

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče

Diplomová práce

PhDr. Marie Trešlová, PhD.,R.N.

Bc. Kateřina Drábková R.N.

2010

Importance of Identity in Nursing Profession and its Impact on Quality of Care

The nursing profession belongs to helping professions which are heavily demanding in terms of mental and physical aspects. Currently, the profession is being exercised at the same workplace by nurses with a university education as well as nurses without a university diploma. The nurses who are university graduates enter into practice more mentally and physically mature, and their approach to patients and the care provided may be better than in nurses with secondary education. In care provision nurses have to cooperate with physicians, but also with other healthcare professionals. Due to the lack of medical personnel nurses assume responsibilities of other team members, which they may perceive as a restriction in fulfilling their professional identity. This restriction may be reflected in the quality of the care provided. It often happens that a nurse cannot fulfill her professional identity because of the pressure of her family which requires the fulfillment of their own requirements prior to fulfilling the professional identity of a nurse.

The aim of the thesis was to determine how nurses, but also their family members, perceive the professional identity of nurses. The aim was achieved.

The research was carried out in two phases. The first phase was conducted using interviews with six nurses of different ages both with and without university education. The second phase was carried out through a quantitative survey using a questionnaire method in health care facilities in Písek, České Budějovice and Plzeň. Five hypotheses were established.

H1: From the perspective of nursing profession representatives the professional identity affects the quality of nursing care. This hypothesis was confirmed.

H2: Nurses who are aware of their professional identity apply their professional identity in a quality nursing care. This hypothesis was confirmed.

H3: Nurses who are aware of their professional identity apply the identity in a multidisciplinary team. This hypothesis was confirmed.

H4: From the perspective of family members duties to families have priority over the expression of professional identity of nurses. This hypothesis was not confirmed.

H5: Professional identity directly depends on education. This hypothesis was confirmed.

Results of the research can be used in qualification and lifelong education of nurses to strengthen their identification with the profession.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 24.5.2010

Drábková Kateřina

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové, PhD.,R.N. za cenné rady a připomínky v průběhu psaní mé diplomové práce, dále pak Mgr. Olze Jedličkové za pomoc při statistickém zpracování dat a v neposlední řadě též mojí rodině za jejich bezbřehou trpělivost a podporu.

Úvod	3
I Teoretická část	4
1. Současný stav	4
1.1 Identita.....	4
1.1.1 Teorie identity v psychologii	5
1.1.2 Vývoj identity v průběhu lidského života	11
1.1.2.1 Vývoj identity v dětství a dospívání	12
1.1.2.2 Vývoj identity v dospělosti	17
1.1.2.3 Vývoj identity ve stáří	21
1.2 Osobnost sestry	23
1.2.1 Psychické a morální vlastnosti sestry.....	24
1.2.2 Kompetence a dovednosti sestry.....	25
1.2.3 Role sestry.....	27
1.2.4 Sestra a vzdělávání.....	29
1.2.5 Prestiž profese sestry.....	31
1.3 Kvalita péče.....	32
1.3.1 Ošetrovatelské standardy	33
1.3.2 Indikátory kvality	34
II Praktická část	36
2. Cíle práce a hypotézy	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Hypotézy	36
3. Metodika	37
3.1 Metodika práce.....	37
3.2 Charakteristika souboru	37
4. Výsledky	39
4.1 Sestry.....	39
4.2 Blízké osoby.....	67
4.3 Kvalitativní zpracování dat	76
4.4 Statistické zpracování dat.....	79

5. Diskuse	88
6. Závěr	110
7. Seznam literatury a použitých zdrojů	112
8. Klíčová slova	117
9. Přílohy	118

Úvod

Profese sestry patří mezi pomáhající profese, které jsou charakteristické především svou psychickou, fyzickou i emocionální náročností. Aby byla poskytovaná péče co nejkvalitnější, je potřeba, aby byla poskytována sestrou se sociálně i psychicky vyzrálou osobností. V této souvislosti se v posledních letech stále více skloňuje pojem identita. Ta hraje velkou roli i v profesi sestry, neboť míra dosažené identity ovlivňuje i samotný přístup sestry ke své osobě, svému povolání, k pacientům i spolupracovníkům s nimiž je při výkonu svého povolání v neustálé sociální interakci.

Identita osoby se formuje v průběhu celého života, ale její základy jsou pokládány již v průběhu prvních několika let života. Na formování identity člověka se v průběhu života podílí mnoho faktorů. Mezi primární faktory formující osobnost člověka v prvních letech života patří především jeho rodina, styl výchovy, emoční klima v rodině i chování jednotlivých členů rodiny k sobě navzájem. Od dětství si jedinec osvojuje a napodobuje to co vidí ve svém blízkém okolí. Základy prosociálního chování a altruismu se objevují již v předškolním věku a během života se jejich posilováním upevňují natolik, že se stanou již trvalou součástí osobnosti. Altruismus a prosociálně orientované chování je charakteristickým znakem ošetrovatelství. Jedinec, který nemá rád lidi, by neměl vykonávat povolání sestry. Profesní identitu je možné velmi ovlivnit při kvalifikačním vzdělávání a v průběhu výkonu povolání sestry se ještě více upevňuje. Proto je třeba klást důraz na kvalitní vzdělávání budoucích sester a posilovat jejich identifikaci s budoucí profesí.

Téma diplomové práce Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče mě zaujalo právě svým zaměřením se na důležitost osobnosti sestry při výkonu její profese i to jaký dopad má nebo nemá identita na kvalitu péče. Také mne zajímalo, zda si sestry a rodinní příslušníci uvědomují, jak náročná je jejich profese a jak důležitá je jejich osobnost v poskytování kvalitní péče a při styku s pacienty a jejich rodinami.

1. Současný stav

1.1 Identita

Pojem identita se v posledních letech řadí mezi velmi aktuální témata. Můžeme se s ním setkat nejen v každodenních rozhovorech lidí, ale i v diskusích týkajících se různých oblastí života člověka nebo společnosti. V běžném životě lidé tento termín zpravidla používají ke sdělení, že svoji identitu hledají, budují nebo ji rozvíjí (16). Vyhledáme-li si termín identita ve slovníku, pak ten říká, že: „identita (totožnost) je vztah mezi jedním nebo více předměty, jevy, které se shodují ve všech vlastnostech; prožívání a uvědomování si sebe sama, své jedinečnosti i odlišnosti od ostatních; soubor rysů, podle nichž je jedinec znám v určité specifické skupině (24, s. 221)“. Mluvíme-li o identitě osoby, rozumíme tím, kým nebo čím se jedinec cítí být (subjektivní identita). Jedná se v podstatě o odpověď na existencionální otázku „Kdo jsem?“ nebo „Čím jsem?“. Vedle této subjektivní identity však stojí identita objektivní, která je naopak dána osobě jinými lidmi (např. jméno, určité sociální postavení). Díky identitě je osoba rozpoznatelná, dává smysl jedincovu chování a jednání v jeho sociálních rolích i v soukromí (16). Přes tuto definici má však pojem identita více významů. Záleží na tom za jakých okolností či situací pojem identita použijeme. Zda hovoříme o identitě osobnosti, o identitě profesní, identitě národa, společenství atd. Pod pojmem identita můžeme zařadit více charakteristik, jako např. autenticita-, pocit skutečnosti a hodnověrnosti vlastního života (24, s.63)“, stálost v čase, odlišnost od jiných, integrita – „celistvost, nedotknutelnost a neporušenost všech struktur a funkcí osobnosti (24, s.232)“. Přesto je však slovníkové vysvětlení jen velmi obecným vyjádřením toho, co všechno lze pod pojem identita zařadit (48). Snažíme-li se objasnit co to vlastně identita je, jak se projevuje, kdy vzniká, co ji ovlivňuje nebo mění, musíme si uvědomit, že pod tímto pojmem se skrývá v podstatě celá škála charakteristik, které všechny dohromady tvoří osobnost člověka. Pokud je termín identita použit v sociálních vědách, vyjadřuje rozpoznatelnost, legitimnost, smysl života a jednání osoby vzhledem k ostatním osobám i společnosti. Z toho vyplývá, že identita není uzavřený, ale naopak zcela otevřený systém, reagující na sociální procesy. Tento poznatek lze spatřit i v sesterské profesi,

neboť během vykonávání svého povolání se sestra, díky interakci s lékaři, pacienty, kolegyněmi i jinými osobami a samozřejmě i díky celoživotnímu vzdělávání, jako osobnost neustále vyvíjí (16).

1.1.1 Teorie identity v psychologii

Zkoumáním identity se zabývalo a dosud zabývá mnoho psychologických směrů. Mnoho teorií vzniklo v průběhu dvacátého století a to především v západní části světa. Tyto teorie jsou v podstatě snahou o vysvětlení termínu identita a vztahu mezi ním a ostatními konstrukty. Odlišují se od sebe především svým zaměřením na určitou oblast a jevy. Toto zaměření je zakotvené v jednotlivých psychologických proudech s jejich typickou terminologií, hloubkou zpracování určitých pojmů a hledáním vztahů mezi nimi. Důvodem, proč se psychologové začali ve větší míře zabývat zkoumáním identity, byl nově kladený důraz na hledání a rozvoj vlastního já (16). Tyto teorie můžeme dělit podle toho jak jednotliví autoři k identitě přistupují. Pokud se autor přiklání k původnímu významu slova identita, tj. stálost osoby v čase, ve společnosti a v různých situacích mluvíme o tzv. „silné“ koncepci identity. Oproti tomu autoři, kteří se přiklánějí k názoru, že identita se mění v čase, situacích, místem i okolnostmi patří k zastáncům tzv. „slabé“ identity. Za potvrzení pravdivosti tohoto tvrzení bychom mohli považovat vývoj identity u sester, neboť ty se během své praxe v průběhu celého pracovního života také mění. Žádná ze sester nezůstane na konci profesní kariéry, ale i během ní, tím kým byla v době kdy nastupovala do zaměstnání. Kromě tohoto rozlišení můžeme identitu dále dělit buď na sociální nebo osobní (48).

Prvním, který termín identita použil, byl Sigmund Freud. Přesto tím, kdo se této problematice plně věnoval, byl E.H. Erikson, autor tzv. ego identity. Podle Eriksona se na utváření osobní identity podílí identifikace z dětství, současné identifikace a základní životní závazky (commitments). Utváření osobní identity je hlavním tématem vývojového procesu, který velmi úzce souvisí s vývojem ega (48). Dalšími pojmy, které Erikson vytvořil jsou self identita – tzv. sebevnímání a ego identita – mechanismus umožňující nárůst jistoty ve vlastní schopnost udržení vnitřní stálosti a kontinuity. Život člověka rozdělil do osmi stádií, přičemž na konci každé této etapy by měl jedinec

získat ctnost, jež je pro dané stádium typická. Její dosažení vede k dalšímu osobnímu růstu (19). Při vytváření ego identity jsou důležité čtyři aspekty. Prvním je krize identity. Je to období ztráty, tápání a hledání nové identity. Objevuje se v každém období psychosociálního vývoje a vede ke zpochybnění dosud získaných „pravd“. Tyto pochybnosti vedou k hledání nových „pravd“ a zároveň s tím i k dalšímu vývoji osobnosti. Během této krize prochází jedinec tzv. moratoriem. Je to období častých konfliktů k nimž dochází z důvodu rozdílů mezi očekáváním rodiny (společnosti) a plány jedince. Další aspekt ovlivňující dosažení identity je boj ega a superega o dominanci v osobnosti, přičemž vývoj ega úzce souvisí s utvářením osobní identity a její dosažení se projeví i objevením se zralého ega. V tomto boji ega a superega platí přímá úměrnost, protože čím je tento boj obtížnější, tím těžší bude i dosažení identity. Posledním aspektem ovlivňujícím vytvoření identity jsou stupně hodnotové orientace, neboť to jaké má člověk priority se odráží v jeho konání a jednání (48). Zaměříme-li se na povolání sestry, měly by být v jejím hodnotovém žebříčku takové vlastnosti jako např. altruismus, empatie, vzdělanost, samostatnost, odpovědnost aj. Tyto vlastnosti jsou u tzv. pomáhajících profesí vysoce žádané a jsou znakem vysoce humánního a profesionálního přístupu (38,49).

Na Eriksonovu teorii utváření identity navázal i James E. Marcia. Podle něj je pro formování identity důležitá především krize, při níž jedinec pochybuje o hodnotách a cílech definovaných rodiči. Pochybuje-li, znamená to, že aktivně zkoumá, hledá a rozhoduje se o závazku. Závazek se poté stává přesvědčením a jedinec tak přijímá osobní cíle a hodnoty s nimiž se ztotožňuje. Toto pochybování je velmi důležité i v profesi sestry, neboť to že sestra pochybuje znamená, že o svém povolání přemýšlí a její práce se tak stává vysoce profesionální. Zároveň tím také naplňuje role, které přijala tím, že si zvolila toto povolání. Podle přítomnosti nebo absence krize a závazku je možné rozlišovat čtyři stavy nebo též styly osobní identity. Tzv. rozptýlená identita (diffusion identity) je charakteristická nepřítomností hledání a zároveň i nepřítomností závazku. Takový jedinec se nezabývá budoucností ani sebereflexí, důležitá je pro něho pouze přítomnost a odmítá přijmout závazek (odpovědnost) za svůj život i to co vykoná. Typické je chování měnící se v závislosti na očekávání okolí i v případě, že se s ním

jedinec zcela neztotožňuje. V profesi sestry se tato situace může také vyskytnout a to v případech, že sestra poskytuje péči člověku, který v ní vzbuzuje averzi nebo i odpor. Ovšem z hlediska profesionality musí sestra tyto pocity potlačit a nesmí se projevit ani ve způsobu chování nebo dokonce v poskytování méně kvalitní péče. Okolím i daný pacient od sestry očekává chování, které bude vyjadřovat respekt vůči jeho osobnosti. Opakem rozptýlené identity je předčasně uzavřená identita (foreclosure identity). Ta je charakteristická přijetím závazku bez přítomnosti krize. Dotyčný nemá potřebu hledání sebe sama, ale identifikuje se s normami a postoji u svých vzorů, kterými jsou často rodiče, přátelé, instituce aj. Při hledání vlastní identity může jedinec procházet moratoriem, jež můžeme charakterizovat jako přítomnost krize bez přítomnosti závazku. Pro tento stav je typické hledání, přemýšlení o sobě samém, zkoušení nových rolí, objevování nových hodnot, ale zároveň s tím i nevědomé nebo záměrné odkládání závazných rozhodnutí. Posledním stavem je dosažení identity (identity achievement). Jedná se o stav, kdy jedinec aktivně hledá a později i přijímá závazky se kterými se ztotožňuje. Stává se tak jedinečnou osobností, ale zároveň i součástí určité skupiny s níž se ztotožňuje(48). Pro povolání sestry je stav dosažení identity nejideálnějším výsledkem vzhledem k tomu, že sestra musí být schopna stát se jak součástí týmu v němž pracuje, tak musí zůstat i sama sebou, aby byla pro ostatní lidi (lékaře, kolegy, pacienty, rodinu, přátele) identifikovatelná (12,16,56).

Dalším psychologickým směrem, který se také zabývá identitou, je symbolický interakcionismus. Představitelé tohoto směru, S. Stryker a jiní, považují identitu za zvnitřněné role a tyto role tvoří hierarchicky uspořádanou soustavu nazývanou self.

Identita lze dále dělit buďto podle její významnosti (prominence) nebo podle její výraznosti (salience). Významnost označuje nakolik se daný jedinec přiblížil k obrazu svého ideálního já, zatímco výraznost identity je jakýmsi osobitým způsobem jednání, které se projevuje v konání a je vyvolán různě silnými podněty či situacemi. Představitelé tohoto směru sice nepopírají jistou stálost osoby v čase, ale zastávají názor, že osobnost jedince je tvořena i zvnitřněním sociálních rolí. Identita tak do jisté míry určuje způsob reakcí v určitých situacích (48). Pokud se jedinec rozhodne pro povolání sestry, přijímá s touto volbou i role jež sestra během výkonu svého povolání

naplňuje. Při naplňování těchto rolí se projeví, do jaké míry se sestra s těmito rolemi identifikovala. Pokud se ztotožnila pouze s některou ze škály rolí, které výběrem tohoto povolání získala, bude ji při své práci uplatňovat, přičemž toto prosazení a naplňování určité role se bude dít na úkor rolí zbývajících (6,22,55).

Na rozdíl od teorií zaměřených výhradně na osobní identitu, se teorie sociální identity snaží zkoumat meziskupinové vztahy a procesy. Termín sociální identita v sobě zahrnuje jednak osobní identitu jedince s přesvědčením o jeho schopnostech, dovednostech a vlastnostech, ale zároveň s tím si jedinec uvědomuje své členství v určité sociální skupině, své hodnoty i emocionální význam, který se s tímto členstvím pojí. Tuto skupinu tvoří převážně lidé, které považujeme za nám podobné. Proto se budeme snažit tuto skupinu prosadit a tím zároveň snížit hodnotu skupin jiných (25). Pokud by došlo k rozporu mezi požadavky jedince a skupiny, může jedinec tuto situaci řešit buďto distancováním nebo úplným opuštěním dané skupiny. Podle této teorie je základem skupinového chování právě sociální identita. Dělení na různé skupiny vede k vytvoření rozdílů mezi nimi, zároveň s tím však vede i k větší soudržnosti uvnitř jednotlivých skupin (48). Bohužel i v sesterské profesi se vyskytuje mezi sestrami řevnivost a pocit nadřazenosti vůči kolegyním z jiných oborů. Tento postoj se projevuje především u sester pracujících na odděleních, kde součástí jejich práce je používání moderních přístrojů a technologií. Tyto sestry považují samy sebe za elitu a práce na těchto odděleních má jak mezi odbornou tak i laickou veřejností větší prestiž. Oproti tomu sestry pracující na odděleních, kde hlavní náplní jejich práce je „pouze“ péče o pacienty a jež je spojena s představou „špinavé“ práce, se netěší takové úctě, jako je tomu u jejich kolegyň (5,6).

Z koncepce teorie sociální identity vyšli i tvůrci tzv. etnolingvistické teorie. Dle jejich názoru je nejdůležitějším kritériem, kterým se od sebe jednotlivé skupiny odlišují, jazyk. Důvodem je, že pokud chce jedinec patřit k dominantní skupině, musí s danou skupinou splynout. To znamená používat jazyk dané skupiny, včetně ztotožnění se s její kulturou. Pomocí této teorie je možné vysvětlit dynamiku vztahu mezi užívaným jazykem, sociální identifikací a identitou. V povolání sestry nachází tato teorie svoje uplatnění, neboť při vykonávání tohoto povolání se sestra stává členem velmi početné

skupiny používající typický jazyk, oblečení (uniforma sestry) a příslušnost k této skupině se odráží i v jejím soukromém životě (48,49).

K dalším teoriím, které se snaží zjistit, jaké přesvědčení vede člověka k tomu, aby jednal tak jak jedná, patří etnometodologie. Podle ní používají lidé k úspěchu již osvědčené metody (etnometody), které obsahují popis a zdůraznění každodenních aktivit. Tyto metody se uplatňují i v práci sestry a jsou realizovány především při používání jednotlivých ošetrovatelských postupů při péči o pacienty (48).

Další mikrosociologickou teorií je dramatický interakcionismus, který tvrdí, že lidé plánují a definují své jednání na základě dojmu od jiných osob. Prezentace sebe sama je pak závislá na tom, jaké vlastnosti jsou dané osobě přisouzeny jinými lidmi a do jaké míry i sebou samým (48).

V opozici k těmto výše uvedeným teoriím stojí sociální konstruktivismus. Představitelé tohoto přístupu tvrdí, že velká část poznání své identity není poznáním skutečného, neměnného nitra člověka, nýbrž je výsledkem potřeby prosadit se v daném společenském systému a možností tuto potřebu naplnit. Identita je v podstatě způsob, kterým se osoba prezentuje druhým a tento sociální obraz, který vytváříme, se může odlišovat od tzv. personální bytosti, což je jakýsi vnitřní smysl bytí. Subjektivní přesvědčení jedince o tom, jak by se měl prezentovat a tím, kým skutečně je, vedou k prožívání svého vlastního „já“ (21,48).

Podle koncepce P. Weinreicha nazvané analýza struktury identity, je lidská identita soubor procesů, jejichž prostřednictvím člověk konstruuje nebo rekonstruuje sám sebe, ale i svou příslušnost k sociálním skupinám a jevům. Vzniklé konstrukty – vztah mezi objekty nebo ději - vyjadřují hodnoty, přesvědčení a každodenní neformální ideologii osoby. Tuto ideologii používá jedinec ke zhodnocení sociálního světa. Některé tyto konstrukty mohou být při hodnocení centrální, konfliktní nebo neutrální. Toto hodnocení je ovlivněno tím jak se daný jedinec identifikuje s ostatními. Identifikovat se můžeme dvěma způsoby. Pokud se identifikace odehrává na základě vnímání stejnosti nebo podobnosti mezi sebou a jinými v dobrých i špatných vlastnostech mluvíme o tzv. empatické identifikaci. Při této empatické identifikaci může dojít k situaci, kdy jedinec vnímá svou podobnost s druhým (v dobrých i špatných charakteristikách), ale nepřeje si

být stejný jako on (kontra-identifikace). Tento stav se nazývá konfliktní identifikace. Druhým způsobem identifikace je tzv. rolová modelová identifikace. Tato modelová identifikace může mít buďto formu tzv. idealistické identifikace s pozitivním modelem, kdy se člověk chce svému ideálu podobat nebo formu tzv. kontra-identifikace s negativním modelem, kdy se chce dotýčný co nejvíce odlišit. Dle R.F. Baumeistera získává jedinec vlastní identitu tak, že srovnává svoji sebedefinici (subjektivní identitu), s představou, jakou má o jeho osobnosti okolí (objektivní identita). Vědomě nebo nevědomě se tedy snaží o vyváženost mezi subjektivní a objektivní identitou, neboť rozpor mezi nimi může vést k pocitu ohrožení či ztráty vlastní identity. Definovat jedince můžeme pomocí tzv. připsaných charakteristik (věk, pohlaví, národnost, barva kůže). Tyto si člověk nevybírání, k jejich získání není třeba vyvinout aktivitu a jsou relativně stabilní. Oproti tomu získané identity jsou, jak již vyplývá z jejich názvu, charakteristické tím, že je třeba k jejich získání vyvinout určitou aktivitu. Ta může být jednorázová nebo dlouhodobá, ale vždy vede k trvalé a relativně bezproblémové změně v dané oblasti identity člověka. Z toho vyplývá, že během svého života získá jedinec několik identit a mezi těmito alternativami si může vybrat. Tato volba je však ovlivněna typem společnosti, jejím hodnotovým systémem, danými normami a sankcemi při jejich porušení. Člověk tak činí volbu své identity s ohledem na situaci v jeho okolí (48). Rozhodne-li se jedinec pro profesi sestry, musí si uvědomit co s sebou toto povolání přináší, jaké osobnostní vlastnosti jsou při tomto povolání žádoucí a jaké ne, jak práce sestry ovlivní jeho další život, případně jaká omezení to bude do budoucna znamenat (38).

O výše zmíněné tradiční teorie vývoje identity se opírají i současné postmoderní teorie, např. sociální konstruktivismus, narativní psychologie a další. „ V povaze samotného postmoderního myšlení je, že preferuje heterogenost a pluralitu, proto i při předkládání nových přístupů se jejich autoři brání tomu, aby byly chápány jako jednotné „monopolní myšlení (48, s.122)“. K některým společným rysům patří důraz na situační, místní souvislosti identity a její závislosti na kultuře a historii. Centrem zájmu není jedinec jako individualita, nýbrž jako součást vnějšího světa. Identitu můžeme chápat jako proces, který se během života mění a vyvíjí a jejíž součástí jsou vztahy k jiným

lidem. Identita jedince je jakousi sbírkou rolí, které se dle aktuální potřeby v každodenním životě neustále střídají (48). Povolání sestry s sebou navíc přináší k těmto rolím i ty jež jsou pro sestry typické (edukátorka, výzkumnice, pečovatelka atd.) a které by se v průběhu pracovního života měly stát součástí identity sestry. Proto je nezbytně nutné, aby si toto jedinec uvědomil nežli se rozhodne stát se sestrou (33,38).

1.1.2 Vývoj identity v průběhu lidského života

Chceme-li zjistit, v jakém období lidského života se identita tvoří, znamená to, že se ptáme na to, kdy si jedinec začíná uvědomovat sám sebe, svoje postavení ve společnosti v níž žije, pokládá si otázky týkající se smyslu jeho života, kam směřuje, jaký je jeho životní úkol (16). Každý člověk přichází na svět s již danou genetickou výbavou, jakýmsi programem individuálního rozvoje, tzv. genotypem. V tomto „programu“ je nastavena variabilita zrání, tempo zrání, možná dosažitelná úroveň jednotlivých funkcí, přičemž k aktivaci těchto složek dochází postupně v průběhu života. S touto genetickou výbavou se člověk rodí, ale není jedinou, která utváří jeho osobnost. Tyto genetické vlohly určují v podstatě míru pravděpodobnosti v jaké kvalitě a intenzitě se může daná vlastnost rozvinout. Konkrétní varianta této vlastnosti, např. úroveň rozumových schopností, citová stabilita (tzv. fenotyp) je v různé míře závislá na působení okolního prostředí (28,58). „Konkrétní psychická vlastnost je výslednicí dlouhodobých a velice složitých vztahů mezi souborem dědičných dispozic (genotypem) a faktory vnějšího prostředí. Genotyp se v průběhu celého života zásadním způsobem nemění, zatímco komplex vnějších vlivů proměnlivý je, mění se z hlediska intenzity, kvality a času (58, s.14)“. Určit, v jaké míře se na vzniku určitých psychických vlastností podílí dědičnost a v jaké míře vnější prostředí (vlivy), je velmi obtížné. Přesto je význam působení vnějšího prostředí nezpochybnitelný (58). Člověk je v průběhu svého života v neustálé interakci s jinými osobami, které jej vědomě či nevědomě ovlivňují. Proces, který člověku pomáhá začlenit se do společnosti v níž žije, se nazývá socializace a jedná se o celoživotní děj. Primární socializace probíhá především v dětství v rámci rodiny, ta je však z hlediska plnění budoucích životních úkolů nedostatečná. Ke zvládnutí těchto nadcházejících úkolů pomáhá jedinci socializace sekundární, tzv. socialization after

childhood („socializace po dětství“) (43). Pokud si jedinec zvolí povolání sestry, je třeba, aby byl v průběhu studia seznámen s tím, co toto povolání přinese za změny do jeho života a byl na ně připraven. Sekundární socializace probíhá jak ve školních zařízeních připravujících jedince na budoucí povolání sestry, tak i posléze v při vykonávání profese sestry. Profesionální socializaci tak můžeme chápat jako proces, při němž se hodnoty a normy daného povolání zvnitřňují a stávají se tak součástí osobnosti jedince (33,38). Zdálo by se, že tato socializace je pro správné pochopení budoucího povolání stěžejní, ale nemůžeme upřít důležitost ani socializaci, která probíhá již v dětství, respektive v předškolním věku. V tomto období totiž dochází k položení základů prosociálního chování, altruismu, empatie a jiných vlastností jež jsou nezbytně nutné pro vykonávání sesterské profese (28,38).

V průběhu každé etapy lidského života dochází k vývoji a vyhrávaní osobnosti člověka. K typickým znakům psychického vývoje patří jeho zákonitost (neboli posloupnost na sebe navazujících vývojových fází), celistvost (vývoj probíhá na všech úrovních, tj. v oblasti bio-psycho-sociální), kontinuum postupné proměny (vznik nových kvalitnějších forem vede k stimulaci dalšího vývoje), individuální specifičnost (každý člověk má svoje typické tempo) a v neposlední řadě i nerovnoměrnost vývoje (vývoj není plynulý, ale probíhá ve vlnách s různě dlouhou dobou stagnace) (34,58).

1.1.2.1 Vývoj identity v dětství a dospívání

Pro *novorozence* je hlavním úkolem především adaptace na nové podmínky, které jsou zcela odlišné od dosavadního způsobu života v matčině těle. Aby se mohl novorozenec dobře rozvíjet, je zapotřebí přiměřený přísun podnětů. Již v tomto období začíná probíhat socializace nově narozeného jedince v rámci rodiny. K vývoji identity v tomto období však ještě nedochází, neboť schopnosti novorozence jsou v tomto směru zcela nedostatečné. Člověk je v tomto období teprve na prahu života (34,58).

V průběhu kojeneckého období dochází k obrovským změnám po stránce tělesné. Vývoj v motorické oblasti probíhá ve směru kaudálním. Dítě musí nejprve zvládnout udržet a pohybovat hlavou, a až poté může začít sedět, lézt a nakonec chodit. Psychický vývoj kojence je závislý jak na genetické výbavě, tak i, a to v nemalé míře, na kvalitě a

přiměřené míře podnětů ze zevního prostředí. Důležitými činiteli tohoto vývoje jsou vztahy mezi rodiči a dítětem. Kvalitní citové vazby v tomto období ovlivní míru vnitřní stability, intenzitu a trvalost dalších vztahů v budoucnosti dítěte. Vztah mezi rodiči a dítětem musí být pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí. Tyto podmínky jsou nutné pro to, aby se osobnost dítěte dobře rozvíjela. Na konci kojeneckého období dokáže dítě dokázat odlišit osobu matky od té svojí. Toto poznání přináší změny nejen ve vztahu k matce, ale i k sobě samému. Pokud dítě správně prožije toto své „psychologické narození“, umožní mu to v budoucnosti vytvářet si vztahy k jiným lidem. Dalším nezbytně důležitým činitelem přispívající ke správnému sebepojetí, je reakce okolí na chování dítěte. Tato pozitivní nebo negativní zpětná vazba napomáhá dítěti vytvořit si obraz o sobě samém. V tomto období již začíná docházet k formování určitého sebepojetí své osoby, ale mluvit o vytvoření identity stále nemůžeme (34,58).

Během *batolecího období* dochází k rozvoji kompetencí a osobnosti dítěte. Typickým znakem této fáze je osamostatňování, uvolňování z různých vazeb, které jsou spojeny s větším pronikáním do okolního světa. O tomto období mluvíme jako o době kdy dítě začíná vědomě prosazovat vlastní já. Erikson o něm hovoří jako o období autonomie, pro něž je však typický konflikt mezi potřebou se osamostatnit a pocitem pochybnosti a studu. Dítě potřebuje ponechat prostor k tomu, aby mohlo prosadit svou osobnost, ale i zjistit jaké jsou jeho limity. Zdrojem těchto informací bývá převážně zpětná vazba okolí, reagující na chování batolete. Nejdůležitější roli v této zpětné vazbě hraje rodina, neboť jeho hodnocení mívá nejstabilnější a jen velmi málo měnící se charakter. Toto hodnocení posiluje u dítěte vědomí vlastní bytosti, kterou se liší od ostatních. „Dospělí často dítěti říkají, kým pro ně je, a tím přispívají k formování jeho identity, protože batole jejich sdělení bez jakékoli korekce přijímá (58, s. 167)“. U dítěte v tomto období dochází postupně k nárůstu schopnosti diferencovaně emočně reagovat, hodnotit sám sebe, zažívat pocity hrdosti, hanby a studu, ale také se poprvé objevuje schopnost empatie. Toto období patří k rozhodujícím pro osvojení prosociálního (altruistického) chování (utěšování druhých, pomoc v nouzi, udělat mu radost aj.) (34). Sociální učení probíhá v tomto období nejčastěji formou identifikace nebo nápodoby, přičemž objektem, se kterým se batole identifikuje, bývá většinou rodič (58).

Pro dítě mladšího školního věku, tj. před nástupem povinné školní docházky, je charakteristická jakási stabilizace vlastní osoby v okolním světě. Socializace již probíhá i mimo rodinu a je možné ji chápat jako přípravu na život ve společnosti. Dítě spolu s tím také získává další společenské role. K roli dítěte přibývá např. role vrstevníka, vznikající na základě vztahu k jiným dětem, role žáka mateřské školy, role kamaráda, role sourozence aj. V tomto období pokračuje jak rozvíjení altruismu, hlavně vůči vrstevníkům, neboť z pohledu dítěte dospělí něco takového nepotřebují, tak i rozvoj dětského sebepojetí. Důležitou součástí dětské identity je tělové schéma a jeho proměna může být dítětem chápána jako proměna vlastní identity. V tomto období se děti často identifikují s rodičem stejného pohlaví, což vede ke zdůraznění a přesvědčení o větší hodnotě vlastní genderové identity (58).

S nástupem do školy dochází v životě dítěte, hlavně z hlediska sociálního zařazení, k velké změně. Nástup do školy je chápán jako počátek nové životní fáze. Dítě zahájením školní docházky získává dlouhodobou a důležitou roli školáka, přičemž tato role může změnit postavení dítěte v rodině i přístup rodičů ke školákovi. V průběhu školní docházky dochází k dalšímu rozvoji dětské osobnosti, přičemž v období raného školního věku je sebepojetí dítěte určováno především názory, postoji a hodnocením jiných lidí. Dítě mladšího školního věku chápe osobní identitu jako něco co samo dokáže a tím také poukazuje na svou hodnotu. Změny v postoji k vlastní identitě ke kterým dochází, jsou závislé jak na úrovni kognitivního vývoje, tak i na zralosti a vyrovnanosti emočního prožívání. Tato zralost a vyrovnanost je důležitá především ve chvíli, kdy si dítě uvědomí neexistenci vlastní výlučnosti, která se tak stává zdrojem nejistoty a úzkosti. Prožití této „krize“ však vede u dítěte k další motivaci a snaze po prosazení. Na základě srovnávání s vrstevníky, posouzení vlastních kompetencí, uvědomění si vlastních nedostatků a vyjádřením požadavků či očekávání od jiných lidí, si dítě vytváří jakýsi ideál. Tento ideál má pro něj vysokou cenu a proto se mu snaží co nejvíce přiblížit. Dítě středního školního věku, tj. kolem desátého roku (doba přestupu na druhý stupeň základní školy nebo na osmileté gymnázium), si již uvědomuje stálost své osobnosti i svoji jedinečnost (34,58).

Přesto k výraznému rozvoji v sebepojetí a vývoji identity dochází v *období adolescence*. V této době dochází u jedince ke komplexní proměně osobnosti v oblasti somatické, psychické i sociální a proto představuje dospívání pro člověka velmi specifickou a důležitou životní etapu. Během cca deseti let dochází k přechodu z dětského věku do dospělosti. Změny v dnešní (západní, industrializované) společnosti kladou na jedince jiné nároky než tomu bylo dříve. Také pomoc ze strany rodičů může být nedostatečná, neboť dnešní rodiče si často kladou otázku, zda to co bylo dobré pro ně, je dobré i pro jejich potomky. Dalším faktorem, který tuto situaci ztěžuje, je rozpor mezi tím co očekávají od svých potomků rodiče a jaké očekávání má od budoucích dospělých společnost (43,48). Období adolescence je možné rozdělit na dvě fáze. Ve fázi puberty, tj. od 11. do 15. let, dochází především ke změnám tělesným. Tyto změny jsou podmíněny hlavně hormonálně a projevují se vývojem primárních i sekundárních pohlavních znaků, zrychleným růstem výšky i hmotnosti. Vnímání a samotné prožívání těchto změn se mezi dívkami a chlapci liší. Zatímco dívky chápou tyto změny spíše jako omezující život (ukládání tuku na typických místech-hýždě, boky, prsa- menarché, možnost otěhotnění a další), chlapci považují především tělesné změny za výhodné (nárůst svalové hmoty, síla) a s jejich přijetím mívají méně problémů. Protože vzhled je v tomto období důležitou součástí identity, bývá jeho proměna velmi intenzivně prožívána. Důvodem bývá nenaplnění představ jedince, které si tento ve svých představách vytvořil. Proto je důležité dostatečné množství času a citlivého přístupu především ze strany rodiny, aby mohl jedinec tyto změny přijmout. V období pubescence dochází nejen k proměně vnějšího vzhledu, ale i k výrazným změnám emočního prožívání. Tato doba je charakteristická výkyvy nálad, labilitou, dráždivostí, emočním zmatkem a tendencí přehnaně reagovat. Jedinec se také více zaměřuje na pozorování vlastních pocitů a bývá často přesvědčen o jejich jedinečnosti, tzv. emoční egocentrismus (58). Přestože tato emoční nevyrovnanost nepřináší příliš validní informace, je její význam z hlediska následné korekce v emoční oblasti nezpochybnitelný (52). Postupem času se emoční labilita stabilizuje a začíná se rozvíjet sebekontrola, vytrvalost a jiné volní vlastnosti. Tím jak adolescenti postupně překonávají svůj emoční egocentrismus, dochází u nich k rozvoji osobní morálky. Tento

rozvoj je podmíněn nejen teoretickými úvahami o spravedlnosti, o dobru a zlu, ale také změnou ve vztazích k nejbližšímu sociálnímu okolí-rodině. Tato změna ve vztazích vede k uvědomění si hodnoty vztahu jako takového, ke změně v chápání péče nebo starosti o druhé a pomoci, neboli altruismu či prosociálního chování (41). V tomto období je jedinec velmi citlivý k nespravedlnosti ze strany dospělých. Chce, aby s ním bylo jednáno jako s dospělým, avšak velmi často dochází k odmítání či přímo strachu z přijetí zodpovědnosti za svůj život. Adolescent si totiž uvědomuje, že dospělost znamená nejen svobodu v rozhodování, ale také přijetí zodpovědnosti za svá rozhodnutí a získání rolí, které v něm mohou vzbuzovat nejistotu nebo dokonce úzkost (16,58).

Společně se změnami v oblasti tělesné, emoční dochází i k výraznějšímu rozvoji identity než tomu bylo doposud. Je třeba, aby během tohoto období jedinec zvládl svoji proměnu, dosáhl uspokojivého sociálního postavení a vytvořil si zralou formu identity. Důvodem, proč se formování identity odehrává právě v období adolescence, je rozvoj v oblasti kognitivních funkcí. Adolescent je již schopen více ovládat svou pozornost, začíná uvažovat v hypotetické rovině, systematictěji, připouští variabilitu různých možností, rozvíjí se flexibilita myšlení a další. Tento nový způsob abstraktního uvažování vede ve svém důsledku k tomu, že jedinec začíná přemýšlet o budoucnosti, především o tom jaká by měla být. Proto je fáze pozdní adolescence chápána jako období hledání a vytváření si vlastní identity ve vztahu k vlastní osobě i ke společenství v němž jedinec žije. Na utváření vlastní identity se velkou měrou podílí jak sociální, tak interpersonální, dispoziční a osobnostní vlivy (41,58).

Na přelomu rané a pozdní adolescence, je velká část adolescentů postavena před rozhodnutí týkající se volby budoucí profese. Při této volbě se společně se všemi dosavadními rolami, které již jedinec má, uplatňuje ve velké míře i genderová identita. Příslušnost ke svému genderu mohou jako omezující nebo dokonce svazující pociťovat především dívky. Důvodem bývá uvědomění si potencionální budoucí role manželky případně matky a s nimi spojené povinnosti. Tyto typicky ženské role, společně s povinnostmi k ní náležejícími, mohou být příčinou nemožnosti vykonávat některá povolání (58). Tato situace může nastat i v případě, rozhodne-li se jedinec pro povolání sestry. Společně s tímto rozhodnutím, je nezbytně nutné, aby si budoucí sestra

uvědomila, co tato sociální pozice přinese za změny do dalšího života a co všechno je tedy s profesí sestry spojeno. U jedinců s vysoce vyvinutým prosociálním nebo altruistickým chováním, může být povolání sestry naplněním jejich osobní potřeby pomáhat druhým lidem (26,36).

1.1.2.2 Vývoj identity v dospělosti

Doba, kdy se jedinec stává dospělým, je v naší společnosti jednoznačně vymezena pouze v právním systému. Dovršením osmnácti let se jedinec stává oficiálně zletilým, přestože tomu jeho psychosociální výjimkou nemusí vůbec odpovídat. Nejenže dochází k dalšímu rozvoji v oblasti psychomotorických funkcí, tak ani intelektový vývoj není se skončením adolescentního období završen, neboť se i nadále rozvíjí určité složky inteligence. Období dospělosti můžeme rozdělit na časnou dospělost (od dvaceti do čtyřiceti let), střední dospělost (od čtyřiceti do padesáti let) a pozdní dospělost (od padesáti do šedesáti let) (59).

V období časně dospělosti se v životě člověka odehrává několik důležitých událostí, které ovlivní a trvale změní jeho život (59). Největší změny se odehrávají v oblasti profese, partnerství a rodičovství. Mladý člověk je plný nadějí, touhy po poznání a nové podněty na něho působí jako výzva. Role dospělého však s sebou přináší i větší odpovědnost než na jakou byl jedinec doposud zvyklý. Je nezbytně nutné, aby byl mladý dospělý schopen sladit očekávání společnosti se svými vlastními touhami a požadavky. V prvních letech tohoto období dochází k větší stabilizaci emočního prožívání, zlepšuje se schopnost regulovat emoce a také se více rozvíjí vstřícnost a empatie. Tyto vlastnosti nejsou podmíněny pouze zráním, ale i zkušenostmi, které jedinec získal při vykonávání své profese nebo v rámci soužití s partnerem a výchovou vlastních potomků. Z hlediska vývoje v oblasti profese, by měl jedinec v prvních letech dospělosti přiměřeně zvládnout vykonávání svojí profesní role, což následně vede k uspokojení různých základních psychických potřeb (potřeba změny, sociálního kontaktu, seberealizace, smyslu života, samostatnosti a nezávislosti, otevřené budoucnosti) (59). Postupem času se profesní role stává součástí identity jedince, což může vést v některých situacích ke vzniku intrapersonálního konfliktu. Tento jev je

patrný především u žen, neboť v určitém období života se u nich vyskytuje více rolí (role manželky, rodiče, pracovnice), přičemž tyto role se mohou mnohdy i navzájem vylučovat. Pokud žena tyto role zvládne, podpoří to na jedné straně její sebevědomí, ovšem nezdědka tato situace vede k negativnímu ovlivnění klimatu v rodině a to v případě, kdy žena musí přijmout pro ni nepříjemný kompromis týkající se pracovního zařazení (34,59). Pokud si žena zvolí profesi sestry za své povolání, může tato situace nastat v době, kdy si žena-sestra musí stanovit priority ve svých rolích tak, aby byla schopna tyto role naplňovat. Příznačná je tato volba mezi rolí ženy-matky a ženy-sestry. Toto dilema vede bývá často řešeno tak, že role matky dočasně převládne a žena je nucena pracovat na jiném oddělení než by sama chtěla. Toto rozhodnutí může mít negativní dopad na ženu samotnou a následně i na kvalitu práce již sestra vykonává (17,35).

Střední dospělost, tj. období od čtyřiceti do padesáti let, můžeme chápat jednak jako období klidu, vyrovnanosti, na druhé straně je však příznačné oživení problému vlastní identity, podobně jako tomu bylo v adolescenci. Na rozdíl od adolescence však dospělý nemůže problematiku konečnosti svého života odkládat do budoucnosti, protože na to už nemá dost času a stárnutí se stává aktuálním. Tento pocit může podporovat i objevení se prvních známek stárnutí, které často nekorespondují s tím, že se dospělý člověk cítí plný energie a na vrcholu svých sil. I tak však člověk nemůže popřít skutečnost, že každý lidský život spěje ke svému konci. Toto poznání s sebou přináší rizika v podobě pocitů tísně, vyhaslosti a u některých jedinců se mohou objevit i deprese. Na druhé straně však nejsou ojedinělé ani reakce, kdy se dospělý snaží obrátit tok času zpět a tak dohnat nebo napravit to, co doposud nestihl. Tato situace však bývá okolím vnímána jako věku nepřiměřené chování (ženy nosí oblečení vhodné pro mladé dívky, muži si najdou mladou milenku a opustí svou rodinu). Aby člověk toto bilancování zvládl přiměřeným způsobem, je třeba aby přehodnotil své sebepojetí, stanovil si priority do dalších let, změnil postoje i cíle jichž chce dosáhnout a tím si vytvořil identitu vhodnou i pro období stárnutí. Přestože v zaměstnání dosahuje jedinec maxima produktivity a buduje si svoji profesní kariéru, může již v tomto věku předávat nabyté zkušenosti mladším kolegům. Zaměstnání tak přináší jedinci nejen finanční zabezpečení, ale

uspokojuje také jeho potřebu sociálního kontaktu a seberealizace, neboť při práci může uplatnit své dispozice jakými jsou zájem, talent nebo schopnosti. Profesní postavení se tak stává potvrzením osobní kvality jedince, neboť profesní role se již stala důležitou součástí identity člověka. V oblasti kognitivních funkcí dochází k postupnému nárůstu opatrnosti a rigidity a díky tomu, že dospělý člověk středního věku je schopen uzavírat kompromisy i akceptovat argumenty druhých osob, stává se, že nad řešením které by bylo nejlepší, převládne to které je nejúčelnější a jde cestou nejmenšího odporu. Přestože se v tomto období obecné kognitivní funkce již dále nerozvíjí, přesto se nadále rozvíjí tzv. praktická inteligence, což je varianta konkrétního uvažování, s jejíž pomocí může jedinec kompenzovat nedostatky obecných schopností. Útlum obecných kognitivních funkcí spolu s dalšími změnami (počátek úbytku tělesných sil a energie) může být příčinou toho, že jedinec v tomto období hůře přijímá změny, neboť tato situace si vyžaduje více sil a energie než tomu bylo doposud. Při řešení problémů tak začíná stále více využívat stereotypy v jednání, což usnadňuje a urychluje jejich řešení. Na druhé straně však může toto stereotypní jednání vést k odmítání nových poznatků při řešení problémů nejen v zaměstnání, ale i v běžných situacích. Postupem času může a také dochází k situaci, kdy se zaměstnání stane pro člověka rutinou bez osobního zaujetí (34,59). Přidá-li se k tomu i pocit nesmyslnosti toho co jedinec dělá, může tento stav vyústit až do syndromu vyhoření. Tento syndrom je typický především pro tzv. pomáhající profese (lékaři, sestry, psychologové, pedagogové). V profesi sestry se vyčerpání z povolání projevuje především v oblasti fyzické, emocionální a psychické. Dalším důležitým faktorem, který k tomuto syndromu může vést, je to do jaké míry jsou jednotlivé sestry osobně angažovány při výkonu své profese. Sestry, které svoje povolání chápou jako poslání, spolu s vysokým osobním zaujetím pro tuto profesi, jsou syndromem vyhoření ohroženy daleko více, než jejich kolegyně, kterým toto osobní zaujetí chybí. Důležité je proto dbát na prevenci tohoto syndromu, přičemž nejjednodušším řešením bývá změna zaměstnání, neboť vytvoření pozitivního a motivujícího pracovního prostředí vyžaduje aktivní podíl zaměstnavatele (22,30).

Typickým znakem posledního období dospělosti, tzv. *starší dospělosti*, tj. období od padesáti do šedesáti let, byl odchod do důchodu. Tato situace se však dnes změnila a

lidé odcházejí ze zaměstnání až na prahu stáří. Pro starší dospělost už je typická zvýšená únavnost, zhoršení některých funkcí, ale i první viditelné změny, které potvrzují fakt, že člověk stárne. Tyto signály jsou spouštěčem vedoucím ke změně postoje starších dospělých k životu jako takovému. Začínají si více cenit pozitiv v každé oblasti života a není-li šance na její zlepšení, snaží se alespoň o udržení toho dobrého. Dospělý jedinec začíná zaujímat negativní postoj ke změnám, zaměřuje se více na své vlastní pocity, zvyšuje se jeho sebestřednost, introverze a dává přednost spíše klidu. Starší člověk jen neochotně mění zafixované způsoby uvažování, a proto při jednání dává přednost stereotypu, neboť tento v něm vyvolává pocit jistoty. Ničím výjimečným není ani situace, kdy si dospělý staršího věku přestává rozumět s mladšími lidmi a dává přednost pobytu mezi svými vrstevníky. Důležitou součástí identity dospělých bývá rodina, vůči níž uplatňuje jedinec altruismus spíše, než vůči cizím lidem. V tomto období se dospělý jedinec začíná ztotožňovat s tím co vykonal a měl by tuto svou proměnu přijmout, neboť ta mu může pomoci naleznout nové cíle svojí identity. Tyto cíle by se měly stát součástí zralejšího sebepojetí a autentičnosti jedince a tím mu pomoci najít a rozvinout své pravé já. V tomto období se mění význam některých složek identity a dospělý klade důraz na jiné složky své osobnosti, než tomu bylo doposud. To co však starší dospělý považuje za svědomitost a zásadovost, může v mladších lidech vzbuzovat dojem ulpívavosti až rigidity. V tomto věku se mění také role, které během svého života člověk získal. Muži jsou stále zaměřeni na svou profesi, ale díky zkušenostem a hormonálním změnám v jejich organismu se stávají více citlivými a pečujícími než tomu bylo doposud. Tyto nové vlastnosti mohou uplatit při péči o vnoučata nebo o své staré rodiče. Pro ženu je období starší dospělosti psychicky náročnější, neboť došlo k výrazným změnám především v jejích rolích ženy a matky. O roli ženy přichází díky klimakterickým změnám a o roli matky sice nepřichází zcela, ale tato dostává docela jiný rozměr. Důvodem je odchod dětí z domova a založení jejich vlastní rodiny. Tím, že žena získává více volného času než měla doposud, stává se nezávislejší a dominantnější než tomu bylo doposud. Tato nezávislost i dominance může vyvrcholit až nadřazeností vlastní osoby a projevuje se často vůči vlastním rodičům. Je důležité, aby si dospělý uvědomil, že v situaci v jaké se nacházejí jeho staří rodiče, se budou za pár let nacházet

i oni. V tomto období dochází často i k úmrtí rodičů, přičemž tato situace nastavuje starším dospělým jakési pomyslné zrcadlo jejich vlastní smrtelnosti a tento fakt působí na dospělé jako velmi zatěžující. Jelikož se profese jedince v průběhu života člověka stala důležitou součástí jeho identity, bývá odchod do důchodu chápán často rozporuplně. Příznačné pro starší dospělé je menší angažovanost pro zaměstnání než jaké vykazují jeho mladší kolegové. Důvodem bývá změna v postoji k práci, ale i to, že zaujetí pro práci nebo budování kariéry jej stojí více energie než dříve, což je považováno za zbytečné a náročné. To jak dospělý tuto situaci přijme, záleží na tom, jak důležitou roli hrála práce v životě člověka. U některých jedinců může dojít k nárůstu významu profese, přičemž hlavními důvody jsou finanční závislost na zaměstnání nebo to, že profese zcela naplňovala veškerý čas a jedinec nemá jiné volnočasové aktivity nebo hodnoty. Pokud jedinec přijme odchod do důchodu s nadhledem, omezí své ambice a akceptuje to co v zaměstnání dosáhl, ukazuje to jeho vyvrážený postoj. Někteří jedinci ztratí zájem o profesi ještě dřív než dosáhnou důchodového věku. Tato situace je častá především u těch zaměstnání, která jedinec považuje za subjektivně velmi vyčerpávající. Toto vyčerpání je charakterizováno celkovým úbytkem sil spolu se změnou v hierarchii hodnot a ve své konečné podobě se projeví vyčerpáním až vyhořením (34,59). Z hlediska ošetrovatelské profese představují věkově starší sestry pro mnoho zaměstnavatelů problém, neboť tyto sestry bývají vnímány jako fyzicky méně zdatné, pomalejší a mnohdy i neochotné měnit svůj přístup k novinkám užívaných při péči o pacienty. Řešením může být možnost práce na zkrácený úvazek nebo možnost odchodu do předčasného důchodu (9,11).

1.1.2.3 Vývoj identity ve stáří

Poslední úsekem v životě člověka je stáří, přičemž toto období je možné rozdělit na dvě etapy.

Jako *rané stáří* je označováno období od šedesáti do sedmdesátipěti let. Během prvních let odchází jedinec do důchodu, což pro něj může představovat i zvýšenou zátěž. Jeho do té doby nabitý dny, najednou jakoby pozbývají smysl, neboť zaměstnání vyplňovalo téměř veškerý jeho čas. Tato situace se odráží i v jedincově sebepojetí,

protože odchodem do důchodu ztratil role a kompetence jež byly součástí jeho identity a tuto ztrátu chápe jedinec jako ztrátu sociální prestiže. Důležité je, aby jedinec přijal novou životní roli, roli důchodce a naučil se vhodně využít čas, jež odchodem ze zaměstnání získal. Člověk sice stále bilancuje svůj život, ale již nemá tendence měnit ani život ani své okolí, neboť to je mnohdy jediným zdrojem jistoty, který ještě má a zná jej. Řešení je zaměřeno se na podstatné, těšit se z toho co zůstalo dobré a akceptovat to, co nelze změnit. Tato doba se u člověka může projevit nadhledem, moudrostí, pocitem naplnění, přijetím svého života, nalezením svého bytostného Já a tím pádem i dosažení integrity. Tato adaptace na novou situaci je velmi ovlivněna časem, vnějšími stresory, ale především změnami psychického a fyzického stavu. V emočním prožívání dochází k celkovému zklidnění, ale s postupem času narůstá citová dráždivost, která se promítá i do uspokojování potřeb. S věkem také akcentují určité osobnostní rysy, které do této doby byly spíše skryté nebo dobře ovládané. S přibývajícím věkem, však jedinec přestává tyto vlastnosti skrývat nebo potlačovat, neboť toto vyžaduje velké množství energie, která může být využita lépe v jiné oblasti. Toto období je často provázeno ztrátou rodičů a později i partnera. Tuto skutečnost vnímá jedinec jako ohrožení a významně tak ovlivňuje jeho vlastní identitu. Smíření se s přiblížením vlastního konce života působí na člověka negativně, neboť smrt je doposud v naší společnosti tabuizována a chápána nejen jako ztráta tělesné schránky, ale i jako ztráta identity a toho co člověk pro ostatní znamenal. Proto důležitým a dalo by se říci, že i hlavním cílem tohoto období je najít smysl života, který člověku ještě zbývá a zároveň se i vyrovnat s faktem blížícího se konce života (34,59).

Období tzv. *pravého stáří*, tj. od sedmdesátipěti let výše, se projevuje především jako tělesný a mentální úpadek. Kognitivní funkce se postupně zpomalují, zhoršuje se paměť, především krátkodobá. Člověku se snáze vybaví události dávno minulé, než to co se událo den předtím. V tomto období dochází i ke změně v emočním prožívání. Jedinec méně vyjadřuje pozitivní emoce, nedává najevo příliš radost a celkově se zhoršuje emoční regulace. V tomto období je člověk většinou smířen s realitou a je nucen se stále častěji smířovat se se ztrátami. Hlavními potřebami tohoto období je přiměřená stimulace k udržení schopností a dovedností, které jedinec ještě má. Aby

mohla být tato potřeba realizována, je nezbytně nutné člověka správně motivovat, neboť ztráta motivace vede k apatii a ztrátě zájmu o sebe i své okolí. Další důležitou potřebou jež je nutno uspokojit je pocit jistoty a bezpečí, který musí být v souladu s autonomií osobnosti. Autonomie jedince se v tomto období mění vzhledem k aktuálním možnostem a schopnostem, které jedinci zbyly. Lidé v tomto věku touží po akceptaci a uznání jejich osoby, která může být okolím vnímána jako vymáhání pozornosti. Tímto způsobem však staří lidé vyjadřují i svoji potřebu sociálního kontaktu, neboť strach ze samoty patří k nejhorším, jež mohou člověka postihnout. V této době se člověk často začíná obracet na víru, zajímá se o duchovní hodnoty, které se postupně stávají důležitou součástí identity. Víra umožňuje člověku smířit se se životem, pomáhá nebo dává člověku naději, že smrtí život nekončí, pouze člověk změní svoji fyzickou stránku. Staří lidé mají potřebu o smrti hovořit, čímž dávají najevo, že si uvědomují vlastní smrtelnost a postupně ji začínají i akceptovat (34,58).

Z výše uvedeného vyplývá, že identita se v průběhu života utváří podle toho jaké role člověk během života získal a ztratil. Profesní identita sestry je ve své podstatě uvědomění si vlastní profesionality, zdravého vztahu ke svojí osobě i v pocitu sounáležitosti k profesní komunitě společně s přijetím rolí, jež sestra během profesního vývoje získá (36,38).

1.2 Osobnost sestry

Osobnost člověka můžeme chápat jako: „integritu psychických funkcí, tedy jakýsi dynamický souhrn (celek) a jednotu psychických vlastností a procesů, díky nimž je člověk celistvou, integrální a jedinečnou bytostí, jež je schopna objektivního pohledu na sebe a pochopení okolního světa (ostatních lidí) (28, s. 54)“. K formování osobnosti člověka dochází v procesu personalizace, který je realizován jak působením vnějších vlivů, tak i sebevýchovou. Zda-li byl tento proces úspěšný se projeví právě v osobnosti člověka, v integrovanosti všech složek jeho osobnosti, nalezení místa v životě, v pocitu sebeúcty a uvědomění si vlastní hodnoty (28). Jaká je sestra osobnost se projeví ve způsobu, jakým se chová k sobě i k druhým osobám, jak vystupuje ve svém pracovním i soukromém životě, v jejím vnímání dobra a zla, schopnosti empatie a v neposlední řadě

i ve způsobu, jakým s druhými osobami komunikuje (15,49). Jelikož je osobnost sestry při péči o pacienty jedním z nejdůležitějších nástrojů, je nezbytně nutné, aby výsledkem personalizace u jedince, jež touží stát se sestrou, byla sebejistá, morálně vyzrálá a odpovědná osobnost. Být sestrou totiž znamená respektovat každého jedince takového jaký je a poskytovat mu kvalitní péči bez ohledu na jeho rasu, náboženské vyznání, politickou příslušnost aj. Tato péče by měla sestře přinášet pocit uspokojení z toho, že ji někdo potřebuje a ona je tím kdo může dotyčné osobě pomoci (12,26,55,56).

1.2.1 Psychické a morální vlastnosti sestry

Profese sestry je charakteristická neustálou interakcí sestra – pacient a vznikají při ní často velmi rozmanité mezilidské vztahy charakteristické tím, že se dotýkají základních lidských hodnot jakými jsou život, zdraví, důvěra, mlčenlivost atd. Pokud pacient sestře důvěřuje, vkládá do jejích rukou moc nad svojí osobou a stává se tak závislým na její benevolenci, kompetenci a soudnosti. Proto je třeba, aby tato moc nad pacientem byla využita pozitivním a kreativním způsobem a nebyla zneužita (31,39).

To jak velkou moc nad pacientem má v rukou sestra, si uvědomovala již Florence Nightingalová, již považujeme za novodobou zakladatelku ošetrovatelství. Proto formulovala etické zásady jimiž se měly sestry při péči o pacienty řídit (39). Přesto, že tyto zásady byly formulovány již v polovině devatenáctého století, k uzákonění etických pravidel pro práci sestry došlo oficiálně až v roce 1953, kdy byly přijaty ICN a shrnuty v Mezinárodním etickém kodexu pro sestry (1,50). Tento původní dokument byl několikrát revidován a znovu schvalován, aby odpovídal potřebám a požadavkům dané společnosti i dané době. Etický kodex sestry můžeme považovat za jakýsi obecně platný standard, v němž jsou uvedeny požadavky, jimiž se sestry při vykonávání svojí profese musí řídit a měla by se nimi ztotožnit tak, aby se staly součástí její profesní identity (1,26,36,39). K morálním vlastnostem jež by měl mít každý člověk, sestru nevyjímaje, patří bezesporu poctivost, respekt k lidské důstojnosti, přijetí odpovědnosti za svá rozhodnutí, důvěryhodnost, samostatnost, tvořivost, morální bezúhonnost a v případě ošetrovatelské profese navíc i osobní angažovanost pro toto povolání (39,49,57).

Vzhledem k tomu, že povolání sestry patří mezi jedny z psychicky nejnáročnějších povolání, je u jedince, který se pro tuto profesi rozhodne, kladen velký důraz na psychickou i sociální vyzrálou. K dalším vlastnostem, jež by měla mít každá sestra, patří bezesporu trpělivost, pravdomluvnost i odvaha bránit pravdu, laskavost, schopnost empatie a v neposlední řadě také smysl pro humor. Tyto vlastnosti jsou pro výkon povolání důležité, neboť: „zvolit si povolání sestry znamená svobodně se rozhodnout pro osobní službu jinému člověku(26, s.66)“. Aby mohla sestra tomuto požadavku dostát musí znát sama sebe, znát svou cenu, mít se ráda se všemi svými kladnými i negativními vlastnostmi, uznávat takové životní hodnoty, jež jsou v souladu s etickými principy dané země i sesterské profese a také se musí těmito hodnotami řídit nejen v pracovním, ale i v soukromém životě (15,26,36). Nalezení těchto hodnot je součástí hledání identity (viz kapitola 1.1) a jejich ujasnění si, přináší sestře oporu při rozhodování v náročných životních situacích, podporuje další rozvoj její osobnosti a usměrňuje její intervence při péči o pacienty (39).

1.2.2 Kompetence a dovednosti sestry

Profese sestry prodělala v posledních několika letech významné změny. Původně mělo povolání sestry výhradně charitativní (dobročinný) ráz. Péče byla poskytována starým a nemocným lidem buďto v kruhu rodinném nebo v hospitalech, přičemž k této péči nebylo zapotřebí odborné přípravy personálu. Od 19. století se však začaly tyto hospitaly diferencovat na chudobince, sirotčince nebo starobince, přičemž i tato zařízení byla zaměřena především na poskytování péče, nikoliv na jejich léčení za přítomnosti lékaře. Postupem času, tím jak se medicína neustále rychleji rozvíjela a lékaři prováděli stále složitější zákroky jež vyžadovaly u těchto pacientů odbornější péči, vznikla potřeba pracovníka, který by byl jednak schopen o tyto pacienty pečovat a zároveň byl na takové odborné úrovni, aby mohl lékaři asistovat. Tím došlo k jisté institucionalizovanosti nebo také profesionalizaci ošetrovatelské péče. Sestry se při péči o pacienty zaměřovaly spíše technickou stránku, neboli na to jak byl výkon proveden (aplikace injekcí, měření fyziologických funkcí atd.), nežli na poskytování holisticky zaměřené péče na člověka. Tato situace vedla k tomu, že sestra začala být chápána jako

podřízená pomocnice lékaře, jejíž pravomoce i kompetence byly omezeny na vykonávání příkazů a ordinací lékaře. Ačkoliv byla sestra kompetentní poskytovat ošetrovatelskou péči, ale i tato činnost byla pod kontrolou lékařů, což vedlo ve svém důsledku k degradaci schopností sestry jak v očích kolegů, tak pacientů a samozřejmě se tento pohled odrazil také v tom, jak na profesi sestry nahlížela společnost. Sestra byla vnímána jako pomocnice lékaře, bez možnosti nebo lépe řečeno schopnosti sama rozhodnout, jaký typ péče by byl pro pacienta ten nejlepší. Podobný paternalistický přístup byl však praktikován i vůči pacientům, neboť o tom, co je pro daného pacienta nejlepší, rozhodoval vždy někdo jiný. Péče byla pro všechny pacienty stejná, bez přihlídnutí k jejich rozdílným osobním požadavkům (6,27,38). Tím, že byla péče o nemocné či umírající přesunuta z rodinného prostředí do zdravotnických zařízení, bylo zapotřebí velké množství sester, aby bylo zdravotnické zařízení schopno zajistit nepřetržitou ošetrovatelskou péči. Tento trend se udržel až do dnešní doby a sestry tak ve zdravotnickém sektoru tvoří nejpočetnější pracovní skupinu (3,4,53,55).

Díky změnám ve společnosti, která začala klást důraz na člověka, humanitu a altruismus, došlo ke změnám v přístupu k péči a léčení pacientů. Bylo zdůrazněno, že je třeba poskytovat péči komplexní, humánní a tento přístup byl impulsem ke změně ve zdravotnické politice a přístupu k léčení. Důležitost sestry při poskytování komplexní, holisticky zaměřené péče o pacienta je neoddiskutovatelná a proto musí být sestra profesionálem ve svém oboru, neboť pochybení při poskytování péče může mít nedozírné následky pro pacientovo zdraví, v horším případě jej může stát i život. Aby mohla sestra poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí mít nejen dovednosti, které při ošetřování pacientů uplatní, ale také kompetence, které vymezují úkony jejichž vykonávání je v pravomoci sestry. Obecně lze v profesi sestry mluvit o kompetencích ve vztahu ke klientovi, k pracovní organizaci a týmu a v poslední řadě i ve vztahu k širšímu sociálnímu systému. Sestra při výkonu své profese provádí činnosti diagnostické, intervenční a administrativní (38,51). V posledních několika letech zabírá právě administrativní největší část pracovní činnosti sestry, které si často stěžují že kvůli jejímu nárůstu nemají dostatek času na kontakt s pacientem (9,44).

Vysokoškolské vzdělání umožnilo sestřám získat vyšší postavení ve zdravotnickém oboru, ale přineslo jim i nové kompetence, které rozšířily jejich pole působnosti a umožnily sestře větší samostatnost při vykonávání své profese. Toto rozšíření kompetencí sester vedlo k tomu, že byla vytvořena nová legislativa, která přesně říká k jakým výkonům a činnostem je ta která zdravotnická profese kompetentní a jaké vzdělání je zapotřebí, aby jedinec mohl danou činnost vykonávat (51,53,60,61). Přesto, že jsou kompetence sestry právně vymezeny (zákon 96/2004 Sb., vyhláška 424/2004 Sb.), není v běžné praxi ničím výjimečným, že sestra vykonává i činnosti jež jsou v kompetenci jiných pracovníků. Ze strany lékařů bývá delegována výkony, které spadají do kompetence lékaře, zatímco ze strany ošetrovatelského managementu bývá nucena vykonávat činnosti nižšího nebo pomocného zdravotnického personálu, který ve zdravotnických zařízeních chybí (9).

Stejně jako se změnily (rozšířily) kompetence sestry (viz výše uvedené), tak došlo i ke změně v dovednostech, jež by měla mít každá sestra. V dřívější době byly za nejdůležitější dovednosti sestry pokládána rychlost, přesnost a způsob provedení určitého úkonu (aplikace injekce, převaz rány aj.). To se však s příchodem změn v pojetí ošetrovatelské péče změnilo a dnešní sestra potřebuje při své práci takové psychomotorické dovednosti, které jsou nutné pro správnou a vhodnou interakci s různými pacienty (jejich rodinami) a v rozličných životních situacích. Přestože se těmito dovednostem učí již studenti chystající se na svoji budoucí profesi, nebývají mnohdy schopni je v reálných situacích používat, což vede i k neadekvátním reakcím při setkání s náročnou životní situací (6,38,49). Nezbytnou vlastností každé sestry je zdravá sebedůvěra, pozitivní sebehodnocení a hlavně odpovědnost za své činy. S pomocí těchto vlastností si může sestra budovat svoji profesionální image založenou na schopnosti adekvátně řešit náročné životní situace, s nimiž se během výkonu své profese setkává (53,55).

1.2.3 Role sestry

Role sestry prošla v průběhu vývoje ošetrovatelství značnou proměnou. Její první a dosud stále uplatňovanou rolí, bylo ošetrování a poskytování fyzické péče pacientům.

Postupem času, díky technickému rozvoji k němuž došlo jak na poli medicíny tak i ve společnosti jako takové, se stalo ošetřování spíše souborem výkonů vykonaných na pacientovi. Sestry se spíše soustředily na výkon samotný, než na to, že pečují a mají před sebou živou bytost s vlastními pocity, hrdostí, minulostí a tato situace vedla k dehumanizaci ošetrovatelské péče. V posledních několika desetiletích se však do popředí zájmu dostává pacient jako bio-psycho-sociálně-spirituální osobnost, jehož individuální požadavky je třeba při péči zohlednit. Pacient při péči přestává být v podřízené pozici, ale stává se lékařovi i sestře partnerem, podílejícím se na péči o svoji osobu. Nejen tento nový pohled na rovnost ve vztahu mezi pacientem, lékařem a sestrou, ale také to, že do oboru stále více pronikají i ostatní společenské vědy (sociologie, psychologie, etika, pedagogika), se odráží v potřebách které pacienti mají a které sestra, chce-li být kvalifikovanou a erudovanou profesionálkou, musí umět při své práci uspokojit. V této době je potřeba, aby sestra byla více než jen zručnou a precizní ošetrovatelkou, neboť to je v dnešním moderním ošetrovatelství nedostačující (6,49). Role sestry se rozšířily a z dřívější ošetrovatelky a pomocnice lékaře mohou sestry při své práci uplatňovat role jako např. komunikátorka, manažerka péče, edukátorka, advokátka, výzkumnice, vůdkyně, nositelka změn a poradkyně. Tyto role se při práci sestry mohou vyskytovat v různé frekvenci, některé neustále, jiné pouze v určitých situacích, ale také se mohou v jednom jediném okamžiku vzájemně prolínat - sestra provádí u pacienta ošetrovatelský výkon a zároveň jej edukuje (20,23,33,49,55). To jak je sestra schopna jednotlivé role naplňovat, je podmíněno tím, nakolik se s tou kterou rolí sestra identifikovala. Dojde-li u sestry ke zvnitřnění těchto rolí a stanou-li se součástí její identity, bude je daná sestra při své práci uplatňovat v zájmu pacienta. Vzhledem k náročnosti profese sestry a také proto, že představitelky této profese jsou převážně ženy, může u sester dojít i ke vzniku konfliktu rolí. Tento rolový konflikt může vzniknout mezi profesními rolemi sestry, ale i mezi rolí sestry a ostatními osobními rolemi, které jsou pro ženu důležité – dcera, matka, manželka, družka atd. (6,17,27).

Konflikt mezi profesními rolemi může vzniknout u sester, jež se ztotožnily pouze s rolí ošetrovatelky a ostatní role nepovažují za tolik důležité, aby se s nimi seznámily a

v praxi je i naplňovaly. To se však může odrazit na péči o pacienta, která není komplexní a pacient může tuto situaci vnímat jako nezájem sestry o svoji osobu. Pokud se bude sestra snažit u pacienta uplatnit všechny své role a tudíž i kompetence jež má k dispozici, posílí to její pozici jak v očích pacientů tak i v očích kolegů, ošetrovatelského managementu a nakonec i u lékařů. K tomu však je zapotřebí několik podmínek, aby mohla být tato vize naplněna. Zaprvé je potřeba, aby byla sestra osobnost jež zná svoji cenu a umí jednat s ostatními lidmi v týmu, dále musí sestra znát svoje kompetence a schopnosti a jimi se řídit a při péči je plně uplatňovat. V neposlední řadě musí sestra umět obhájit své stanovisko nebo postoj k určitému problému a při argumentaci používat důkazy, nikoliv své pocity. Využití kritického myšlení založeného na faktech a důkazech, tak jenom posílí důležitost (vážnost) pozice sestry v pracovním týmu. Aby však toho bylo dosaženo musí být sestra vzdělaná, uvědomělá, odpovědná, zkrátka být opravdovou osobností (6,45,53,55).

Aby se však mohla sestra svému povolání věnovat naplno, je zapotřebí, aby měla dobré rodinné zázemí, které jí bude vyvažovat náročnost jejího povolání. Pokud sestra po skončení směny odchází domů kde ji očekává „druhá směna“ rozhodně to jejímu psychickému a ani fyzickému stavu neprospěje, neboť „uštvaná sestra nemůže být dobrou sestrou (53, s.121)“. Kromě kvalitního rodinného zázemí je zapotřebí, aby sestry věnovaly dostatek času duševní hygieně. Každá si může najít vhodný způsob jak se zbavit napětí z práce a najít tak svoji duševní i tělesnou rovnováhu. Je jedno zda se věnuje tanci, malování, turistice nebo jiné záslužné činnosti, ale je třeba aby to byla činnost, která sestru osvěží a nevysiluje (37,53,54).

1.2.4 Sestra a vzdělávání

Tím jak se změnilo postavení sestry ve zdravotnické profesi došlo i ke změnám v požadavcích na vzdělání sestry. Naše republika přijala stejnou koncepci pro vzdělávání zdravotnických profesí jaká je aplikována již řadu let ve vyspělých západních zemích. Hlavním požadavkem je, aby se studentem ošetrovatelství stal jedinec, který má ukončené všeobecné vzdělání, je psychicky vyžralou osobností s ujasněnou osobní identitou a s vizí jakému povolání by se chtěl ve svém dalším životě

věnovat. Tato sociální vyzrállost může být předpokladem, že student ošetrovatelství se později stane kvalitní sestrou (2,49,55).

Tato koncepce vzdělávání studentů ošetrovatelství se již několik let uskutečňuje, ale bude ještě nějakou dobu trvat než se tato generace sester stane tou jedinou, kterou budeme moci v praxi potkat. Dosud se však při výkonu povolání setkávají tyto „nové“ sestry s těmi, jež svoje vzdělání ukončily za dob totality a jejich pohledy na profesi sestry se mohou diametrálně odlišovat. Sestry jež dnes vstupují do zaměstnání jsou oproti některým svým kolegyním značně sebevědomé a s rolemi, které jsou typické pro sestru bývají lépe obeznámeny. Tento jejich přístup však ještě na některých pracovištích vzbuzuje především u starších sester, managementu a některých lékařů nelibost. Nedostatečné sebevědomí je však dlouhodobý problém českých sester. Jedná se o přežitek z doby nedávno minulé, kdy bylo sestře neustále zdůrazňováno, že její role je pouze být pomocnicí lékaře a k tomu není zapotřebí žádné zvláštní vzdělání. Tento názor mnoho sester přijalo za vlastní, podvědomě se s tímto názorem i identifikovaly a také se jím i řídí. Důležité je, aby si sestry uvědomily svoji důležitost, ale hlavně to, že si svojí pozici v oboru i ve společnosti musí vybudovat samy, protože to za ně nikdo jiný neudělá. K tomu je však zapotřebí, aby sestra byla vzdělanou osobou, měla všeobecný přehled jak o tom co se stalo v minulosti, tak i o tom co se děje v dnešní době (27,46,53,55).

Profese sestry se neustále vyvíjí spolu s tím jak se vyvíjí medicína i daná společnost. Změny v přístupu k péči o pacienty jsou odrazem aktuálních potřeb společnosti. Aby bylo možno zajistit, že se sestry budou nadále vzdělávat, čímž přispějí k rozvoji ošetrovatelství a zvýšení kvality poskytované péče, byla uzákoněna povinná registrace nelékařských pracovníků. Tato registrace je tedy jakousi kontrolou a zároveň i garantem toho, že se sestra bude i nadále vzdělávat, pokud chce svoji profesi vykonávat (44,49,50).

Celoživotní vzdělávání se tak stává pro sestru přínosem a ta by jej tak měla i chápat. Během absolvování odborných seminářů nebo při studiu na vysoké škole, získává sestra nové informace nebo dovednosti, které může posléze aplikovat do běžné praxe a pokud se tyto inovace setkají s pozitivním ohlasem, změní se často i postoj

sestry k celoživotnímu vzdělávání. Aplikace nově získaných poznatků vede nejen k dalšímu osobnostnímu rozvoji sestry, ale i k zvyšování kvality péče o pacienty a zároveň i k posílení společenské hodnoty ošetrovatelské profese (7,36,49,53).

1.2.5 Prestiž profese sestry

Pojem prestiž můžeme chápat jako pozitivní hodnocení nebo jako ocenění či projev úcty osobě, sociální pozici nebo i předmětům, které daný jedinec vnímá jako společensky významné. Hovoříme-li o prestiži profese sestry máme na mysli to, jak společnost vnímá povolání sestry a jakou hodnotu této profesi přisuzuje. Společenská prestiž se však mění časem, místem, ale i danou kulturou. Do velké míry ovlivňuje významnost profese sestry i situace ve zdravotnické politice, stejně jako způsob jímž se sami zdravotníci prezentují na veřejnosti. Jaký vztah mají sestry ke svému povolání se odráží i v tom, jak ony samy vnímají postavení vlastní profese ve společnosti. K pocitu uspokojení z vlastní práce přispívá i to, zda má sestra možnost dále se vzdělávat, ale ani tato možnost nemá takový efekt v případě, že sestry nejsou náležitě finančně ohodnoceny (9,55). Snaha o zvýšení prestiže této pomáhající profese se odráží i v požadavcích jež jsou v současné době kladeny na vzdělávání budoucích sester. Toto vzdělávání se nově přesunulo na vyšší odborné školy a na univerzitní půdu, což vedlo ke splnění další podmínky kladené na modernizaci koncepce vzdělávání sester a tou je vyšší věk studentů ošetrovatelství (7,9).

„Sestry v České republice vnímají prestiž vlastní profese jako průměrnou nebo nižší. Pozitivněji vnímají tuto prestiž mladší sestry s praxí v oboru do 3 let (9, s.149)“. K nárůstu prestiže sesterské profese přispívají i větší kompetence a odpovědnost jež sestra získala spolu s autonomií v některých oblastech péče. K tomu, aby prestiž ošetrovatelské profese dále narůstala, přispívají bezesporu všechny sestry. Jejich způsob chování, vystupování, naplňování profesních rolí, péče o pacienty a hlavně komunikace s nimi i s ostatními členy týmu poukazuje na to, jaký vztah mají sestry ke svému povolání. Je zapotřebí, aby sestry samy vnímaly tuto profesi jako kariéru a nikoliv pouze jako zaměstnání. Tento pohled na vlastní profesi se velkou měrou podílí i na budování profesionální image sestry, neboť svým přístupem k profesi určují sestry do

jisté míry, jakou prestiž bude toto povolání mít a jak tento postoj ovlivní budoucí zájemce o studium ošetrovatelství (9,55).

Vnímá-li sestra sama své povolání jako prestižní, zajímá-li se o obor jako takový i s jeho minulostí, přítomností a budoucností, stává se tak toto povolání důležitou součástí její identity. Pokud k této identifikaci s rolí sestry dojde, odrazí se to i na kvalitě péče, kterou daná sestra poskytuje (26,33,38,55).

1.3 Kvalita péče

Kvalitní péčí se rozumí taková péče, která dosahuje určitého co možná nejvyššího stupně dokonalosti vzhledem k soudobé úrovni znalostí a technologického rozvoje. Poskytování kvalitní péče se stalo v posledních několika letech hlavním cílem všech zdravotnických zařízení. Důvodem jsou změny ve filozofii poskytování léčebné a ošetrovatelské péče. Tím, že se klade velký důraz na úspornost při léčení pacientů, mohlo by v důsledku tohoto šetření, dojít ke snížení kvality péče. To je však z etického i zákonného hlediska naprosto nepřijatelné, neboť právo na kvalitní péči patří mezi jedny z hlavních lidských práv (32,47,55).

Poskytování kvalitní péče by mělo být v zájmu jak zdravotnického zařízení, tak i zdravotnického personálu osobně. Je však třeba, aby byly k tomuto požadavku splněny i určité podmínky. Pokud chce zdravotnické zařízení, aby jeho zaměstnanci poskytovali péči jež by odpovídala soudobým, aktuálním požadavkům, musí pro personál vytvořit optimální podmínky. Jedním ze základních požadavků je pozitivní firemní kultura, dobré vztahy mezi jednotlivými pracovišti i na každém pracovišti zvlášť. Dalším faktorem jež přispívá k pozitivní firemní kultuře je i odměňování zaměstnanců a možnost dalšího (celoživotního) vzdělávání. Požadavek na povinnost dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví je i zanesen v zákonu 96/2004 Sb. (61 §53 odst. 1,2). Důvodem je to, že znalosti získané ve škole jsou již po několika málo letech nedostačující a zastaralé a pokud má být poskytována péče kvalitní, je nezbytně nutné, aby se sestry i nadále vzdělávaly. Pokud se sestra během své praxe neustále vzdělává, zajímá se o novinky v ošetrovatelství, získané poznatky aplikuje do praxe, svědčí to o

skutečném zájmu a osobní angažovanosti ve své profesi, což vede i k tomu, že taková sestra poskytuje kvalitní péči (7,10,55).

Dalšími faktory jež se projeví na kvalitě poskytované péče jsou vztah mezi lékařem a sestrou, dostatek nebo spíše nedostatek sester a ostatního personálu na oddělení, pracovní přetížení zdravotnického personálu, ale také nejednotnost nebo také nejednoznačnost rolí jednotlivých profesí. Pokud nemá sestra k výkonu svého povolání dobré podmínky (přiměřený počet pacientů spolu s dostatkem času na péči, přehledná a správně vytvořená dokumentace, jakož i respektování náplně práce sestry ostatními pracovníky atd.), nemůže do své práce vložit tolik, kolik by měla nebo i mohla. Tlak zevních okolností může být tedy příčinou toho, že sestra nemůže při své práci dostatečně projevit své zanícení a touhu po uplatnění schopností a znalostí jež má k dispozici. Trvá-li tato tíživá situace delší dobu, může to vést u sestry k frustraci popřípadě k syndromu vyhoření. Necítí-li se sestra ve své práci spokojena nebo pokud nedošlo k identifikaci s rolí sestry, stane se profese pouhým zaměstnáním (zaměřením na výdělek), nikoliv povoláním, při jehož vykonávání dochází k uspokojení potřeby pomáhat a být druhým prospěšný (8,10,22).

1.3.1 Ošetrovatelské standardy

Protože kvalita zdravotní péče ovlivňuje zásadním způsobem kvalitu a délku našeho života, a představy o tom co je kvalitní péče mohou být u každého jedince jiné, bylo třeba vytvořit určitou normu jíž by se poskytovatelé zdravotní péče řídili. Vznikly tedy ošetrovatelské standardy, které pomocí vybraných měřitelných kritérií určují jakou péči můžeme považovat za kvalitní. Pokud se sestra bude touto normou (standardem) při své práci řídit, je zajištěno to, že péče poskytovaná sestrou bude kvalitní a tím bude naplněn i hlavní cíl ošetrovatelství (32,47,55).

Ošetrovatelské standardy mohou být vydávány na národní úrovni jako právní předpis (zákon, vyhláška) nebo jako metodické opatření ministerstva zdravotnictví, ale také je může vydávat profesní organizace nebo samo zdravotnické zařízení, jakožto lokální standardy. Zaměřeny mohou být na realizaci ošetrovatelského procesu, na klinické události, na systém poskytování zdravotní péče, na postupy atd. Dodržování standardů

je právně (pokud je standard uzákoněn) nebo morálně (lokální a profesní standardy) zavazující a jejich dodržování patří k povinnostem, ale i k osobnímu zájmu ošetrovatelského personálu v rámci poskytování vysoce profesionální a kvalitní péče. Zjišťování kvality poskytované péče na jednotlivých pracovištích spadá do povinností vedoucích pracovníků každého pracoviště, přičemž k hodnocení je nutné používat objektivní metody. Jednou z metod, která je využitelná pro posouzení jakékoliv oblasti ošetrovatelské péče, je audit. S jeho pomocí je možné odhalit nedostatky nebo naopak zdůraznit vhodnost zvoleného postupu (metody, zvyklosti aj.) na daném pracovišti. Mezi validní ukazatele úrovně poskytované péče v daném zdravotnickém zařízení patří bezesporu i to zda toto zařízení patří mezi akreditovaná pracoviště. Zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů by mělo patřit mezi hlavní cíle o jejichž dosažení by měl usilovat jak stát, tak zdravotní pojišťovna tak i zdravotnická zařízení (32,47).

1.3.2 Indikátory kvality

Zdravotní péče patří mezi služby a chceme-li vědět jaká je její kvalita, můžeme to učinit tak, že zjistíme jak jsou uživatelé s danou službou spokojeni. Dalšími zdroji informací mohou být externí odborníci, audity a indikátory kvality. Tyto indikátory můžeme chápat jako „měřitelná kritéria, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo (55, s.100)“. Indikátory kvality mohou být zaměřeny na strukturu (dosažené vzdělání sester, lékařů, vybavení pracoviště), proces (čekací doby na operaci nebo v ambulanci, úroveň ošetrovatelské péče) nebo na výstup (náklady na lůžkodny, stížnosti na kvalitu poskytnuté péče atd.) a musí být měřitelné, aby získané výsledky mohly být srovnávány s výsledky jiného zařízení. To, že výsledky těchto měření slouží ke srovnávání mezi více zařízeními mezi sebou, dokazuje smysluplnost indikátorů kvality. Pokud jsou získané výsledky daným zařízením i zveřejněny, přispívá to nejen k dobrému jménu a důvěryhodnosti tohoto zřízení, ale stejně tak mohou tyto výsledky fungovat jako zpětná vazba pro zdravotníky s cílem zlepšit ty služby, kde se vyskytly nedostatky a udržet kvalitu těch služeb, které byly hodnoceny jako dobré (47,55).

Pohled na kvalitu péče se však liší podle toho kdo ji posuzuje. Z pohledu managementu je důležité, aby poskytovaná péče byla kvalitní, bezpečná, ale také co nejméně nákladná. Způsob, jakým se sestra této úlohy zhostí, se zdá být vedlejším. Lékaři většinou chápou kvalitní péči tak, že sestra splní ordinace přesně podle jeho představy. Sestra sama pak vnímá péči jako kvalitní podle toho, jaké má dovednosti, kompetence, role a nakolik se s těmito charakteristikami ztotožnila (identifikovala). Co však od kvalitní péče očekává pacient, který je centrem zájmu naší péče? Téměř každý pacient touží po tom, aby při péči byl respektován jako člověk se svými specifickými, osobními potřebami, ale také jako partner, podílející se na péči o sebe sama. Dalším požadavkem bývá zajištění intimity během vyšetření, ošetření, ale i při předávání informací ohledně zdravotního stavu. Sestra bývá v představách pacientů často zobrazována jako soucitná, obětavá, naslouchající, vzdělaná (všeobecný přehled) osoba, ale také jako profesionálka, jež je schopna poradit i pomoci vždy, když to pacient bude potřebovat. Všechny tyto požadavky jsou důležité a odráží se i v rolích jež jsou pro profesi sestry typické. Proto je nutné, aby sestry znaly svoje role, respektovaly je a přijaly je do té míry, že se postupem času stanou součástí jejich identity (10,40,55).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1:

Zjistit jak je vnímána identita sestry představitelkami ošetrovatelské profese.

Cíl 2:

Zjistit jak je vnímána identita sestry příslušníky rodiny.

Cíl 3:

Zjistit zda si sestry uvědomují vliv profesní identity na kvalitu poskytované péče.

Cíl 4:

Zjistit představy sester o profesní identitě.

2.2 Hypotézy

H 1:

Z pohledu představitelk ošetrovatelské profese ovlivňuje profesní identita kvalitu ošetrovatelské péče.

H 2:

Sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují do kvalitní ošetrovatelské péče.

H 3:

Sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují v multidisciplinárním týmu.

H 4:

Z pohledu příslušníků rodiny mají povinnosti vůči rodině přednost před vyjádřením profesní identity sestry.

H 5:

Profesní identita je přímo závislá na vzdělání.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Kvalitativní šetření bylo realizováno formou polostrukturovaných rozhovorů se šesti sestrami, které byly rozděleny po dvojicích tak, aby zastupovaly vždy dané věkové období. V každé této dvojici byla zastoupena sestra s vysokoškolským vzděláním a bez něj. První dvě respondentky byly ve věku do třiceti let, druhá dvojice sester byla vybrána v rozmezí mezi třiceti jedna až čtyřiceti čtyř lety a poslední dvojice reprezentovala sestry starší čtyřiceti pěti let.

Kvantitativní výzkum byl proveden u sester a jejich blízkých pomocí dotazníků rozdaných v Nemocnici Písek a.s., Nemocnici České Budějovice a.s. a ve FN Plzeň Bory a Lochotín.

V dotazníku určenému sestrám se vyskytly všechny typy otázek, od uzavřených přes polootevřené až po otázky otevřené a stejně tak tomu bylo i v dotazníku pro blízké osoby (viz příloha 1,2). V otázce 11, 22 a 23 byly použity škály na nichž měly sestry vyznačit do jaké míry dané tvrzení dle jejich názoru platí.

Výsledky z výzkumu byly zpracovány v programu Microsoft Excel a pro statistické zpracování dat byl použit program SPSS.

3.2 Charakteristika souboru

Dotazníky, které byly použity pro šetření byly rozdány ve třech zdravotnických zařízeních, jmenovitě v Nemocnici Písek a.s., Nemocnici České Budějovice a.s. a ve FN Plzeň Bory a Lochotín.

V Nemocnici Písek a.s. bylo rozdáno 138 dotazníků pro sestry a jim blízké osoby. Zpět se vrátilo 115 (83 %) dotazníků od sester. Z těchto dotazníků byl jeden dodatečně vyřazen pro neúplnost vyplnění. Pro šetření bylo tedy použito 114 (82,6 %) dotazníků. Od blízkých osob se vrátilo 93 (67,4 %) vyplněných dotazníků, které byly k šetření použity.

V Nemocnici České Budějovice a.s. bylo rozdáno 105 dotazníků pro sestry a jejich blízké. Od sester se vrátilo zpět 84 (80 %) dotazníků, z nichž byly dodatečně vyřazeny dva dotazníky pro neúplné vyplnění. K šetření tedy bylo použito 82 (78 %) dotazníků. Od blízkých osob se vrátilo 71 (67,6 %) správně vyplněných dotazníků.

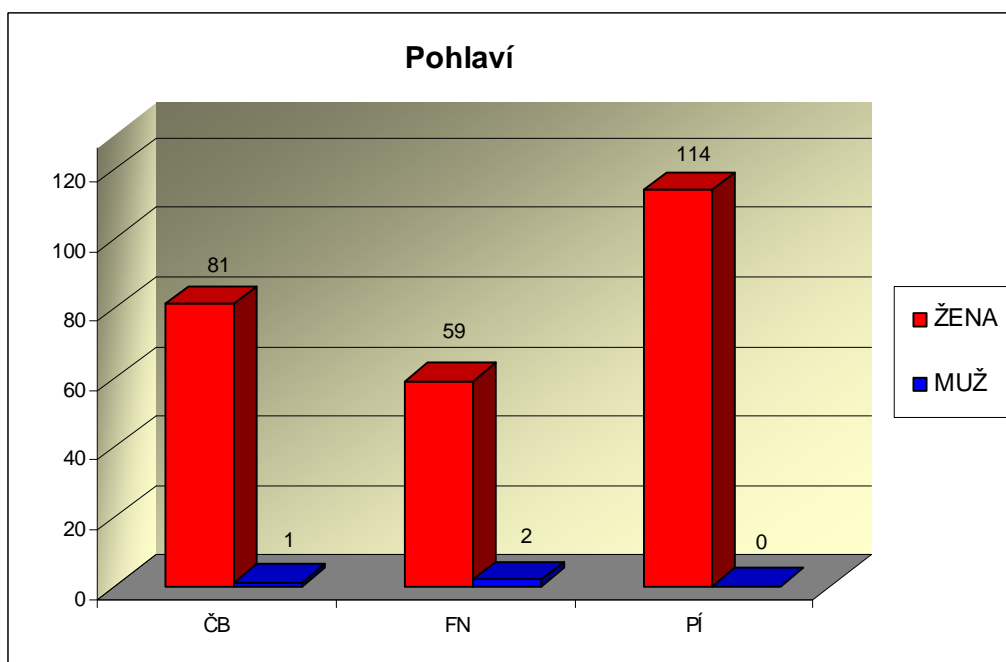
Ve FN Plzeň bylo rozdáno 86 dotazníků sestrám a jejich blízkým, přičemž od sester se vrátilo 61 (71 %) správně vyplněných dotazníků. Od blízkých osob se zpět vrátilo 57 (66 %) dotazníků.

Celkem tedy bylo rozdáno 329 (100 %) dotazníků pro sestry a jejich blízké. Od sester se vrátilo 260 dotazníků z nichž byly dodatečně vyřazeny tři dotazníky pro neúplné vyplnění. K šetření bylo tedy použito 257 dotazníků, tj. 78%. Od blízkých osob se vrátilo 221 (67,2 %) správně vyplněných dotazníků, které byly použity pro šetření.

4. Výsledky

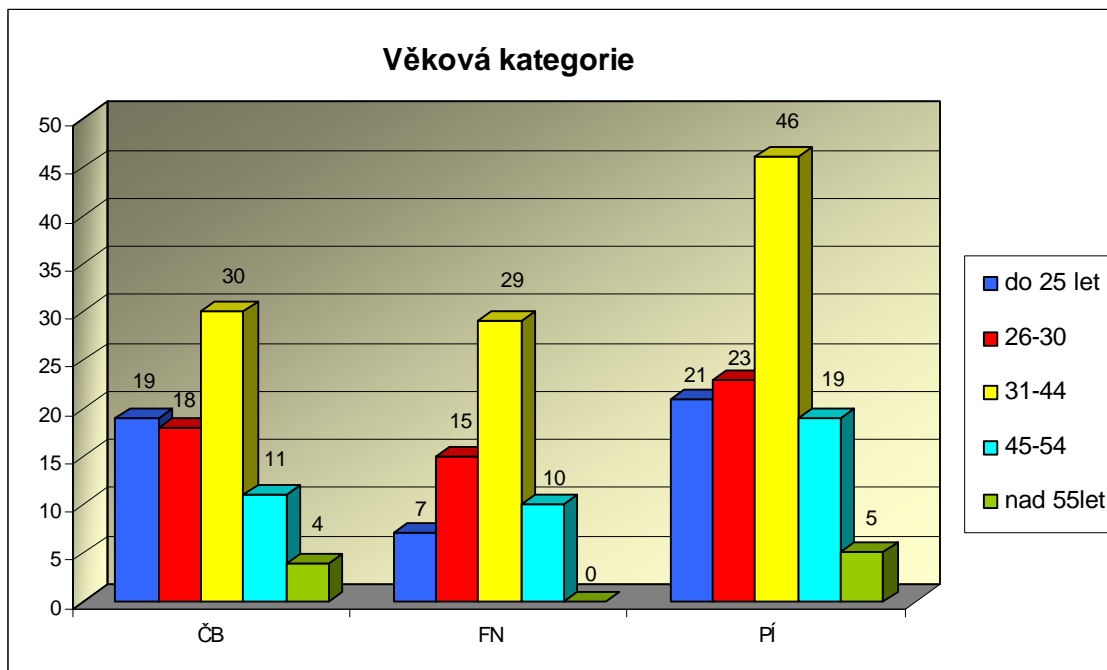
4.1 Sestry

Graf 1



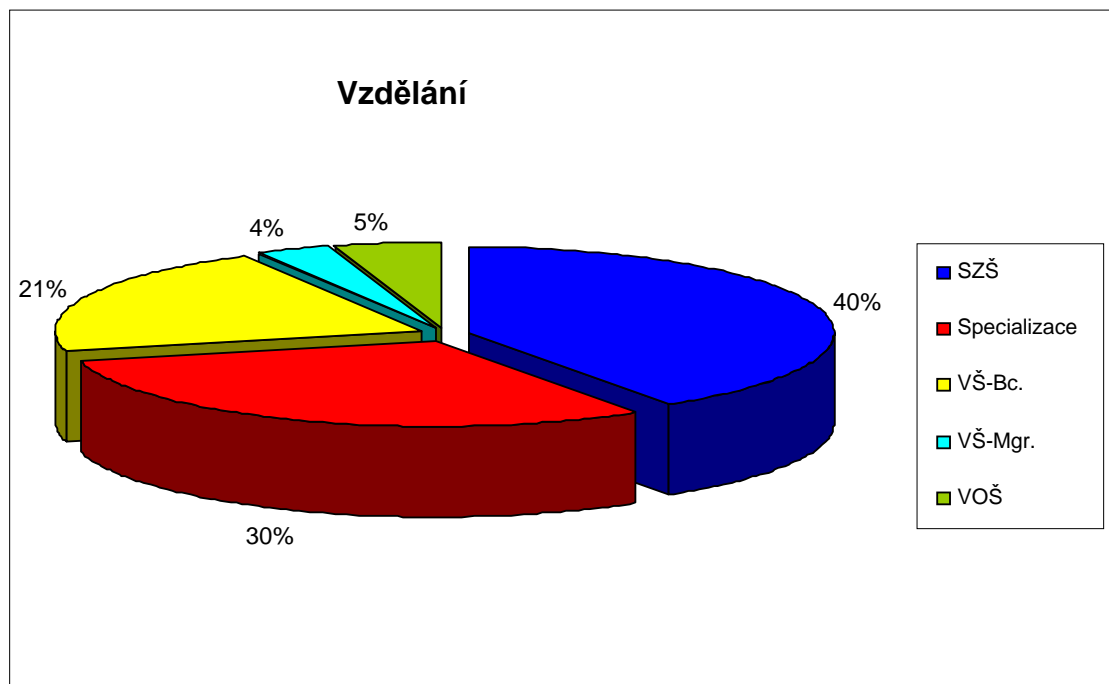
Z celkového počtu 257 (100 %) sester vyplnilo v Nemocnici České Budějovice a.s. dotazník 81 (32 %) žen a 1 (0,4 %) muž, ve FN Plzeň 59 (23 %) žen a 2 (0,8 %) muži a v Nemocnici Písek a.s. 114 (44 %) žen a 0 (0 %) mužů.

Graf 2



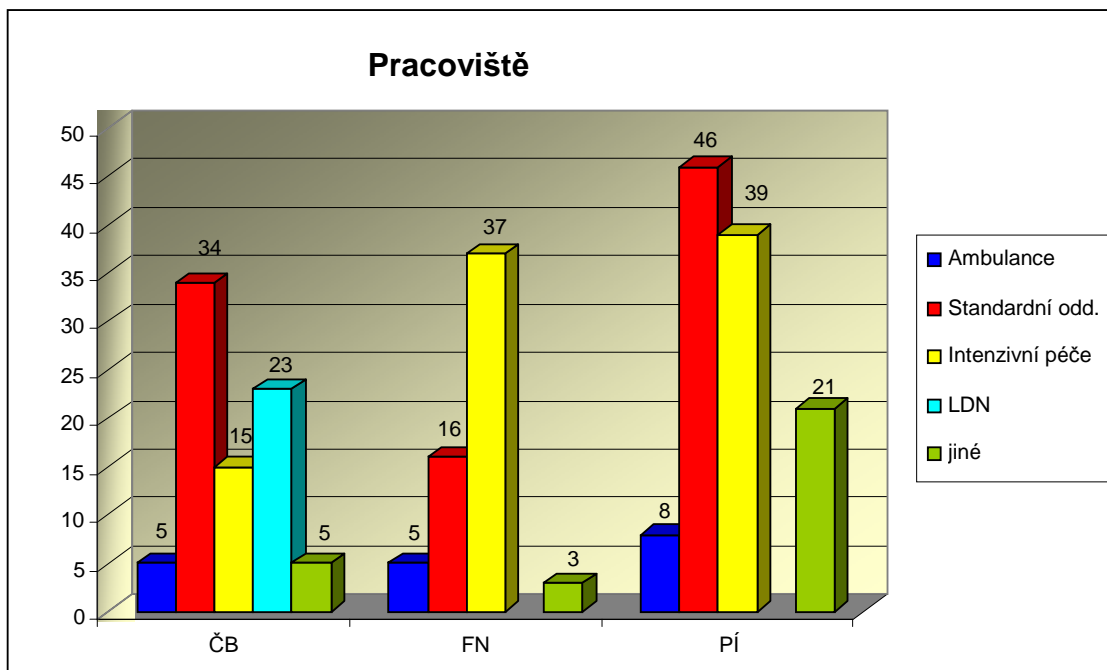
V Nemocnici České Budějovice a.s. vyplnilo dotazník 19 (7 %) sester ve věku do 25 let, 18 (7 %) sester mezi 26-30 lety, 30 (12 %) sester mezi 31-44 lety, 11 (4 %) sester mezi 45-54 lety a 4 (1 %) sestry nad 55 let. Ve FN Plzeň vyplnilo dotazník 7 (3 %) sester do 25. let, 15 (6 %) sester mezi 26-30 lety, 29 (11 %) sester mezi 31-44 lety, 10 (4 %) sester mezi 45-54 lety a 0 (0 %) sester nad 55 let. V Nemocnici Písek a.s. vyplnilo dotazník 21 (8 %) sester do 25. let, 23 (9 %) sester mezi 26-30 lety, 46 (18 %) sester mezi 31-44 lety, 19 (7 %) sester mezi 45-54 lety a 5 (2 %) sester nad 55 let.

Graf 3



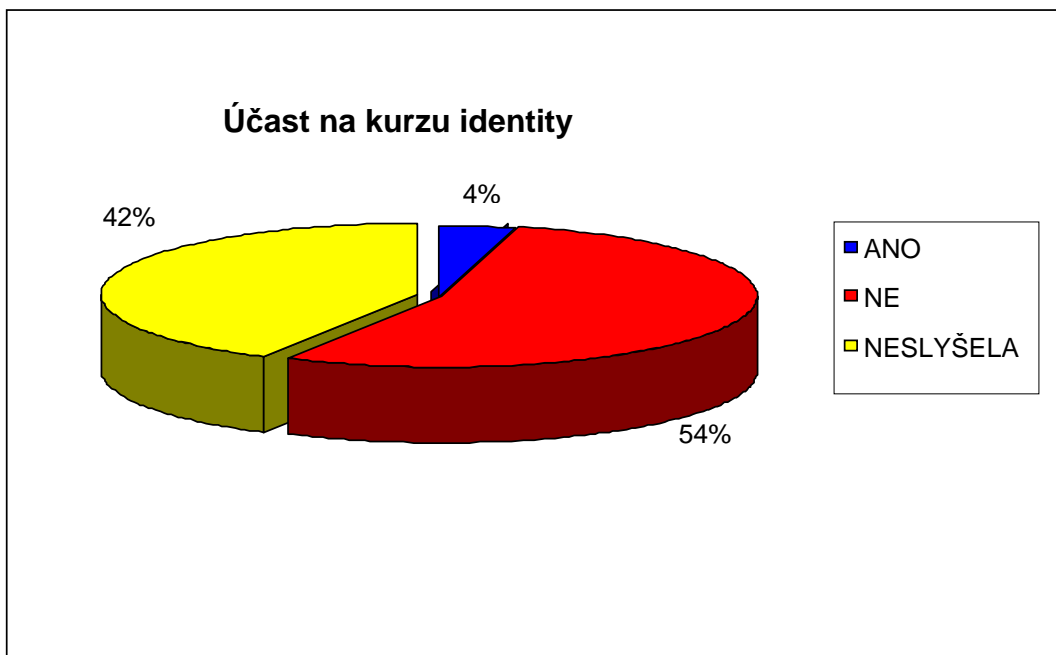
Z celkového počtu 257 (100 %) respondentů mělo 105 (40 %) sester středoškolské vzdělání, 78 (30 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 53 (21 %) sester bakalářské vzdělání, 9 (4 %) sester magisterské vzdělání a 12 (5 %) sester vyšší odborné vzdělání.

Graf 4



V Nemocnici České Budějovice a.s. bylo 5 (2 %) sester z ambulantního provozu, 34 (13 %) sester ze standardního oddělení, 15 (6 %) sester z intenzivní péče, 23 (9 %) sester z LDN a 5 (2 %) sester označilo možnost jiné (vedoucí pracovník, operační sály). Ve FN Plzeň označilo ambulantní provoz 5 (2 %) sester, standardní oddělení 16 (6 %) sester, intenzivní péči 37 (14 %) sester, LDN 0 (0 %) sester a jiné 3 (1 %) sestry (vedoucí pracovníci). V Nemocnici Písek a.s. bylo 8 (3 %) sester z ambulantního provozu, 46 (18 %) sester ze standardního oddělení, 39 (15 %) sester z intenzivní péče, 0 (0 %) sester z LDN, 21 (9 %) sester označilo možnost jiné (operační sály, vedoucí pracovníci a učitelky odborných předmětů na SZŠ).

Graf 5



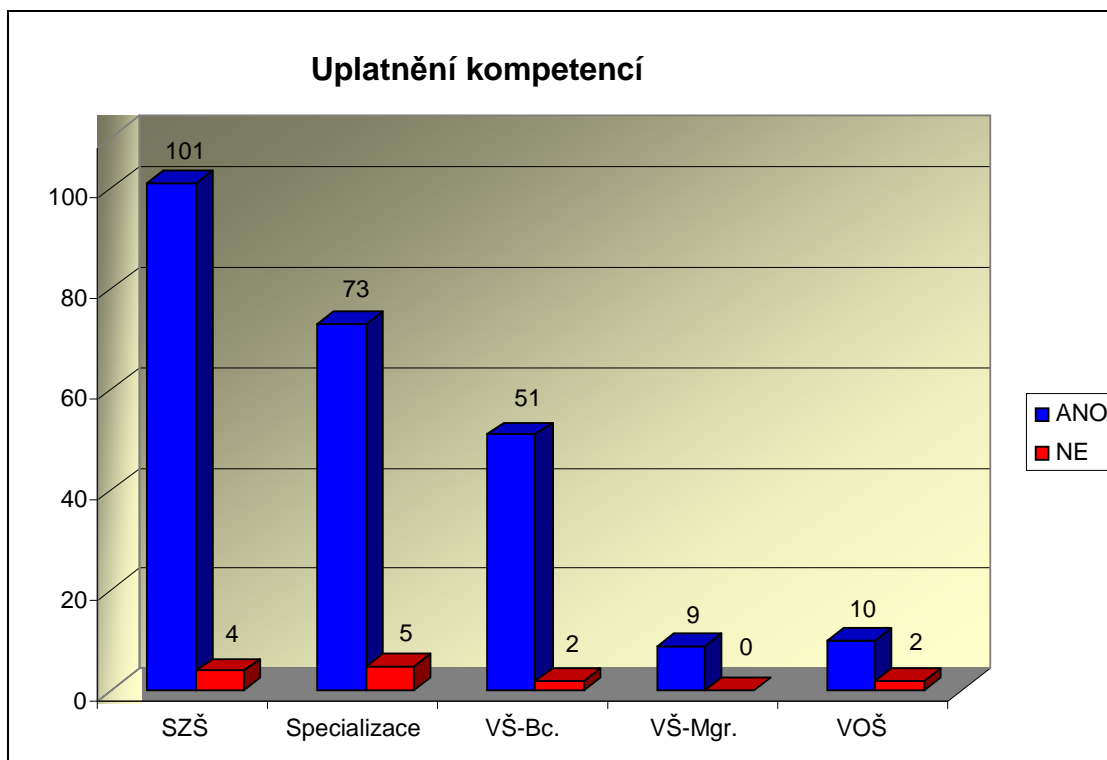
Kurz identity absolvovalo 10 (4 %) sester, neabsolvovalo 139 (54 %) sester a nikdy o tomto kurzu neslyšelo 108 (42 %) sester.

Tabulka 1 Názor na vzdělávání sester

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
Dobrovolné	3	1				4
Důležité	28	26	20	5	4	83
Finančně nákladné	2	1				3
Náročné	1	1	1	1		4
Ne honba za body	3	9	1	1	1	15
Nedostatek kurzů		2				2
Není ohodnocené	1			1		2
Pouze v oboru	1	1	2	1	1	6
Pozitivní	27	21	16	8	5	77
Praxe stačí	4	1				5
Rozvíjí sestry	5	4	3		1	13
Špatně zorganizované	7	7	7	2	2	25
Zbytečné	10	3	2			15
Zvyšuje kvalitu profese	1		2			3
Celkem	93	77	54	19	14	257

V tabulce 1 jsou uvedeny nejčastější názory sester na celoživotní vzdělávání v profesi s přihlédnutím k jejich nejvyššímu dosaženému vzdělání. 82 (32 %) sester jej považuje za důležité, 77 (30 %) sester jej považuje za pozitivní, 13 (5 %) sester uvedlo, že celoživotní vzdělávání pomáhá sestrám se rozvíjet. Vyskytly se však i opačné názory. 15 (6 %) sester považuje celoživotní vzdělávání za zbytečné, 25 (10 %) sester za špatně zorganizované a 15 (6 %) sester by chtělo, aby se ze vzdělávání nestala honba za kreditními body. Odpověď, že vzdělávání je dobré označila 1 (0,4 %) sestra, dobrovolné uvedly 4 (2 %) sestry, finančně nákladné 3 (1 %) sestry. Další uvedenou odpovědí byla náročnost celoživotního vzdělávání a tuto možnost označily 4 (2 %) sestry. 2 (0,8 %) sestry uvedly, že není dostatek kurzů a další 2 (0,8 %) sestry trápí nedostatečné ohodnocení zaměstnavatelem. 6 (2 %) sester se domnívá, že by se měly vzdělávat pouze v rámci svého oboru (tato odpověď byla uváděna sestrami pracujícími na operačních sálech). Odpověď praxe stačí uvedlo 5 (2 %) sester zatímco 3 (1 %) sestry se domnívají, že celoživotní vzdělávání zvyšuje kvalitu jejich profese.

Graf 6



Možnost uplatnit kompetence sestry má 101 (39 %) sester se středoškolským vzděláním, 73 (28 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 51 (20 %) sester s bakalářským vzděláním, 9 (4 %) sester s magisterským vzděláním a 10 (4 %) sester s vyšším odborným vzděláním. Svoje kompetence nemohou uplatnit 4 (1,5 %) sestry se středoškolským vzděláním, 5 (1,5 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 2 (1 %) sestry s bakalářským vzděláním, 0 (0 %) sester s magisterským vzděláním a 2 (1 %) sestry s vyšším odborným vzděláním. Jako důvody neuplatnění svých kompetencí uvedly „neznalost“ 3 (1 %) sestry se středoškolským vzděláním, 1 (0,5 %) sestra s pomaturitním specializačním vzděláním a 1 (0,5 %) sestra s vyšším odborným vzděláním. „Nerespektování kompetencí sestry ze strany lékařů“ uvedla 1 (0,3 %) sestra se středoškolským vzděláním, 1 (0,3 %) sestra s pomaturitním specializačním vzděláním a 1 (0,3 %) sestra s vyšším odborným vzděláním. „Nejasně vymezené kompetence“ uvedla 1 (0,5 %) sestra s pomaturitním specializačním vzděláním a 1 (0,5 %) sestra s bakalářským vzděláním. „Málo času na uplatnění kompetencí sestry“ uvedla

1 (0,5 %) sestra s pomaturitním specializačním vzděláním a 1 (0,5 %) sestra s vyšším odborným vzděláním. „Nedostatek personálu“ uvedla 1 (0,5 %) sestra s pomaturitním specializačním vzděláním.

Tabulka 2 Role sestry

	SZŠ	Speciali- zace	VŠ- Bc.	VŠ- Mgr.	VOŠ	Celkem
Edukátorka	3	6	9	4	2	24
Manažer ošetrovatelské péče	1	1	3			5
Mentorka	1	2	2			5
Nositelka změn		1	1			2
Obhájkyně práv pacienta	1	1	7	2		11
Ošetrovatelka	30	22	26	1	5	84
Psycholog	2	1			1	4
Všechny role	13	9	4	2	1	29
Výzkumnice		1	1			2
Empatie	13	8	2	1	2	26
Profesní vlastnosti (odpovědnost, profesionalita, spolehlivost, odbornost)	3	6				9
Jiné sestry	1		1			2
Nehraji divadlo	1	2				3
Nevím	8	4	2		2	16
Neznám	13	5	4			22
Pomoc lidem	7	4	2	1		14
Pomocník lékaře	4	1	1	1		7
Povahové vlastnosti (trpělivost, laskavost, lidskost, důstojnost, člověk)	9	5			2	16
Týmový kolega	1	2	3			6
Celkem	111	81	68	12	15	287

V tabulce 2 jsou uvedeny role sester, které respondenti považují za nejdůležitější, vzhledem k jejich nejvyššímu dosaženému vzdělání. Nejčastější odpovědí byla role „ošetrovatelky“. Tuto možnost uvedlo 84 sester. „Všechny role“ považuje za důležité 29 sester, „edukátorku“ uvedlo 24 sester, „manažerku ošetrovatelské péče“ 5 sester, „mentorku“ 5 sester, „nositelku změn“ 2 sestry, „obhájkyni práv pacienta“ 11 sester, „psychologa“ 4 sestry a „výzkumnici“ 2 sestry. Odpověď „empatie“ uvedlo 26 sester, „profesní vlastnosti (odpovědnost, profesionalita, spolehlivost, odbornost)“ uvedlo 9 sester, „jiné sestry“ napsaly 2 sestry, „nehraji divadlo“ uvedly 3 sestry, „nevím“ napsalo 16 sester „neznám“ uvedlo 22 sester, „pomoc lidem“ odpovědělo 14 sester, „pomocník

lékaře“ 7 sester, „povahové vlastnosti (trpělivost, laskavost, lidskost, důstojnost, člověk)“ napsalo 16 sester a „týmového kolegu“ uvedlo 6 sester.

Tabulka 3 Pohled rodiny na profesi sestry

	do 25 let	26-30	31-44	45-54	nad 55 let	Celkem
Akceptují jej		3	7			10
Běžné zaměstnání	6	6	15	5	1	33
Důležitá profese	2	1	3			6
Holka pro všechno	1	1	3	2		7
Náročné povolání	9	6	19	6	1	41
Nedoceněné povolání		3	2	3		8
Negativně (směny, víkendy)	3	3	9	5	2	22
Nemám rodinu			1		1	2
Nevím	3	3	10	5		21
Obdiv, hrdost	4	4	10	2	1	21
Poradce při potížích	2		4			6
Pozitivně	18	28	30	13	3	92
Celkem	48	58	113	41	9	269

92 sester se domnívá, že rodina vnímá její povolání „pozitivně“, 41 sester odpovědělo, že jejich profesi vidí blízcí jako „náročné povolání“. 33 sester uvedlo, že rodina vnímá profesi sestry jako „běžné zaměstnání“, 22 sester uvedlo odpověď „negativně“, z důvodu „směnného provozu a víkendovým službám“. 21 sester odpovědělo „nevím“ a 21 sester uvedlo, že rodina je „hrdá a obdivuje ji“. 10 sester uvedlo, že rodina její profesi „akceptuje“, 6 sester odpovědělo, že podle rodiny je to „důležitá profese“. 7 sester uvedlo, že ji rodina vnímá jako „holku pro všechno“, 8 sester odpovědělo, že rodina vidí její profesi jako „nedoceněné povolání“. 2 sestry uvedly „nemám rodinu“ a 6 sester napsalo, že ji rodina vnímá jako „poradce při potížích“.

Tabulka 4 Pohled sester na svoji profesi

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
Baví mě to	14	9	6		1	30
Náročné	21	14	15	4	3	57
Pozitivně	24	21	14	3	3	65
Částečně spokojená	1	1				2
Finančně nedocenené	6	7	11	5	1	30
Důležitá profese	9	4	6	3	3	25
Holka pro všechno	9	3	1	1	1	15
Běžné zaměstnání	14	8	4		2	28
Nedůstojné povolání	1	1	1			3
Negativně		3	1			4
Nevím	2		1			3
Poslání	14	10	3	1	1	29
Prestižní povolání	1		1			2
<i>Celkem</i>	116	81	64	17	15	293

„Pozitivně“ vnímá svoji profesi 65 sester, jako „náročnou“ ji označilo 57 sester, 30 sester vnímá svoji profesi jako „finančně nedocenenou“ a odpověď „baví mě to“ uvedlo 30 sester. 29 sester považuje profesi sestry za „poslání“, zatímco 28 sester vnímá profesi sestry jako běžné „zaměstnání“. 25 sester považuje svoji profesi za „důležitou“, 15 sester se cítí jako „holka pro všechno“, „negativně“ vnímají svoji profesi 4 sestry, za „nedůstojné povolání“ považují profesi sestry 3 sestry, odpověď „nevím“ uvedly také 3 sestry, „částečně spokojené“ jsou 2 sestry a 2 sestry považují povolání sestry za „prestižní“.

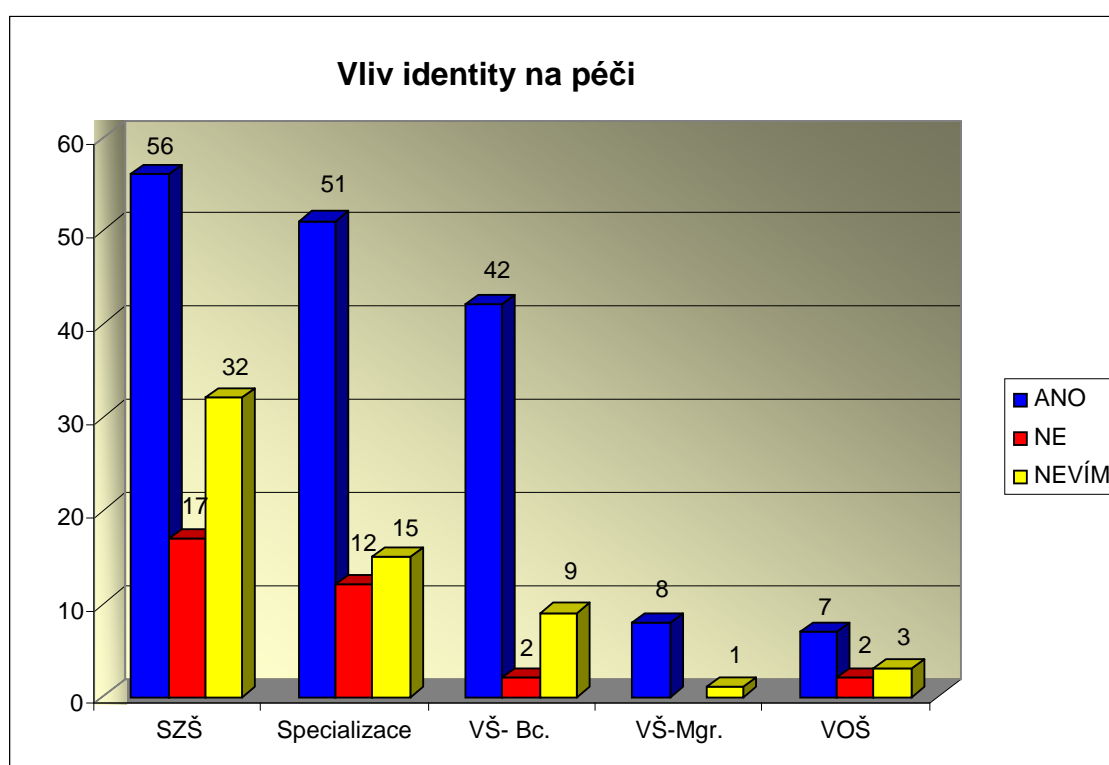
Tabulka 5 Vyjádření identity uniformou sestry

ANO	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
2	1	1				2
3	2					2
4		2	2			4
5-Částečně	30	19	7	3	2	61
6	12	5	4	2	1	24
7	12	7	9		4	32
8	9	16	7	2	2	36
9-Významně	16	15	14	2	2	49
Celkem z ANO	85	65	43	9	11	210
NE	23	13	10	0	1	47
<i>Celkem</i>	<i>105</i>	<i>78</i>	<i>53</i>	<i>9</i>	<i>12</i>	<i>257</i>

S tvrzením, že uniforma sestry je důležitá pro vyjádření identity sestry souhlasilo 210 (82 %) sester, zatímco 47 (18 %) sester toto tvrzení odmítlo. U kladných odpovědí označily sestry do jaké míry s tímto tvrzením souhlasí. Hodnotu „vůbec“ uvedly pouze 3 (1 %) sestry se středoškolským vzděláním a tato odpověď byla přiřazena mezi odpovědi ne. Stupeň 2 na škále vyznačily celkem 2 (0,8 %) sestry, z nichž měla 1 (0,4 %) sestra středoškolské vzdělání a 1 (0,4 %) sestra pomaturitní specializační vzdělání. Stupeň 3 označily 2 (0,8 %) sestry se středoškolským vzděláním. Stupeň 4 označily celkem 4 (1,5 %) sestry, z nichž měly 2 (0,75 %) sestry pomaturitní specializační vzdělání a 2 (0,75 %) sestry bakalářské vzdělání. Hodnotu „částečně“ označilo celkem 61 (24 %) sester, z nichž mělo 30 (12 %) sester středoškolské vzdělání, 19 (7 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 7 (3 %) sester bakalářské vzdělání, 3 (1 %) sestry magisterské vzdělání a 2 (0,8 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Stupeň 6 označilo celkem 24 (9 %) sester, z nichž mělo 12 (4 %) sester středoškolské vzdělání, 5 (2 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 4 (1,5 %) sestry bakalářské vzdělání, 2 (0,8 %) sestry magisterské vzdělání a 1 (0,4 %) sestra vyšší odborné vzdělání. Stupeň 7 označilo celkem 32 (13 %) sester, z nichž mělo 12 (4 %) sester středoškolské vzdělání, 7 (3 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 9 (3,5 %) sester bakalářské vzdělání a 4 (1,5 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Stupeň 8 označilo celkem 36 (14 %) sester,

z nichž mělo 9 (3,5 %) sester středoškolské vzdělání, 16 (6 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 7 (3 %) sester bakalářské vzdělání, 2 (0,8 %) sestry magisterské vzdělání a 2 (0,8 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Hodnotu „významně“ označilo celkem 49 (19 %) sester, z nichž mělo 16 (6 %) sester středoškolské vzdělání, 15 (6 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 14 (5,5 %) sester bakalářské vzdělání, 2 (0,8 %) sestry magisterské vzdělání a 2 (0,8 %) sestry vyšší odborné vzdělání.

Graf 7



S tvrzením, že identifikace s profesí sestry ovlivňuje kvalitu poskytované péče souhlasilo 56 (22 %) sester se středoškolským vzděláním, 51 (20 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 42 (16 %) sester s bakalářským vzděláním, 8 (3,5 %) sester s magisterským vzděláním a 7 (3 %) sester s vyšším odborným vzděláním. S tvrzením nesouhlasilo 17 (6,5 %) sester se středoškolským vzděláním, 12 (4,5 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 2 (0,8 %) sestry s bakalářským vzděláním, 0 (0 %) sester s magisterským vzděláním a 2 (0,8 %) sestry s vyšším

odborným vzděláním. Odpověď nevíím označilo 32 (12,5 %) sester se středoškolským vzděláním, 15 (6 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 9 (3,5 %) sester s bakalářským vzděláním, 1 (0,5 %) sestra s magisterským vzděláním a 3 (1 %) sestry s vyšším odborným vzděláním.

Tabulka 6 Nevhodný způsob péče poskytovaný kolegyní/kolegou

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
ANO	37	41	35	5	5	123
NE	68	37	18	4	7	134
<i>Celkem</i>	105	78	53	9	12	257

S nevhodně poskytnutou péčí při své práci setkalo celkem 123 (49 %) sester. Z tohoto počtu mělo 37 (14 %) sester středoškolské vzdělání, 41 (16 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 35 (14 %) sester bakalářské vzdělání, 5 (2 %) sester magisterské vzdělání a 5 (2 %) sester vyšší odborné vzdělání. S nevhodně poskytnutou péčí se při své práci neseťkalo celkem 134 (51 %) sester. Z tohoto počtu mělo 68 (26,5 %) sester středoškolské vzdělání, 37 (14 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 18 (7 %) sester bakalářské vzdělání, 4 (1,5 %) sestry magisterské vzdělání a 7 (3 %) sester vyšší odborné vzdělání.

Tabulka 6a Důvody pocitu studu za péči poskytnutou kolegyní/kolegou

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
Agrese	2			1		3
Arogance	4		1	2		7
Bezohlednost	4		5	1	1	11
Hrubost	5	5	4	2	1	17
Chybně poskytnutá péče	9	11	18	4	1	43
Ignorace, neochota vůči pacientovi	3	4	5	2	1	15
Nadřazenost	2		1	1	1	5
Náladovost	2	1	1	1		5
Nepořádek	4		2	1		7
Nevhodné chování	16	18	14	3	4	55
Profesionální deformace	4	7	7	2	1	21
Slovní útok	1	1		1		3
Špatná komunikace	8	8	5	1		22
<i>Celkem</i>	<i>64</i>	<i>55</i>	<i>63</i>	<i>22</i>	<i>10</i>	<i>214</i>

Nejčastějším důvodem bylo „nevhodné chování“ a tuto možnost uvedlo 55 sester. „Chybně poskytnutou péči“ uvedlo 43 sester, „špatnou komunikaci“ uvedlo 22 sester, „profesionální deformaci“ napsalo 21 sester, „hrubost“ uvedlo 17 sester, „ignoraci a neochotu vůči pacientovi“ 15 sester, „bezohlednost“ 11 sester, „aroganci“ 7 sester, „nepořádek“ 7 sester, nadřazenost 5 sester, náladovost 5 sester, „slovní útoky“ 3 sestry a „agresi“ 3 sestry.

Tabulka 7 Nevhodný přístup k pacientovi ze strany sestry

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
ANO	41	45	41	5	7	139
NE	64	33	12	4	5	118
<i>Celkem</i>	<i>105</i>	<i>78</i>	<i>53</i>	<i>9</i>	<i>12</i>	<i>257</i>

S nevhodným přístupem k pacientovi se při své práci setkalo celkem 139 (54 %) sester. Z tohoto počtu mělo 41 (16 %) sester středoškolské vzdělání, 45 (17,5 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 41 (16 %) sester bakalářské vzdělání, 5 (2 %) sester magisterské vzdělání a 7 (2,5 %) sester vyšší odborné vzdělání. S nevhodným přístupem k pacientovi se nikdy nesešlo celkem 118 (46 %) sester. Z tohoto počtu mělo 64 (25 %) sester středoškolské vzdělání, 33 (13 %) sester s pomaturitní specializační vzdělání,

12 (4,5 %) sester bakalářské vzdělání, 4 (1,5 %) sestry magisterské vzdělání a 5 (2 %) sester vyšší odborné vzdělání.

Tabulka 7a Důvody pocitu studu za přístup k pacientovi ze strany sestry

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
Agrese	7	2	2		1	12
Arogance	7	4	5	2	2	20
Direktivní chování (nadřazenost)	6	2	4			12
Hrubost	10	7	6			23
Náladovost	6	2	1		1	10
Nedbalost	4	2	6	1		13
Nedostatek empatie	1	1	12	2	2	18
Neochota	5	3	7	1	2	18
Neprofesionalita	2	3	3		1	9
Netrpělivost	6	4	8			18
Nevhodné chování	14	16	16	2	3	51
Nezájem o P	7	6	11		1	25
Ponižování, křik na P	7	3	8		2	20
Špatná komunikace	10	12	7	2	2	33
Vulgarita	5	1	8	2		16
Celkem	97	68	104	12	17	298

Nejčastější odpovědí bylo „nevhodné chování“ a tuto možnost uvedlo 51 sester. Druhou nejčastější odpovědí byla „špatná komunikace“ a tuto možnost uvedlo 33 sester. „Nezájem o pacienta“ uvedlo 25 sester, „hrubost“ napsalo 23 sester, „aroganci“ uvedlo 20 sester, „ponižování a křik na pacienta“ napsalo 20 sester, „nedostatek empatie“ uvedlo 18 sester, „neochotu“ napsalo 18 sester, „netrpělivost“ uvedlo také 18 sester, „vulgaritu“ napsalo 16 sester, „nedbalost“ uvedlo 13 sester, „agresi“ napsalo 12 sester, „direktivní chování (nadřazenost)“ uvedlo 12 sester, „náladovost“ napsalo 10 sester a „neprofesionalitu“ uvedlo 9 sester.

Tabulka 8 Nevhodné prosazování názorů sestrou

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
ANO	18	18	27	3	4	70
NE	87	60	26	6	8	187
<i>Celkem</i>	105	78	53	9	12	257

S nevhodným prosazování názorů sestrou se při své práci setkalo 70 (27 %) respondentů. Z tohoto počtu mělo 18 (7 %) sester středoškolské vzdělání, 18 (7 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 27 (10,5 %) sester bakalářské vzdělání, 3 (1 %) sestry magisterské vzdělání a 4 (1,5 %) sestry vyšší odborné vzdělání. S nevhodným chováním ze strany sestry se nikdy nesetkalo 187 (73 %) sester. Z tohoto počtu mělo 87 (34 %) sester středoškolské vzdělání, 60 (23 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 26 (10 %) sester bakalářské vzdělání, 6 (3 %) sester magisterské vzdělání a 8 (3 %) sester vyšší odborné vzdělání.

Tabulka 8a Důvody pocitu studu za prosazování názorů sestrou

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
Arogance	4	2	2			8
Bezohlednost	3	7	5		1	16
Egocentrismus		5	2			7
Hloupost	2	2	5			9
Hrubost	4	3	2	2		11
Konfliktnost	1	1	1			3
Neodbornost	2	2	4			8
Nepřiměřené reakce	1	4	2		2	9
Nerespektování názorů druhých	3	5	6	1	1	16
Nevhodné chování	4	5	4	1	1	15
Zesměšňování druhých	1	3	3			7
<i>Celkem</i>	25	39	36	4	5	109

Nejčastěji uváděnou odpovědí byla „bezohlednost“ a tuto možnost uvedlo 16 sester. Další možností bylo „nerespektování názorů druhých“ a tuto možnost uvedlo také 16 sester. „Nevhodné chování“ napsalo 15 sester, „hrubost“ uvedlo 11 sester, „hloupost“ napsalo 9 sester, „nepřiměřené reakce“ zaznamenalo 9 sester, „aroganci“ uvedlo 8

sester, „neodbornost“ napsalo 8 sester, „egocentrismus“ uvedlo 7 sester, „zesměšňování druhých“ napsalo 7 sester a „konfliktnost“ uvedly 3 sestry.

Tabulka 9 Nevhodné jednání se spolupracovníky týmu

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
ANO	26	27	32	5	8	98
NE	79	51	21	4	4	159
<i>Celkem</i>	105	78	53	9	12	257

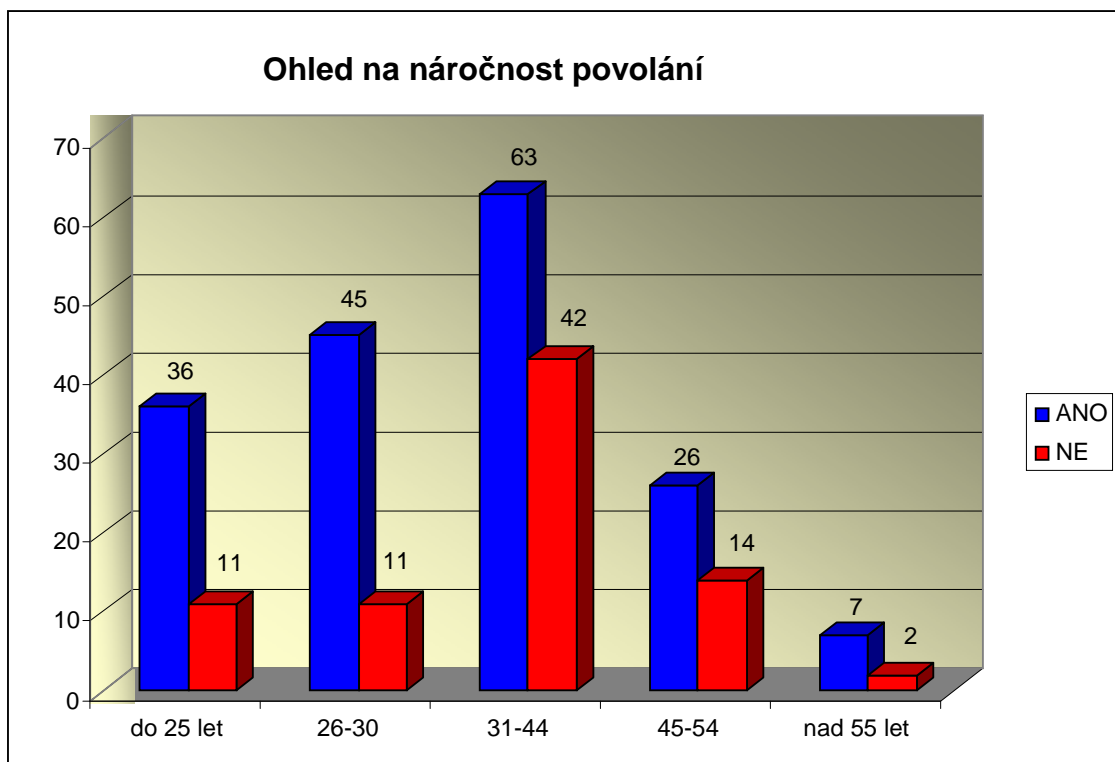
S nevhodným jednáním se spolupracovníky týmu se při své práci setkalo 98 (38 %) sester. Z tohoto počtu mělo 26 (10 %) sester středoškolské vzdělání, 27 (10,5 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 32 (12,5 %) sester bakalářské vzdělání, 5 (2 %) sester magisterské vzdělání a 8 (3 %) sester vyšší odborné vzdělání. S nevhodným jednáním se spolupracovníky se nikdy nesetkalo 159 (62 %) sester. Z tohoto počtu mělo 79 (31 %) sester středoškolské vzdělání, 51 (20 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 21 (8 %) sester bakalářské vzdělání, 4 (1,5 %) sestry magisterské vzdělání a 4 (1,5 %) sestry vyšší odborné vzdělání.

Tabulka 9a Důvody pocitu studu za jednání sestry se spolupracovníky týmu

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
Agrese	2	4				6
Arogance	8	3	3		1	15
Bezmocnost	3	4			1	8
Hádavost	1	6	3			10
Hrubost	5	5	3	1		14
Lhaní	3	7		2		12
Manipulace	3	3	2	3		11
Mobbing/šikana			1		1	2
Nadřazenost	9	7	11	2	4	33
Nekolegialita	3	4	3	2	2	14
Nevhodné chování	3	4	9			16
Špatná komunikace	3	4	3			10
Špatně provedená práce	2	5	1			8
Vulgarita	2	2	2	1		7
Celkem	47	58	41	11	9	166

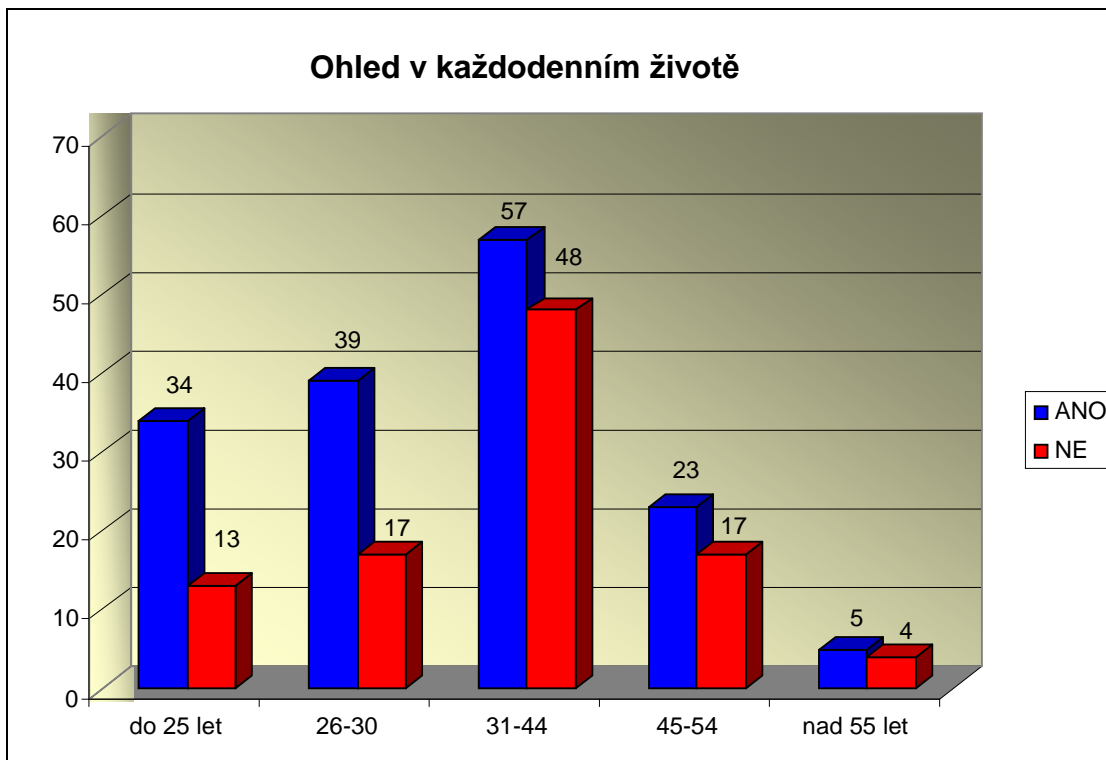
Nejčastěji se sestry setkaly s „nadřazeností“ a tuto možnost uvedlo 33 sester. Dále uvedly „nevhodné chování“ a tuto možnost napsalo 16 sester. „Aroganci“ napsalo 15 sester, „hrubost“ uvedlo 14 sester, „nekolegialitu“ napsalo 14 sester, „lhaní“ uvedlo 12 sester, „manipulaci“ zaznamenalo 11 sester, „hádavost“ uvedlo 10 sester, „špatnou komunikaci“ napsalo 10 sester, „bezmocnost“ zaznamenalo 8 sester, „špatně provedenou práci“ uvedlo 8 sester, „vulgarity“ napsalo 7 sester, „agresi“ uvedlo 6 sester, „mobbing a šikanu“ zaznamenaly na pracovišti 2 sestry.

Graf 8



Pocit, že rodina zohledňuje při svých požadavcích náročnost profese sestry uvedlo 36 (14 %) sester do 25 let, 45 (17,5 %) sester mezi 26-30 lety, 63 (24,5 %) sester mezi 31-44 lety, 26 (10 %) sester mezi 45-54 lety a 7 (3 %) sester nad 55 let. Odpověď, že rodina nebere ohledy na náročnost povolání uvedlo 11 (4 %) sester do 25 let, 11 (4 %) sester mezi 26-30 lety, 42 (16 %) sester mezi 31-44 lety, 14 (5 %) sester mezi 45-54 lety a 2 (1 %) sestry nad 55 let.

Graf 9



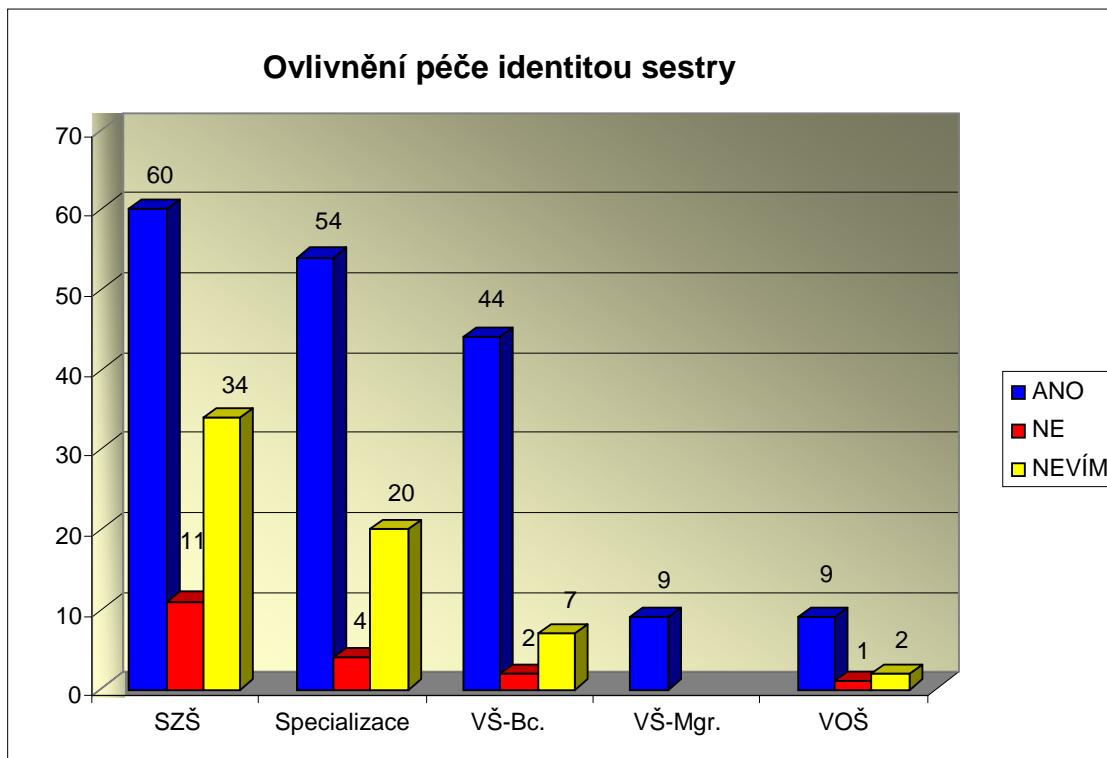
Pocit, že rodina zohledňuje náročnost profese sestry v každodenním životě uvedlo 34 (13 %) sester do 25 let, 39 (15 %) sester mezi 26-30 lety, 57 (22 %) sester mezi 31-44 lety, 23 (9 %) sester mezi 45-54 lety a 5 (2 %) sester nad 55 let. Odpověď, že rodina nezohledňuje náročnost profese sestry v každodenním životě uvedlo 13 (5 %) sester do 25 let, 17 (6,5 %) sester mezi 26-30 lety, 48 (19 %) sester mezi 31-44 lety, 17 (6,5 %) sester mezi 45-54 lety a 4 (2 %) sester nad 55 let.

Tabulka 10 Pohled rodiny na blízkou osobu, která pracuje jako sestra

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
Jako blízkého člověka ne sestru	33	21	11		1	66
Vytížená, unavená			2	1		3
Pozitivně	28	17	16	4	4	69
Poradce při potížích	7	9	10	2	1	29
Nevím	26	15	7		5	53
Obdivují mě	13	6	5	1	1	26
Negativně	1	2	1	1		5
Ochotná, milá, empatická	5	8	1			14
Nedoceněnost				1		1
<i>Celkem</i>	<i>113</i>	<i>78</i>	<i>53</i>	<i>10</i>	<i>12</i>	<i>266</i>

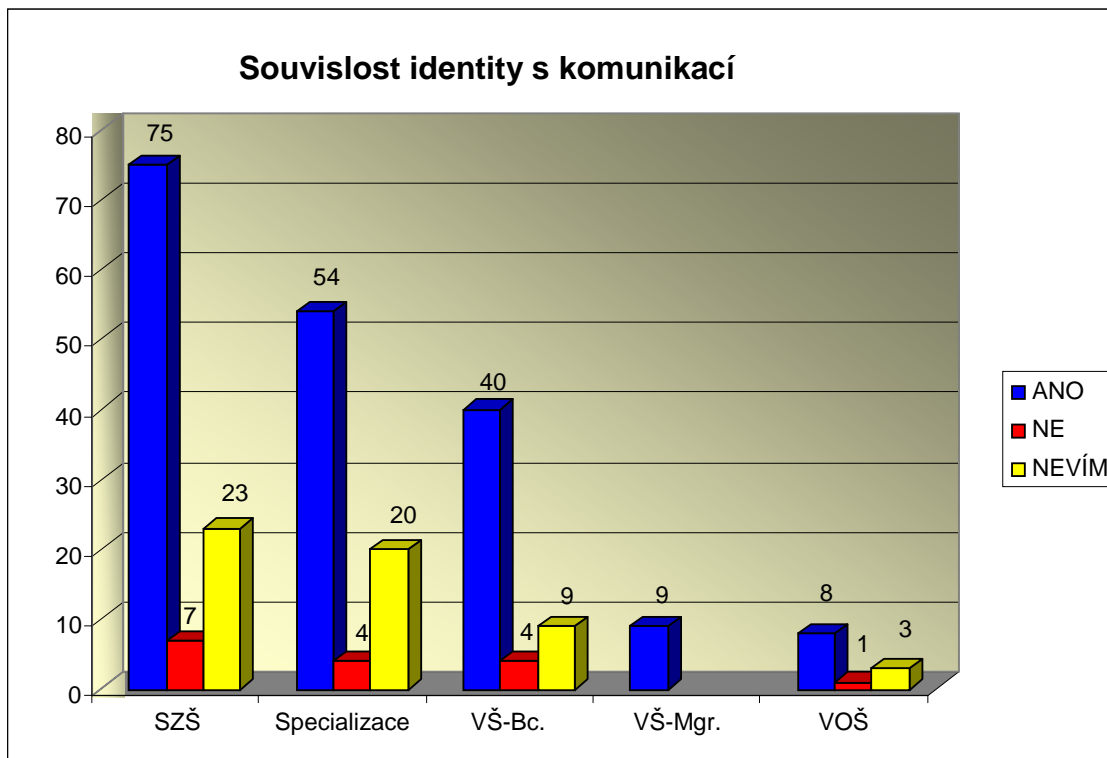
69 sester se domnívá, že ji rodina jako sestru vnímá „pozitivně“, 66 sester uvedlo, že rodina ji vnímá „jako blízkého člověka (dceru, manželku atd.) nikoliv jako sestru“. Odpověď „nevím“ uvedlo 53 sester, 29 sester si myslí, že ji rodina vnímá jako „poradce při potížích“ a 26 sester uvedlo, že „cítí ze strany rodiny obdiv“. 14 sester se domnívá, že ji rodina vnímá jako „ochotnou, milou a empatickou“. Pouze 5 sester si myslí, že ji rodina jako sestru vnímá „negativně“. Jako „vytížené a unavené“ vidí rodina 3 sestry a 1 sestra uvedla, že rodina ji vnímá jako „nedoceněnou“.

Graf 10



S tvrzením, že identifikace s profesí sestry ovlivňuje kvalitu péče poskytovanou sestrou souhlasilo 60 (23 %) sester se středoškolským vzděláním, 54 (21 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 44 (17 %) sester s bakalářským vzděláním, 9 (4 %) sester s magisterským vzděláním a 9 (4 %) sester s vyšším odborným vzděláním. S tímto tvrzením nesouhlasilo 11 (4 %) sester se středoškolským vzděláním, 4 (1,5 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 2 (0,8 %) sester s bakalářským vzděláním, 0 (0 %) sester s magisterským vzděláním a 1 (0,4 %) sestra s vyšším odborným vzděláním. Odpověď neví uvedlo 34 (13 %) sester se středoškolským vzděláním, 20 (8 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 0 (0 %) sester s magisterským vzděláním a 2 (0,8 %) sester s vyšším odborným vzděláním. (jedná se o kontrolní otázku)

Graf 11



S tvrzením, že identita sestry souvisí s komunikací souhlasilo 75 (29 %) sester se středoškolským vzděláním, 54 (21 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 40 (15,5 %) sester s bakalářským vzděláním, 9 (4 %) sester s magisterským vzděláním a 8 (3 %) sester s vyšším odborným vzděláním. S tímto tvrzením nesouhlasilo 7 (3 %) sester se středoškolským vzděláním, 4 (1,5 %) sestry s pomaturitním specializačním vzděláním, 4 (1,5 %) sestry s bakalářským vzděláním, 0 (%) sester s magisterským vzděláním a 1 (0,5 %) sestry s vyšším odborným vzděláním. Odpověď nevíím uvedlo 23 (9 %) sester se středoškolským vzděláním, 20 (8 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 9 (3,5 %) sester s bakalářským vzděláním, 0 (%) sester s magisterským vzděláním a 3 (1 %) sestry s vyšším odborným vzděláním.

Tabulka 11 Obhajoba profesní identity sestrou

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
1-VŮBEC	4	1	1			6
2	1					1
3	3	1			1	5
4	2	1			1	4
5-ČÁSTEČNĚ	50	23	14		2	89
6	16	14	12		4	46
7	14	22	8	2	3	49
8	5	7	12	2	1	27
9-VÝZNAMNĚ	10	9	6	5		30
<i>Celkem</i>	105	78	53	9	12	257

Hodnotu „vůbec“ označilo celkem 6 (2,3 %) sester, z nichž měly 4 (1,5 %) sestry středoškolské vzdělání, 1 (0,4 %) sestra pomaturitní specializační vzdělání a 1 (0,4 %) sestra bakalářské vzdělání. Stupeň 2 označila pouze 1 (0,4 %) sestra se středoškolským vzděláním. Stupeň 3 označilo celkem 5 (2 %) sester, z nichž měly 3 (1 %) sestry středoškolské vzdělání, 1 (0,5 %) sestra pomaturitní specializační vzdělání a 1 (0,5 %) sestra vyšší odborné vzdělání. Stupeň 4 uvedly celkem 4 (1,6 %) sestry, z nichž měly 2 (0,8 %) sestry středoškolské vzdělání, 1 (0,4 %) sestra pomaturitní specializační vzdělání a 1 (0,4 %) sestra vyšší odborné vzdělání. Hodnotu „částečně“ označilo celkem 89 (35 %) sester, z nichž mělo 50 (19,5 %) sester středoškolské vzdělání, 23 (9 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 14 (5,5 %) sester bakalářské vzdělání a 2 (0,8 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Stupeň 6 označilo celkem 46 (18 %) sester, z nichž mělo 16 (6 %) sester středoškolské vzdělání, 14 (5,5 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 12 (4,5 %) sester bakalářské vzdělání a 4 (1,5 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Stupeň 7 označilo celkem 49 (19 %) sester, z nichž mělo 14 (5,5 %) sester středoškolské vzdělání, 22 (8,5 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 8 (3 %) sester bakalářské vzdělání, 2 (0,8 %) sestry magisterské vzdělání a 3 (1,2 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Stupeň 8 označilo celkem 27 (10,5 %) sester, z nichž mělo 5 (2 %) sester středoškolské vzdělání, 7 (2,8 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 12 (4,5 %) sester bakalářské vzdělání, 2 (0,8 %) sestry magisterské vzdělání a 1 (0,4 %) sestra vyšší odborné vzdělání. Hodnotu „významně“ označilo celkem 30 (11,5 %) sester, z nichž mělo 10 (4 %) sester středoškolské vzdělání, 9 (3,5 %) sester pomaturitní

specializační vzdělání, 6 (2 %) sester bakalářské vzdělání a 5 (2 %) sester magisterské vzdělání.

Tabulka 12 Obhajoba profesní identity sestrami

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	VOŠ	Celkem
1-VŮBEC	4	2	1			7
2	1	1	3			5
3	3	5	3			11
4	4	4	5		2	15
5-ČÁSTEČNĚ	37	27	16	5	1	86
6	18	18	10	2	4	52
7	12	6	5	1	3	27
8	9	7	4		1	21
9-VÝZNAMNĚ	17	8	6	1	1	33
<i>Celkem</i>	105	78	53	9	12	257

Hodnotu „vůbec“ označilo celkem 7 (3 %) sester, z nichž měly 4 (1,5 %) sestry středoškolské vzdělání, 2 (1 %) sestry pomaturitní specializační vzdělání a 1 (0,5 %) sestra bakalářské vzdělání. Stupeň 2 označilo celkem 5 (2 %) sester, z nichž měla 1 (0,5 %) sestra středoškolské vzdělání, 1 (0,5 %) sestra pomaturitní specializační vzdělání a 3 (1 %) sestry bakalářské vzdělání. Stupeň 3 označilo celkem 11 (4 %) sester, z nichž měly 3 (1 %) sestry středoškolské vzdělání, 5 (2 %) sester pomaturitní specializační vzdělání a 3 (1 %) sestry bakalářské vzdělání. Stupeň 4 označilo celkem 15 (6 %) sester, z nichž měly 4 (1,5 %) sestry středoškolské vzdělání, 4 (1,5 %) sestry pomaturitní specializační vzdělání, 5 (2 %) sester bakalářské vzdělání a 2 (1 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Hodnotu „částečně“ uvedlo celkem 86 (33 %) sester, z nichž mělo 37 (14 %) středoškolské vzdělání, 27 (10,5 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 16 (6 %) sester bakalářské vzdělání, 5 (2 %) sester magisterské vzdělání a 1 (0,5 %) sestra vyšší odborné vzdělání. Stupeň 6 označilo celkem 52 (20 %) sester, z nichž mělo 18 (7 %) sester středoškolské vzdělání, 18 (7 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 10 (4 %) sester bakalářské vzdělání, 2 (0,5 %) sestry magisterské vzdělání a 4 (1,5 %) sestry vyšší odborné vzdělání. Stupeň 7 označilo celkem 27 (11 %) sester, z nichž mělo 12 (5 %) sester středoškolské vzdělání, 6 (2 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 5 (2 %) sester bakalářské vzdělání, 1 (0,5 %) sestra magisterské vzdělání a 3 (1,5 %) sestry

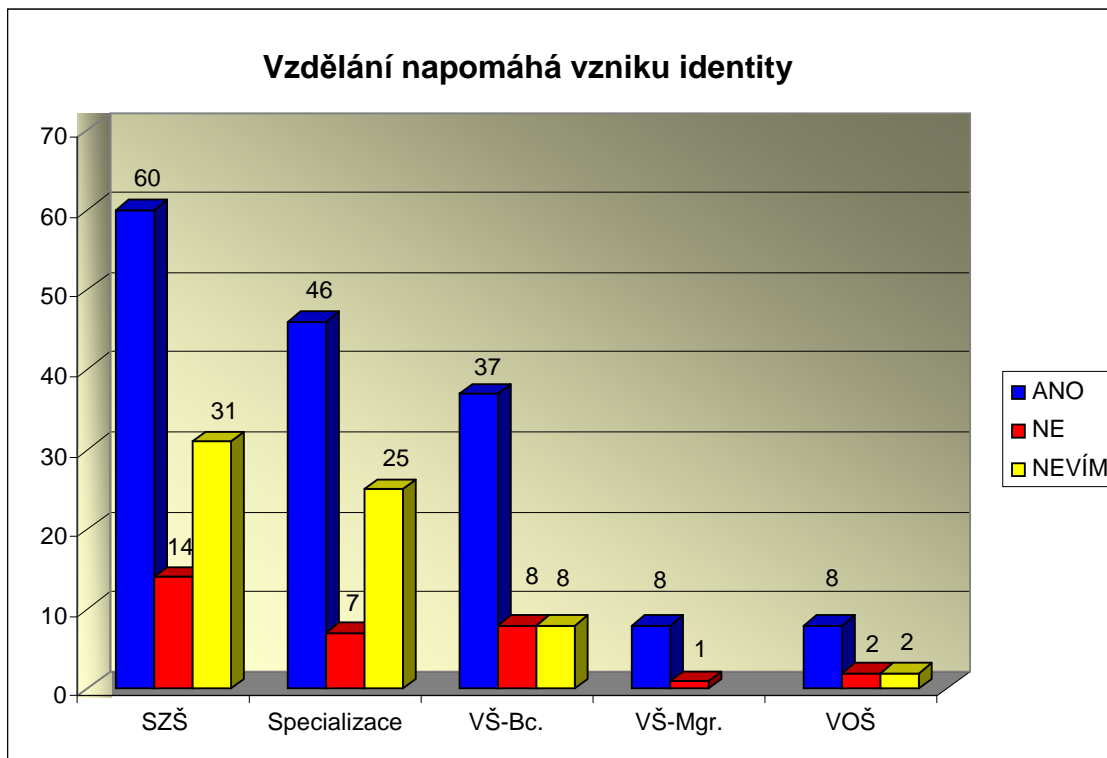
vyšší odborné vzdělání. Stupeň 8 označilo celkem 21 (8 %) sester, z nichž mělo 9 (3,5 %) sester středoškolské vzdělání, 7 (2,5 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 4 (1,5 %) sestry bakalářské vzdělání a 1 (0,5 %) sestra vyšší odborné vzdělání. Hodnotu „významně“ uvedlo celkem 33 (13 %) sester, z nichž mělo 17 (6,5 %) sester středoškolské vzdělání, 8 (3 %) sester pomaturitní specializační vzdělání, 6 (2 %) sester bakalářské vzdělání, 1 (0,5 %) sestra magisterské vzdělání a 1 (0,5 %) sestra vyšší odborné vzdělání.

Tabulka 12a Důvody proč sestry neobhajují svou profesi

	SZŠ	Specializace	VŠ-Bc.	VOŠ	Celkem
Zbytečné se obhajovat	2	2	2	1	7
Neumí se obhájit (argumentovat)	1	3	3		7
Některé nejsou s profesí identifikovány	3	2	3	1	9
Nikdo sestry neposlouchá	6	5	2		13
Mnoho práce, nedostatek času		2			2
Celkem	12	14	10	2	38

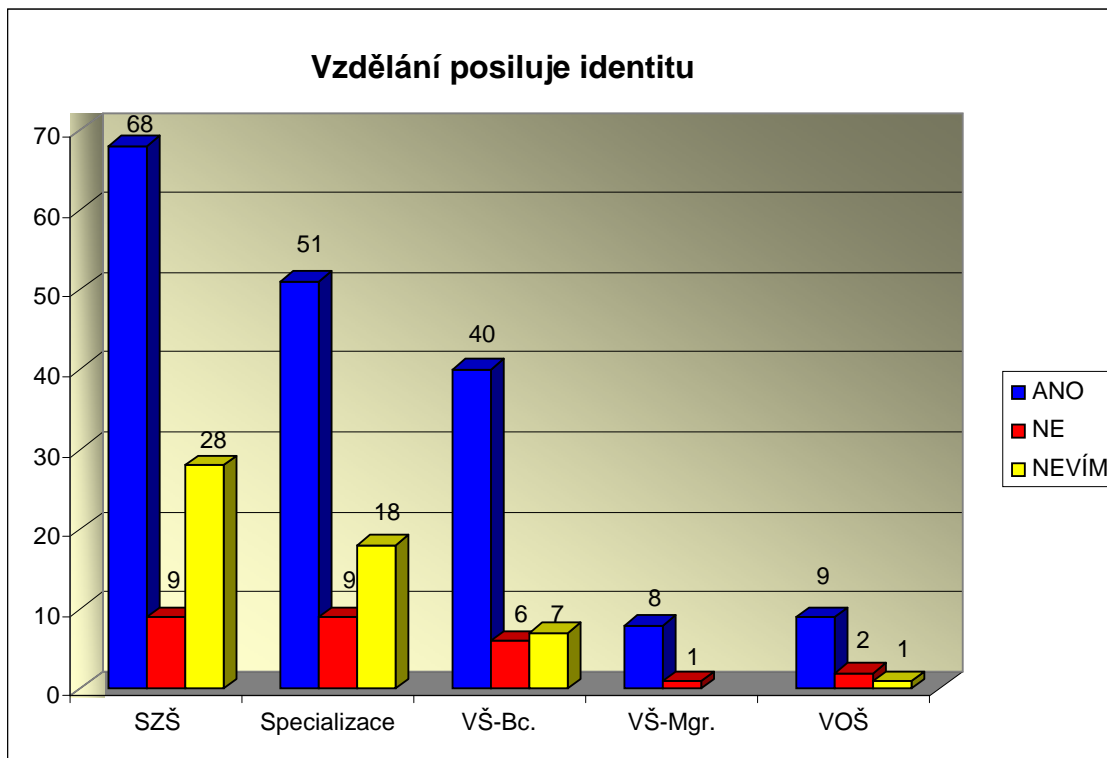
Nejčastější odpovědí bylo, že „sestry nikdo neposlouchá“ a tuto možnost uvedlo 13 sester. Dalším důvodem bylo, že „některé sestry nejsou se svojí profesí identifikovány“ a tuto možnost napsalo 9 sester. Odpověď, že „je zbytečné se obhajovat“ uvedlo 7 sester. Důvod, že sestry „se neumí obhájit (argumentovat)“ uvedlo také 7 sester. Posledním důvodem bylo „mnoho práce a málo času na obhajobu profese“ a tuto možnost uvedly 2 sestry.

Graf 12



S tvrzením, že vzdělání napomáhá identifikaci sestry s profesí souhlasilo 60 (23 %) sester se středoškolským vzděláním, 46 (18 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 37 (14 %) sester s bakalářským vzděláním, 8 (3 %) sester s magisterským vzděláním a 8 (3 %) sester s vyšším odborným vzděláním. S tímto tvrzením nesouhlasilo 14 (5,5 %) sester se středoškolským vzděláním, 7 (3 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 8 (3 %) sester s bakalářským vzděláním, 1 (0,5 %) sestra s magisterským vzděláním a 2 (1 %) sestry s vyšším odborným vzděláním. Odpověď nevíam uvedlo 31 (12 %) sester se středoškolským vzděláním, 25 (10 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 8 (3 %) sester s bakalářským vzděláním a 2 (1 %) sestry s vyšším odborným vzděláním.

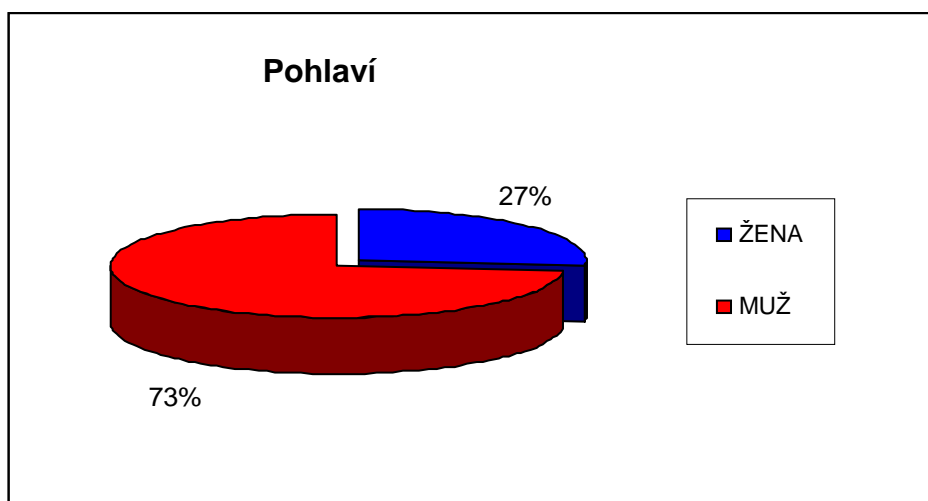
Graf 13



S tvrzením, že vzdělání může pomoci posílit identifikaci s profesí sestry souhlasilo 68 (27 %) sester se středoškolským vzděláním, 51 (20,5 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 40 (16 %) sester s bakalářským vzděláním, 8 (3 %) sester s magisterským vzděláním a 9 (3,5 %) sester s vyšším odborným vzděláním. S tímto tvrzením nesouhlasilo 9 (3,5 %) sester se středoškolským vzděláním, 9 (3,5 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 6 (3 %) sester s bakalářským vzděláním, 1 (0,5 %) sestra s magisterským vzděláním a 2 (1 %) sestry s vyšším odborným vzděláním. Odpověď nevíím uvedlo 28 (11 %) sester se středoškolským vzděláním, 10 (4 %) sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 7 (3 %) sester s bakalářským vzděláním a 1 (0,5 %) sestra s vyšším odborným vzděláním.

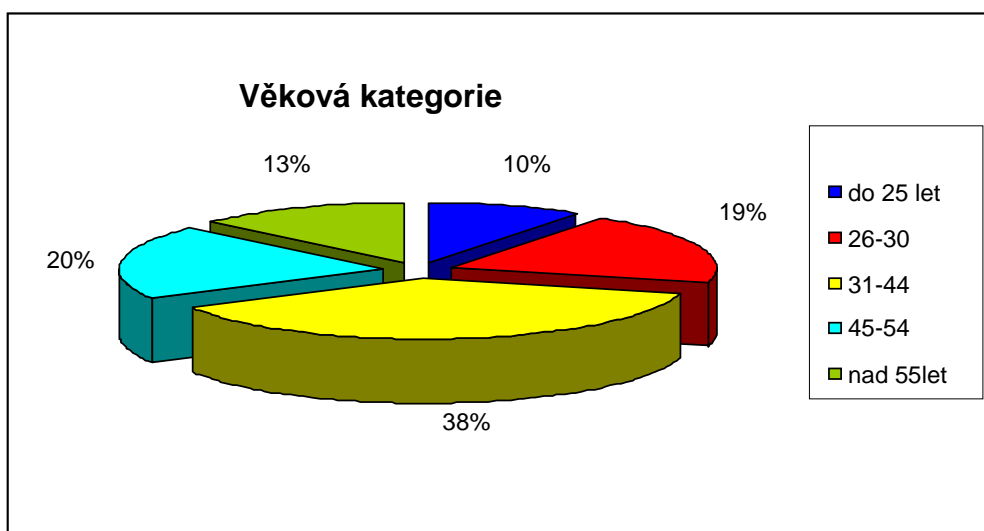
4.2 Blízké osoby

Graf 14



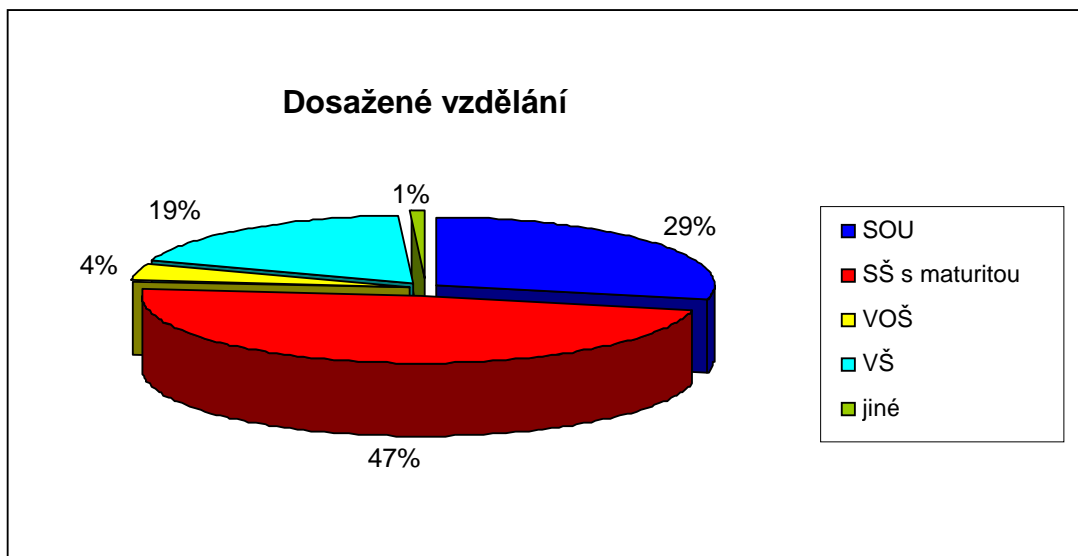
Z celkového počtu 221 (100 %) respondentů vyplnilo dotazník 59 (27 %) žen a 162 (73 %) mužů.

Graf 15



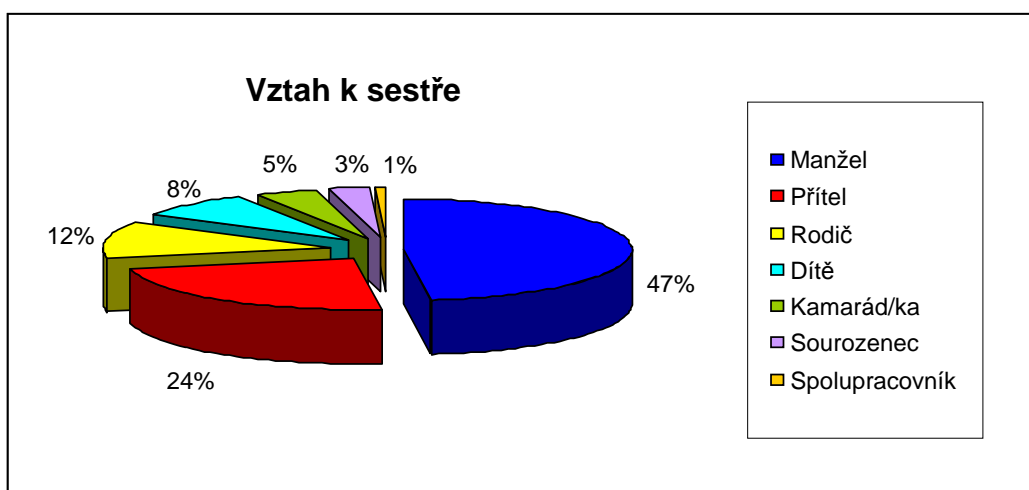
Z celkového počtu 221 (100 %) respondentů vyplnilo dotazník 21 (10 %) respondentů do 25 let, 43 (19 %) respondentů mezi 26-30 lety, 84 (38 %) respondentů mezi 31-44 lety, 44 (20 %) respondentů mezi 45-54 lety a 29 (13 %) respondentů nad 55 let.

Graf 16



Z celkového počtu 221 (100 %) respondentů mělo 63 (29 %) respondentů střední odborné vzdělání, 106 (47 %) respondentů středoškolské vzdělání, 9 (4 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 41 (19 %) respondentů vysokoškolské vzdělání a 2 (1 %) respondenti uvedli jiné (jednalo se o studenty na střední škole).

Graf 17



Z celkového počtu 221 (100 %) respondentů zvolilo možnost manžel 106 (47 %) respondentů, možnost přítel 53 (24 %) respondentů, možnost rodič 26 (12 %) respondentů, možnost dítě 18 (8 %) respondentů, možnost kamarád/ka 11 (5 %) respondentů, možnost sourozenec 7 (3 %) respondentů a možnost spolupracovník 2 (1 %) respondentů.

respondentů, možnost dítě (18 (8 %) respondentů, možnost kamarád/ka 10 (5 %) respondentů, sourozenec 6 (3 %) respondentů a možnost spolupracovník 2 (1 %) respondenti.

Tabulka 13 Představa o povolání sestry

	do 25 let	26-30	31-44	45-54	nad 55let	Celkem
Běžné zaměstnání	3	7	15	9	4	38
Citlivost, ochota	1	1	2	1		5
Důležité povolání	2	2	6	4	2	16
Finančně nedocenené povolání	2	3	5	2	4	16
Hrdost			4	2		6
Náročné povolání	5	20	22	8	13	68
Nemohu posoudit	1	5	6	3		15
Nic	2	2	8	1	2	15
Oběť	3	4	12	9	3	31
Pomoc nemocným	6	4	10	4	3	27
Zajímavé povolání	1		2	1		4
Zásah do chodu rodiny	2	1	1	1	2	7
Zodpovědnost	1	3	4	7	2	17
Celkem	29	52	97	52	35	265

Nejčastější odpovědí bylo „náročné povolání“ a tuto možnost uvedlo 68 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo „běžné zaměstnání“ a tuto možnost uvedlo 38 respondentů. Další odpovědí byla „oběť“ od osob, které pracují jako sestry a tuto možnost uvedlo 31 respondentů. „Pomoc nemocným“ napsalo 27 respondentů, „zodpovědnost“ uvedlo 17 respondentů, „důležité povolání“ napsalo 16 respondentů, „finančně nedocenené povolání“ uvedlo také 16 respondentů a odpověď „nic“ napsalo 15 respondentů. „Nemohu posoudit“ uvedlo 15 respondentů, „zásah do chodu rodiny“ napsalo 7 respondentů, „hrdost“ uvedlo 6 respondentů, „citlivost a ochotu“ napsalo 5 respondentů a jako „zajímavé povolání“ vnímají profesi sestry 4 respondenti.

Tabulka 14 Co znamená, že blízká osoba pracuje jako sestra

	do 25 let	26-30	31-44	45-54	nad 55let	Celkem
Finančně nedocenené			1		1	2
Hodně času v práci	2	4	6	6	1	19
Hrdost	2	7	12	9	6	36
Jisté výhody	8	9	16	11	6	50
Kompromisy	1	2	4		1	8
Krásné povolání	2	1	5	2	2	12
Náročnost	4	4	5		3	16
Nevím	2	3	4	3	1	13
Nic mimořádného	2	10	25	8	5	50
Oběť (lituji jí)	1	4	1		3	9
Omezený chod rodiny	3	3	12	4	3	25
Samota	2	3	3	3	2	13
Celkem	29	50	94	46	34	253

Nejčastější odpovědí bylo „nic mimořádného“ a tuto možnost uvedlo 50 osob. 50 osob také uvedlo, že tato situace s sebou přináší „jisté výhody“. Další odpovědí byla „hrdost“ a tuto možnost napsalo 36 respondentů. „Omezený chod rodiny“ uvedlo 25 respondentů a 19 respondentů uvádí, že jim blízká osoba „tráví hodně času v práci“. „Náročnost profese sestry“ uvedlo 16 respondentů, „nevím“ napsalo 13 respondentů a 13 respondentů se „cítí osamělí“. 12 respondentů považuje profesi sestry za „krásné povolání“, 9 respondentů sestry „litují, protože považují tuto profesi za oběť“. Pro 8 respondentů představuje profese sestry „kompromisy“ a 2 respondenti považují povolání sestry za „finančně nedocenené“.

Tabulka 15 Změna profese

	Manžel	Přítel	Rodič	Dítě	Kamarád/ ka	Sourozenec	Spolupra- covník	Celkem
ANO	20	18	3	6			1	48
NE	49	20	19	11	8	2	1	110
NEVÍM	37	15	4	1	2	4		63
Celkem	106	53	26	18	10	6	2	221

Se změnou profese blízké osoby, která pracuje jako sestra, souhlasilo celkem 48 (22 %) respondentů, z nichž 20 (9 %) bylo z kategorie manžel, 18 (8 %) z kategorie přítel, 3 (1,5 %) z kategorie rodič, 6 (3 %) z kategorie dítě a 1 (0,5 %) z kategorie spolupracovník. Se změnou profese nesouhlasilo celkem 110 (50 %) respondentů, z nichž bylo 49 (22 %) z kategorie manžel, 20 (9 %) z kategorie přítel, 19 (9 %) z kategorie rodič, 11 (5 %) z kategorie dítě, 8 (3,5 %) z kategorie kamarád/ka, 2 (1 %) z kategorie sourozenec a 1 (0,5 %) z kategorie spolupracovník. Odpověď nevím uvedlo celkem 63 (28 %) respondentů, z nichž bylo 37 (17 %) z kategorie manžel, 15 (7 %) z kategorie přítel, 4 (2 %) z kategorie rodič, 1 (0,5 %) z kategorie dítě, 2 (1 %) z kategorie kamarád/ka a 4 (2 %) z kategorie sourozenec.

Tabulka 16 Osobní zkušenost s rolí pacienta

	do 25 let	26-30	31-44	45-54	nad 55let	Celkem
ANO Negativní (odměřenost,nezájem)	1	1	4		1	7
Pozitivní	7	6	7	8	7	35
Normální	4	13	26	17	11	71
Spíše pozitivní				1		1
Spíše negativní			1	1		2
Spokojenost		1	2	3	2	8
Celkem z ANO	12	21	40	30	21	124
NE	9	22	44	15	7	97
Celkem	21	43	84	44	29	221

Roli pacienta mělo možnost prožít 124 (56 %) respondentů, z nichž bylo ve věku do 25 let 12 (5 %) respondentů, mezi 26-30 lety 21 (9,5 %) respondentů, mezi 31-44 lety 40 (18 %) respondentů, mezi 45-54 lety 30 (14 %) respondentů a nad 55 let 21 (9,5 %)

respondentů. Zkušenost s rolí pacienta nemá celkem 97 (44 %) respondentů, z nichž bylo ve věku do 25 let 9 (4 %) respondentů, mezi 26-30 lety 22 (10 %) respondentů, mezi 31-44 lety 44 (20 %) respondentů, mezi 45-54 lety 15 (7 %) respondentů a nad 55 let 7 (3 %) respondentů.

„Normální zkušenost s rolí pacienta“ uvedlo celkem 71 (32 %) respondentů, z nichž byli ve věku do 25 let 4 (2 %) respondenti, mezi 26-30 lety 13 (6 %) respondentů, mezi 31-44 lety 26 (11 %) respondentů, mezi 45-54 lety 17 (8 %) respondentů a nad 55 let 11 (5 %) respondentů. „Pozitivní zkušenost“ napsalo celkem 35 (16 %) respondentů, z nichž bylo do 25 let 7 (3 %) respondentů, mezi 26-30 lety 6 (3 %) respondentů, mezi 31-44 lety 7 (3 %) respondentů, mezi 45-54 lety 8 (4 %) respondentů a nad 55 let 7 (3 %) respondentů. Odpověď „spokojenost“ uvedlo celkem 8 (3,5 %) respondentů, z nichž bylo do 25 let 0 (0 %) respondentů, mezi 26-30 lety 1 (0,5 %) respondent, mezi 31-44 lety 2 (0,75 %) respondenti, mezi 45-54 lety 3 (1,5 %) respondenti a nad 55 let 2 (0,75 %) respondenti. „Negativní“ zkušenost uvedlo celkem 7 (3 %) respondentů, z nichž byl 1 (0,5 %) respondent ve věku do 25 let, 1 (0,5 %) respondent mezi 26-30 lety, 4 (1,5 %) respondenti mezi 31-44 lety, 0 (0 %) respondentů mezi 45-54 lety a 1 (0,5 %) respondent nad 55 let. „Spíše negativní“ zkušenost uvedli celkem 2 (1 %) respondenti, z nichž byl 1 (0,5 %) respondent mezi 31-44 lety a 1 (0,5 %) respondent mezi 45-54 lety. „Spíše pozitivní“ zkušenost uvedl 1 (0,5 %) respondent mezi 45-54 lety.

Tabulka 17 Zásah do požadavků od blízké osoby

	Manžel	Pří- tel	Ro- dič	Dítě	Kamarád/ ka	Souro- zenec	Spolupra- covník	Celkem
Kompromisy	8	2	1	2				13
Málo volného času	8	5	2	3	3			21
Minimálně zasahuje	2	2		1		1		6
Náročné soužití	6	6	1					13
Nedocenené povolání	1		3					4
Nevím	3	1	3		1	1		9
Nezasahuje	39	17	10	6	4	3		79
Občas zasahuje	7	2	2	2	1		1	15
Omezuje život	6	2	1	1			1	11
Směny (víkendy)	4	5	5		1			15
Stále v práci	6	3	1	4		1		15
Špatné plánování	4	3	1					8
Únava, stres	2	2		1		1		6
Velmi zasahuje	23	16	3	3	2			47
Výhody (pomoc v nemoci, rada)	2	1	1					4
Celkem	121	67	34	21	12	7	2	266

Odpoověď, že profese sestry „nezasahuje“ uvedlo 79 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo naopak „velmi zasahuje“ a tuto možnost uvedlo 47 respondentů. „Málo volného času“ napsalo 21 respondentů. Možnost „občas zasahuje“ uvedlo 15 respondentů, odpověď „směny (víkendy)“ napsalo 15 respondentů a že je blízká osoba „stále v práci“ napsalo také 15 respondentů. „Kompromisy“ uvedlo 13 respondentů, že je se sestrou „náročné soužití“ napsalo také 13 respondentů. Názor, že povolání blízké osoby „omezuje život“ uvedlo 11 respondentů a „nevím“ napsalo 9 respondentů. „Špatné plánování života“ uvedlo 8 respondentů, „minimální zásah“ do požadavků od blízké osoby uvedlo 6 respondentů, „únavu a stres“ uvedlo také 6 respondentů. Jako „nedocenené povolání“ vnímají profesi sestry 4 respondenti a „jisté výhody jako pomoc v nemoci či radu“ uvedli také 4 respondenti.

Tabulka 18 Zásah povolání sestry do běžného života

	Man-žel	Pří-tel	Ro-dič	Dí-tě	Kama-rád/ka	Souro-zenec	Spolupra-covník	Celkem
Částečně zasahuje	3	4	1	1	1		1	11
Finančně nedocenené		1	1					2
Kompromisy	7	4		1		1		13
Málo času s rodinou	17	10	4	4	2	1		38
Minimálně zasahuje	3	2	1					6
Náročné	3	3	1	1		2		10
Nepravidelný režim (přesčasý)	9	2	3	2				16
Nevím	3	2	2	1		2		10
Nijak nezasahuje	28	9	5	4	5			51
Omezení života	12	4	6	3		1	1	27
Poradí, je empatická	3		2					5
Směny (víkendy)	24	9	7	1				41
Stres, únava	3	3	1		1			8
Špatné plánování společ. času	9	6	1	1		1		18
Velmi zasahuje	32	14	8	4	2	2		62
<i>Celkem</i>	<i>156</i>	<i>73</i>	<i>43</i>	<i>23</i>	<i>11</i>	<i>10</i>	<i>2</i>	<i>318</i>

Odpoověď, že povolání sestry „velmi zasahuje“ do běžného života uvedlo 62 respondentů. 51 respondentů napsalo, že profese sestry „nijak“ nezasahuje do běžného života. „Směnný provoz a víkendy“ uvedlo 41 respondentů, „málo času stráveného s rodinou“ napsalo 38 respondentů, „omezení společného života“ uvedlo 27 respondentů, „špatné plánování společného času“ trápí 18 respondentů, „nepravidelný režim (příliš mnoho přesčasů)“ uvedlo 16 respondentů, „kompromisy“ napsalo 13 respondentů, „částečně zasahuje“ uvedlo 11 respondentů, jako „náročné“ vnímá povolání sestry 10 respondentů a „nevím“ uvedlo také 10 respondentů. „Stres a únavu blízké osoby“ uvedlo 8 respondentů a „minimálně zasahuje“ napsalo 6 respondentů. 5 respondentů uvedlo, že blízká osoba pracující jako sestra „poradí a je empatická“ a 2 respondenti vidí profesi sestry jako „finančně nedocenenou“.

Tabulka 19 Co by chtěl/a změnit na profesi sestry

	Man- žel	Přítel	Ro- dič	Dí- tě	Kamarád/ ka	Souro- zenec	Spolupra- covník	Celkem
Bez směn (víkendů)	13	7	2	1				23
Částečný úvazek	2							2
Kratší směny	5	5	3	1	1			15
Méně práce	8	6		4	1	1		20
Méně stresu	2		1		2		1	6
Ne přesčasy	3	2						5
Nevím	6	4	2	4	2	3	1	22
Nic	16	6	5	3	3			33
Více ocenění	11	4	6	3	1			25
Více peněz	32	23	14	4		3		76
Více personálu	7	5	1	2				15
Více volna	13	6	4	1	1	2		27
Více výhod pro sestry	4			1	1			6
Celkem	122	68	38	24	12	9	2	275

Nejčastěji uvedenou odpovědí bylo „více peněz“ a tuto možnost uvedlo 76 respondentů. Odpověď „nic“ napsalo 33 respondentů. „Více volna“ pro osobu pracující jako sestra by chtělo 27 respondentů, „více ocenění“ by uvítalo 25 respondentů, „zaměstnání bez směnného provozu a víkendů“ by uvítalo 23 respondentů, „nevím“ odpovědělo 22 respondentů. „Méně práce“ v zaměstnání uvedlo 20 respondentů, „kratší směny“ by si přálo 15 respondentů a „více personálu ve zdravotnictví“ uvedlo také 15 respondentů. „Méně stresu v práci“ napsalo 6 respondentů, „více výhod pro sestry“ uvedlo také 6 respondentů, „žádné přesčasy by uvítalo 5 respondentů a „zaměstnání na částečný úvazek“ uvedli 2 respondenti.

4.3 Zpracování kvalitativních dat

Tabulka 20 Představa o pojmu identita sestry

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6
CTNOST						4
OSOBNOST	1	2			2	2
POVOLÁNÍ	1		1	1	1	1
UNIFORMA	1					
VLASTNOST	2	6	3	3		1
ZTOTOŽNĚNÍ			1	1	1	1

Představu „ctnost“ uvedla pouze R6. Představu „osobnosti“ uvedly R1, R2, R5 a R6. Představu „povolání“ uvedly R1, R3, R4, R5 a R6. Představu „uniformy“ uvedla pouze R1. Představu „vlastnosti“ uvedly R1, R2, R3, R4, a R6. Představu „ztotožnění“ uvedly R3, R4, R5 a R6.

Tabulka 21 Vnímání profese sestry

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6
DOKTOR	1	3	6	1		2
FINANCE	3	2		1		
HEZKÉ POVOLÁNÍ		2		1	1	
MEZILIDSKÉ VZTAHY			3		2	2
NÁROČNOST	2	1	1	1		2
NEDOCENĚNOST	3	2	1	1		
PASIVITA		3				
POMOC LIDEM		2		1	2	1
NENÍ PRESTIŽNÍ	2		1	1	1	1
SPOLEČNOST	2	1		1		1
VÁŽNOST	4		1			

V souvislosti s vnímáním profese uvedly pocit „doktor“ R1, R2, R3, R4 a R6. Pocit „finance“ zmínily R1, R2 a R3. Pocit „hezké povolání“ uvedly R2, R4 a R5. Pocit „mezilidské vztahy“ zmínily R3, R5 a R6. Pocit „náročnosti“ uvedly R1, R2, R3, R4 a R6. Pocit „nedocenenosti“ zmínily R1, R2, R3 a R4. Pocit „pasivity“ uvedla pouze R2. Pocit „pomoc lidem“ zmínily R2, R4, R5 a R6. Pocit „není prestižní“ uvedly R1, R3, R4, R5 a R6. Pocit „společnost“ uvedly R1, R2, R4 a R6. Pocit „vážnosti“ zmínily R1 a R3.

Tabulka 22 Změna osobního postoje k profesi

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ČLOVĚK	2	3	1			1
IDEÁLY	1	3		2	3	1
PRÁCE		3	6	1	3	2
PRAXE	1	1			1	1
PŘEDSTAVY				1	2	
RODINA			1		1	
SMYSLUPLNOST			1	1	1	1
ŠKOLA		2		2	2	1
ÚNAVA					2	
ZMĚNA	1		1	1	1	1

V souvislosti se změnou postoje k profesi uvedly pocit „člověk“ R1, R2, R3 a R6. Pocit „ideály“ zmínily R1, R2, R4, R5 a R6. Pocit „práce“ uvedly R2, R3, R4, R5 a R6. Pocit „praxe“ zmínily R1, R2, R5 a R6. Pocit „představy“ uvedly R4 a R5. Pocit „rodina“ zmínily R3 a R5. Pocit „smysluplnost“ uvedly R3, R4, R5 a R6. Pocit „škola“ zmínily R2, R4, R5 a R6. Pocit „únavy“ uvedla pouze R5. Pocit „změna“ zmínily R1, R3, R4, R5 a R6.

Tabulka 23 Změna pohledu na profesi sestry

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ADMINISTRATIVA					4	
FINANCE		1	4			1
NEDOCENĚNOST	1		3			1
PACIENT					5	1
POVOLÁNÍ	5	4	5	3	3	1
PRIORITY				3		
RODINA	1	5		1	1	
VZDĚLÁNÍ SESTRY	5		3			2

V souvislosti se změnou pohledu na profesi uvedla pocit „administrativa“ pouze R5. Pocit „finance“ zmínily R2, R3 a R6. Pocit „nedoceněnost“ uvedly R1, R3 a R6. Pocit „pacient“ zmínily R5 a R6. Pocit „povolání“ uvedly všechny respondentky (R1-R6). Pocit „priority“ zmínila pouze R4. Pocit „rodina“ uvedly R1, R2, R4 a R5. Pocit „vzdělání sestry“ zmínily R1, R3 a R6.

Tabulka 24 Pohled partnera na profesi sestry

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6
OBDIV				1		1
OMEZENÍ			3		2	1
PARTNER	1				1	1
POVOLÁNÍ	3	1	2	3	1	2
PRESTIŽ	4			1		1
RODINA	2	4			1	
SMĚNY	3		1	1	3	
ÚNAVA			1	1		
ZÁTĚŽ	2		1	1	2	

Ohledně pohledu partnera na profesi uvedly pocity „obdivu“ R4 a R6. Pocity „omezení“ zmínily R3, R5 a R6. Pocit „partner“ uvedly R1, R5 a R6. Pocit „povolání“ zmínily všechny respondentky (R1-R6). Pocit „prestíž“ uvedly R1, R4 a R6. Pocit „rodina“ zmínily R1, R2 a R5. Pocit „směny“ uvedly R1, R3, R4 a R5. Pocit „únava“ zmínily R3 a R4. Pocit „zátěž“ uvedly R1, R3, R4 a R5.

4.4 Statistické zpracování dat

H1 Z pohledu představitelk ošetrovatelské profese ovlivňuje profesní identita kvalitu ošetrovatelské péče.

Kontingenční tabulka 1: Identifikace s profesí * vliv identity na péči

	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
1 – vůbec	2	4	0	6
3	4	2	4	10
5 – částečně	47	7	35	89
7	87	16	19	122
9 - významně	24	4	2	30
Celkem	164	33	60	257

V tabulce jsou uvedeny četnosti odpovědí na otázku zda má profesní identita vliv na kvalitu poskytované péče v souvislosti s mírou identifikace s profesí sestry. V tabulce jsme museli vzhledem k nízkému zastoupení četností kategorií 2,3,4,6,7 a 8 tyto kategorie sloučit. Kategorie 2,3,4 jsme označili jako kategorii 3 a kategorie 6,7,8 jsme označili jako kategorii 7. Další sloučení již nebylo možné, neboť kategorie 2, 3, 4, 6, 7 a 8 vyjadřovaly rozmezí mezi rozdílnými odpověďmi „vůbec“ a „částečně“ a mezi „částečně“ a „významně“.

Chí kvadrát test 1

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	40,478(a)	8	0,000

a 6 buněk (40,0%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnížší očekávaný počet je 0,77.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali přítomnost vztahu mezi identifikací s profesí sestry a tím jak tato identifikace ovlivňuje poskytovanou péči. Hodnota dosažené hladiny významnosti je $p < 0,1$ % (méně než 5 %) a tedy míra identifikace s profesí má vliv na kvalitu poskytované péče.

Kontingenční tabulka 2: Identifikace s profesí * vliv identity na péči 2

	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
1 - vůbec	3	1	2	6
3	3	2	5	10
5 – částečně	51	5	33	89
7	97	7	18	122
9 - významně	22	3	5	30
Celkem	176	18	63	257

V tabulce jsou uvedeny četnosti odpovědí na otázku zda má profesní identita vliv na kvalitu poskytované péče v souvislosti s mírou identifikace s profesí sestry. (Jedná se údaje z kontrolní otázky). V tabulce jsme museli vzhledem k nízkému zastoupení četností kategorií 2,3,4,6,7 a 8 tyto kategorie sloučit. Kategorie 2,3,4 jsme označili jako kategorii 3 a kategorie 6,7,8 jsme označili jako kategorii 7. Další sloučení již nebylo možné, neboť kategorie 2, 3, 4, 6, 7 a 8 vyjadřovaly rozmezí mezi rozdílnými odpověďmi „vůbec“ a „částečně“ a mezi „částečně“ a „významně“.

Chí kvadrát test 2

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	24,540(a)	8	0,002

a 6 buněk (40,0%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,42.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali přítomnost vztahu mezi identifikací s profesí sestry a tím jak tato identifikace ovlivňuje poskytovanou péči. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 0,2 % (méně než 5 %) a míra identifikace s profesí má vliv na kvalitu poskytované péče.

H2 Sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují do kvalitní ošetrovatelské péče.

Kontingenční tabulka 3: Identifikace s profesí * způsob poskytování péče

	ANO	NE	Celkem
1 – vůbec	2	4	6
3	4	6	10
5 – částečně	33	56	89
7	67	55	122
9 – významně	17	13	30
Celkem	123	134	257

V tabulce jsou uvedeny četnosti odpovědí na otázku, zda má míra identifikace s profesí sestry vliv na způsob poskytování péče. V tabulce jsme museli vzhledem k nízkému zastoupení četností kategorií 2,3,4,6,7 a 8 tyto kategorie sloučit. Kategorie 2,3,4 jsme označili jako kategorii 3 a kategorie 6,7,8 jsme označili jako kategorii 7. Další sloučení již nebylo možné, neboť kategorie 2, 3, 4, 6, 7 a 8 vyjadřovaly rozmezí mezi rozdílnými odpověďmi „vůbec“ a „částečně“ a mezi „částečně“ a „významně“.

Chí kvadrát test 3

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	8,268(a)	4	0,082

a 3 buňky (30,0%) mají očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 2,87.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali přítomnost vztahu mezi identifikací s profesí sestry a výskytem nevhodně poskytované péče. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 8,2 % (více než 5 %) a míra identifikace nemá vliv na výskyt nevhodně poskytované péče.

H3 Sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují v multidisciplinárním týmu.

Kontingenční tabulka 4: Identifikace s profesí * způsob prosazování názorů sestrou

	ANO	NE	Celkem
1 – vůbec	0	6	6
3	5	5	10
5 – částečně	18	71	89
7	36	86	122
9 - významně	11	19	30
Celkem	70	187	257

V tabulce jsou uvedeny četnosti odpovědí na otázku, zda má míra identifikace s profesí vliv na způsob prosazování názorů sestrou.. V tabulce jsme museli vzhledem k nízkému zastoupení četností kategorií 2,3,4,6,7 a 8 tyto kategorie sloučit. Kategorie 2,3,4 jsme označili jako kategorii 3 a kategorie 6,7,8 jsme označili jako kategorii 7. Další sloučení již nebylo možné, neboť kategorie 2, 3, 4, 6, 7 a 8 vyjadřovaly rozmezí mezi rozdílnými odpověďmi „vůbec“ a „částečně“ a mezi „částečně“ a „významně“.

Chí kvadrát test 4

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	8,732(a)	4	0,068

a 3 buňky (30,0%) mají očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 1,63.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali přítomnost vztahu mezi identifikací sestry s profesí a výskytem nevhodného prosazování názorů sestrou. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 6,8 % (více než 5 %) a míra identifikace s profesí nemá vliv na způsob prosazování názorů sestrou.

Kontingenční tabulka 5: Identifikace s profesí * jednání s kolegy

	ANO	NE	Celkem
1 - vůbec	1	5	6
3	4	6	10
5 – částečně	25	64	89
7	54	68	122
9 - významně	14	16	30
Celkem	98	159	257

V tabulce jsou uvedeny četnosti odpovědí na otázku, zda má míra identifikace s profesí vliv na způsob jednání s kolegy. V tabulce jsme museli vzhledem k nízkému zastoupení četností kategorií 2,3,4,6,7 a 8 tyto kategorie sloučit. Kategorie 2,3,4 jsme označili jako kategorii 3 a kategorie 6,7,8 jsme označili jako kategorii 7. Další sloučení již nebylo možné, neboť kategorie 2,3,4,6,7 a 8 vyjadřovaly rozmezí mezi rozdílnými odpověďmi „vůbec“ a „částečně“ a mezi „částečně“ a „významně“.

Chí kvadrát test 5

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	7,861(a)	4	0,097

a 3 buňky (30,0%) mají očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 2,29.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali vztah mezi identifikací s profesí a výskytem nevhodného jednání s kolegy. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 9,7 % (více než 5 %) a míra identifikace s profesí nemá vliv na výskyt nevhodného jednání s kolegy.

H4 Z pohledu příslušníků rodiny mají povinnosti vůči rodině přednost před vyjádřením profesní identity sestry.

Kontingenční tabulka 6: věk sester * ohled při požadavcích na sestru

	ANO	NE	Celkem
do 25 let	36	11	47
26-30	45	11	56
31-44	63	42	105
45-54	26	14	40
nad 55 let	7	2	9
Celkem	177	80	257

Pocit, že rodina zohledňuje při svých požadavcích náročnost profese sestry uvedlo 36 (14 %) sester do 25 let, 45 (17,5 %) sester mezi 26-30 lety, 63 (24,5 %) sester mezi 31-44 lety, 26 (10 %) sester mezi 45-54 lety a 7 (3 %) sester nad 55 let. Odpověď, že rodina nebere ohledy na náročnost povolání uvedlo 11 (4 %) sester do 25 let, 11 (4 %) sester mezi 26-30 lety, 42 (16 %) sester mezi 31-44 lety, 14 (5 %) sester mezi 45-54 lety a 2 (1 %) sestry nad 55 let.

Chí kvadrát test 6

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	9,221(a)	4	0,056

a 1 buňka (10,0%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 2,80.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali vztah mezi věkem sester a ohledem rodiny na náročnost povolání. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 5,6 % (více než 5 %) a mezi věkem sester a ohledem rodiny na náročnost povolání je minimální vztah.

Kontingenční tabulka 7: věk * ohled v každodenním životě

	ANO	NE	Celkem
do 25 let	34	13	47
26-30	39	17	56
31-44	57	48	105
45-54	23	17	40
nad 55 let	5	4	9
Celkem	158	99	257

Pocit, že rodina zohledňuje náročnost profese sestry v každodenním životě uvedlo 34 (13 %) sester do 25 let, 39 (15 %) sester mezi 26-30 lety, 57 (22 %) sester mezi 31-44 lety, 23 (9 %) sester mezi 45-54 lety a 5 (2 %) sester nad 55 let. Odpověď, že rodina nezohledňuje náročnost profese sestry v každodenním životě uvedlo 13 (5 %) sester do 25 let, 17 (6,5 %) sester mezi 26-30 lety, 48 (19 %) sester mezi 31-44 lety, 17 (6,5 %) sester mezi 45-54 lety a 4 (2 %) sester nad 55 let.

Chí kvadrát test 7

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	6,612(a)	4	0,158

a 1 buňka (10,0%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 3,47.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali vztah mezi věkem sester a ohledem rodiny na náročnost povolání v každodenním životě. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 15,8 % (více než 5 %) a mezi věkem sester a ohledem rodiny na náročnost povolání v každodenním životě je jen minimální vztah.

Kontingenční tabulka 8: vztah k sestře* změna profese

	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
Manžel	20	49	37	106
Přítel	18	20	15	53
Rodič	3	19	4	26
Dítě	6	11	1	18
Jiné	1	11	6	18
Celkem	48	110	63	221

Se změnou profese blízké osoby, která pracuje jako sestra, souhlasilo z kategorie manžel 20 (9 %) respondentů, z kategorie přítel 18 (8 %) respondentů, z kategorie rodič 3 (1,5 %) respondenti, z kategorie dítě 6 (3 %) respondentů a z kategorie jiné 1 (0,5 %) respondent. Se změnou profese nesouhlasilo z kategorie manžel 49 (22 %) respondentů, z kategorie přítel 20 (9 %) respondentů, z kategorie rodič 19 (9 %) respondentů, z kategorie dítě 11 (5 %) respondentů a z kategorie jiné 11 (5 %) respondentů. Odpověď nevím uvedlo z kategorie manžel 37 (17 %) respondentů, z kategorie přítel 15 (7 %) respondentů, z kategorie rodič 4 (2 %) respondenti, z kategorie dítě 1 (0,5 %) respondent a z kategorie jiné 6 (3 %) respondentů.

Chí kvadrát test 8

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	20,723(a)	8	0,008

a 2 buňky (13,3%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 3,91.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali vztah mezi vztahem blízké osoby k sestře a žádosti po změně profese. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 0,8 % (méně než 5 %) a rozdíly mezi názory na změnu profese a typem vztahu v němž je blízká osoba vůči sestře jsou významné.

H5 Profesní identita je přímo závislá na vzdělání.

Kontingenční tabulka 9: Identifikace s profesí * dosažené vzdělání

	1 - vůbec	3	5 - částečně	7	9 - významně	Celkem
SZŠ	4	6	50	35	10	105
Specializace	1	2	23	43	9	78
VŠ	1	0	14	36	11	62
VOŠ	0	2	2	8	0	12
Celkem	6	10	89	122	30	257

V tabulce jsou uvedeny četnosti odpovědí na míru identifikace sester s profesí, vzhledem k jejich nejvyššímu dosaženému vzdělání. Pro potřeby Chí kvadrát testu jsme museli kategorie VŠ-Bc. a VŠ-Mgr. sloučit pod kategorii VŠ, neboť počet respondentů s dosaženým Mgr. vzděláním byl příliš nízký.

Chí kvadrát test 9

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův Chí kvadrát test	31,447(a)	12	0,002

a 10 buněk (50,0%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,28.

Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali vztah mezi mírou identifikace s profesí sester a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Hodnota dosažené hladiny významnosti je 0,2 % (méně než 5 %) a míra identifikace s profesí sestry je významně ovlivněna dosaženým vzděláním.

5. Diskuse

Sběr informací týkajících se výzkumu pro diplomovou práci na téma: Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče, byl realizován pomocí kvalitativního i kvantitativního výzkumu.

První fáze šetření byla uskutečněna pomocí polostrukturovaných rozhovorů se šesti sestrami, které byly rozděleny po dvojicích tak, aby každá dvojice zastupovala určité věkové období. V každé dvojici byla vždy jedna ze sester vysokoškolsky vzdělaná a druhá bez VŠ vzdělání. První dvojice sester byla utvořena ze sester do 30 let věku. Respondentka 1 (R1) byla sestra se středoškolským vzděláním ve věku 28 let a respondentka 2 (R2) byla sestra s VŠ vzděláním ve věku 29 let. Obě respondetky mají rodinu a několikaletou praxi u lůžka. Druhá dvojice byla tvořena sestrami spadajícími do období střední dospělosti, přičemž respondentka 3 (R3) byla sestra ve věku 36 let se specializací v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči a respondentka 4 (R4) byla sestra ve věku 35 let s VŠ vzděláním. Také tyto sestry mají obě rodinu a několikaletou praxi u lůžka. Poslední dvojici tvořily sestry spadající do období pozdní dospělosti. Respondentka 5 (R5) byla sestra se středoškolským vzděláním ve věku 56 let a respondentka 6 (R6) byla sestra s VŠ vzděláním ve věku 47 let. Obě sestry také mají rodinu, ale jejich děti jsou již dospělé. Všem sestram bez ohledu na věk i dosažené vzdělání, bylo položeno 5 otázek. Jejich názory byly nahrány, přepsány, zanalyzovány a z takto získaných klíčových slov byly vytvořeny tabulky.

Názory sester jsme použili pro druhou fázi šetření, která byla realizována dotazníkovou metodou u 329 (100 %) sester pracujících v Nemocnici Písek a.s., nemocnici České Budějovice a.s a ve FN Plzeň Bory a Lochotín, na standardních odděleních, na ambulancích i na odděleních poskytujících intenzivní péči (graf 4). Stejný počet dotazníků obdržely i blízké osoby sester. Od sester se vrátilo 260 (79 %) dotazníků, přičemž dodatečně byly ještě tři dotazníky vyřazeny kvůli nedostatečnému vyplnění. Pro vyhodnocení dat bylo tedy použito 257 (78 %) dotazníků. Od blízkých osob se vrátilo 221 (67 %) dotazníků.

V souboru sester dominovaly ženy 99 % nad muži 1 % (graf 1), zatímco u blízkých osob bylo zastoupení opačné. Přesto nebyla převaha mužů (73 %) vůči ženám (27 %) tak markantní jako u sester (graf 14). Důvodem je, že dotazníky nevyplňovali pouze partneři, ale i rodiče či potomci sester (graf 17).

Vzhledem k námi stanoveným hypotézám jsme se v obecných otázkách zaměřili na nejvyšší dosažené vzdělání, kterého dotazované sestry dosáhly (graf 3). Na šetření se podílelo 40 % sester se středoškolským vzděláním, 30 % sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 21 % sester s bakalářským vzděláním, 5 % sester s vyšším odborným vzděláním a 4 % sester s magisterským vzděláním. Navíc tuto kategorii označily sestry, které pracují jako učitelky odborných předmětů na Střední zdravotnické škole v Písku.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jak vnímají identitu sestry představitelky této profese. Kurzů zabývajících se touto problematikou je sice velmi málo, přesto nás zajímalo, zda se sestry takového kurzu někdy zúčastnily. Výsledné odpovědi odpovídaly našemu předpokladu, neboť 54 % sester se kurzu týkajícího se identity sestry nikdy nezúčastnilo, 42 % sester o něm nikdy neslyšelo a pouze 4 % sester se takového kurzu zúčastnilo (graf 5). Jedním z důvodů proč nás zajímalo, zda sestry vědí co je myšleno identitou sestry, byly rozdílné názory respondentek s nimiž jsme se setkali v první fázi našeho výzkumu. Všechny respondentky shodně uváděly, že „pod pojmem identita sestry si představují obraz nějaké dokonalé sestry ze současnosti nebo z historie anebo povahové vlastnosti a ctnosti, které by sestra měla mít (tabulka 20)“. S podobným jevem jsme se setkali i při zpětném vyzvednutí dotazníků od vrchních sester z oddělení, kde byly dotazníky rozdány. Všechny shodně uváděly, že „dotazníky byly velmi náročné na vyplnění, téma se jim zdálo být velmi abstraktní a tudíž bylo pro sestry obtížné na položené otázky odpovídat nebo se k danému tématu správně vyjádřit“.

S přihlédnutím k tématu diplomové práce jsme stanovili 5 hypotéz. H1 zněla: Z pohledu představitelk ošetrovatelské profese ovlivňuje profesní identita kvalitu ošetrovatelské péče. Pomocí otázek jsme chtěli zjistit do jaké míry se sestry domnívají, že profesní identita ovlivňuje způsob a kvalitu jimi poskytované péče klientům. Na

otázku zda mají sestry možnost uplatnit své kompetence při poskytování péče odpovědělo 95 % sester kladně. Zápornou odpověď uvedlo pouze 5 % sester (graf 6). Tato odpověď se zdá být poněkud v rozporu s šetřením, které provedla Jílková (29) v roce 2008, při svém výzkumu týkajícím se aplikace vyhlášky č. 424/2004 Sb. v návaznosti na práci sestry ve zdravotnických zařízeních. Z jejího výzkumu vyplývá, že sestry neznají své kompetence a nevědí, které činnosti mohou vykonávat bez odborného dohledu, které s dohledem a které pouze na základě indikace lékaře. Vzhledem k tomu, že jsme se zajímali o možnost uplatnění kompetencí sestry, nikoliv o jejich znalost nemůžeme říci, že odpověď na jednu otázku popírá výsledky výzkumu, který Jílková provedla. Sestry, které označily odpověď, že nemohou při své práci uplatnit své kompetence, také uvedly důvody proč tomu tak je. Nejčastěji uváděným důvodem byla „neznalost kompetencí sestry“. Tuto odpověď nejvíce uváděly sestry se středoškolským, pomaturitním specializačním a vyšším odborným vzděláním. Co je příčinou, že svoje kompetence neznají? Důvodem může být náplň studijního programu, který dané sestry vystudovaly, stejně jako i doba, která uplynula od ukončení studia. Typ studia ani doba uplynulá od ukončení studia však není pro sestry omluvou, že neznají své kompetence. Vzhledem ke změnám, které v profesi sestry stále probíhají, by se měly sestry samy aktivně zajímat o novinky i změny v legislativě, týkající se jejich profese. Pouze sestra, která je dobře obeznámena s tím co obnáší její povolání a která se aktivně zajímá o novinky ve svém oboru, může s úspěchem a hrdostí prezentovat svoji profesi na veřejnosti a tím zvýšit i její celospolečenskou hodnotu a prestiž (4,53).

Protože sestra při výkonu svého povolání naplňuje více rolí (viz kapitola 1.2.3), zajímalo nás, kterou z těchto rolí považují dotázané sestry ve své práci za nejdůležitější. Celkem jednoznačná byla odpověď „ošetřovatelka“, kterou uvedlo 86 sester a to se zastoupením ve všech kategoriích dosaženého vzdělání (tabulka 2). Nutno říci, že sestry uváděly kromě rolí, které jsou ve stejném znění uvedeny i Kozierovou (33) i „role“ jiné. K těmto „rolím“ přidaly například „empatii“, „profesní vlastnosti“, „jiné sestry“, „pomocníka lékaře“, „týmového kolegu“ a mnoho dalších. Důležité je, že tyto „role“ uváděly i sestry s vysokoškolským vzděláním. Otázku proč tomu tak je není snadné zodpovědět. Některé sestry s bakalářským vzděláním přímo uvedly, že role setry

„neznají“. U ostatních uvedených možností, jako například „empatie“, „jiné sestry“, „pomoc lidem“, „pomocník doktora“ nebo „týmový kolega“, se můžeme jenom domnívat, co vedlo sestry s vysokoškolským vzděláním, že napsaly tyto možnosti. Myslíme si, že důvodem je neznalost rolí sestry nebo jen jejich částečná znalost. Situace je o to horší, protože sestry s magisterským vzděláním působí všechny beze zbytku jako učitelky odborných předmětů na zdravotní škole a podílí se tak na vzdělávání budoucích zdravotnických asistentů a sester. Jak mohou pomáhat budoucím sestrám v získávání profesní identity, když ony samy role sestry zřejmě řádně neznají?!

Kromě rolí nás také zajímalo, jak se sestry dívají na svoji profesi, přičemž stejnou otázku jsme položili sestrám při kvalitativním výzkumu v rozhovorech (tabulka 21), tak i v dotazníkovém šetření. S potěšením můžeme konstatovat, že většina sester vnímá svoji profesi „pozitivně“ nebo ji dokonce pokládá za „poslání“ (tabulka 4). K opuštění profese sestry by mohla respondentky donutit pouze „neúnosná rodinná situace, závažné porušení práv a kompetencí sestry ze strany zaměstnavatele nebo ještě větší nárůst administrativy (R1, R2, R3, R5)“. Společně s důvody k opuštění profese, uvedly sestry, že „po překonání tíživé situace, by se ke své profesi rády vrátily (R1, R2, R3)“. „Negativně“ hodnotily svoji profesi spíše sestry se středoškolským vzděláním nebo pomaturitním specializačním vzděláním, což odpovídá i poznatkům Bedrnové, Nového (12) a Štikara (56), že vyšší vzdělání, vyšší věk a pozitivní hodnocení pracovníka vede k jeho větší identifikaci s profesí, nikoliv k větší identifikaci s organizací v níž jedinec pracuje. Za stěžejní informaci, týkající se vlivu profesní identity na kvalitu poskytované péče, považujeme graf 7 a graf 10. V dotazníku se jednalo o otázky 12 a 20, přičemž otázka 20 byla položena jako kontrolní (viz příloha 1). Rozdíly v odpovědích se s ohledem na vzdělání sester lišily jen minimálně, neboť 64 % a 68 % sester se domnívá, že identita sestry ovlivňuje kvalitu jimi poskytované péče.

Abychom získali alespoň náhled na to jaká péče je poskytována pacientům, zjišťovali jsme u sester, zda se někdy setkaly s nevhodně poskytnutou péčí (tabulka 6). V odpovědích převažovaly, ovšem jen s minimálním rozdílem, odpovědi záporné a jako důvod pocitu nevhodně poskytnuté péče uváděly sestry především „nevhodné chování“, „chyby při poskytování péče“, „špatnou komunikaci“ a další (tabulka 6a). Všechny

důvody, které jsou uvedeny v tabulce byly rovnoměrně zastoupeny u všech sester bez ohledu na dosažené vzdělání. Při poskytování ošetrovatelské péče je sestra v bezprostředním kontaktu s pacientem. Proto nás zajímalo, zda se sestry někdy setkaly s nevhodným přístupem k pacientovi, načež 54 % sester odpovědělo kladně (tabulka 7). Důvody, které u nich vyvolaly pocit studu za způsob jakým kolegyně přistupovala k pacientovi, jsou uvedeny v tabulce 7a. Největší zastoupení odpovědí bylo u sester s bakalářským vzděláním, přičemž hlavním důvodem pocitu studu bylo uvedeno „nevhodné chování“, „špatná komunikace s pacientem“, „hrubost“, „nezájem o pacienta“, „ponižování pacienta“ a mnoho dalších. Jedná se o jevy, které se, i přes zavedení standardů a programů zaměřených na zvyšování kvality poskytované péče, ve zdravotnictví stále vyskytují a vymýtít tyto nešvary je během na dlouhou trať. Této situaci napomáhá nedostatek personálu a také jeho nedostatečné finanční i jiné ocenění. Jak uvádí Škrála (55) a Bártlová (8), patří podpora personálu ze strany zaměstnavatele, k jednomu z nejvýznamnějších faktorů jímž může být zvyšována kvalita poskytované péče.

Sestrám jsme položili otázku, zda si myslí, že obhajují profesní identitu sestry a do jaké míry pro ně toto tvrzení platí (tabulka 11). Jako pozitivní můžeme považovat to, že hodnotu „vůbec“ označily pouze 2 % sester, avšak za pozitivní nelze považovat ani hodnotu „významně“, protože tuto nejvyšší možnou hodnotu, označilo pouze 12 % sester. Možnost „částečně“ zvolilo 35 % sester, což bylo nejpočetnější zastoupení. Když jsme se zaměřili na dosažené vzdělání u sester, zjistili jsme, že sestry s vysokoškolským vzděláním hodnotily svoji míru identifikace pozitivněji (hodnoty 6, 7, 8 a „významně“, což ostatně odpovídá i poznatkům Bedrnové, Nového (12) a Štikara (56), že vyšší vzdělání napomáhá větší identifikaci s vykonávanou profesí.

Při hodnocení platnosti námi stanovené H1, jsme se opírali i o výsledky statistického zpracování dat. Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali, zda je přítomen vztah mezi identifikací s profesí sestry a názorem sester, že identita ovlivňuje kvalitu poskytované péče (kontingenční tabulka 1,2). Dosažená hladina významnosti byla 0,1 % a u kontrolní otázky byl výsledek 0,2 %, tedy menší než 5 %, čímž se

potvrdila existence vztahu mezi identifikací s profesí a jejím vlivem na kvalitu péče (Chí kvadrát test 1,2). Můžeme říci, že H1 byla potvrzena.

Další hypotézou, jíž jsme stanovili, byla H2: Sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují do kvalitní ošetrovatelské péče. Pomocí otázek v dotazníku jsme chtěli zjistit, jak jsou sestry identifikovány se svojí profesí a zda svoji identitu aplikují do kvalitní ošetrovatelské péče. Podle Bačové totiž „identita dodává smysl konání osoby v sociálních rolích, ale i v soukromí (16, s. 202)“.

Na otázku jak sestry vnímají svoji profesi odpovídaly sestry vesměs kladně (tabulka 4). „Negativně“ vnímají svoje povolání 4 sestry a za „nedůstojné“ jej označily 3 sestry a všechny spadaly do věkového období od 31-54 let. Napadá nás otázka, proč tyto osoby vlastně profesi sestry vykonávají. Další uváděná možnost „holka pro všechno“ se objevila ve všech kategoriích sester bez ohledu na dosažené vzdělání. Toto označení odpovídá tomu, že sestry při své práci mnohdy přebírají i povinnosti a práci jiných pracovníků, nejčastěji nižšího či pomocného zdravotnického personálu. Toto přebírání povinností může vést až k nechuti vykonávat svoji práci s takovým osobním zaujetím a nasazením, jak by tomu bylo v případě ideálních pracovních podmínek. Profese sestry se pak stane dle Bártlové (8) a Gulášové (22) pouhým zaměstnáním vykonávaným pro výdělek, nikoliv pro vnitřní uspokojení sestry.

Součástí profese sestry je i její vzhled a uniforma, která k této profesi neodmyslitelně patří. Při vyslovení slova sestra se většině lidí vybaví osoba oděná do modrých šatů s bílou zástěrou a naškrobeným čepcem, přestože je tato uniforma již minulostí. Přesto je uniforma sestry důležitá, neboť vyjadřuje příslušnost osoby k dané profesi a způsob, jakým jednotlivé sestry svoji uniformu nosí, dává všem v okolí najevo, jak vysoce si své profese váží. Proto jsme zjišťovali zda se sestry domnívají, že je uniforma důležitá pro vyjádření profesní identity a 82 % sester odpovědělo kladně (tabulka 5). Na škále pak měly sestry vyznačit do jaké míry s tímto tvrzením souhlasí. Pouze 3 % sester označily hodnoty nižší než „částečně“ a jednalo se o sestry se středoškolským a pomaturitním specializačním vzděláním. 24 % sester označilo kategorii „částečně“ a tato se stala také nejvíce uváděnou. Kategorii „významně“ zvolilo 19 % sester a tvrzení, že uniforma sestry je důležitá pro vyjádření identity sestry

odmítlo celkem 18 % sester, z nichž byly 4 % s vysokoškolským vzděláním. Důležitost upraveného zevnějšku sestry, včetně kultivovaného projevu zdůrazňuje i Staňková, neboť sestra s výrazným líčením, ve vytahaném svetru rozhodně nemůže u pacientů vzbudit pocit důvěry ve svou osobnost (49). Podobný názor uvedla i R2, která uvedla: „Samozřejmě sem patří i úprava zevnějšku. Sestra by o sebe měla dbát....“ Respondentka 1 dokonce uvádí, že „pod pojmem identita sestry si představuji člověka v sestřské uniformě....“.

S názorem, že profesní identita sestry ovlivní kvalitu ošetrovatelské péče, souhlasilo 64 % sester a výsledek z kontrolní otázky byl téměř shodný, protože s tímto tvrzením souhlasilo 68 % sester (graf 7,10). Jak uvádí Bártlová, Chloubová (10) a Gulášová (22), poskytují spokojené sestry kvalitní péči, protože je toto povolání naplňuje a přináší jim vnitřní uspokojení. Podle Záškodné (38) se profesní identita sestry se začíná formovat již při kvalifikačním vzdělávání, utvrzuje se v průběhu výkonu tohoto povolání, přičemž s postupujícím časem se charakteristiky spojené s touto profesí stávají součástí nejen profesní, ale i osobní identity jedince. „Na základě ztotožnění se s danou profesí plní jedinec očekávané chování a utužuje ve svém sebepojetí obraz sebe jako pomáhajícího pracovníka (38, s.154)“.

Při zjišťování, zda se sestry ve své praxi setkaly s nevhodně poskytnutou péčí, byly odpovědi zobrazené v tabulce, uvedené sestrami ze všech kategorií dosaženého vzdělání (tabulka 6a). „Chybně poskytnutou péčí“ uvedlo 34 % sester s bakalářským a 44 % sester s magisterským vzděláním, zatímco zastoupení této odpovědi u sester s nižším dosaženým vzděláním bylo daleko méně. Další odpovědi uváděné sestrami, se týkaly především pochybení při jednání a komunikaci s pacienty, nežli při poskytování péče jako takové. Podobné prohřešky při jednání s pacienty uvedly ve svém článku i Cichá s Orságovou (15) a zdůrazňují také, že „ani nedostatek času neopravňuje sestru k netečnosti nebo k nezdrovořilému či přímo arogantnímu chování k nemocnému (15, s.61)“. Špatná nebo dokonce žádná komunikace a nevhodné chování sester i ostatního zdravotnického personálu patří ostatně mezi nejčastější etické prohřešky vůči pacientům i jejich blízkým (15). Z tohoto důvodu jsme se zajímali o názor sester, zda se domnívají, že identita sestry souvisí s komunikací a překvapila nás jednoznačnost kladných

odpovědí. Odpověď ano zvolilo celkem 72 % sester, přičemž 100 % souhlas vyslovily sestry s magisterským vzděláním (graf 11). Způsob, jakým sestra komunikuje s pacienty i se svými kolegy, svědčí o tom jak vyžralou osobností je. Podle Ciché s Orságovou (15) a stejně tak i Staňkové (49) se ve způsobu projevu pozná, do jaké míry se sestra identifikovala se svoji profesí a jaká je její profesní image. Při prosazování svých názorů je důležité, aby sestra byla schopna obhájit si své stanovisko, avšak velmi záleží na tom, jakým způsobem toto provede (15,53). V našem šetření jsme se také zaměřili na to, zda se sestry při své práci setkaly s porušením etických zásad při prosazování názorů svými kolegyněmi. 73 % sester odpovědělo záporně, zatímco zbylých 27 % odpovědělo kladně (tabulka 8) a nejčastěji uváděnými prohřešky byly „bezohlednost“, „nerespektování názorů druhých“, „nevhodné chování“, „hrubost“, „hloupost“, „nepřiměřené reakce“, „arogance“, „neodbornost“, „egocentrismus“, „zesměšňování druhých osob“ a „konfliktní chování“. Jak vidno je tento výčet nešvarů opravdu bohatý a pokud se jej sestry dopouští, měly by si uvědomit, že v dnešní době jsou si pacienti více než vědomi svých práv a budou se i častěji domáhat jejich dodržování. To může vést k nárůstu stížností na zdravotnický personál a ve svém důsledku i ke snížení důvěryhodnosti zařízení, které připustí takové porušení etických zásad. Ačkoliv je sestra také jenom člověk, je zapotřebí, aby se porušení etických práv v komunikaci s pacientem, a nejen s ním, dopouštěla co nejméně (15).

Aby mohla být poskytována péče kvalitní je důležité, aby sestra přijala svoji profesi se vším co k tomuto povolání patří, neboť dle Bártlové (9) a Šrkly (55) se v přístupu s jakým vykonává své povolání odráží její vztah k vybrané profesi. Abychom zjistili, jak se ztotožnily jednotlivé sestry s touto rolí, měly vyznačit na škále jak ony samy obhajují svoji profesní identitu (tabulka 11). Výsledky nejsou příliš optimistické, neboť hodnotu „významně“ označilo pouze 12 % sester, z nichž tuto možnost neoznačila ani jedna sestra s vyšším odborným vzděláním. Nejvíce se s touto kategorií ztotožnily sestry s magisterským vzděláním, neboť z celkového počtu 9 sester označilo tuto možnost 5 (56 %) sester. Sester s bakalářským vzděláním bylo 6, což činí z celkového počtu 53 (100 %) sester s bakalářským vzděláním rovných 11 %. Sester se středoškolským vzděláním bylo 10 (9,5 %) z jejich celkového počtu 105 (100 %) a

sester s pomaturitním specializačním vzděláním bylo 9 (1 %) z jejich celkového počtu 78 (100 %) sester.

Na otázku zda sestry obecně obhajují svoji profesní identitu odpovědělo 33 % sester „částečně“, zatímco hodnotu „významně“ uvedlo pouze 13 % sester. Zajímavé je, že hodnotu méně než „částečně“ neuvedla jediná sestra s magisterským vzděláním (tabulka 12). Příčinou může být, že se jedná o učitelky odborných předmětů, které se do praxe dostávají v rámci výuky studentů a tak se jich každodenní problémy spojené s provozem na oddělení nebo v zaměstnání sestry obecně, dotýkají jaksí zprostředkovaně. Sestry, které označily na škále hodnoty méně než „částečně“, uváděly jako nejčastější důvod tohoto svého pocitu, že „sestry nikdo neposlouchá“. Tento pocit sdílely především sestry se středoškolským a pomaturitním specializačním vzděláním. Důvod proč tomu tak je nám zůstal utajen, neboť svoji odpověď sestry již více nerozváděly. Přesto se můžeme domnívat, že ostatní možnosti nahrávají tomu, proč byl tento názor uveden. Dalšími odpověďmi byly možnosti, že „některé sestry nejsou se svojí profesí natolik identifikovány, aby ji dostatečně obhajovaly“ nebo také to, že „sestry neumí tak dobře argumentovat jako lékaři“. Tato stále ještě přetrvávající řevnivost mezi profesí sestry a lékaře může být také příčinou, proč sestry uvedly tento důvod. Podobný názor jsme zaznamenali i během kvalitativního šetření, kdy R2 uvedla, že „společnost práci sestry pořád nedoceňuje, pořád jsou preferováni doktoři a když se jedná například o peníze tak se doktoři semknou a bojují, zatímco sestry spíš pasivně čekají jestli na ně něco zbyde“. Stejně tak R3 uvedla, že „o rovnosti a partnerství mezi sestrami a lékaři nemůže být řeč“ a podobný názor nám sdělila i R6: „Lékaři na vedoucích postech přistupují k sestrám s despektem a přenáší tyto způsoby chování na mladší kolegy a vytváří se bludný kruh...“. Profese sestry je sice stále ještě zastíněna profesí lékařskou a jak uvádí Bártlová (3,6), zřejmě tomu tak bude i nadále, neboť mnoho odborníků stále považuje profesi sestry spíše za poloprofesi, nežli za plnohodnotnou profesi. Příčinou je, že povolání lékaře má a bude vždy mít v systému zdravotnické péče dominantní postavení. V rukou lékaře spočívá stanovení diagnózy, stejně jako léčba nemocných a sestry budou stále považovány za pomocníci lékaře nežli za samostatné odborníky. Není cílem, aby sestra upírala lékaři jeho výsadní postavení, ale jak uvádí Šimek (53) nebo Bártlová

(4,10) je potřeba, aby byla lékaři kvalifikovanou a erudovanou spolupracovnicí, která umí argumentovat a své argumenty doložit i důkazy, nikoliv svými pocity. Nelze však vinu za nedostatečné ocenění profese sestry svalovat na lékaře, protože ani sestry samy mnohdy nepřispívají k dobré pověsti svojí profese. Jak může vzbuzovat důvěru stvoření pokřikující po chodbách, užívající vulgarismy a kterou obtěžuje pokud pacient něco potřebuje?!

Při vyhodnocování platnosti H2 jsme se opírali také o výsledky statistického zpracování dat. Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali přítomnost vztahu mezi identitou sestry a výskytem nevhodně poskytované péče (kontingenční tabulka 3). Dosažená hladina významnosti byla 8,2 %, tedy více než 5 %, z čehož vyplývá, že míra identifikace s profesí nemá vliv na výskyt nevhodně poskytované péče (Chí kvadrát test 3). S přihlédnutím k výsledkům výzkumu i statistického zhodnocení můžeme říci, že H2, která říká, že sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují do kvalitní péče, byla potvrzena.

V rámci tématu diplomové práce jsme stanovili i H3, která byla zaměřena na aplikaci profesní identity sestry v multidisciplinárním týmu. Chtěli jsme zjistit, zda si sestry uvědomují svoji profesní identitu a zda ji následně také aplikují při své práci v multidisciplinárním týmu. Problematika prosazování profesní identity sestry v multidisciplinárním týmu je v současné době velmi aktuální, neboť postavení sestry mezi spolupracovníky i ve zdravotnictví jako takovém, prochází výraznými změnami (10). Aby mohly tyto změny proběhnout, je nezbytně důležité vytvořit pro tuto transformaci vhodné (pozitivní) pracovní klima, neboť spokojenost sester se svojí prací, stejně jako vytvořená profesní identita, se odrazí na kvalitě jimi poskytované péče (8).

Možnost uplatnění kompetencí sestrou byla již uvedena u vyhodnocování výsledků u H1. Důležité je, že 95 % sester má možnost své kompetence při práci uplatnit, což lze považovat za velmi pozitivní jev, protože k efektivnímu vykonávání své profese potřebuje sestra, aby byly její kompetence ostatními spolupracovníky respektovány (6). Umět prosazovat své kompetence a názory tak, aby nedocházelo ke vzniku konfliktů, ale není věc jednoduchá. Nežádka dochází i k situacím, kdy sestra bezohledně prosazuje své názory, aniž by respektovala názor druhé strany. Tyto situace uvedly

nejen sestry v našem šetření (tabulka 8), ale o podobném jevu se zmiňuje i Kristová (35), která uvedla jako jedny z nepříznivých faktorů pracovního prostředí sester: „zpochybňování odborné způsobilosti sester, nedostatek vzájemné důvěry, projevy závisti a nepřátelství (35, s. 96)“. 27 % sester se během výkonu svého povolání setkala s nevhodným způsobem při prosazování názorů a 73 % sester nikoliv. Z důvodů, které u dotázaných sester vyvolaly pocit studu, byly nejčastěji uváděny „bezohlednost“ a „nerespektování názorů druhých“ (tabulka 8a). Podobný problém zmiňuje i Bártlová s Chloubovou (10) a to především ve vztahu mezi sestrami a lékaři. Ti mnohdy odmítají uznat sestru jako partnera a vnímají ji stále jako sobě podřízeného pracovníka, který musí bezpodmínečně plnit jeho příkazy a nepochybovat o nich. Stejný problém uvedly při kvalitativních rozhovorech i dvě respondentky. Respondetka 3 řekla, že: „Pořád je doktor ten spasitel, který co řekne tak je svaté“ a respondentka 6 uvedla: „...lékaři na vedoucích postech přistupují k sestram s despektem a přenášejí tyto způsoby chování na mladší kolegy a vytváří se bludný kruh...“.

Vzhledem k námi stanovené hypotéze jsme chtěli zjistit, zda se sestry setkaly se situací, kdy se styděly za jednání některým ze svých kolegů při jednání se spolupracovníkem týmu. Stejně jako u prosazování názorů sestrami, popřelo výskyt tohoto jevu 62 % sester, 38 % sester se s nevhodným jednáním se spolupracovníky již setkalo. S přihlédnutím k dosaženému vzdělání označily možnost ano především sestry s bakalářským a vyšším odborným vzděláním (tabulka 9). Nejčastěji uváděnou možností byla „nadřazenost vůči ostatním spolupracovníkům“ a tato odpověď se vyskytla u všech sester od středoškolského po vysokoškolské vzdělání (tabulka 9a). Tento jev zmiňuje i Bártlová (5), neboť v důsledku profesionalizace povolání sestry, dochází mezi představitelkami této profese ke vzniku horizontálního elitářství. Jedná se o situaci, kdy sestry pracující s nejmodernějšími přístroji považují samy sebe za elitu. Podobně ji vnímá také laická, ale mnohdy i odborná veřejnost. Práce na specializovaných pracovištích je v důsledku toho považována za důležitější nežli například péče o seniory nebo na odděleních následné péče. Dalším důvodem, který sestry uvedly bylo „nevhodné chování“ vůči spolupracovníkům týmu, „arogance“, „nekolegialita“, „hrubost“, „lhaní“ a „manipulace“ (tabulka 9a). Podobné výsledky

získaly při svém výzkumu zaměřeném na Roli sestry a motivaci v povolání z roku 2003 i Jobbágyová s Kopeckou (30). 15 % respondentů z jejich výzkumu považuje „špatné interpersonální vztahy za mimořádnou zátěž (30, s. 81)“ Oproti tomu z výzkumu Bártlové z roku 2006 (4), vyplývá, že „celkové hodnocení pracovní atmosféry na pracovištích všeobecných sester v ČR vyznívá příznivě, neboť 2/3 dotázaných ji hodnotí jako přátelskou a kooperativní. Na hodnocení atmosféry má však velmi silný vliv charakter pracoviště a způsob výkonu povolání (4, s. 17)“.

V souvislosti s prosazováním názorů nás zajímalo, zda sestry souhlasí s tvrzením, že profesní identita souvisí s komunikací. Výsledek nás celkem příjemně překvapil, neboť 72 % sester odpovědělo ano (graf 11). Jak uvádí Prudíková (46), Staňková (49) a Šimek (53), je způsob, jímž se sestra projevuje, důležitý pro vyjádření její profesní image. Mluvíme-li o komunikaci, máme tím na mysli nejen verbální projev, ale snad důležitější a veřejností i pacienty více vnímaný, projev neverbální. Jedná se především o způsob jímž sestra přistupuje ke své práci, pacientům i kolegům, ale také to jak se chová mimo své zaměstnání. Tím jak se sestry projevují na veřejnosti, vytvářejí své profesní image, která může k tomuto povolání přilákat více zájemců nebo je také velmi účinně odradit (9,46,53,55).

Údaje týkající se obhajoby profesní identity jednotlivými sestrami, stejně jako i sestrami obecně byly již uvedeny v diskusi k H2.

Při vyhodnocování platnosti H3 jsme se opírali i o výsledky statistického zpracování dat. Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali přítomnost vztahu mezi identifikací s profesí a výskytem nevhodného prosazování názorů sestrou (kontingenční tabulka 4). Hodnota dosažené hladiny významnosti byla 6,8 %, tedy více než 5 % a z toho vyplývá, že míra identifikace s profesí nemá vliv na způsob prosazování názorů sestrou (Chí kvadrát test 4). Dále jsme testovali i přítomnost vztahu mezi identifikací s profesí a výskytem nevhodného jednání s kolegy (kontingenční tabulka 5). Hodnota dosažené hladiny významnosti byla 9,7 %, tedy více než 5 %, z čehož vyplývá, že míra identifikace s profesí nemá vliv na výskyt nevhodného jednání s kolegy (Chí kvadrát test 5). S přihlédnutím ke všem výsledkům vztahujícím se k H3, můžeme konstatovat,

že H3, která říká, že sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují v multidisciplinárním týmu, byla potvrzena.

Vzhledem k tomu, že život sestry se neodehrává pouze na jejím pracovišti, ale i v rodině, která má na ni velký vliv, chtěli jsme zjistit, jak vnímají profesní identitu sestry blízké osoby. Byla stanovena H4: Z pohledu příslušníků rodiny mají povinnosti vůči rodině přednost před vyjádřením profesní identity sestry. Ke zhodnocení této hypotézy byly využity a porovnány výsledky z výzkumu od sester a také od blízkých osob.

Otázky v dotazníku pro sestry (viz příloha 1), byly zaměřeny na jejich pocity, jak si myslí, že je vnímají jejich blízcí z profesního hlediska. Nejvíce sester se domnívá, že rodina vnímá profesi sestry „pozitivně“ a tato možnost byla uvedena sestrami všech věkových kategorií (tabulka 3). Rozdíl v početním zastoupení mezi kategorií „pozitivně“ a druhou nejčastěji uváděnou možností „náročné povolání“ byl velmi znatelný. Často uváděným názorem od sester bylo, že rodina vnímá profesi sestry jako „běžné zaměstnání“, některé sestry pocítují ze strany rodiny „obdiv“, ale také se vyskytlo i záporné hodnocení, jako například „negativní vnímání profese sestry“ nebo kategorie „holka pro všechno“. Jako dodatek sestry často uváděly, že důvodem k tomuto postoji ze strany rodiny je především „směnný provoz a práce o svátcích a víkendech“. Negativní postoj ze strany rodiny může mít dopad na práci sestry z důvodu konfliktu mezi rolemi sestry, matky, manželky, přítelkyně a dalších. Rolový konflikt pak může vést u ženy-sestry k vyšší psychické zátěži (17) a sestra pak nemůže ve svém rodinném prostředí načerpat zpět síly a energii, kterou vydala při svém náročném povolání (53). Porovnáme-li odpovědi sester (tabulka 3) s názory blízkých osob, týkajících se obecného pohledu na profesi sestry (tabulka 13), zjistíme, že některé odpovědi jsou totožné. Názor, že profese sestry je „náročné povolání“ byla blízkými osobami uváděná jako nejčastější a pozice odpovědi „běžné zaměstnání“ byla stejná jako tomu bylo u sester. Zajímavostí je, že u blízkých osob se vůbec nevyskytlo negativní hodnocení této profese, protože odpověď „nic pro mě neznamena“ nelze považovat za vysloveně zápornou. Z možných odpovědí uváděných blízkými osobami můžeme vyčíst úctu a respekt k této profesi, což lze považovat za pozitivní jev, který by

se měly sestry dovědět, neboť ty stále ještě pociťují nedostatek respektu a úcty vůči svému povolání. Samozřejmě to neplatí pro všechny sestry obecně, ale lze říci, že stále ještě převážná většina sester vnímá svoje povolání jako málo prestižní a nedocenené. Podobné zjištění zmiňuje i Kristová ve svém příspěvku týkajícím se příčiny krize v interpersonálních vztazích mezi sestrami a pacienty, kdy „nízký společenský status sester a nedostatečné ocenění jejich práce může být příčinou zhoršení těchto vztahů (35, s.95)“. Také Bártlová se ve svém výzkumu provedeném v rámci řešení grantového úkolu zaměřeného na Změny v postavení sestry na počátku tisíciletí (při vstupu do EU) setkala spíše s průměrným, až nižším hodnocením společenské prestiže (9). My jsme se s podobnými údaji setkali při kvalitativním šetření (tabulka 21,23). V rozhovorech uvedly respondentky 1, že: „z pohledu prestiže tohle povolání nepovažuji za prestižní ani náhodou“. Respondentka 2 říká, že „společnost tohle povolání nedoceňuje“, respondentka 3 uvádí podobný názor: „tohle povolání není mezi lidma brané jako prestižní“. Stejně tak uvedla respondentka 4, že „společnost ještě stále nedokáže tuto profesi ocenit“ a respondentka 6 je toho názoru, že „společenská prestiž je hluboce pod evropským průměrem“. Pouze respondentka 5 uvedla, že „považuji tohle povolání za docela prestižní“.

Na postoj rodinných příslušníků k profesi sestry jsme se dotazovaly i při kvalitativním šetření (tabulka 24). Respondentka 2 uvedla, že: „...rodinné záležitosti by mohly být příčinou proč bych toto povolání opustila, obzvláště pokud bychom to nebyli schopni časově skloubit“, zatímco ostatní respondentky uváděly, že „partner si musel na směny zvyknout“. Podle průzkumu Červenkové (17), která mapovala hranice mezi profesí a soukromím v psychice sestry, trpělo pocitem viny vůči partnerovi často 18 % sester, někdy 53 % sester a vůbec tento pocit nemělo 29 %. Tyto výsledky korespondují s tím, co uváděla při kvalitativním (tabulka 22) i kvantitativním (tabulka 10) šetření většina respondentek.

K této problematice se mohli otevřeně vyjádřit i blízké osoby (viz příloha 2), protože jsme chtěli znát co osobně pro ně znamená, že jim blízká osoba pracuje jako sestra (tabulka 14). Nejčastěji byly uváděny možnosti „nic mimořádného“, ale i to, že povolání blízké osoby „přináší jisté výhody, jako například protekce u lékaře, objednání

na čas nebo kvalitnější péče v nemoci“. Mezi pozitivní odpovědi patří bezesporu „hrdost rodiny na zvolení si profese sestry“. Přes vcelku pozitivní pohledy blízkých osob se však vyskytly i odpovědi negativní, k nimž bezesporu patří i odpověď, že profese sestry „omezuje chod rodiny“. Tuto možnost uváděli převážně respondenti ve věku mezi 31-44 lety. Mezi názory se také objevila odpověď, že blízká osoba „tráví příliš mnoho času v práci“. Velmi negativně jistě působí na psychiku sestry pocit, že se jejich partner (nebo jim blízká osoba) „cítí osamělá“. Tuto možnost uváděly všechny věkové skupiny blízkých osob, nikoliv jen osoby nad 55 let. Příčinou pocitu samoty může být jednak časová náročnost povolání sestry, ale i to, že sestra, která je při své práci v neustálém interpersonálním kontaktu, vyhledává po příchodu ze zaměstnání spíše klid a ticho. Tato touha po chvilce klidu a ticha však může být důvodem, proč se její blízcí cítí osamělí. K tomu, aby mohla být sestra dobrá ve svém povolání, ale i v ostatních sociálních rolích (partnerka, matka), je potřeba, aby měla dobré rodinné zázemí a takové zájmy, které jí pomohou energii načerpat zpět a nikoliv ji připravit i o ty poslední zbytky (6,53). Pokud sestra nemůže nebo snad neumí kvalitně a přiměřeně relaxovat a odpočívat, může dle Gulášové (22) vést její vyčerpání až k syndromu vyhoření. S ohledem na význam dobrého rodinného zázemí v životě sestry, nás zajímalo, zda rodina sestry zohledňuje náročnost její profese při svých požadavcích vůči ní. Podobně, jako tomu bylo u výzkumu Červenkové (17), tak i 69 % sester v našem šetření zvolilo možnost, že rodina bere ohled na náročnost její profese. Zbýlých 31 % sester nepocítuje od rodiny žádné ohledy (graf 8). Mezi odpověďmi sester ve věku mezi 31-44 lety označilo možnost ano, berou ohledy 60 % sester a ne, neberou ohledy 40 % sester.. Toto zjištění nelze považovat za příliš optimistické, neboť v období rané dospělosti přibývá v životě ženy několik nových rolích, které jsou pro ni stejně důležité jako role sestry. Patří k nim role manželky nebo partnerky, ale především role matky. Ta s sebou přináší výrazné změny v životě ženy i jejího partnera a je nanejvýš žádoucí, aby právě partner byl ženě oporou a dodával jí sil, když bude potřebovat. Jak uvádí Červenková (17) nebo Gulášová (22) spočívá péče o děti i domácnost právě na ženě a pokud pracuje jako sestra ve směnném provozu, může docházet jednak ke konfliktu mezi rolí sestry, matky a manželky, tak i k postupnému psychickému i fyzickému

vyčerpání, neboť práci na dvou pracovištích (zaměstnání a domácnost) není možné dlouhodobě zvládnout.

Jelikož je profese sestry časově, psychicky i fyzicky náročná a jak uvedly sestry v kvalitativním šetření, „musel si partner na směnný provoz zvyknout“, zajímalo nás zda by rodina chtěla, aby jim blízká osoba svoji profesi změnila. Výsledky pro nás byli hodně překvapující, neboť se změnou profese nesouhlasilo 50 % respondentů a nejvíce ji odmítali respondenti, žijící se sestrou v manželském svazku. Po nich následovali respondenti z kategorie přítel, rodič, dítě, kamarád, sourozenec a spolupracovník. Přání, aby jim blízká osoba změnila profesi, označilo 22 % respondentů, přičemž největší zastoupení měla tato odpověď také u kategorie manžel. Vůbec tuto možnost nevybrali respondenti, kteří jsou se sestrou v kamarádském nebo sourozeneckém vztahu, což je pochopitelné, neboť nejsou s osobou, která pracuje jako sestra v každodenním kontaktu a tudíž je její povolání nikterak neomezuje. 28 % respondentů označilo odpověď nevím a nejvíce byla tato odpověď uváděna manžely. Tento jejich postoj může mít různé důvody a jedním z nich může být relativní stálost pracovního zařazení partnerky a tím i jistota stálého finančního příjmu. Podobný důvod uvedla i respondentka 3, která říká, že „v době krize jaká je, jsem si vybrala povolání, které tady bude vždy, takže mám i takovou tu jistotu, že mám práci“.

Vzhledem k náročnosti profese sestry, která se odráží i v běžném životě mimo pracoviště, nás zajímalo, jakým způsobem zasahuje profese sestry do požadavků rodiny vůči osobě, která pracuje jako sestra (tabulka 17). K našemu překvapení uvedly blízké osoby nejčastěji odpověď, „že profese sestry nezasahuje do požadavků nebo očekávání od sestry“. Tuto možnost neuvedli pouze spolupracovníci sestry, což je pochopitelné, neboť sami vědí, jak zatěžující a někdy i omezující může povolání sestry být. Ovšem druhou nejvíce početně zastoupenou odpovědí blízkých osob bylo, že povolání sestry „velmi zasahuje do požadavků a očekávání, které vůči sestře mají“. Ze všech odpovědí uváděných respondenty, můžeme za pozitivní považovat pouze odpověď „jisté výhody (pomoc v nemoci či rada při obtížích)“. Odpovědi jakými byly například „kompromisy (zvykl jsem si)“, „málo volného času“, „omezení života“, „směnný provoz a víkendové služby“, „špatné plánování společných aktivit“, „únava a stres blízké osoby“, totiž

poukazují spíše na to, jak významně zasahuje a ovlivňuje profese sestry její život i možnost plnit své závazky vůči rodině a partnerovi. K tomu může dojít především u sestry, která se ztotožnila se svojí profesí natolik, že se atributy této profese staly její osobní součástí natolik, že nadále již bude vnímat sama sebe jako pomáhající osobu (38). Mezi lidmi je tento pojem znám pod označením „profesionální deformace“ a je chápán spíše jako pejorativní označení, nežli jako vlastnost hodná obdivu.

Kromě ovlivnění požadavků a očekávání jsme chtěli zjistit, zda a do jaké míry zasahuje profese sestry do běžného života její rodiny (tabulka 18). V tomto případě uváděli respondenti, že profese sestry „velmi zasahuje do běžného života rodiny“. Nejvíce tento problém trápí respondenty, kteří žijí se sestrou v manželském svazku. Druhou nejčastěji uváděnou možností bylo, že profese sestry „nijak nezasahuje do jejich běžného života“. I v tomto případě je ze všech uvedených odpovědí pozitivní pouze odpověď „nijak nezasahuje“ nebo „poradí mi a je empatická“. Dalšími důvody, které respondenti uváděli jako zásah do běžného života, byly „směnný provoz a služby o víkendu“, „málo času stráveného s rodinou“, „omezení života“, „špatné plánování společného času“, „nepravidelný režim služeb a přesčasy“, ale také „stres a únava, kterou si sestra přináší ze zaměstnání“. V souvislosti s uvedenými odpověďmi nás zajímalo, co by chtěli rodinní příslušníci na profesi sestry změnit, aby se stala méně zatěžující. Námi očekávaná předpověď vyšší finanční ohodnocení se naplnila, protože nejvíce uváděnou odpovědí blízkých osob bylo „více peněz“ (tabulka 19). Finanční ohodnocení sester v naší zemi je nedostačující a to nejen podle sester samotných, ale i z pohledu rodinných příslušníků, s nimiž sestry žijí v příbuzenském či partnerském svazku (30,35). Překvapila nás však odpověď, jež byla v pořadí hned za finančním ohodnocením a tou byla možnost „nic bych na profesi sestry neměnil/a“. Další odpovědi „více volného času“, „více ocenění“, „jednosměnný provoz bez víkendových služeb“, „méně práce“ nebo „kratší směny“, korespondují s odpověďmi, které blízcí uváděli v souvislosti s omezením při svých požadavcích vůči osobě pracující jako sestra a v běžném životě (tabulky 17,18). I když byly odpovědi blízkých osob vesměs negativní, přesto by nechtěli, aby jim blízká osoba pracující jako sestra tuto profesi změnila.

V souvislosti s vyhodnocováním platnosti H4 jsme přihlíželi i ke statistickému zpracování dat. Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsme testovali přítomnost vztahu mezi věkem sester a jejich pocitem, že rodina bere ohled na náročnost jejího povolání při svých požadavcích (kontingenční tabulka 6). Hodnota dosažené hladiny významnosti byla 5,6 %, tedy více než 5 % z čehož vyplývá, že mezi věkem sester a jejich pocitem, že rodina zohledňuje náročnost povolání sestry při svých požadavcích je minimální vztah (Chí kvadrát test 6). Vzhledem k tomu, že se dosažená hladina významnosti velmi přibližuje 5 % není výsledek příliš jednoznačný. Dále jsme testovali přítomnost vztahu mezi věkem sester a jejich pocitem, že rodina zohledňuje náročnost jejího povolání v běžném každodenním životě (kontingenční tabulka 7). Hodnota dosažené hladiny významnosti byla 15,8 %, tedy více než 5 %, z čehož vyplývá, že mezi věkem sester a jejich pocitem, že rodina zohledňuje náročnost jejího povolání v každodenním životě je minimální vztah (Chí kvadrát test 7). U blízkých osob jsme testovali přítomnost vztahu mezi typem vztahu v němž byli respondenti vůči sestře a změnou profese sestry (kontingenční tabulka 8). Hodnota dosažené hladiny významnosti byla 0,8 %, tedy méně než 5 %, z čehož vyplývá, že mezi typem vztahu k sestře a změnou profese je významný vztah (Chí kvadrát test 8). Přestože, byly výsledky velmi nejednoznačné a rozdíly v názorech respondentů jsou velké, můžeme říci, že H4: Z pohledu příslušníků rodiny mají povinnosti vůči rodině přednost před vyjádřením profesní identity sestry, nebyla potvrzena.

Jelikož na pracovištích spolupracují nejen sestry s rozdílným věkem, ale v posledních několika letech i s rozdílným vzděláním, chtěli jsme zjistit jak vzdělání ovlivňuje profesní identitu sestry. Stanovili jsme H5: Profesní identita je přímo závislá na vzdělání. Vzdělávání sester prošlo od 80. let řadou změn s cílem poskytovat kvalitní péči, která odpovídá soudobým poznatkům v medicíně, psychologii, etice, pedagogice a dalších humanitních vědách. Přesto někteří autoři vidí v reorganizaci vzdělávání sester spíše touhu po zviditelnění se a získání vyššího společenského postavení této profese (6). Navzdory těmto názorům je celoživotní vzdělávání nezbytnou součástí profesního rozvoje sestry a je potřebné k získávání nových vědomostí a dovedností při poskytování péče pacientům ve zdravotnických zařízeních, ale i v jejich přirozeném prostředí (7,14).

Názory na vzdělávání sester se však mohou značně lišit, nejen z pohledu lékařů, ale i z pohledu samotných sester. Systém vzdělávání sester v České republice se řídí dle platných zákonů, jmenovitě podle zákona 96/2004 Sb. a odpovídá tak i strategii vzdělávání sester v ostatních státech EU (6). V rámci našeho výzkumu nás zajímalo jaký názor mají sestry na celoživotní vzdělávání (tabulka 1). Potěšujícím zjištěním byla odpověď, že „vzdělávání je důležité“, kterou uvedlo 32 % sester. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byl „pozitivní názor na vzdělávání sester“, přičemž tuto možnost uvedlo 30 % sester. 10 % sester však také uvedlo, že „vzdělávání je špatně zorganizované“ a je zajímavé, že tuto odpověď uvedly jak sestry se středoškolským, tak i s vysokoškolským vzděláním. Podle představy 6 % sester by se „vzdělání nemělo stát houbou za kreditními body“ a tuto odpověď uváděly ve větším početním zastoupení sestry se středoškolským a pomaturitním specializačním vzděláním. Názor, že „vzdělávání je zbytečné“ uvedlo 6 % sester, přičemž nejvíce tuto možnost psaly sestry se středoškolským vzděláním a neuvedla ji ani jedna sestra s magisterským či vyšším odborným vzděláním. Dalším dosti kontroverzním názorem bylo, že „praxe stačí“. Tuto možnost uvedla 2 % sester a jednalo se především o sestry se středoškolským a pomaturitním specializačním vzděláním. Názor, že „vzdělávat by se měla sestra pouze ve svém oboru“ uvedla sice jen 2 % sester, ale tuto odpověď uvedly sestry od středoškolského po vysokoškolské vzdělání. Kromě výše uvedených odpovědí, napsaly sestry i názory, že „vzdělávání sester by mělo být dobrovolné“, také „je finančně nákladné“, „není dostatek kurzů“ nebo že, „vzdělávání sester není zaměstnavatelem ohodnoceno“. 5 % sester se domnívá, že „vzdělávání sestry rozvíjí“ a 1 % uvedlo, že „vzdělávání zvyšuje kvalitu poskytované péče“. Z uvedených odpovědí je patrné, že sestry respektují, některé dokonce i vítají možnost se vzdělávat, ale při této činnosti často narážejí na překážky (14,45). Ze strany zaměstnavatele se sestry mnohdy nedočkají ani finančního ohodnocení dle platných tabulek, obzvláště jedná-li se o soukromý sektor, neboť zde si pravidla určuje zaměstnavatel a sestry stále ještě nemají takové postavení jako lékaři, aby si mohly diktovat podmínky za kterých budou pracovat. Této situaci navíc nahrává i fakt, že se v dnešní době vedle sebe na pracovištích pohybují sestry se středoškolským i vysokoškolským vzděláním, ovšem s

víceméně shodnou náplní práce (11). Proč by tedy měla mít sestra s vysokoškolským diplomem jiný plat nežli sestra se střední školou? Je-li situace taková, proč by se měly sestry vzdělávat, když jejich snaha po zvyšování kvalifikace nenajde patřičnou odezvu?! S podobným názorem jsme se setkali již při kvalitativní fázi výzkumu, kdy respondentka 3 uvedla, že „proč bych se měla vzdělávat ve svém volnu, když ocenění za to není žádný a pokud se nenapíšeš na nějaké školení tak budeš muset absolvovat to co ti přidělí.“ Kromě dosaženého vzdělání se na touze po vzdělání odráží i věk sester, přičemž platí, samozřejmě s výjimkami, že s vyšším věkem ubývá síla i touha po zavádění nových informací a postupů do své práce. Tento jev souvisí s vývojem, jímž prochází osobnost člověka během života (viz kapitola 1.1.2.2). Podobný názor uvedla v rozhovoru také respondentka 5. „S přibývajícím věkem se začínám cítit víc unavená, hlavně po stránce psychické. Už nejsem tak nadšená pro zavádění nějakých novot. Asi už na to nemám nervy a dost mě to psychicky vysiluje.“ Podobnou situaci zmiňuje i Bártlová s Jobánkovou (11). Ty hovoří o diskriminaci věkově starších sester, neboť v dnešním agresivně se rozvíjejícím světě je uplatňováno mládí a nadšení před zkušenostmi a rozvážností. K podobným výsledkům dospěly ve svém průzkumu i Bubníková, Víšková a Zdrubecká (14), které se zajímaly o názor sester na registraci a s tím související vzdělávání. Pro téměř polovinu jimi dotázaných sester představuje celoživotní vzdělávání honbu za kredity. Dalším zjištěním k němuž dospěly bylo, že u sester stoupá zájem o studium na vysoké škole nebo o specializační studium. A důvodem bývá právě větší počet získaných kreditních bodů, nežli je tomu za absolvování seminářů.

Podle Kubicové a Záškodné (38) se profesní identita začíná spolu s profesními postoji formovat již v období kvalifikační přípravy na budoucí povolání a proto nás zajímalo, zda sestry souhlasí s tvrzením, že vzdělání pomáhá ke vzniku profesní identity (graf 12). 62 % sester se domnívá, že vzdělání pomáhá k získání identity v profesi, přičemž nejjednoznačněji se odpověď ano vyskytla v kategorii sester s magisterským vzděláním, kde tuto možnost zvolilo 89 % sester. Po ní následovaly sestry s bakalářským vzděláním, kdy s tvrzením, že vzdělání napomáhá vzniku identity souhlasilo 70 % sester a třetí největší zastoupení měl tento názor u sester s vyšším

odborným vzděláním, tyto sestry souhlasily v celých 66 %. Sestry s pomaturitním specializačním vzděláním souhlasily v 59 % a sestry se středoškolským vzděláním souhlasily z 57 %. S ohledem na tento výsledek můžeme říci, že čím nižší má sestra vzdělání, tím méně se domnívá, že získání identity souvisí se vzděláváním. S tvrzením, že vzdělání napomáhá vzniku identity nesouhlasilo celkem 12 % dotázaných sester a odpověď nevíم označilo 26 % dotázaných sester, z nichž nebyla ani jedna neměla magisterské vzdělání. Tyto výsledky korespondují s tím co tvrdí Kubicová a Zášková (38) ohledně formování profesní identity během kvalifikačního vzdělání. Čím vyšší vzdělání, tím větší identifikace s profesí sestry a tedy i rolemi, které tuto profesi charakterizují. Dále jsme chtěli zjistit zda se sestry domnívají, že vzdělání může posílit identitu sestry (graf 13). I v tomto případě převažovaly kladné odpovědi a to celkem u 69 % dotázaných sester. Nejvíce s tvrzením, že vzdělání posiluje identitu sestry souhlasily sestry s magisterským a to celých 89 %. Po nich následovalo 75 % sester s bakalářským a vyšším odborným vzděláním a 65 % sester s pomaturitním specializačním a středoškolským vzděláním. S názorem, že vzdělání může posílit identitu sestry nesouhlasilo celkem 10 % sester a odpověď nevíم uvedlo 21 % dotázaných sester, přičemž vůbec tuto možnost neoznačily sestry s magisterským vzděláním. S tvrzením, že vzdělání může posílit identitu sestry souhlasilo více dotázaných sester nežli s názorem, že vzdělání napomáhá vzniku identity sestry. S tímto postojem jsme se setkali i při kvalitativní fázi výzkumu (tabulka 22,23), kdy všechny respondentky bez ohledu na dosažené vzdělání víceméně shodně uváděly, že „tuto profesi bych chtěla vykonávat do konce života, vyhovuje mi a je mi nejbližší (R1)“ nebo také, že „práce se mi líbí, baví mě, i když to nefunguje tak, jak se tomu člověk učil ve škole...(R2)“. Respondentka 3 zase uvedla, že „pohled na profesi sestry je stejný, myslím si, že tohle povolání je o člověku samotným...“. Respondentka 5 nám sdělila, že „tahle práce je pro mě důležitá, mám ji ráda. Pokud bych si měla volit co bych chtěla v životě dělat asi bych volila stejně.“ Také respondentka 6 uvedla, že „zásadně se mé představy o výkonu povolání nezměnily a myslím si, že důležité pro tuhle profesi je, aby měla sestra ráda lidi a práci by ji měla bavit. Musí si uvědomit, že tahle práce je o službě lidem s tím co k tomu patří“.

Podle názoru sester je vzdělání pro formování identity sice důležité, ale není tím jediným a nejdůležitějším faktorem, neboť vzdělání samo nezajistí takové osobnostní vlastnosti, které se u člověka rozvíjí již od nejtělejšího dětství (viz kapitola 1.1.2.1). Morálními vlastnostem, prosociálnímu chování, empatii a mnoha dalším osobnostním vlastnostem se člověk učí především v rodině, přičemž vzdělání je může pouze dále rozvíjet (15,26,38).

V souvislosti s vyhodnocováním platnosti H5 jsme vzali v úvahu i statistické zhodnocení výsledných dat. Pomocí Pearsonova Chí kvadrát testu jsem testovali vztah mezi mírou identifikace s profesí u jednotlivých kategorií dosaženého vzdělání (kontingenční tabulka 9). Hodnota dosažené hladiny významnosti byla 0,2 % tedy méně než 5 %, z čehož vyplývá, že míra identifikace s profesí je významně ovlivněna dosaženým vzděláním (Chí kvadrát test 9). S přihlédnutím ke všem zjištěným výsledkům můžeme říci, že námi stanovená H5: Profesní identita je přímo závislá na vzdělání, byla potvrzena.

6. Závěr

Na závěr bychom chtěli shrnout námi získané poznatky z výzkumu týkajícího se Významu identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče.

S ohledem na téma diplomové práce jsme si stanovili 4 cíle.

Cíl 1: Zjistit jak je vnímána identita sestry představitelkami ošetrovatelské profese. Tento cíl byl naplněn, neboť s ohledem na výsledky kvalitativního i kvantitativního šetření považuje většina sester identitu sestry za pozitivní a důležitou při výkonu svého povolání.

Cíl 2: Zjistit jak je vnímána identita sestry příslušníky rodiny. Tento cíl byl naplněn, neboť rodinní příslušníci si uvědomují důležitost této profese i její časovou, fyzickou, psychickou a emocionální náročnost. Vnímají dokonce její nedostatečné ocenění a to jak finanční, tak i z hlediska společenského uznání.

Cíl 3: Zjistit zda si sestry uvědomují vliv profesní identity na kvalitu poskytované péče. Tento cíl byl naplněn, neboť sestry si vliv profesní identity uvědomují a dokonce jej považují i za velmi důležitý při poskytování péče pacientům.

Cíl 4: Zjistit představy sester o profesní identitě. Také tento cíl byl naplněn, neboť v průběhu kvalitativního šetření jsme zjistili, že sestry si pod pojmem profesní identita představují především charakterové a pracovní vlastnosti, které by sestra měla mít.

V souvislosti s těmito cíli bylo stanoveno 5 hypotéz.

H1: Z pohledu představek ošetrovatelské profese ovlivňuje profesní identita kvalitu poskytované péče. S ohledem na výsledky z kvalitativního i kvantitativního šetření a s přihlédnutím ke statistickému zhodnocení dat, musíme říci, že H1 byla potvrzena.

H2: Sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují do kvalitní ošetrovatelské péče. Tato hypotéza se sice potvrdila, přesto však námi zjištěné výsledky stále poukazují na nedostatky v poskytované péči. Ty jsou většinou způsobeny nedostatkem personálního či materiálního vybavení, stejně jako pracovním přetěžováním sester, které musí mnohdy suplovat chybějící nižší zdravotnický personál.

H3: Sestry, které si uvědomují svoji profesní identitu ji aplikují v multidisciplinárním týmu. Také tato hypotéza byla potvrzena, ovšem je nutno dodat, že sestry stále musí

bojovat o svoje místo vedle lékařské profese, v jejímž stínu stále ještě stojí. A stejně jako u hypotézy 2 je potřeba, aby sestry mohly vykonávat pouze práci, která je v jejich kompetencích. To ovšem předpokládá, že sestry budou své kompetence znát.

H4: Z pohledu příslušníků rodiny mají povinnosti vůči rodině přednost před vyjádřením profesní identity sestry. Tato hypotéza se sice nepotvrdila, ale ze zjištěných výsledků můžeme říci, že rodina má velký vliv na to, jak bude sestra svojí profesi vykonávat. Z odpovědí rodinných příslušníků jsme zjistili, že profese sestry znamená pro mnoho blízkých osob důležité a náročné povolání, ale velmi zasahuje především do běžného života celé rodiny. Tuto skutečnost si uvědomují jak sestry tak i jejich blízcí a je zapotřebí, aby si obě strany byly schopny vyjít vstříc a mít pro sebe navzájem pochopení.

H5: Profesní identita je přímo závislá na vzdělání. Tato hypotéza se potvrdila, neboť samy sestry uváděly názor, že vzdělání je důležité pro získání profesní identity, ale více se uplatní při jejím posílení.

Výsledky našeho šetření je možné využít v kvalifikačním vzdělávání. Zde je nutné především využít možnosti podpořit profesní identitu budoucích sester a posilovat u nich prosociální chování, altruismus, empatii, ale také zdravé sebevědomí a zdůraznit významné postavení profese sestry ve zdravotnickém systému, stejně jako ve společnosti. V rámci celoživotního vzdělávání by se námi zjištěné výsledky daly využít k uspořádání semináře zaměřeného na posílení identifikace sester s jejich profesí a ke zlepšení jejich postavení jak mezi spolupracovníky, tak i ve společnosti jako takové.

7. Seznam literatury a použitých zdrojů

- 1) ANA *Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements*. Silver Spring, 2007. ISBN 10: 978-1-55810-176-0
- 2) ANASTISSIADOU, H., FRIEDLOVÁ, K. Pojetí ošetřovatelství u nás a v zahraničí. In *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Semily: Galén, 2000. s. 27-29. ISBN 80-86257-21-5
- 3) BÁRTLOVÁ, S. Je povolání sestry autonomní profesí? *Sociální práce*. 2005, roč. 6, č. 3, s. 108-113. ISSN 1213-6204
- 4) BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404
- 5) BÁRTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetřovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. 2007, roč. 9, č.2, s. 254-259. ISSN 1212-4117
- 6) BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4
- 7) BÁRTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace (srovnání s ostatními státy EU). In *Dny Marty Staňkové III, Vzdělávání sester: současnost a očekávání*. Praha: Galén, 2006, s. 61-65. ISBN 80-7262-434-2
- 8) BÁRTLOVÁ, S. Význam pozitivního pracovního prostředí v práci sester. In *Nové trendy v ošetřovatelství VI*. České Budějovice: Jihočeský Inzert Express. 2007, s. 26-31. ISBN 978-80-7040-992-3
- 9) BÁRTLOVÁ, S. *Změny v postavení sestry na počátku tisíciletí (při vstupu do EU)*. Závěrečná zpráva o řešení programového projektu podpořeného IGA MZ ČR. Registrační číslo NR/7960-3
- 10) BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 252-256. ISSN 1212-4117
- 11) BÁRTLOVÁ, S., JOBÁNKOVÁ, M. Je vzdělání sestry jen osobní problém? *Florence*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 43-44. ISSN 1801-464X
- 12) BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. vyd. Praha: Management Press, 2004. 586s. ISBN 80-7261-064-3

- 13) BOHUTÍNSKÁ, M. Profesionální stres u sester. *Sestra*. 2005, roč. 15, s. 16-18. ISSN 1210-0404
- 14) BUBNÍKOVÁ, H., VÍŠKOVÁ, I., ZDRUBECKÁ, P. Názor sester na registraci. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 10, s. 19-20. ISSN 1210-0404
- 15) CICHÁ, M., ORSÁGOVÁ, M. Etika v ošetrovatelství–konfrontace teorie s praxí. In *Nové trendy v ošetrovatelství V*. České Budějovice: Jihočeský Inzert Expres, 2006. s. 59-64. ISBN 80-7040-884-7
- 16) ČERMÁK, I., HŘEBÍČKOVÁ, M., MACEK, P. *Agrese, identita, osobnost*. 1. vyd. Brno : Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. 315s. ISBN 80-86620-06-9
- 17) ČERVENKOVÁ, Z. Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 6, s. 23-24. ISSN 1210-0404
- 18) ČTVRTLÍKOVÁ, M. Osobnost sestry, vztah sestry k nemocnému. In *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Semily: Galén, 2000. s. 15-17. ISBN 80-86257-21-5
- 19) DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. přel. Balcar, K. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 175s. ISBN 80-7178-606-3
- 20) ELLIS, J. R. *Managing and coordinating nursing care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2005. 479s. ISBN 0-7817-4106-8
- 21) GILLET, G. R., HARRÉ, R. *Diskurz a myseľ* (Úvod do diskurzívnej psychologie). přel. Berecká, O., Plichtová, J. 1. vyd. Bratislava: IRIS, 2001. 213s. ISBN 80-89018-08-4
- 22) GULÁŠOVÁ, I. Analýza příčin vzniku syndrómu vyhorenia u sester. In *Nové trendy v ošetrovatelství IV*. České Budějovice: 2005. s. 124-139. ISBN 80-7040-791-3
- 23) GULÁŠOVÁ, I. Sestra-obhájkyňa práv pacienta. *Kontakt*. 2005, roč. 7, č. 1-2, s. 53-58. ISSN 1212-4117
- 24) HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776s. ISBN 80-7178-303-X
- 25) HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. přel. Štěpaníková, I. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 165s. ISBN 978-80-7367-283-6

- 26) CHYBOVÁ, M. Lidský vztah jako podstatná součást sesterského povolání. In *Nové trendy v ošetrovatelství*. České Budějovice, 2002. s. 66-72. ISBN 80-7040-578-3
- 27) IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 240s. ISBN 80-7013-442-9
- 28) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 222s. ISBN 80-7254-329-6
- 29) JÍLKOVÁ M., *Aplikace vyhlášky č.424/2004 Sb. v návaznosti na práci sestry ve zdravotnických zařízeních*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2008. 99s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Ivanka Kohoutová
- 30) JOBBÁGYOVÁ, D., KOPECKÁ, K. Rola sestry a motivácia v povolání. In *Nové trendy v ošetrovatelství II*. České Budějovice: 2003. s. 76-82. ISBN 80-7040-636-4
- 31) KICZKOVÁ, Z., SZAPUOVÁ, M. Rovnost příležitosti cez prizmu etiky starostlivosti, alebo o starostlivosti ako sociálnem a politickej praxe. *Sociální práce*. 2005, roč. 6, č. 3, s. 56-70. ISSN 1213-6204
- 32) KOHOUTOVÁ, I. Koncepce ošetrovatelství. In *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice, 2004, s. 156-166. ISBN 80-7040-705-0
- 33) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. Přel. Baška, T. Javorka, K. a kol. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0
- 34) KREJČÍŘOVÁ, D., LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368s. ISBN 80-247-1284-9
- 35) KRISTOVÁ, J. Příčiny krízy v interpersonálních vztáhoch medzi sestrami a pacientmi. In *Nové trendy v ošetrovatelství II*. České Budějovice: 2003. s. 93-97 ISBN 80-7040-636-4
- 36) KRISTOVÁ, J., MUSILOVÁ, E. Dimenzionální koncept sesterského povolání. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 9, s. 14-15. ISSN 1210-0404
- 37) KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5

- 38) KUBICOVÁ, A., ZÁŠKODNÁ, H. Prosociální chování u pomáhajících profesí. *Kontakt*. 2008, roč. 10, č. 1, s. 150-158. ISSN 1212-4117
- 39) KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163s. ISBN 978-80-247-2069-2
- 40) LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404
- 41) MACEK, P. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 144s. ISBN 80-7178-747-7
- 42) MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005, 153s. ISBN 80-247-1024-2
- 43) NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 507s. ISBN 80-200-0993-0
- 44) NERUDOVI, I. Moderní sestra v moderní době. *Florence*. 2006, roč. 2, č.4, s. 46-47. ISSN 1801-464x
- 45) PECHOVÁ, A. Vzdělávací potřeby sester. In *Dny Marty Staňkové III, Vzdělávání sester: současnost a očekávání*. Praha: Galén, 2006. s. 50-54. ISBN 80-7262-434-2
- 46) PRUDÍKOVÁ, O. Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 3, s. 21. ISSN 1210-0404
- 47) RAITER, T. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. [online]. 2008 [cit. 30.11.09] Dostupné z : <<http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pecce-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>>
- 48) SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J.(Eds.) *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 408s. ISBN 978-80-247-1428-8
- 49) STAŇKOVÁ, M. *Sestra reprezentant profese. Praktická příručka pro sestry*. Brno: IDVPZ, 2002. 78s. ISBN 80-7013-368
- 50) STAŇKOVÁ, M. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Praktické příručky pro sestry*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 47s. ISBN 80-7013-270-1
- 51) *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. překlad: Dobrovodská, L. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2003. 57s. ISBN 80-7013-392-9

- 52) STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 227s. ISBN 80-7178-553-9
- 53) ŠIMEK, J. Image sestry. Sociálně psychologické aspekty sesterské profese. In *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Semily: Galén, 2000. s. 119-121. ISBN 80-86257-21-5
- 54) ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*. 2006, roč. 16, č.7-8, s. 20. ISSN 1210-0404
- 55) ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1
- 56) ŠTIKAR, J. a kol. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 461s. ISBN 80-246-0448-5
- 57) TSCHUDIN, V. *Ethic in nursing-the Caring Relationship*. 3. vyd. China: 2003. 218s. ISBN 0-7506-5265-9
- 58) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 467s. ISBN 978-80-246-0956-0
- 59) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5
- 60) VYHLÁŠKA 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. 2008 [cit. 5.11.09] Dostupné z : <<http://www.tigeragency.cz/dokumenty-ke-stazeni.php> >
- 61) ZÁKON 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) změna: 189/2008 Sb.[online]. 2008 [cit. 5.11.09]. Dostupné z : <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/245-zakon-c-9620> >

8. Klíčová slova

identita

kvalita péče

pacient

profese

sestra

vzdělávání

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník sestry

Vážená/ý kolegyně/kolego, jmenuji se Kateřina Drábková a studuji obor Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma : Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče. Součástí tohoto dotazníku je i další dotazník určený pro nejbližší osobu s níž žijete a byla bych velmi vděčná, pokud by jej Vám blízká osoba mohla vyplnit. Dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou využity pouze v rámci výzkumu v mojí diplomové práci. Mnohokrát děkuji Vám i Vaším blízkým za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku a přeji hezký den.

Bc. Drábková Kateřina

- 1) Pohlaví
 - žena
 - muž
- 2) Věk
 - do 25 let
 - 26-30 let
 - 31-44 let
 - 45-54 let
 - nad 55 let
- 3) Dosažené vzdělání
 - SZŠ
 - Specializace
 - VŠ – Bc.
 - VŠ – Mgr.
 - Jiné.....
- 4) Absolvoval/a jste někdy kurs týkající se identity sestry?
 - Ano
 - Ne
 - Neslyšela jsem o existenci takového kursu
- 5) Na jakém odd. pracujete :
 - Ambulance
 - Standardní oddělení
 - Intenzivní péče
 - LDN
 - Jiné.....
- 6) Jaký je Váš názor na celoživotní vzdělávání sester?
.....
.....

7) Myslíte si, že máte možnost při své práci uplatňovat kompetence charakterizující profesi sestry?

- Ano
 Ne (uved'te prosím důvod)

.....
.....

8) Kterou ze sesterských rolí považujete Vy sama/sám za nejdůležitější?

.....
.....

9) Jak vnímá Vaše rodina profesi sestry?

.....
.....

10) Jak Vy sama/sám vnímáte profesi sestry?

.....
.....

11) Myslíte si, že uniforma sestry je důležitá pro vyjádření profesní identity sestry?

- Ano (vyznačte prosím na škále do jaké míry podle Vás toto tvrzení platí)
 Ne

I-----I-----I
vůbec částečně významně

12) Hraje podle Vás identita sestry roli v kvalitě poskytované péče ?

- Ano
 Ne
 Nevím

13) Setkal/a jste se se situací, kdy jste se styděla za způsob péče poskytované některou z Vašich kolegyň/kolegů?

- Ano (uved'te prosím co bylo hlavním důvodem tohoto Vašeho pocitu)

.....
.....

- Ne

14) Setkal/a jste se někdy se situací, kdy jste se styděla za přístup k pacientovi některou z Vašich kolegyň/kolegů?

- Ano (uved'te prosím co bylo hlavním důvodem tohoto Vašeho pocitu)

.....
.....

- Ne

- 15) Setkala jste se někdy se situací, kdy jste se styděla za některou ze svých kolegyň/kolegů při prosazování jejich názorů?
 Ano (uveďte prosím co bylo hlavním důvodem tohoto Vašeho pocitu)
.....
.....
 Ne
- 16) Setkala jste se někdy se situací, kdy jste se styděla za některou ze svých kolegyň/kolegů při jednání se spolupracovníky týmu?
 Ano (uveďte prosím co bylo hlavním důvodem tohoto Vašeho pocitu)
.....
.....
 Ne
- 17) Berou Vaši rodinní příslušníci na vědomí náročnost Vašeho povolání při požadavcích na Vás?
 Ano
 Ne
- 18) Zohledňuje Vaše rodina náročnost Vašeho povolání v každodenním životě při požadavcích na Vás?
 Ano
 Ne
- 19) Jak Vás vnímá rodina jako sestru?
.....
.....
- 20) Myslíte si, že to zda se sestra identifikuje s profesí sestry může ovlivnit kvalitu jí poskytované péče?
 Ano
 Ne
 Nevím
- 21) Myslíte si, že identita sestry souvisí s komunikací?
 Ano
 Ne
 Nevím
- 22) Myslíte si, že Vy sám/sama obhajujete (zastáváte) profesní identitu sestry?
(vyznačte prosím na škále, do jaké míry pro Vás toto tvrzení platí)

I-----I-----I
vůbec částečně významně

23) Myslíte si, že sestry obecně obhajují svoji profesi?
(vyznačte prosím na škále do jaké míry podle Vás toto tvrzení platí)

I-----I-----I
vůbec částečně významně
(pokud jste uvedla méně než **částečně**, uveďte prosím důvod tohoto Vašeho pocitu)

.....
.....

24) Myslíte si, že vzdělání může pomoci tomu, aby sestra získala svoji identitu v profesi?

- Ano
- Ne
- Nevím

25) Myslíte si, že vzdělání může posílit identitu sestry?

- Ano
- Ne
- Nevím

Ještě jednou Vám mnohokrát děkuji za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku.

Předejte prosím Vám blízké osobě další část dotazníku.

Příloha 2 Dotazník pro blízké osoby

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Drábková a studuji obor Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma : Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče. Chtěla bych zjistit, do jaké míry povolání Vám blízké osoby, která pracuje jako sestra ovlivňuje Váš každodenní život i to, jak Váš vztah ovlivňuje Vám blízkou osobu v jejím povolání. Dotazník je anonymní a osoba pracující jako sestra zde bude uváděna jako Vám blízká osoba. Mnohokrát Vám děkuji za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku a přeji hezký den.

Bc.Drábková Kateřina

1) Pohlaví

- Žena
- Muž

2) Věk

- Do 25 let
- 26-30 let
- 31-44 let
- 45-54 let
- nad 55 let

3) Dosažené vzdělání

- SOU
- SŠ s maturitou
- VOŠ
- VŠ
- Jiné.....

4) Vztah k osobě vykonávající profesi sestry

- Manžel
- Přítel
- Rodič
- Dítě
- Jiný.....

5) Co pro Vás znamená povolání sestry?

.....
.....

6) Co pro Vás znamená, že Vám blízká osoba pracuje jako sestra?

.....
.....

7) Chtěl/a byste, aby Vám blízká osoba změnila profesi?

- Ano
- Ne
- Nevím

8) Máte osobní zkušenost s rolí pacienta (měl/a jste možnost zažít péči sestry na své vlastní osobě)?

- Ano (uveďte prosím jakou)

.....
.....

- Ne

9) Do jaké míry zasahuje povolání sestry do Vašich požadavků nebo očekávání od Vám blízké osoby?

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

10) Do jaké míry zasahuje povolání sestry do běžného života?

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

11) Kdybyste měl/a možnost na profesi sestry něco změnit, co by to bylo, aby Vám vyhovovalo, že Vám blízká osoba vykonává povolání sestry?

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

Děkuji za Váš čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Příloha 3 Otázky použité při kvalitativní fázi šetření

- 1) Co si představujete pod pojmem identita sestry?**
- 2) Jak vnímáte povolání sestry?**
- 3) Změnil se Váš osobní postoj k profesi sestry v průběhu praxe?**
- 4) Jak se změnil Váš pohled na profesi sestry?**
- 5) Jak vnímá Váš partner (rodina) Vaše povolání?**