vývoj a mění se i dnes. Dosažení, udržení a zvyšování standardu péče vyžaduje na sestrách stále nové vědomosti a dovednosti.

Ve společnosti, stejně jako ve zdravotnictví, existují kategorie osob, které v určitém systému, společenském či vědním, zauímají vedoucí či jinou významnou úlohu, a to především díky svým individuálním vlastnostem, schopnostem, profesionálním kvalitám či sociálnímu postavení. Ve společnosti se jim říká elity. I ve zdravotnictví jsou lidé na vyšší a nižší pozici. Otázkou je, v jakém případě se dá hovořit o elitních skupinách také v ošetrovatelství, případně, jak na sebe nahlíží jednotlivé skupiny sester v rámci zdravotnického zařízení.

Toto je nové téma, které si, dle mého názoru, zaslouží pozornost, mimo jiné i z toho důvodu, že ve většině zemí tvoří sestry nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví. Dovolte mi tedy, prosím, požádat Vás o objektivní názor na problematiku „Elitářství v ošetrovatelství“, jež koresponduje s názvem mé diplomové práce. Velice byste mne potěšila, kdybyste byla ochotná(ý) se podílet na výzkumu k této problematice, a to vyplněním níže uvedeného dotazníku. Zároveň mi dovoluete ubezpečit Vás, že veškeré údaje jsou naprosto anonymní a data budou použita pouze pro potřeby výzkumného šetření.

Za vyplnění dotazníku a čas, jež problematice věnujete, vřele děkuji. Dotazník si, prosím, nejprve pozorně přečtete a následně u každé otázky vyberte odpověď Vašemu mínění nejbližší a označte ji.

Za porozumění a spolupráci předem děkuji.

Kateřina Kučerová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství

Studijní obor: Oš. ve vybraných klinických oborech

Nejprve Vás prosím o uvedení základních údajů:

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Do jaké věkové kategorie spadáte?

- a) 18 - 30 let
- b) 31 - 50 let
- c) 51 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) SZŠ + specializace v oboru (PSS)
- c) VZŠ
- d) VŠ – Bc., Mgr.

4. Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?

- a) do 1 roku
- b) 2 - 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 a více

5. Jste registrovaná sestra?

- a) ano
- b) ne

6. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

- a) v ambulantní sféře
- b) v nemocnici – ambulance
- c) v nemocnici – standardní lůžko
- d) v nemocnici – operační sály
- e) ostatní:.....

7. Pracujete – li v nemocnici u lůžka, uveďte, prosím, na jakém oddělení pracujete:

- a) ARO
- b) JIP
- c) Standard
- d) Jiné.....

8. Jaká je Vaše funkce ve zdravotnickém zařízení?

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) řadová sestra pracující u lůžka
- d) jiné:.....

9. Zajímáte se o problematiku zdravotnictví v ČR?

- a) ano
- b) ne

10. Říká Vám něco termín „Elitářství“?

- a) ano
- b) ne

11. V případě kladné odpovědi, vyjádřete prosím svými slovy:

.....

Pokud ne, zamyslete se prosím nad definicí:

„Elitářství je názor, který považuje některé skupiny lidí za elity. Původní význam slova elitářství vychází z výjimečnosti, výjimečných schopností, znalostí a vědomostí.“

12. Jak vnímáte tuto definici, jak na Vás působí slovo elitářství?

- a) negativně
- b) pozitivně
- c) neutrálně
- d) nerozumím ji, nechápu tento výraz

V zahraničí je tomuto tématu věnována značná pozornost, stejně tak, jako otázce koncepce rozšířených rolí v rámci ošetrovatelství v 21. století a s tím spojeným vznikem elit v ošetrovatelství. Ne vždy je však chápáno toto spojení pozitivně.

13. Co si představujete pod slovním spojením „Elita v českém ošetrovatelství“?
.....

14. Myslíte si, že existují elitní skupiny sester, v českém ošetrovatelství?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

15. Pokud jste přesvědčeni, že ano, prosím, vypište, které to dle vašeho názoru jsou (prosím pokuste se je vypsát sestupně od nejelitnějších skupin až po, dle vašeho mínění, nejméně elitní):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5) atd.

16. Myslíte si, že existují konkrétní obory, které jsou vnímány ostatními sestrami jako výlučné (např. operační sály, kardiochirurgie, ARO atd)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. V případě kladné odpovědi prosím, vypište, které to dle vašeho názoru jsou (prosím pokuste se je, podobně jako v otázce č.17 vypsát sestupně od nejelitnějších oborů, specializací až po, dle vašeho mínění, nejméně elitní):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5) atd.

Existují názory, že sestry pracující na odděleních, kde je potřeba více technických znalostí (např. ARO, JIP, operační sál, RES atd.) jsou v očích ostatního zdravotnického personálu ve výjimečném postavení.

18. Myslíte si, že se toto tvrzení zakládá na pravdě?

- a) rozhodně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) rozhodně nesouhlasím
- d) spíše nesouhlasím

19. Vy sama vnímáte svou pracovní pozici jako výjimečnou?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. V případě kladné, záporné i neurčité odpovědi, vysvětlete proč:

.....

Zamyslete se prosím ještě jednou nad slovním spojením: „**Elitářství v ošetřovatelství**“
(elitářství = názor, který považuje některé skupiny lidí za elity, termín, jež má původní význam ve výjimečnosti, výjimečných schopnostech, znalostech a vědomostech)

21. Který výrok je Vám nejbližší?

- a) paradoxní, termín elitářství v ošetřovatelské profesi nemá co dělat
- b) myslím si, že je to stav běžný v ošetřovatelské profesi
- c) jsem přesvědčen(a), že je to stav běžný v ošetřovatelské profesi
- d) jiný názor.....
- e) nerozumím tomu

22. Souhlasíte s výrokem: „V českém ošetřovatelství existuje stav zvaný elitářství“ ?

- a) ano
- b) ne

23. V případě kladné odpovědi, pokuste se prosím přiblížit, jak se projevuje:

- a) kladně, jak?.....
- b) záporně, jak?.....

Existuje také domněnka, že nové technologie a stále větší potřeba technických znalostí a dovedností pomyslně odvádí sestru od pacienta, od role pečovatelské k léčbě, tzv. od „špinavé práce ošetřovatelství do čistého světa medicíny“.

24. Co si o výše popsaném myslíte?

- a) ano, zcela s tím souhlasím
- b) spíše s tím souhlasím
- c) nesouhlasím, protože.....

Sestra u lůžka má blíže k pacientovi, kdežto sestra s technickým zaměřením (např. specialista na RES či operačních sálech) má blíže k medicíně, k lékaři.

25. Souhlasíte s tímto tvrzením?

- a) ano, zcela s tím souhlasím
- b) spíše s tím souhlasím
- c) nesouhlasím, protože.....

Závěrem Vás poprosím o malé zamyšlení:

26. Pokud jste na této, dle vašeho názoru, výjimečné pozici, **jakým způsobem a do jaké míry** uplatňujete své výlučné schopnosti a postavení ve prospěch celku?

- a) uplatňuji, jak?.....
- b) neuplatňuji

27. Jaká si myslíte, že z tohoto postavení pro vás plynou pozitiva a jaká negativa?

- a) výhody.....
- b) nevýhody.....

28. Myslíte si, že elitní sestry mají větší předpoklad stát se nástrojem progresivních změn a opatření? Nebo v tomto procesu výlučné postavení nehraje roli?

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

Dovolte mi, prosím, poděkovat Vám za čas, jež jste věnovala tomuto dotazníku a tím se podílela na výzkumném šetření, jež by mělo přispět podpoře ošetrovatelské profese a profesionalizaci oboru.

Kateřina Kučerová

Příloha č. 2: Seznam tabulek

Tabulka 1: Věkové složení respondentů

Tabulka 2: Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Tabulka 3: Rozdělení respondentů dle praxe ve zdravotnictví

Tabulka 4: Typ zdravotnického zařízení

Tabulka 5: Náhled na definici termínu „elitářství“

Tabulka 6: Existence výlučných skupin sester

Tabulka 7: Existence konkrétních oborů, jež jsou vnímány výlučně

Tabulka 8: Výjimečnost pracovní pozice

Tabulka 9: Vyjádření k vlastní pracovní pozici

Tabulka 10: Hodnocení slovního spojení „Elitářství v ošetrovatelství“

Tabulka 11: Souhlas s výrokem

Tabulka 12: Vyjádření se k projevům elitářství

Tabulka 13: Souhlas s tvrzením

Tabulka 14: Souhlas s tvrzením

Tabulka 15: Specifikace uplatnění výlučných schopností

Tabulka 16: Specifikace negativ a pozitiv výlučného postavení

Tabulka 17: Vyjádření k tvrzení

Příloha č. 3: Seznam grafů

Graf 1: návratnost rozdaných dotazníků

Graf 2: Použitelnost navrácených dotazníků

Graf 3: Zastoupení respondentů dle pohlaví

Graf 4: Rozdělení dle registrace sester

Graf 5: Oddělení sester pracujících u lůžka

Graf 6: Pracovní pozice sester

Graf 7: Zájem o problematiku zdravotnictví v ČR

Graf 8: Povědomí o pojmu „Elitářství“

Graf 9: Vlastní vyjádření termínu „Elitářství“

Graf 10: Vlastní vyjádření k termínu „Elita v českém ošetrovatelství“

Graf 11: Definování výlučných skupin sester

Graf 12: Definování výlučných oborů

Graf 13: Pravdivost tvrzení