

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

Zdravotně sociální fakulta

**Vůdcovství v ošetrovatelství**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph. D.

**2010**

**Autor:**

Bc. Věra Veisová

## **Leadership in Nursing**

Creation and implementation of changes is not always popular. Yet many people engage in them. Therefore, the 19th century had its Florence Nightingale; this century has its leading figures as well. Their names are not often known to professionals and the general public, but we can see the results of their work around us every day.

Overall, there were three objectives of this paper. The first was aimed at defining the concept of leadership in nursing, the second one at defining the events that led to key changes in the profession, and the third one at mapping the system of changes in the present. Five research questions had been defined prior the start of the research and the questions concerned the first part of this paper. The first one: "What does the concept of leadership in nursing include?" The second one: "How is leadership in nursing applied in practice?" The third one: "What events were crucial for changes in nursing in the world?" The fourth one: "What events were crucial for changes in nursing in the Czech Republic?" The fifth one: "What is the basis of changes in current nursing in the Czech Republic?" These questions have been answered using a historical data analysis and individual interviews with pre-selected respondents in a qualitative investigation. This completed the first and second objective of this paper.

To achieve the third objective of the paper, four hypotheses were established. Their verification has used a quantitative survey using questionnaires. Based on the gathered data, I can say that the first and the second hypotheses have not been confirmed. The impact of respondents' age on their interest in nursing as well as their approval of changes in the profession today has not been demonstrated. The third hypothesis has been confirmed. The data obtained showed that university-educated nurses agree with the changes in nursing more than the second group of respondents. Last fourth hypothesis has not been confirmed. The data obtained showed that the length of practice does not affect the opinion of doctors. Both the groups mostly disagreed with the changes. From this, it is clear that the third objective of this paper has been met.

Paper can be used in practice as a theoretical basis for training students of nursing and other paramedical disciplines. It may also serve to complement the ideas of what leadership means and how it applies in the nursing profession. It also provides an overview of the current state of nursing and its leading figures.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Vůdcovství v ošetřovatelství vypracovala samostatně pouze s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích .....

.....

Věra Veisová

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat mé vedoucí práce prof. PhDr. Valerii Tóthové, PhD., za její cenné rady, výbornou spolupráci a laskavé vedení. Velké poděkování patří též mému příteli Tomáši Olišarovi a Bc. Evě Rohlíčkové za trpělivost a pochopení, které mi věnovali během tvorby této práce. Zároveň bych chtěla poděkovat mým rodičům za pomoc a podporu při zpracovávání výzkumné části. Dík patří i respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a poskytli mi rozhovor nebo své písemné vyjádření.

# Obsah

## Úvod

<b>1. Současný stav</b> .....	4
<b>1. 1 Vymezení pojmu vůdcovství</b> .....	4
<b>1. 2 Postavení vůdcovství v rámci ošetrovatelství</b> .....	8
1. 2. 1 <i>Vůdčí postavy světového ošetrovatelství</i> .....	10
1. 2. 2 <i>Vůdčí postavy českého ošetrovatelství</i> .....	16
<b>1. 3 Odraz vlivu světového ošetrovatelství v České republice</b> .....	27
<b>1. 4 Princip a realizace změn v ošetrovatelství z pohledu vůdcovství</b> .....	36
1. 4. 1 <i>Od prvotní myšlenky k realizaci změn</i> .....	37
1. 4. 2 <i>Hodnocení změn</i> .....	40
1. 4. 3 <i>Vklad do budoucna</i> .....	41
<b>2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy</b> .....	43
<b>2. 1 Cíle práce</b> .....	43
<b>2. 2 Výzkumné otázky</b> .....	43
<b>2. 3 Hypotézy</b> .....	43
<b>3. Metodika</b> .....	44
<b>3. 1 Použité metody</b> .....	44
<b>3. 2 Charakteristika výzkumného souboru</b> .....	45
<b>4. Výsledky</b> .....	46
<b>4. 1 Výsledky kvalitativního šetření</b> .....	46
4. 1. 1 <i>Tabulky a grafy vycházející z kvalitativního šetření</i> .....	86
<b>4. 2 Výsledky kvantitativního šetření</b> .....	93
4. 2. 1 <i>Tabulky a grafy vycházející z kvantitativního šetření provedeného mezi sestrami</i> .....	93
4. 2. 2 <i>Tabulky a grafy vycházející z kvantitativního šetření provedeného mezi lékaři</i> .....	107

4. 2. 3 <i>Tabulky a grafy vycházející z kvantitativního šetření provedeného v laické veřejnosti</i> .....	120
<b>5. Diskuse</b> .....	131
<b>6. Závěr</b> .....	143
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	145
<b>8. Klíčová slova</b> .....	152
<b>9. Seznam zkratek</b> .....	153
<b>10. Přílohy</b> .....	155
<b>10. 1 Seznam příloh</b> .....	155

## Úvod

*„Naše význačnost spočívá v naší schopnosti  
překonat ve službě lidem sama sebe.“*

*J. Adair*

Tvorba a realizace změn nebývají vždy populární, přesto se jim mnozí věnují. A tak jako mělo 19. století svou Florence Nightingalovou, má i současné ošetřovatelství své vůdčí osobnosti. Ty se podílejí na udávání směru, jakým by se mělo ošetřovatelství v budoucnu ubírat. Mnohdy jsou jejich jména odborné i laické veřejnosti neznámá, ale výsledky jejich činnosti vídáme kolem sebe dnes a denně. Přitom to nemusí být jen tvorba zákonů, vyhlášek, nových modelů pro poskytování péče, ale může to být i kvalitní realizace ošetřovatelského procesu či aplikace výsledků výzkumů do klinické praxe.

Pro všechny tyto činnosti je nutné mít dostatečné znalosti z mnoha různých oblastí, kam spadá politika, ekonomika, kultura, historie, ale i vedení, řízení, tvorba a realizace změn, jejich hodnocení. Je třeba umět si stanovit priority, rozvrhnout síly a získat ostatní pro danou vizi, pro daný cíl. A právě k tomuto účelu se využívají znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu. Každá sestra nebo nelékařský zdravotnický pracovník jich může ve své práci využít při komunikaci s lidmi ve svém týmu, se svými pacienty, při realizaci poskytované péče. Účel je zde vždy stejný - naplnit cíle dané definicí ošetřovatelství.

Tato práce je zaměřena na vymezení pojmu vůdcovství v ošetřovatelství, na možnosti jeho využití v rámci ošetřovatelství a na události, které byly klíčové pro změny v této oblasti ať už ve světě nebo na domácí půdě. Jsou to témata, která jsou mi velmi blízká. Při jejich zpracování jsem chtěla lépe pochopit souvislosti některých změn, principy jejich realizace a setkat se s lidmi, kteří se na nich podíleli či stále podílejí.



## 1. Současný stav

### 1.1 Vymezení pojmu vůdcovství

Vůdcovství bylo po dlouhou dobu považováno za ryze autonomní jev, který byl výsadou několika málo nadaných jedinců ve vedoucích pozicích nejrůznějších oborů. Proto i jeho vymezení bylo značně problematičké. Z počátku bylo vnímáno jako dar od Boha či těžce získaná dovednost utužovaná praxí a tréninkem. Původní předpoklad, že existuje typický soubor vlastností, které by vůdce předem předurčovaly a charakterizovaly, se však nepotvrdil. Naopak v poslední době převládá mezi odbornou veřejností spíše názor, že vůdcovství je pouze jednou stranou mince. Druhou stranou je následovnictví, které je určitým protipólem a spolu s vůdcovstvím tzv. relačním fenoménem. Podstatná je zde myšlenka, podle níž je vůdcovství procesem ovlivňování, tedy získávání a vedení následovníků, kterým je ponechána možnost výběru a akceptace vůdce. Jejich vztah je pak založen na vzájemné důvěře a respektu. **(10, 30)**

Dle Maxwella je možné každého vůdce zařadit do jedné ze čtyř kategorií. První kategorií jsou vůdci rození, kteří se s danými schopnostmi již narodili. V jejich dalším rozvoji jim pomáhala přítomnost dalších vedoucích typů (vzorů). Svě schopnosti zdokonalovali za pomoci tréninku, přičemž jednou z podstatných oblastí, na níž se zaměřovali, byla sebekázeň. Druhou kategorií jsou vůdci vyškolení. Umění vést se naučili pomocí tréninku a pěstování sebekázně. Učení se od vedoucích vzorů v tomto případě zaujímal větší část jejich života. Třetím typem jsou vůdci budoucí, kteří se v nedávné době setkali s člověkem vynikajícím ve schopnosti vést druhé a právě tomuto umění se nyní učí. Samozřejmě ani tito nepostrádají nutnou sebekázeň. Posledními ve výčtu jsou vůdci s omezenými možnostmi, kteří měli jen malou či dokonce žádnou možnost sledovat skutečné vůdce v praxi. Svě vlastní vůdčí schopnosti rozvíjí jen málo či dokonce vůbec. Výrazná je u nich touha se vůdcem stát. **(30)**

Vzhledem k tomu, že vedení (leadership) je úzce spjato s řízením (management), je někdy problematičké tyto pojmy od sebe odlišit. Nežřídka bývá patrná i jejich záměna. Rozdíl však tkví především v zaměření pozornosti (viz Příloha 1). **(3, 5)** V řízení se ubírá k dosahování výsledků s využitím veškerých potřebných a dostupných

zdrojů, jako jsou peníze, lidé, zařízení, informace, znalosti apod. Jde tedy v první řadě o zajištění stability při dosahování co nejlepších výsledků. Zájem o lidi je zde až druhořadý. **(5, 15, 16)** Kdežto vedení využívá pouze nejdůležitějších zdrojů – lidí - k dosažení stanovených vizí. V tomto procesu je pak hlavním hybným mechanismem motivace lidí, jejich oddanost a angažovanost. Výrazná je také snaha poskytnout jim smysl jejich pracovních životů, to znamená dát jim cíl, důvod, proč pracovat, a především jim poskytnout důvěru. Výsledkem takové činnosti není pouze užitek pro vůdce, společnost či jeho tým, ale i prospěch pro všechny ostatní. **(5, 16, 26)**

Z uvedeného vyplývá hlavní rozdíl mezi vůdcem a manažerem. Ten tkví právě ve strategii dosahování cílů. Manažer se obvykle v rámci tohoto pojetí spokojí s cíli, kterých muselo být tak jako tak dosaženo. Je pro něj charakteristické organizování, plánování, vytváření rozpočtů, racionalita a kontrola. Schopnost reagovat na nastalé situace je u něj ovlivněná nechutí riskovat. Naproti tomu vůdce směřuje mnohem výše. Využívá pomoci svých zaměstnanců, lidí zplnomocněných k dosažení cílů. Mezi jeho klíčové dovednosti patří realizace změn, vytváření vizí, komunikační dovednosti, proaktivita, motivování lidí a odhodlání riskovat. **(3, 5)** Nepřehlédnutelná je jeho schopnost inspirovat následovníky k tomu, aby využili svých nejlepších schopností a sil k dosažení požadovaných výsledků. To vše mu poskytuje větší možnost osobnostního i profesního rozvoje a zároveň zvyšuje pocit uspokojení z vlastní seberealizace. Na druhou stranu mohou být rozdíly v těchto rolích zdrojem potenciálních konfliktů, protože ne každý lídr je zároveň manažerem a naopak. **(40, 60)**

K charakteristickým schopnostem lídrů (viz Příloha 2) tedy patří také emoční inteligence a schopnost vést lidi. **(4)** Emoční inteligencí se rozumí schopnost jedince orientovat se sám v sobě, ve svých citech, pocitech a pocitech okolí, sebmotivace a dobré zvládnutí svých emocí stejně jako emocí ostatních. Zahrnuje v sobě složku vědomí (znalost sebe sama), sebekontroly, motivace, empatie a sociálních dovedností. To vše dohromady pak slouží k vybudování vztahů, nalezení společné řeči a dosažení žádoucích výsledků. Schopnost vést ostatní je možné charakterizovat pěti stupni. Prvním je pozice, kdy vliv jednotlivce úzce souvisí s jeho postavením, s titulem. Druhým stupněm je souhlas, který vyžaduje, aby byl lídr schopen přesvědčit ostatní

k následování i v případě, že to není povinnost. Třetím je produktivita, tedy plnění a dosahování stanovených cílů. Předposlední čtvrté místo zaujímá schopnost rozvíjení lidí, což je typicky vůdčí dovednost. Posledním stupněm je síla osobnosti (charisma), tedy úroveň, které dosáhne jen velmi málo jedinců. Ti jsou pak ostatními následováni ne pro pozici, ale pro to, čím jsou a co představují. **(3, 29)**

K hlavním rolím vůdcovství tedy patří udávání směru prostřednictvím jasné strategie, cílů a programů, které se stanovují na základě vize a hodnot. Každý cíl v tomto pojetí musí být jasně definován tak, aby následovníci (pracovní skupina) věděli, co se od nich očekává. Zároveň je třeba zajistit, aby skupina vždy naplňovala důvod své existence a dokázala si zachovat a udržet efektivní vztahy. Důležitý je samozřejmě počet cílů. Zpravidla by neměl přesahovat sedm, protože vyšší počet by mohl vést k opomenutí některého z nich, nebo k zaměření se jen na ty nejdůležitější. I proto je podstatným znakem cílů měřitelnost a jednoduchost. Ty po uplynutí stanoveného období umožní zhodnotit míru jejich dosažení. **(3, 40)** Během celého vůdčího procesu by se však nemělo zapomínat na hodnoty, které, ač nejsou vždy měřitelné, musí být na první pohled rozpoznatelné. Jak uvádí P. Birch, měly by být schopné přežít každou činnost. **(5)**

V rámci vedení mohou lídři využívat různých stylů, které odpovídají jejich schopnostem a osobnosti. Díky tomu je možné se setkat s charismatickými – necharismatickými, autokratickými – demokratickými, umožňovateli – kontrolory a transakčními – transformačními lídři. Otázka charismatu je do jisté míry dána schopností spolehnout se na svou osobnost, „auru“. Takoví lidé bývají vizionářští, orientovaní na úspěch. Přebíraná rizika mají přesně vykalkulovaná. Naproti tomu necharismatictí lídři spoléhají pouze na své znalosti a analytický přístup k řešení problémů. Autokraté zase využívají k vynucování rozhodnutí svého postavení. Z této pozice jsou schopni přinutit lidi vykonávat příkazy. Jejich opakem jsou demokraté, kteří bývají také mnohem lepšími vůdci. Snahu povzbuzovat, inspirovat, vykazují umožňovatelé, kteří podporují týmové plnění cílů. Kontroloři naopak spíše manipulují, aby dosáhli ochoty vyhovět. Peníze, jistotu a práci výměnou za plnění cílů nabízejí

i transakční lídři, jejichž opakem jsou transformátoři, kteří motivují k plnění náročnějších úkolů. (3)

Mezi nástroje vůdcovství řadíme delegování, v němž jde především o otázku důvěry v osobu pověřenou určitou činností. Umožňuje lidem další rozvoj a zároveň je prověřuje, zda jsou pro zadaný úkol vhodné nebo způsobilí. Podle míry vymezení kompetencí a postupu pak rozlišujeme měkké a tvrdé delegování. Měkké delegování má stanovený cíl, dohodnutou míru předaných pravomocí a kontrolu pokroku v práci. Ostatní zůstává na schopnostech delegovaného. V případě tvrdého delegování jsou veškeré náležitosti včetně pevně stanoveného termínu splnění úkolu přesně vymezeny. K nesporným výhodám delegování patří úspora času pro vůdce a motivace zaměstnanců (pracovníků). Na druhou stranu může tento způsob vedení vzbudit v lídrech obavy z toho, že by delegovaná osoba mohla splnit úkol lépe nebo stejně dobře jako oni samotní. (3, 5)

Motivace je další hybnou silou, kterou lze dosáhnout kýženého výsledku. Bohužel vnitřní motivace někdy sama o sobě nestačí, a proto je třeba pamatovat i na vnější. Její potřeba je u pracovníků individuální. V rámci leadershipu se vytváří za pomoci zpětné vazby týkající se výkonu, nabízení vhodné nepeněžní odměny (např. uznání) a upozorňování na její vazbu s výkonem. Využít lze také poskytování zkušeností, vzdělávání a vytváření pracovních rolí, které poskytují pocit úspěšnosti, seberealizace apod. (3)

Koučování je spíše osobním přístupem, který se uplatňuje při výkonu práce. Je čistě nedirektivním způsobem řízení a pomáhá lidem v rozvoji úrovně potřebných schopností a dovedností. Má několik na sebe navazujících etap. První spočívá v určení oblastí, kterým je nutné se věnovat, aby mohl člověk získat potřebné kompetence pro plnění úkolu. Na tuto etapu navazuje chápání a akceptace potřeby se učit a následně i prodiskutování toho, co je nutné se naučit a jak. Poté si každý jedinec vypracovává svůj vlastní plán, dle něhož se při vzdělávání bude řídit. To samozřejmě napomáhá i odhalení slabých míst, kde musí lídr pomoci. Po celou dobu koučování je velmi důležité pamatovat na poskytování zpětné vazby, povzbuzování a sledování, případně

posuzování, pokroku v učení. Hlavní úlohou kouče je tedy pomáhat lidem se učit a dosáhnout jejich aktivního zapojení. **(3, 15)**

S pojmem vůdcovství také do jisté míry úzce souvisí již značně překonaná *teorie X - Y*, která navzdory svému „stáří“ stále poskytuje základní informace nutné pro práci lídra. Tato teorie, uveřejněná r. 1960, pochází z dílny amerického psychologa Douglase McGregora. Její podstatou je pojednání o problémech souvisejících s efektivním leadershipem, tedy i s pracovní motivací lidí. *Teorie X* staví na předpokladu, že lidi je třeba k práci nutit vzhledem k jejich přirozené lenosti a nedostatku ctižádosti. To samozřejmě vyžaduje tuhou disciplínu a pravidelnou kontrolu (dozor) stanovených úkolů, stejně jako striktně hierarchickou strukturu řízení. Odpovědnost na ně kladená je zde velmi nízká, protože v tomto pojetí se zaměstnancům důvěřovat nedá. K motivaci je využíváno lákavých pobídek ve formě benefitů či odměn. *Teorie Y*, oproti předchozí, staví na předpokladu, že lidé mohou být od přírody ctižádostiví, motivovaní, ochotní převzít odpovědnost za kvalitu své vlastní práce. Takoví zaměstnanci pak sami vyhledávají způsoby, jak odpovědnost získat a jak se realizovat. Motivace v tomto případě již není pouze formou trestů a odměn, ale i poskytnutím důvěry, volnosti při plnění stanovených úkolů. **(15)**

## ***1. 2 Postavení vůdcovství v rámci ošetrovatelství***

Ošetrovatelství, tak jak jej známe dnes, je poměrně mladá vědecká disciplína. V průběhu svého vývoje se stala jedním z významných multidisciplinárních a interdisciplinárních oborů. Má vlastní vědeckou i teoretickou základnu, terminologii, významné představitele a cíle, které se snaží uskutečnit. Patří mezi ně udržení, podpora a navrácení zdraví jedinci, rozvoj soběstačnosti a mírnění utrpení nevyлéčitelně nemocným, stejně jako pomoc v klidném umírání a smrti. Aby bylo možné současnému ošetrovatelství porozumět, je třeba znát základy, na kterých staví. Všeobecně lze říci, že v každé „vývojové etapě“ bylo ovlivňováno faktory kulturními, náboženskými, politickými, ekonomickými a sociálními. Významnou roli zde sehrály i války, jak bude uvedeno v následujících podkapitolách. **(38, 57)**

Vůdcovství se v ošetrovatelství uplatňuje především ve snaze naplnit cíle uvedené v jeho definici. Z toho také vyplývá, že nejen pro vůdčí osobnosti této profese ale i pro ostatní sestry je velmi důležité mít celkový přehled o vzájemných souvislostech, které tvoří jejich pracovní prostředí. To v podstatě znamená potřebu orientace v politice, ekonomii, v hodnotách společnosti potažmo kultury, v níž žijí. Důležitou roli tu samozřejmě sehrávají média, která neustále přinášejí zprávy o měnícím se veřejném mínění. Na základě veškerých dostupných informací pak může sestra s pomocí vlastních schopností přispět k ovlivnění druhých tak, aby jim pomohla podat co nejlepší a nejkvalitnější výkon. **(18, 26)** I zde však platí pravidlo, které říká, že aby bylo možné někoho vést, musí být někdo, kdo je ochoten následovat. **(29)**

Tak jako v jiných profesích i zde se rozlišují vůdci formální a neformální. Formální jsou jmenovaní nějakou institucí a z pozice titulu své funkce získávají pravomoc jednat. Neformální takové pověření ani pravomoc nemají, ale skupina si je volí sama a dobrovolně je uznává. Bez ohledu na způsob, jakým se do této pozice jedinec dostal, musí disponovat řadou vhodných vlastností. Patří mezi ně interpersonální dovednosti, důvěryhodnost a autorita, intelektuální schopnosti, morální hodnoty a nenarušenost, schopnost akceptovat kompromisy a umění je vytvářet. Dále by měl umět podnítit druhé k dosažení stanoveného cíle, myslet perspektivně, dokázat předvídat nečekané události, a tak pojmenovat všechny okolnosti, které by dosažení cílů mohly ovlivnit. Některé z uvedených pro ošetrovatelství platí dvojnásob. Dále bývají doplněny o efektivní komunikační dovednosti, rozhodnost, přizpůsobivost, spolehlivost, odborné znalosti, poctivost apod. Přehled manažerských rolí, kde může sestra tyto schopnosti uplatnit, je znázorněn v příloze (viz Příloha 3). **(16, 18, 26)**

Všechny uvedené vlastnosti sestry využívají v jednotlivých typech vedení. Patří mezi ně typ autokratický, demokratický, participativní a benevolentní (liberální) styl (viz Příloha 4). **(18)** Častá bývá i jejich kombinace. Pro krizové situace, kdy je žádoucí rychlé rozhodnutí a udání směru, se jako velmi efektivní jeví typ autokratický. Je postaven především na vlastním postu a osobní moci. Odpovědnost za stanovení cílů a rozhodování zůstává pevně v rukou vedoucích sester, které kladou důraz na úkoly. Svůj tým motivují pomocí pochval, výtek a odměn. Nevýhodou tohoto stylu je možný

vznik závislosti nebo vyvolání strachu či agrese. Větší důraz na vlastnosti a schopnosti týmu kladou sestry využívající typ demokratický. Ten je časově náročnější a nákladnější v případě omezených zdrojů, ale na druhou stranu motivuje členy týmu ke stanovení vlastních cílů a rozvinutí svých plánů. Zároveň jim ponechává možnost řídit svou praxi. Středem mezi těmito dvěma je typ participativní. Každému poskytuje možnost vyjádřit se k analýze problému a návrhům jeho řešení, které vedoucí sestra předloží. Na základě této diskuse následně stanoví konečné řešení. Poslední variantou je typ benevolentní, který lze přirovnat k bezvládní. Věcem ponechává volný průběh. Vedoucí sestra se vzdává odpovědnosti a tým je zcela bez dohledu i koordinace. **(18, 26)**

Neoddiskutovatelný je fakt, že vývoj vůdčích schopností je třeba podporovat již v průběhu studia už na středních školách či vysokých. Cílené vyhledávání a podpora takto nadaných jedinců se odehrává zpočátku především na místní a obvodní úrovni. **(44)** Studenti se zde učí nejprve vést sami sebe, protože jen ti, kteří toto dokáží, jsou schopni v budoucnu vést i druhé. Proto by se výuka předmětů rozvíjející a podporující uvedené schopnosti měla soustředit jak na studenta coby jednotlivce, tak na studenta v rámci skupiny. Naučí se tak spolupráci na dosažení vize, cíle, stejně jako věřit sami sobě, posoudit situaci, zvládnout stres a také komunikovat. Důležité je však také nezapomínat na jejich individuální potřeby a motivaci. Z vůdčích schopností je třeba u nich pěstovat pozitivní vztah k řízení, umění zvládat změny, vytvářet kolektiv a vyrovnávat se s autoritami. V ideálním případě se jednotlivé složky rozvoje studentů začnou s postupem času prolínat, vzájemně se doplňovat a působit tak na charakter jedince. Tím mu mohou pomoci ve zlepšení jeho vůdčích schopností. **(4, 26)**

### *1. 2. 1 Vůdčí postavy světového ošetrovatelství*

Počátky ošetrovatelství stejně jako medicíny jsou staré jako lidstvo samo. První pokusy, týkající se léčení člověka, jsou známy již z dob pravěkých, tedy z prvobytně pospolné společnosti. Tehdy bylo založené spíše na empirickém poznání a věnoval se mu v podstatě každý zkušenější člen rodu. Zkušenost tedy byla prvním známým předpokladem pro vůdčí postavení v této oblasti až do chvíle, kdy se u člověka začaly

objevovat počátky abstraktního myšlení. To sebou přineslo jiný náhled na podstatu nemoci. Animismus se začal stávat živnou půdou pro „specializaci“ šamanů a kouzelníků, z jejichž umění později vycházelo a rozvíjelo se lékařství kněžské. Používání racionálních diagnostických, léčebných a preventivních postupů se stávalo samozřejmostí a ten, kdo je ovládal, patřil do skupiny uznávaných a vážených jedinců. **(34, 57)**

Výrazný posun přišel se vznikem náboženství a s přechodem lidské společnosti do otrokářské společenskoekonomické formace. Vznikaly nejrůznější boží stánky - chrámy, kam nemocní přicházeli a kde se kněží modlili za jejich uzdravení. Prvními „špitálními sestrami“ se tak téměř nevědomky stali chrámoví sluhové, kteří o nemocné pečovali. Bohem medicíny byl tehdy *Asklepios*. Dle pověstí oplýval léčitelskými schopnostmi a uměl křísit mrtvé. V dobách svého života zřejmě působil v Thesálii. **(41, 57)** Za významné písemné prameny této doby lze považovat papyry dnes již neznámých autorů. Příkladem je Kahúnský či Ebersův a Smithův papyrus. Významným dokumentem, vymezujícím hranice ošetřování, byl Chammurabiho zákoník. Zaměřoval se kromě rodinného, občanského a pracovního práva, také na instrukce vztahující se k výkonu lékařského povolání. Vymezoval jednotlivé kroky léčby, možnosti odměn dle společenského postavení pacienta, sankce a tresty za nekompetentnost či neúspěch léčby. **(34, 42)**

Doba *Hippokratova* znamenala významný pokrok v celé zdravotnické oblasti. Léčení bylo oproštěno od nadpřirozených sil a došlo k jeho propojení s přírodní filozofií. Z rukou Hippokrata vyšel spis *O svaté nemoci* z počátku 5. století př. n. l., v němž mimo jiné kategoricky odmítl božský původ epilepsie. Tento revoluční náhled znamenal diametrální změnu ve vnímání lékařů coby prostředníků božských sil v pomocníky a druhy nemocných u jejich lůžka. Pro lékaře tak začal nabývat na významu vztah k nemocným založený na vzájemné důvěře. Zvláštní pozornost věnovali i vyšetřování a častým návštěvám nemocného, což je patrné v různých částech díla *Corpus Hippocraticum*. Z jeho díla vycházeli dva arabští lékaři – *Avicena* a *Rhazes*, kteří jeho metody rozvinuli a upravili. **(42, 57)**



S příchodem křesťanství se nejen do medicíny ale i do ošetřování dostávají nové, dosud opomíjené prvky. Je to především pomoc bližnímu, pohostinnost a povinnost pomáhat a pečovat o nemocné a potřebné. **(13, 16)** V Římě byly prvopočátky těchto snah spíše rozpačité, což s sebou přinášelo potřebu institucionalizace a organizace péče. Ta proběhla do podoby diákonů pověřených rozdávat almužny. Pověření diákonů zde lze samozřejmě chápat jako součást proběhlých změn, ale bylo do jisté míry i projevem manažerských schopností. Diákonům byla ponechána zodpovědnost za rozdávání almužen, která sloužila jako motivační prvek. Postupně zde samozřejmě začaly vznikat i první špitály. Například v Jeruzalémě stála zařízení schopná pojmout až 200 nemocných. Prováděly se zde nejrůznější chirurgické výkony a poskytovala se ošetrovatelská péče starým lidem či nemocným leprou. Ti, kdo se o takové jedince starali, byli právem považováni za svaté. Nejvýznamnější vůdčí postavou této doby byla *Fabiola*, která údajně založila první špitál v Římě. **(42, 57)**

Z uvedeného vyplývá, že po mnoho staletí měla hlavní úlohu v zajištění ošetřování církev, která v tomto ohledu zaujímal do určité míry monopolní postavení. Téměř po celém „křesťanském světě“ pod její patronací vznikaly kláštery (ženské i mužské), které poskytovaly nocleh, fyzickou péči i duchovní služby. V 17. století byl v Paříži například založen řád *Charitativních sester*. Jeho vznik umožnila podpora *Sv. Vincenta* a paní *Louise de Gras*. Charitativním sestřím v poskytování péče duševně chorým a nalezencům pomáhaly venkovské dívky, cvičené v domácím ošetrovatelství a základních ošetrovatelských dovednostech. Samozřejmostí pro ně byla i znalost etiky. Pomáhaly jak v domovech nemocných, tak na bojištích. **(41, 57)**

Z pohledu vůdcovství v ošetrovatelství byl významnou postavou 19. století luteránský pastor *Theodor Flidner*, který ač ne příliš znám, pro tuto profesi vykonal mnohé. V německém Kaisewerthu organizoval práci diakonek, účastnil se založení útulku pro propuštěné vězně nebo školky pro malé děti. Roku 1836 jeho snahy vyústily v založení spolku pro vzdělání žen v ošetrovatelství, nemocnice a v neposlední řadě i mateřský dům diakonek. **(52)** V oblasti vzdělání ošetrovatelek zde platilo pravidlo tříleté povinné účasti na odborných přednáškách, které se konaly každý týden. Samozřejmě nechyběla ani možnost připravovat se ve vzdělávacích seminářích pro roli

učitelskou. Výuka diakonek probíhala jak prakticky, tak teoreticky. Vždy však pod dohledem lékaře a zakončena byla zkouškou z farmacie. Obětavost těchto sester, jejich dobrá teoretická i praktická průprava a především hluboké znalosti je proslavily po celém světě a staly se inspirací i pro Florence Nightingalovou. **(24, 57)**

*Florence Nightingalová* je právem považována za legendu své doby a zakladatelku světového ošetrovatelství. Dokázala z málo uznávaného úkolu péče o nemocné a raněné vytvořit novou, prestižní ženskou profesi. I ona si prošla ošetrovatelským kurzem u pastora Fliednera v Kaiserwerthu. **(16, 52)** Ve Francii se naučila metodám hojení ran a 4. listopadu r. 1854 přijela z pověření anglického ministra války do britských vojenských nemocnic v Turecku. Jejím hlavním cílem, spolu se 48 sestrami z vojenské nemocnice v Scutari, bylo zajistit lepší péči o raněné. **(1, 52)** I přes počáteční odpor lékařů, její činnost vedla ke zlepšení hygieny v nemocničních budovách, k zajištění dostatečného zásobování lůžkovinami a ostatního zdravotnického materiálu. Velice dobře si uvědomovala nejen tělesné, ale i duševní a mravní potřeby člověka. Pro vojáky například zařídila knihovny, čítárny, přednášky nebo pro zábavu kavárnu. Schopnosti této ženy natolik vynikaly, že o rok později byla sepsána petice, v níž lidé požadovali, aby měla možnost pokračovat v reformě ošetrovatelství i v civilních nemocnicích v Británii. **(41, 52)**

Po návratu z Krymské války využila svých organizačních schopností při spolupráci na vytvoření vojenské statistiky týkající se zdravotního stavu britské armády. Z té bylo jasně patrné, že úmrtnost ve Scutari v roce 1856 klesla ze 42 % na 2,2 %. Tímto také svým způsobem představila veřejnosti důležitou techniku moderní reformy, a to využívání statistik. Zjištěná fakta totiž následně vedla ke vzniku vojenské lékařské školy, lazaretů a nemocnic. **(1, 52)** Za zásluhy, které v tomto projektu měla, byla jako první žena v Británii zvolena do Statistické společnosti. Svou vizi však naplnila až roku 1860, kdy založila Ošetrovatelskou školu v Nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Ředitelkou nemocnice se stala její představená, Sarah Wardroperová. Studium zde probíhalo formou ročních teoretických i praktických kurzů vedených zkušenou sestrou. Po tomto kurzu následovalo tříleté zařazení do pracovního procesu

pod patronací školy, coby „ošetřovatelky na zkoušku“. Až poté mohly odejít do jiných zdravotnických zařízení. **(16, 24, 52)**

Ve stejnou dobu vyšla v knižní podobě také nejlepší práce Florence Nightingalové, a to „Poznámky k ošetřovatelství“. Ty obsahují základní principy profesionálního ošetřovatelství, jako je důkladné pozorování a citlivost pro potřeby nemocných. Velmi brzy byla kniha přeložena do 9 světových jazyků (v češtině vyšla r. 1874). Za své zásluhy byla r. 1883 oceněna řádem Královského červeného kříže a r. 1907 se stala první ženskou nositelkou Řádu za zásluhy. **(24, 52)**

Zkušenosti s organizací ošetřovatelské péče z Krymské války měl i ruský lékař *Nikolaj Ivanovič Pirogov*, který jako první začal prosazovat myšlenku uplatnění žen jako ošetřovatelek na bojišti. Výrazně ho podpořili i arcivévoda Mikoláš Michal a arcivévodkyně Helena. Z vlastních prostředků zajistili výcvik prvních 32 ruských dobrovolných ošetřovatelek v roce 1854. Dále je třeba poznamenat, že již Pirogov si uvědomoval zásadní význam třídění a odsunu raněných, stejně jako veškeré dokumentace pacientů. Vyškoleným sestřám svěřoval dohled nad pořádkem a čistotou v lazaretech, nad jídlem, pitím, oděvem a léčivý. **(13, 21, 52)**

Vůdčí schopnosti, podobně jako Florence Nightingalová, projevil i německý chirurg, autor učebnice Ošetřování nemocných, *Theodor Billroth*. Bohužel neúspěšně usiloval o založení ošetřovatelské školy ve Vídni. Dokladem toho byl kurz pro ošetřovatelky, který zorganizoval r. 1881. Tehdejší nemocnice o ně ale nejevily zájem. Zlom však přišel ještě téhož roku, když do Vídně přišli ranění vojáci a právě tyto ošetřovatelky se o ně velmi úspěšně staraly. Pro magistrát to byl důkaz o potřebnosti školeného personálu, na jehož základě poskytl Billrothovi finance na vybudování ošetřovatelské školy ve Vídni. Ta vznikla o rok později a nikdy nebyla státní. Vždy podléhala Vídeňskému spolku. **(52)**

Neméně významná postava, vynikající svými organizátorskými schopnostmi, je také držitel Nobelovy ceny míru, Ženevan, *Henri Jean Dunant*. K rozvoji péče o nemocné přispěl nejen založením mezinárodního Červeného kříže r. 1864, ale i vydáním knihy „Vzpomínky na Solferino“. **(13, 52)** Právě tato kniha předcházela vzniku samotné organizace a stala se velice známou i v zahraničí především pro svou

mezinárodní ideu. Změny, které následovaly, můžeme spatřovat v období války stejně jako v období míru. Za války spočívaly v zaručení bezpečí raněným a nemocným, lékařům, zdravotníkům a zdravotnickým zařízením označeným symbolem Červeného kříže. V době míru pak ve výchově a vzdělávání dobrovolných ošetřovatelek a samaritánů. **(21, 52)**

Ze slavných sester sklonku 19. a první poloviny 20. století jmenujme například Ethel Gordon Bedford – Fenwick nebo Virginii Hendersonovou. Angličanka *Ethel Gordon Bedford – Fenwick*. V rámci profese se proslavila jako zakladatelka Britské asociace sester a ICN. Vynikala svými neobyčejnými manažerskými schopnostmi. Již ve 24 letech se stala sestrou představenou v Nemocnici sv. Bartoloměje v Londýně. V jejích aktivitách můžeme nalézt i úsilí o univerzitní vzdělávání nebo počátky snahy o zmapování stavu sester. Ta vyústila v založení Společnosti pro státní registraci sester r. 1902 a Britské koleje sester. **(24, 52)**

Do 20. století se plně dostáváme společně s další významnou vůdčí postavou světového ošetřovatelství *Virginii Hendersonovou*, Američankou, která se sestrou stala na vojenské ošetřovatelské škole. Velmi brzy začala pracovat jako učitelka ošetřovatelství na protestantské škole při nemocnici v Norfolku. Později působila na kolumbijské univerzitě a na univerzitě v Yale. K úspěchům této ženy patří rozpracování knihy B. Hamersonové Učebnice principů a praxe v ošetřovatelství, v níž uveřejnila svou definici ošetřovatelství. Nově vztáhla roli sestry i na zdravého člověka a zdůraznila nutnost spolupráce a aktivity jednotlivce při snaze dosáhnout soběstačnosti. Nastínila tedy posun od pasivního k aktivnímu ošetřování, což do té doby běžnou praxí nebývalo. **(41, 52)**

Virginia Hendersonová vynikala i ve své vědecké činnosti, za kterou byla sedmkrát oceněna čestným doktorátem. Tvrdě prosazovala vědecký výzkum, budování odborných knihoven nebo vytvoření indexu ošetřovatelské literatury. Ten byl výsledkem projektu Nursing Studies Index Project, který od r. 1959 řídila. Stala se první držitelkou ceny Kristiny Reinmanové udělenou ICN a například čestnou členkou Královské ošetřovatelské koleje nebo Americké ošetřovatelské akademie. **(41, 52)**

Dalšími významnými Američankami jsou i *Dorotheu Elizabeth Orem*, autorka publikace *Nursing: Concept of Practise a Modelu sebestarčeni*, a *Imogene King*, která po dlouhou dobu pracovala ve školské sféře. Svých manažerských schopností dokázala, stejně dobře jako v pozici sestry, využít i coby učitelka, ředitelka a profesorka na vzdělávacích institucích zaměřených na ošetrovatelství. Je autorkou publikací jako *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*, či *Curriculum and Instruction in Nursing*. V rámci ošetrovatelských modelů se proslavila svým Modelem otevřených systémů. (41)

Dodnes žijící výraznou osobností světového ošetrovatelství je žena, která s využitím manažerských schopností silně přispěla ke sjednocení ošetrovatelské terminologie a diagnostiky. Je jí první ředitelka NANDA, *Marjory Gordon*. I přes svůj dnes již pokročilý věk se stále aktivně účastní přípravy amerických sester na jejich budoucí povolání. Nepřehlédnutelné jsou její aktivity v oblasti výzkumu a diagnostiky v ošetrovatelství a tvorby vysoce profesionálních standardů poskytování péče. K výsledkům těchto aktivit jistě patří známý koncept Funkčního vzorce zdraví. (41)

### 1. 2. 2 *Vůdčí postavy českého ošetrovatelství*

České ošetrovatelství bylo ve svých prvopočátcích ovlivňováno především charitativní péčí a křesťanstvím. Prvním písemně doloženým špitálem je nemocnice v Týně pocházející z 10. století, tedy z doby, kdy po celém území Prahy vznikaly první hospice. Ty poskytovaly péči chudým, nemajetným a nemocným osobám, o které se staraly civilní sestry. Ošetrovatelství tehdy mělo silně humánní charakter a bylo službou laickou. (21, 57)

Zakladatelkou a první průkopnicí českého ošetrovatelství byla *Svatá Anežka Česká (Přemyslovna)*, sestra českého krále Václava I. Počátky jejích aktivit můžeme sledovat již od jejího vstupu do řehole sv. Kláry (klarisek). Tehdy nechala na pozemcích získaných darem od své matky, vybudovat klášter a špitál sv. Františka při kostele sv. Haštala. Její organizační schopnosti se projeví i při založení mateřnice klarisek a špitálního bratrstva, které později papež uznal za samostatný ošetrovatelský řád *Křížovníků s červenou hvězdou*. Hlavním úkolem řádu bylo ošetrování chudých

a nemocných ve zdech špitálu. Do historie se tato žena nezapsala pouze jako zakladatelka a patronka českého ošetřovatelství, ale nesla si i prvenství ženy, která založila mužský řád. **(13, 21, 52)**

K dalším vůdčím osobnostem a zakladatelům špitálů u nás samozřejmě patří i brněnský měšťan *Rudolf* se svou ženou *Hadavou*, *Eliška Rejčka* a *Eliška Přemyslovna*. Poslední dvě zmíněné ženy přispěly k rozvoji profese především díky své rivalitě. Předbíhaly se v bohubilých činech stejně jako v zakládání klášterů. Za zmínku stojí i fakt, že již od r. 1389 byla lékařům uložena povinnost navštívit špitál pokaždé, když je správce zavolá. Bez ohledu na místo, kde špitály vznikaly, bylo hlavní povinností a starostí v těchto zařízeních poskytovat vše, co je k životu potřebné, tedy ubytování, stravu a hygienickou péči. Již v této době bylo možné „špitálníky“ od ostatních odlišit na základě tehdejší „uniformy“ tvořené šedým pláštěm s černým pásem, límcem a výložkami. Mimo špitálníků poskytovali lidem pomoc v nemoci vycvičení holiči, lázeňští, porodní báby, kořenáři, mastičkáři, potulní chirurgové nebo kněží a mniši, kteří se stávali samouky v lékařství díky studiu lékařských spisů. **(21, 41)**

Ve 13. století bylo řeholnicím (i všem ostatním ženám) zakázáno poskytování péče v kláštorech. Díky tomu došlo k rozkvětu „domácí péče“ konané v domech nemocných. Spočívala nejen v opatrování a pomoci v oblasti hygieny, ale například i v praní prádla. Kromě řeholnic, diakonek a tovaryšstva P. Marie tuto činnost vykonávaly i spolky Bekyň, nad nimiž držel patronát farář dané oblasti. Mezi významné postavy a propagátorky „návštěvního opatrovnictví“ můžeme zařadit *Svatou Zdislavu z Lemberka*, která se kromě charitativní práce věnovala také navštěvování chudých, nemocných a potřebných. Často prý přicházela k lůžku umírajících, aby se o ně starala a pečovala. **(21, 52)**

Díky výše zmíněnému zákazu se opatrovnictví stalo výsadou mužů až do roku 1545, kdy tridentský koncil zamezil provozování „návštěvního opatrovnictví“ a nařídil každému ženskému spolku působení v klášteře. Tím vymezil ošetřovatelství jasné hranice a prostory, kde smí probíhat. Na druhou stranu výsledkem tohoto rozhodnutí byl nejen zánik tovaryšstva Pany Marie, které se postavilo tridentskému dekretu na odpor, ale i stále stoupající počet chudých nemocných umírajících

v nelidských podmínkách na ulicích. To později přimělo pražské konšele k rozhodnutí, že pro každé město najmou soukromé domy coby lazarety a na obsluhu v nich 3 až 4 staré ženy. Další osoby pověřili dozorem nad žebráky, čistotou ve městech, přepravou nemocných do špitálů či zemřelých na hřbitovy, aby bylo možné zamezit šíření infekcí. Výrazně se projevil také vliv Karlovy univerzity (založena r. 1348), která měla mezi svými čtyřmi fakultami i fakultu lékařskou. Její členové, ale i další lékaři, se zasadili o rozvoj lékařského a zdravotnického písemnictví, potažmo širší rozvoj vzdělání v lékařství a v přírodních vědách. **(21)**

Postupně se k opatrovnické službě ve špitálech dostávaly kromě církevních řádů i osoby civilní (sluhové a služebné). Často se stávalo, že personál neuměl číst ani psát, byl poznamenán trestanectvím nebo prostitucí. O to těžší pak bylo dosáhnout určité kvality péče a udržet její organizovanost. Z ženských řeholních řádů v této době působily cisterciačky, voršilky a alžbětinky, které se zaměřovaly na výchovu dívčí mládeže. **(21, 57)**

Oblast Na Františku patřila počátkem 17. století mezi oblasti známé svou charitativní činností a dobrou úrovní poskytované péče. Byla zde zajišťována prostřednictvím milosrdných bratrů, kteří úzce spolupracovali s lékaři. Každý novic, než mohl složit slib a věnovat se samostatnému ošetřování, musel projít odbornou přípravou ve formě ročního zapracování. Milosrdní bratři však nepůsobili pouze v Praze, ale postupně zakládali další špitály po celém českém území, např. v Prostějově v r. 1733, nebo v Brně v r. 1747. K jejich významným postavám patřil i chirurg *Wáclav Joachim Vrabec*, který byl znám jako představený nemocnice Na Františku. Po odchodu z řádu se stal profesorem chirurgie na Karlově univerzitě, kde mimo jiné předložil návrh přednášek o ošetřovatelství pro opatrovníky a opatrovnice, který měla následovat praktická příprava. Lékařská fakulta však tento návrh zamítla. Nicméně Wáclavu Joachimovi Vrabcovi zůstává jedno významné prvenství. Prvenství člověka, který se jako první pokusil navrhnout systematickou přípravu světského personálu v ošetřovatelství. **(13, 41, 52)**

Rozvoj lékařství i ošetřovatelství výrazně stagnoval, až upadal v období 30 leté války. Tento trend se udržel až do první poloviny století 18., tedy do doby tereziánských

a josefovských reforem. V r. 1753 byl vydán Marií Terezií zdravotní řád pro země české, v němž byly nově zavedeny funkce krajských a městských fysiků (protomediků). Tyto funkce zastávali lékaři, kteří nebyli kněžími. Veškerý zdravotnický personál byl podřízen předsedovi zdravotní říšské komise, což se později projevilo jako velmi dobrý strategický tah. Velký pokrok znamenalo zakládání prvních všeobecných nemocnic s porodnicemi. Úhrada péče v těchto nemocnicích byla rozlišena na základě čtyř ošetrovacích tříd, přičemž pobyt na IV. třídě byl bezplatný. Období osvícenství (tereziánských a josefovských reforem) tedy znamenalo posun nejen v uvědomění lidí, co se týče péče o zdraví, ale i ve slučování drobných roztroušených špitálů do všeobecných nemocnic. Novinkou této doby bylo vydávání knih o ošetřování nebo prvních časopisů o chirurgii. Bohužel kvůli negramotnosti „opatrovnické profese“ a vysoké ceně publikací nebylo šíření poznatků tímto způsobem příliš úspěšné. (21, 41)

Druhá polovina 19. století zaznamenala velké změny, co se týče kvality poskytované péče, stejně jako potřeby odborné přípravy žen pro péči o raněné a nemocné. Ta začala jednoznačně nabývat na významu především v období Krymské války. Dosud nahodilé ošetřování se začínalo pozvolna měnit v činnost systematickou a organizovanou, která podléhala vedení. Tomu nasvědčovalo i založení Červeného kříže v Čechách v roce 1868, který se spolu s dámským komitétem, za pomoci společnosti rakouského Červeného kříže, staral o odbornou přípravu opatrovnic. (21)

K výchově českých ošetřovatelek významně přispěly i *Karolína Světlá* a *Eliška Krásnohorská*, když v roce 1872 založily Ženský výrobní spolek český. Prvopočátky tohoto spolku znamenaly převážně kurzy šití prádla, ručních prací a vyšívání. O veškerých akcích konaných na jeho popud mohly ženy získávat informace z Ženských listů. Zde také byly uveřejněny stati o záměrech spolku týkajících se studia ošetřovatelek. Za výrazné pomoci Spolku českých lékařů, zejména pak jeho jednatele dr. Vítězslava Janovského, byla založena *První česká ošetřovatelská škola v Praze r. 1874*, která byla jediná v celém Rakousku. Několikaměsíční odbornou (teoretickou a praktickou) přípravu ošetřovatelek zde zajišťovali čeští lékaři, kteří nezdávka vyučovali i na lékařské fakultě Karlovy Univerzity. Ke škodě profese však škola zanikla po osmi kurzech. To jí ovšem neubírá na významu. V podstatě jako první poukázala



na potřebu systematického vzdělávání sester, která byla nutným důsledkem stále náročnějších ošetrovatelských činností. (21, 57)

Zvyšující se nároky na ošetrovatelský personál se odrazily i v založení Ústředního spolku žen, který kromě jiných aktivit pořádal také ošetrovatelské kurzy. S postupem času pod jeho záštitou vznikl Spolek pro povznesení stavu ošetrovatelek nemocných. Výraznou posilou pro něj byla *Františka Fajfrová*, odborná učitelka dívčí pokračovací školy. S neobyčejným nasazením se snažila zajistit studentkám možnost praktického výcviku v nemocnicích. Účastnila se příprav na otevření české *Státní dvouleté ošetrovatelské školy* v Praze, kde se také stala první představenou r. 1916. (21, 52) Na vytvoření koncepce teoretické a praktické výuky, podle níž se zde učilo, se podílely tři zkušené americké sestry pod vedením Miss Parsons. Zúčastnily se také zacvičení sester coby učitelek – instruktorek praktického vyučování, kterými se staly první absolventky. Po první světové válce škola ve své činnosti pokračovala i v nově vzniklém Československu, kde se brzy stala vzorem pro zakládání dalších škol tohoto typu. (52, 57)

Podmínky pro přijetí ke studiu se od dnešních značně lišily. Přijímaly se posluchačky ve věku od 18 do 30 let. Před 18. rokem mohly být přijaty pouze elévky, které již dříve v nemocnicích pracovaly. Každá studentka musela navíc prokázat dobrý zdravotní stav a úspěšné složení psychotechnické zkoušky, přičemž přednost byla obvykle dána svobodným uchazečkám. Stejně podmínky později platily i pro porodní asistentky. K rozhodnutí studovat vedly studentky v poválečném období převážně výzvy v rozhlase a tisku. Dalším motivem mohl být i fakt, že někdo z rodiny studentky již v nemocnici pracoval nebo byl hospitalizován. (43)

Absolventky školy po složení patřičných zkoušek získávali titul diplomovaných sester. Roku 1921 založily Spolek absolventek ošetrovatelské školy, který r. 1928 byl přejmenován na Spolek diplomovaných sester. Ať už se sdružení jmenovalo jakkoli, pod jeho záštitou byly budovány sesterské ubytovny při nemocnicích, došlo k rozšíření občanských svobod ošetrovatelek, úpravě pracovní doby i dovolené. Z dalších aktivit se zaměřoval také na pořádání přednášek, pokračovacích kurzů či navazování spolupráce se sesterskými organizacemi v zahraničí. Roku 1933 byl rovněž přijat

do Mezinárodní rady sester. Zprávy o jeho další činnosti mohly ošetřovatelky získávat od r. 1937 z odborného časopisu *Diplomovaná sestra*. To vše tehdy spolu s přispěním podpory *Alice Masarykové* a *Hany Benešové* napomohlo k postupnému zvyšování prestiže povolání. **(43, 57)**

Významnou vůdčí osobností tehdy byla i *Sylva Macharová*, která se r. 1923 stala ředitelkou výše zmíněné školy. Patřila mezi jedny z mála vzdělaných sester připravujících se na svou profesní dráhu ve Vídni. Zároveň také působila jako ředitelka Německé ošetřovatelské školy a byla i redaktorkou rubriky „Ošetřovatelská hlídka“. Tato rubrika sloužila především k povzbuzení v provozování náročného povolání sestry a byla součástí časopisu *Zprávy ČSČK*. Nežádka se zde objevovaly i požadavky soukromých ústavů na doplnění stavu pracovníků. Svým neúnavným bojem za vysokou odbornou úroveň profese si S. Macharová vysloužila medaili F. Nightingalové, nejvyšší ocenění udělované Mezinárodním Červeným křížem jakého může sestra dosáhnout. Kladla také důraz na přesun části zodpovědnosti za vzdělávání na samotné studenty (sebevzdělávání), podobně jako na jejich soudržnost a schopnost práce v týmu. **(41, 52)**

Asistentkami Macharové, v době jmenování na post ředitelky uvedené školy, se staly diplomované sestry – *Tobolářová* a *Růžičková*, které tuto pozici převzaly po Američankách. *Diplomovaná sestra Emilie Ruth Tobolářová* patřila k velmi ambiciózním sestrám. Již velmi mladá ovládala několik jazyků a vynikala svou touhou pomoci rozvoji profese. Často přednášela v zahraničí, byla členkou Mezinárodní nemocniční společnosti a spolupracovala i s redakcemi zahraničních časopisů, např. *Nosokomeion*. Udržovala pravidelný kontakt s ICN. Podařilo se jí také vybojovat pro československé sestry možnost zahraničních stáží, což bylo v této době doslova převratné. Dalo by se říci, že tato žena patřila k nejvýznamnějším postavám českého ošetřovatelství. **(41, 52)**

Nemocniční péče nebyla jedinou oblastí, kde k rozvoji oboru docházelo. Zkvalitňovala si i primární péče v terénu, která dosáhla svého největšího rozmachu v meziválečném období (mezi první a druhou světovou válkou). Za tímto účelem byla roku 1918 v Praze otevřena Vyšší sociální škola. Své absolventy připravovala na samostatnou práci v terénu v poradnách pro matky a děti, na zdravotních stanicích

s dispenzáři tuberkulózy či pohlavně přenosných chorob. Velmi dobrým strategickým tahem bylo pozvání Američanky, slečny Bessom. Ta na základě svých zkušeností pomáhala sestřám v přípravě pro samostatné vedení poraden, stejně jako v získání znalostí, schopností a dovedností pro pořádání kurzů pro matky konaných od r. 1920. Samostatnost sester a jejich vůdčí schopnosti se mohly plně projevit v organizačních záznamech poraden (evidence nemocných, návštěv, léčiv), ve vedení zdravotní výchovy, v asistenci lékaři či provádění osvěty a návštěv v rodinách. **(18, 41, 57)**

Cílovou skupinou obyvatel, na níž se zaměřovaly veškeré tyto snahy, byly sociálně slabší vrstvy. Důraz se kladl především na zdravotní uvědomění, rodičovství a prevenci šíření infekčních chorob. Výrazně se sestry angažovaly i v poradnách zaměřených na dětskou populaci. K tomu jim sloužily edukační programy týkající se zásad hygieny, péče o kojence či mladší sourozence, o chrup a povinné očkování proti záškrtu. Často se stávalo, že celé jejich snažení budilo v sociálně slabších rodinách odpor a nepochopení. V takovém případě musela sestra využít účelné komunikace při navazování styků s úřady a řešení vzniklých konfliktů. Tento trend se udržel až do roku 1925, kdy jeho rozvoj, podobně jako v celém světě, začala zpomalovat světová hospodářská krize. Na jejím konci, v důsledku špatných sociálních podmínek, vzrostl počet nemocných a bylo nutné opět zavést Ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách pod patronací ČSČK. **(18, 41, 57)**

Právě s ČSČK se pojí jméno další významné postavy, diplomované sestry, *Marty Anny Šindelářové*, která jako jedna z prvních začala pracovat v terénu. Během své kariéry absolvovala studijní pobyt v Anglii a Mezinárodní kurz veřejného zdravotnictví. Dále vystudovala Vyšší sociální školu v Praze a r. 1931 přešla do vedení ústředí Československé ochrany matek a dětí. Jeho hlavní úlohou bylo organizovat zdravotní, sociální a výchovnou péči o tyto jedince. Po návratu ze studijního pobytu v USA a Kanadě nedlouze působila na pozici zástupkyně ředitele Masarykovy státní školy zdravotní a sociální v Praze. Nespokojenost se stavem praxe jí však nakonec vedla k návratu k práci v ČSČK, kde šířila a organizovala práci sester v terénu. **(52)**

Z její dílny pochází samostatný sesterský časopis - *Diplomovaná sestra*, který se jí podařilo přivést, pod patronací Spolku diplomovaných sester, na svět r. 1937. Od roku

1940 zastávala funkci referentky na Ministerstvu sociální péče a zdravotní správy. Záhy se stala také vedoucí Ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. Během tohoto období se jí podařilo prosadit vydání jednotných, česko-německých směrnic pro tuto službu. Po skončení války zůstala Šindelková na nově vytvořeném ošetrovatelském oddělení MZ, kde se zabývala vzdělávací soustavou českých ošetrovatelek. Zaměřovala se především na sjednocení různorodého vzdělávání a tím i různorodých kvalifikací, přípravu zákonů a vysílání našich sester do zahraničí. Za své celoživotní dílo byla stejně jako Sylva Macharová oceněna medailí Florence Nightingalové. (52)

Diplomovaná sestra *Jarmila Roušarová* byla rovněž vůdčí postavou spojenou s ČSČK, který jí vyslal na r. 1928 na roční studijní pobyt do Londýna. Zde se zúčastnila Mezinárodního kurzu pro sestry pracující ve veřejném zdravotnictví při Bedford College. Po svém návratu pracovala v Brně na pozici vedoucí sestry Ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách, kde se s velkým zaujetím podílela na budování terénní ošetrovatelské péče. Organizovala také nepřeborné množství kurzů a přednášek zaměřených na péči o dítě, ošetrování nemocných v rodině, správnou výživu apod. Během zahraničního pobytu Šindelářové v USA působila jako její zástupkyně v ústředí Československé ochrany matek a dětí. Po období krátké pedagogické praxe, které následovalo, nastoupila do nemocnice na Bulovce, kde vypracovala pracovní náplň funkce hlavní sestry. V pozdějších letech kromě organizační práce vynikala také svou publikační činností a udržováním mezinárodních kontaktů, za což byla odbornou veřejností uznávána.(52)

V období druhé světové války, stejně jako v poválečném období, byla činnost Spolku diplomovaných sester i vydávání jeho časopisu přerušena. V organizátorské činnosti jej nahradila do r. 1942 Společnost českomoravských nemocnic, která se nadále zaměřovala na ošetrovatelskou profesi a prosazování jejích zájmů. Vývoj již otevřených škol přes očekávání nestagnoval ba naopak, paradoxně válečný stav a zvýšená potřeba sester přispěly k rozvoji ošetrovatelství. Poprvé se v této době objevila funkce civilní sestry představené (tedy hlavní sestry), a to v nemocnici na Bulovce. První sestrou v této vedoucí funkci byla diplomovaná sestra Roušarová. Tehdy také vedoucí lékaři začali

uznávat zastánce této profese jako významné spolupracovníky, kteří jsou potřební pro zajištění kvalitní odborné ošetrovatelské péče. **(41, 57)**

Od konce války se počet ošetrovatelských škol natolik zvýšil, že jich v Čechách bylo již dvacet šest. Činnost Spolku diplomovaných sester byla rovněž obnovena a začala se slibně rozvíjet. Roku 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetrovatelská škola poskytující specializované pedagogické vzdělávání sestrám – učitelkám na ošetrovatelských školách a zároveň připravovala i sestry pro vedoucí roli vrchních sester, tedy pro řídicí práci v ošetrovatelství, což bylo v té době velmi pokrokové. V roce 1948 byly ošetrovatelské školy změněny na Vyšší sociálně zdravotnické školy, přičemž dvouletá ošetrovatelská škola byla jejich součástí do roku 1950. Postupně tak byly zřizovány zdravotnické školy, jejichž název se mnohokrát změnil, až se ustálil na SZŠ. Podmínkou přijetí na tuto školu bylo ukončené základní vzdělání a úspěšné složení přijímacích zkoušek: písemné zkoušky z českého jazyka, matematiky a ústní pohovor. Fyzický a psychický stav uchazeček musel odpovídat požadavkům profese. Tak jako se ustálil název pro tyto školy, ustálila se i délka výuky. Standardně na tyto školy docházeli žáci od 14 – 15 let a délka studia činila 4 roky. **(41, 43, 57)**

Roku 1960 vznikl na podkladě nutnosti do vzdělávání sester Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně (později NCO NZO) a Bratislavě. Ten se zaměřoval především na specializační studium sester v řadě oborů. Ve stejnou dobu bylo otevřeno i dvouoborové pětileté studium ošetrovatelství na Filozofické fakultě Karlovy univerzity v kombinaci s psychologií a později i pedagogikou. To bylo určeno především sestrám – odborným učitelkám. Na výuce se zde podílela Fakulta všeobecného lékařství UK se specializovanou III. interní katedrou. Studium tehdy probíhalo při zaměstnání a od r. 1980 byla otevřena forma prezenční. Absolventkám pak bylo umožněno získat po složení rigorózní zkoušky akademický titul PhDr. **(18, 41, 57)**

S touto dobou jsou úzce spojena tři pro ošetrovatelství významná jména. Jsou to jména lékařů, kteří si potřebu otevření vysokého školství pro tuto profesi uvědomovali a také ji iniciovali na základě podnětu dr. Peltrámové a dr. Vyšohlída. **(31, 33, 58)** Těmito muži jsou prof. Vladimír Pacovský, prof. Charvát a doc. Čáp. Právě jim se

s pomocí organizačního týmu podařilo prosadit dvouoborové učitelské studium „psychologie – ošetrovatelská technika“. O výuku sester se pak filozofická fakulta dělila společně s lékařskou, a tím zajistila kvalitní přípravu absolventů ve všech směrech. Určitou nevýhodou tohoto prvního, čtyřletého studia byla jeho forma. Bylo možné jej studovat pouze dálkově. Na základě zkušeností bylo studium následně prodlouženo na 5 let. To umožňovalo podrobnější probrání látky a prohloubení znalostí v oborech péče o nemocné. Studijní obor dostal i nový název - „Psychologie - péče o nemocné“. Po několika letech však byla spolupráce s katedrou psychologie z kapacitních důvodů přerušena. A tak vznikl ve spolupráci s katedrou pedagogiky obor zcela nový - „Pedagogika - péče o nemocné“ - otevřený v akademickém roce 1971/72. I zde bylo studium dálkové. **(33, 58)**

Za zmínku jistě stojí také názor prof. Pacovského, který měl přesnou představu o sestře budoucnosti. Viděl v ní především profesionála, pro něhož jsou prvořadě zájmy druhých, tedy především pacientů. Tyto zájmy musí „nová“ sestra umět postavit nad své vlastní, což samozřejmě předpokládá určitou míru nezištnosti, sebezapření, ochoty k obětem apod. To vše ve prospěch ošetřovaného. Nicméně je třeba zdůraznit a uvědomit si, že od sester nelze požadovat jakoukoli činnost za jakýchkoli podmínek. Dále je potřeba nové, rostoucí generaci, ale i té současné, poskytnout možnost fungovat v týmu. Jen tak mohou ze svých činností vytěžít maximum ve prospěch profese, svůj vlastní (osobní) i pacientův. Velmi důležitá se tak i zde jeví již tolikrát zmíněná motivace, která bývá velmi často silně problematická. Protože ať chceme nebo ne, na ocenění vždycky záleželo a záležet bude. Přitom se nejedná pouze o materiální formu, často stačí kariérní postup nebo vhodně udělená pochvala. **(38)**

Mezi odbornou veřejností neustále narůstal tlak na založení nové profesní organizace sester. Tak se skutečně stalo. Po ustavujícím sjezdu r. 1969 v Hradci Králové, organizace opravdu vznikla. Stala se jí Česká společnost sester (1973), která díky změnám v oblasti vzdělávání mohla své řady posílit o sestry vysoce kompetentní a připravené pro mezinárodní spolupráci. Do vedení ČSS byl zpočátku zvolen tříčlenný přípravný výbor, v němž usedly zkušené sestry: Květuše Musilová, Adéla Chocholoušková a Bohumila Šajchová. Podle původních plánů se tato společnost

stala součástí ČLS, ale v pozdějších letech se tato volba neukázala být příliš šťastná. (58)

Z počátku měla ČSS 4 sekce, a to zdravotní, ženské, dětské a stomatologické sestry. Hlavním úkolem jednotlivých sekcí bylo prosazování moderních trendů ošetrovatelství, jejich rozšiřování, podpora vzdělávání a pořádání odborných akcí. K dalším činnostem patřila samozřejmě i publikace nových poznatků v odborném časopise „Zdravotnická pracovnice“. Paralelně s ním existoval také suplement „Československé ošetrovatelství“, který společně s prof. Pacovským spravovala i Marta Staňková. Tak, jak se profese rozvíjela, začalo se jevit dosavadní rozdělení sekcí jako nedostatečné. Z původních čtyř se počet zvýšil na šestnáct. Se zvyšujícím se zastoupením sester v odborné veřejnosti se začaly čím dál více projevovat snahy o odtržení od ČLS, které vyvrcholily r. 1989. O rok později tak vznikla samostatná ČSS. Bohužel samostatného života dlouho schopná nebyla. Byl zde silný tlak politických událostí, vytváření různých skupin sester spadajících do tzv. Klubů sester a nedokonalých snah o spolupráci a případné sjednocení. Výsledkem této problematické situace v profesi byl vznik ČAS (14. ledna 1991), která po několik let existovala paralelně s již „fungující“ ČSS. Česká asociace sester tak, jak ji známe dnes, vznikla až za dlouhých devět let, kdy se obě uvedené společnosti spojily. (58)

Na přelomu let 1980/1981 se podařilo čelním představitelům českého ošetrovatelství prosadit otevření prvního řádného denního studia oboru učitelství odborných předmětů zdravotnických škol (obor pedagogika – ošetrovatelství). Na výuce se rovným dílem podílela jak fakulta filozofická, tak i fakulta všeobecného lékařství. Délka studia zde činila 5 let a podmínkou pro přijetí bylo ukončené střední zdravotnické vzdělání či gymnázium. Mezi postavy, které se o tento obor nejvíce zasloužily, patřila Marta Staňková a Jiří Neuwirt. Z jejich dílny vzešla o několik let později i myšlenka na prosazení manažerského studia pro sestry, což se jim podařilo r. 1989 pod katedrou výchovy a vzdělávání dospělých na Filozofické fakultě Karlovy univerzity. Toto studium bylo dálkové, určené v první řadě hlavním a vrchním sestram. (58)

*Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.* patřila nejen dle prof. Pacovského k největším postavám českého ošetrovatelství. Zasadila se o mnohé. Dalo by se říci, že její kariéra

i přes nelehký život stoupala strmě vzhůru. Mezi lety 1990 – 1993 působila na postu ředitelky oboru vědy a vzdělávání MZ, kde se zasadila o přesun bakalářského studia sester z filozofické na lékařskou fakultu. Velkou měrou tato žena přispěla i k reformě zdravotní péče, která se mimo jiné týkala i reformy vzdělávání zdravotnického personálu. Ta představovala ve své podstatě pět hlavních kroků zaměřených na zkvalitnění obsahové přípravy jednotlivých oborů středního zdravotnického personálu tak, aby se dostala na stejnou úroveň s ostatním vyspělým světem. Druhým krok byl zaměřen na posun začátku profesní přípravy do starších věkových skupin, které již jsou sociálně zralejší. Dále bylo jejím cílem zkvalitnění přípravy studentů v oblasti teoreticko – praktické a v neposlední řadě i zavedení bakalářského studia u vybraných oborů. **(58)**

První bakalářské programy pro sestry se skutečně otevřít podařilo, a to v akademickém roce 1992/1993 na sedmi lékařských fakultách. Po delší časové prodlevě, kdy se čekalo na novelizaci vysokoškolského zákona, se podařilo i otevření navazujících magisterských programů. Ty sestry připravují mimo jiné také na zvládnutí aplikace poznatků vědy a výzkumu do praxe a pomáhají jim rozvíjet jejich samostatnost a tvůrčí schopnosti. **(20, 31)**

V současnosti je vzdělávání sester již zcela přesunuto na vyšší zdravotnické školy či vysoké školy, kde probíhá v souladu se směrnicemi EU kvalifikační vzdělávání. **(23)** Zdravotničtí pracovníci jsou rozděleni na základě příslušných zákonných norem na ty, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu, a ty, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem. Jejich kompetence jsou rovněž upraveny zákonem. **(45, 47)** Dále je stanovena povinnost celoživotního vzdělávání, které slouží k prohloubení znalostí, doplnění vědomostí, ale i ke zvýšení kvalifikace. **(23)**

### ***1. 3 Odras vlivu světového ošetrovatelství v České republice***

Podobně jako na ostatní země světa, i na Českou republiku má vliv Světová zdravotnická organizace (WHO), založená 7. dubna 1948 v New Yorku. Jejími zakladateli byly Spojené národy. Hlavní úlohou WHO je řízení a koordinace



mezinárodní spolupráce v oblasti péče o zdraví tak, aby bylo u všech lidí na celém světě dosaženo co možná nejvyšší úrovně zdraví. Dnes čítá tato organizace 192 členských států, jejichž vlády sami za sebe přebírají odpovědnost za plnění stanovených cílů. **(17, 25)**

V českém ošetřovatelství se ve velké míře promítly doporučení Evropské regionální ústředny WHO, které se týkaly vzdělávání sester. Vycházely především z faktu, že toto povolání by si měl zvolit zralý člověk. V tomto pojetí to znamenalo doporučit přesunutí kvalifikačního vzdělávání pro sestry na vysokoškolskou úroveň. Právě tento bod byl ústředním tématem projednávaným v červnu r. 2000 na zasedání pléna 51 hlavních sester ministerstev zdravotnictví. Bylo třeba jasně vytyčit podmínky kvalifikačního studia, zdůraznit nový rozměr pojmu „sestra“ a vytyčit pojem „zdravotnický asistent“. **(53)**

K důležitým aktivitám WHO patří také nepravidelné konference, na nichž jsou vyhlášovány strategické programy zaměřené na celosvětovou zdravotní politiku. Z nejdůležitějších jmenujme Mezinárodní konferenci Světové zdravotnické organizace a Dětského fondu Organizace spojených národů UNICEF v Alma-Atě, konanou r. 1978, která se stala zásadním klíčem pro dosažení cíle pozdějšího programu Zdraví pro všechny v roce 2000. Neméně významnou byla i konference ve Fezo v Maroku, konaná r. 1980, na níž byla definována nová evropská strategie určující základní zdravotní péči ve čtyřech oblastech. Tyto oblasti zahrnují životní styl a zdraví, rizikové faktory, změny v soustavě zdravotní péče a získání nutných prostředků pro podporu a realizaci změn. **(17)**

Výše zmíněný program Zdraví pro všechny v roce 2000 je v České republice aplikován pod názvem *Národní program zdraví*. Jedná se o střednědobou až dlouhodobou variantu výchozího dokumentu, která se zaměřuje především na prevenci, podporu a ochranu zdraví občanů. K tomuto účelu jsou využívány projekty podpory zdraví zaměřené na ovlivnění životních podmínek a zvýšení obecného zájmu občanů o zdraví. Z neznámějších lze vzpomenout dílčí programy WHO: Zdravé město (Evropská síť zdravých měst EURONET), Zdravá škola, Zdravý podnik a Zdravá rodina. **(17, 22)**

Do 21. století vstoupila WHO společně s aktuálním strategickým plánem, přijatým v květnu 1998. Pro Evropský region má *Zdraví 21* čtyři hlavní části. Ty následně jednotlivé státy konkretizují a aplikují ve svých podmínkách. Určujícím faktorem v tomto procesu jsou pro ně jejich možnosti a lokální podmínky. V ČR je aplikace programu známá pod názvem *Národní akční plán zdraví a životního prostředí (NEHAP)*, který vešel v platnost usnesením vlády 9. 12. 1998. Jak je z názvu patrné, jednotlivé úkoly NEHAP spočívají především na bedrech MZ, MŽP a MZe. **(17, 22)**

Na transformaci českého ošetřovatelství se výrazně odrazil i vstup naší země do Evropské unie (EU) r. 2004. Kromě hospodářské integrace tento krok znamenal také nutnou změnu v právním systému. Ta ovšem neproběhla v rámci jednoho roku, ale byla výsledkem dlouholeté mezinárodní spolupráce. Již před vstupem země do EU měla na ošetřovatelství vliv Rada Evropy (RE). ČR se jejím členem stala v roce 1993, tedy krátce po svém vzniku. Hlavním úkolem RE je sjednávání mezinárodních smluv mezi členskými nebo přizvanými státy. Právě prostřednictvím některých z těchto smluv se dotýká i zdravotnických standardů a upravuje také mezinárodní spolupráci. **(25)**

Z orgánů EU je pro zdravotnictví důležitá především Evropská komise se sídlem v Bruselu, a to zejména její generální ředitelství (GŘ) neboli „unijní ministerstva“. Konkrétně jsou to GŘ pro zdraví a ochranu spotřebitele, GŘ pro vnitřní trh a GŘ pro výzkum. Úkolem komise jako celku je sledovat dodržování práva ve členských státech, přijímat nařízení a směrnice, zabezpečovat unijní ochranu hospodářské soutěže a podobně. Porušování těchto práv na základě žalob projednává Evropský soudní dvůr. Aby byl výčet důležitých orgánů úplný, je třeba zmínit také Evropskou agenturu pro hodnocení léčivých přípravků, Úřad pro harmonizaci vnitřního trhu, Evropské centrum pro monitorování drog a drogové závislosti a Evropská agentura pro životní prostředí. **(25)** Nařízením Evropského parlamentu a Rady svou činnost zahájilo v květnu r. 2005 i Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, jehož prvotním cílem je napomáhat při posilování obrany proti infekčním onemocněním. Při tom úzce spolupracuje s WHO. **(61)**

Dalším pozitivem vlivu EU je vzájemné uznávání kvalifikací zdravotníků. Hlavním předpokladem takového kroku však byla srovnatelnost kvalifikací, výučných

oborů a výcviků v jednotlivých zemích. U sester toto konkrétně upravují směrnice č. 77/452/EHS a č. 77/453/EHS a předpisy na ně navazující. Důležité při tom je, že kvalifikace bude uznávána i sestřím (včetně mužů), které ukončili vzdělání před tím, než vešly směrnice v platnost. Porodních asistentek, rovněž včetně mužů, se pak týkají směrnice č. 80/154/EHS a č. 80/155/EHS. V českém právním systému takové změny nezůstaly nepovšimnuty. Projevily se v celé řadě zákonů, které upravují výkon nelékařských zdravotnických povolání, získání kvalifikací, jejich uznávání a podobně (viz Příloha 5). **(25, 36)**

Rozvoj kvalitní ošetrovatelské péče a systematického vzdělávání sester u nás ovlivňují i jiné, zatím neuvedené, mezinárodní organizace. Jsou to především ICN a Stálá komise sester při EU. Kromě stanovení výčtu kompetencí sestry se zaměřují jejich doporučení i na systém celoživotního vzdělávání kontrolovaný *centrální registrací*. Přestože tyto systémy v jednotlivých zemích mohou vykazovat drobné odlišnosti, jejich základní cíl je zcela shodný, a to srovnatelnost vzdělávání a tím i volný pohyb v rámci pracovního trhu v zemích EU. **(8)** Přitom je třeba si uvědomit, že registrace jako taková není v ČR ničím novým. Poprvé se objevila ve třicátých letech 20. století, kdy ji zavedl Spolek diplomovaných sester. Vlivem pozdějších událostí však registr zanikl. Znovu se k němu vrací až Metodický pokyn č. 6/1998 Věstníku MZ ČR, na jehož základě byla vypracována současná koncepce českého ošetrovatelství. **(8, 62)**

V nově vzniklé koncepci oboru bylo jasně vytýčeno jeho postavení, zaměření a samozřejmě i pole působnosti. Dále bylo uvedeno, že tato koncepce respektuje doporučení OSN, WHO, ICN a Mezinárodní rady porodních asistentek pro 21. století. Zdůrazněna byla potřeba ošetrovatelských standardů pro praxi a aplikace ošetrovatelského procesu při poskytování péče zdravým i nemocným jedincům. Jednotlivé body dokumentu pak vycházely z úzkého spojení se systémem vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. **(23)**

Zmíněný pokyn byl impulzem, který vedl dnes již neexistující Radu pro rozvoj ošetrovatelství k vytvoření návrhu systému centrální registrace. Ten po jejím zrušení převzala ředitelka nově vzniklého odboru ošetrovatelství MZ. Protože realizace projektu se stále nejevila jako reálná, iniciativu převzala ČAS po dohodě s autorkami projektu.

Vznikla tak *dobrovolná registrace* nezávislá na členství v ČAS, která se vyznačovala v praxi ověřeným a přiměřeným kreditním systémem. Zároveň byl sepsán seznam vzdělávacích aktivit v oblasti celoživotního vzdělávání a ke každé aktivitě byl přidělen odpovídající počet kreditů. Délka jednoho registračního období byla stanovena na dobu pěti let. Byl také vypracován přesný postup pro udělení registrace a vybudováno Registrační centrum v Praze, které oficiálně zahájilo svou činnost 12. května 2001. Registrační komise následně sestavila formuláře registračních dokumentů. Kromě přihlášky k registraci obsahovaly i záznamy o vzdělávacích aktivitách absolvovaných v průběhu registračního období, potvrzení o výkonu ošetrovatelské praxe či žádost o zařazení vzdělávací akce do kreditního systému ČAS. **(8)**

Mezinárodní rada sester (ICN) je federací národních asociací sester a jejím hlavním posláním je celosvětově podporovat rozvoj profese. Založena byla r. 1899 na popud anglických sester. K současným prioritám této organizace patří řízení změn, aktivní účast na vytváření Mezinárodní klasifikace pro ošetrovatelskou praxi (ICNP) či na rozvoji praxe založené na důkazech. Velký důraz je kladen i na podporu vztahů s jinými organizacemi, jako je UNICEF, Amnesty International a podobně. K neméně významným aktivitám patří i zmíněné aspekty regulace profese, kterými se ICN zabývá. V poli zájmu stojí normy pro vzdělávání, praxi, etický kodex, stejně jako rozsah a povaha všeobecné a specializované praxe. V přípravě regulačních mechanismů v jednotlivých zemích hraje úlohu pramene, z něhož mohou sestry čerpat. Důležitým bodem programu organizace je také společensko-ekonomické zabezpečení sester. V něm se pozornost ubírá především k bezpečnosti práce a spravedlivému odměňování za práci. Z tohoto důvodu také vznikl projekt Vyjednávání v řízení, v němž mohou sestry získat dovednosti potřebné k vyjednávání. Odraz ICN v českém ošetrovatelství lze spatřovat i v přijetí Etického kodexu Mezinárodní rady sester s platností od 29. dubna 2003 Českou asociací sester. **(6)**

Světová obchodní organizace (WTO), založená r. 1994, se dotýká ošetrovatelství především svým vlivem na oblast služeb a mezinárodního obchodu s léčivými, stejně jako na odvětví zabývající se službami pro zdravotnictví a pojišťovnictví. Mezi její členy patří všechny členské státy Evropské unie. **(25)** Ty jsou členem i Evropské onkologické

sesterské společnosti (EONS) založené r. 1984, která sdružuje na 50 sesterských onkologických organizací. Svou pozornost soustředí na dostupnou kvalitní péči o onkologické pacienty, znalosti cílů u všech sester tohoto resortu a jejich celoživotní vzdělávání. Podobné cíle, ač v oborově odlišné oblasti, má také Evropská asociace dialyzačních a transplantačních sester & Evropská asociace renální péče (EDTNA/ERCA) založená nefrologickými sestrami r. 1971. (9)

Výše zmíněná Mezinárodní rada sester (ICN), tvořená 122 národními asociacemi sester, se věnuje podpoře rozvoje ošetrovatelství, sester a zdraví již od svého založení r. 1899. Sídlem výkonného výboru se stala Ženeva. Mezi programové cíle ICN bylo zařazeno řízení změn v oblasti profesionální praxe. Tomu mají napomoci i následující body jako je vytváření Mezinárodní klasifikace pro ošetrovatelskou praxi, navazování kontaktů či spolupráce s jinými mezinárodními organizacemi (WENR, OSN, UNICEF atd.). K dalším, neméně významným cílům, patří i výzkum a praxe založená na důkazech, nebo regulace profese prostřednictvím norem pro vzdělávání, poskytování služeb a etické chování. Z pohledu vůdcovství je již mnoho let důležitým projektem, který tato organizace zaštituje, Vyjednávání v řízení (Negotiation in Leadership). Jedná se o vzdělávací program, jímž je sestrám poskytnuta možnost získat dovednosti nutné k vyjednávání nejen o výhodách srovnatelných s ostatními profesemi. (9)

Z oblasti výzkumu mohou získávat cenné poznatky na základě zpráv a publikací WENRu, tedy Pracovní skupiny evropských sester pro výzkum, založené r. 1978. Mezi jejími členy lze nalézt zástupce členských organizací ICN z 25 zemí Evropy. (9) Původně československé sestry se aktivně účastnily jeho projektů od r. 1985. K jeho primárním cílům patří zkvalitňování a rozvoj výzkumu v ošetrovatelství coby důležité podmínky vysokého standardu péče v dané profesi. Dále pak zajištění vhodné výměny informací tak, aby byla využitelná nejen ve vzdělávacích programech jednotlivých zemí, ale zároveň pomáhala při výchově nové generace sester schopných výzkumné práce. Samozřejmě se také získané poznatky snaží uplatnit v praxi. Výsledkem všech těchto činností by následně mělo být vychování vysoce vzdělané,

kultivované sestry s vysokým stupněm empatie vůči nemocným, která je ovšem dostatečně odborně erudovaná a ochotná pomáhat. **(54)**

K podobnému výsledku byl směřován i *projekt Lemon WHO*, pocházející z dílny ošetrovatelského oddělení Evropské ústředny WHO (r. 1993). Vznikl ze snahy o zlepšení kvality ošetrovatelské péče prostřednictvím vyšší úrovně vzdělávání sester a porodních asistentek. Tak, jak si vyžadovala rozvíjející se profese a měnící se právní systém naší země, měnil se i obsah studia. Vznikaly nové formy a typy vzdělávání a škol a ve výuce se začaly objevovat dosud nepoužívané metody. V mnohých evropských zemích, především v zemích bývalého socialistického bloku, vyvstal společný problém. **(56, 58)** Byl jím výrazný nedostatek kvalitního výukového materiálu, učebnic, videoprogramů a jiných vhodných praktických pomůcek. Ovšem neznamená to, že by do té doby takové materiály neexistovaly. Byly pouze vzdáleny světovým trendům a požadavkům dané profese. Často se orientovaly spíše na biologickou a medicínskou stránku problematiky, nikoliv však na psychosociální oblast. Pokud již byla zmíněna, pak jen okrajově. Co v nich zcela chybělo, byla doporučení pro práci sester v terénu. **(19, 56)**

Cílem projektu realizovaného pod patronací britského ministerstva zdravotnictví bylo vytvořit kvalitní odborný materiál určený mentorkám, sestřím a zároveň i studentům. Následně měl být přeložen do národních jazyků zúčastněných zemí. Dle plánu měl projekt probíhat ve třech fázích. V první šlo o vypracování seznamu materiálů doporučených vybranými evropskými experty. **(19, 56)** Ti při tom vycházeli z mezinárodně přijatých požadavků na obsah kvalifikačního ošetrovatelského studia, jež byly přijaty vídeňskou konferencí evropských sester r. 1988. **(58)** V druhé fázi šlo o provedení pilotní studie - ověření materiálu v několika zemích. Třetí už spočívala pouze v přeložení celého souboru do jednotlivých národních jazyků a distribuci. Mezi experty, kteří byli Ošetrovatelským oddělením WHO jmenováni za účelem řešení tohoto úkolu, měla i ČR svou zástupkyni. Byla jí doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. **(19, 56)**

Na vlastní realizaci projektu se podílelo celkem 28 zemí. Česká pracovní skupina sestavená na podzim r. 1993 a schválená tehdejším ministerstvem zdravotnictví

čítala 8 členů. V jejím čele stanula sestra Jindra Pavlicová. V jejím týmu byli zastoupeni reprezentanti ošetrovatelství na úrovni středoškolské, pomaturitní a vysokoškolské. Samozřejmě nechyběly ani členky sesterských organizací a sestry z praxe. Jmenovitě se jednalo o: doc. PhDr. Martu Staňkovou, CSc, PhDr. Alenu Mellanovou, CSc., Mgr. Helenu Frýdeckou, PhDr. Dagmar Sitnou, PhDr. Hanu Pessrovou, CSc., Hildu Vorlíčkovou a Otilii Jedličkovou. S postupem času byla jasně dána struktura výsledných výukových materiálů, jejich rozsah, uspořádání a zaměření. První česká verze učebních textů se pak začala vydávat v listopadu r. 1996 a o rok později již bylo na světě všech pět nám již dobře známých dílů. (55, 58)

Předávání výsledků výzkumů, poznatků či teorií, třeba i v rámci vzdělávání, významně usnadňuje jednotná ošetrovatelská terminologie. Ta se také stala hlavním bodem v cílech organizace s názvem ACENDIO založené r. 1995. (9, 37) Pod její patronací vzniká mnoho známých projektů. Mezi ně patří na příklad Beta verze projektu ICNP, která je zaměřena na standardní ošetrovatelskou diagnostiku, očekávané výsledky a intervence. V praxi je pak testována a ověřována projektem TELENURSE, který se pomocí dálkového propojení snaží usnadnit sdělování a přenos informací týkajících se ošetrovatelské praxe nejen v nemocnicích, ale i v primární péči. S velmi podobným záměrem je realizován i další z projektů - PROREC, který se však zaměřuje především na Evropu. (27)

Světovým projektem, odrážejícím se v našem ošetrovatelství, je bezesporu také *Managing Change: Expanding Role of Middle Managers in Health Care*, organizovaný pod záštitou Projektu Hope v partnerství s Johnson & Johnson`s CSR EME (od r. 1992). Impulzem k jeho vzniku byla potřeba vybavit budoucí vedoucí pracovníky střední a východní Evropy nezbytnými schopnostmi a odbornými znalostmi nutnými pro výzkum a následné zavádění inovací do stávajícího systému. Samotné vzdělání se pak týkalo především oblasti zdravotní péče a ošetrovatelského sektoru. Vlastní *Projekt Hope* začal v České republice fungovat v době, kdy u nás nebylo žádné manažerské vzdělání, které by bylo sestrám (ošetrovatelskému personálu) dostupné. Byl akreditován Českou lékařskou komorou a Českou asociací sester. Jeho výjimečnost nespočívala

pouze v přínosu pro ošetrovatelský management, ale především v jedinečném týmovém přístupu, jakým byl program realizován. (2)

Organizátoři využívali holistického přístupu, jímž povzbudili kolektivní mezioborovou práci a napomohli kombinaci teorie s praxí. Šanci zúčastnit se jej, měli v podstatě téměř všichni kvalifikovaní střední manažeři, což bylo dáno jeho bezplatností. Od roku 2000 se ho u nás účastnilo na 120 týmů. Každý z nich byl na základě svého zaměření tvořen třemi středními manažery z nemocnic, zdravotních pojišťoven, psychiatrických klinik či krajských zdravotních správ. Po dokončení projektů byla většina prací jednotlivých týmů aplikována v příslušných organizacích. Za zmínku jistě stojí i fakt, že lidé, kteří tento vzdělávací program absolvovali, mají v budoucnu možnost zúčastnit se i projektu European Health Leadership program organizovaného v partnerství s Insead Business School form senior management. (2)

Svým zaměřením podobným projektem určeným sestřím manažerkám, byl projekt Leonardo da Vinci. Kromě naší země se jej zúčastnila i Francie, Belgie, Maďarsko a Španělsko. Jeho financování se uskutečňovalo z prostředků EU. Její komise také schválila pro všechny účastníky společné téma, a to Zdokonalování ošetrovatelských manažerských služeb v nemocnicích, výukové programy pro sestry manažerky. Jak je z názvu patrné, šlo především o to, poskytnout sestřím návody, jak plánovat a organizovat ošetrovatelskou péči. S tím samozřejmě souvisí i vedení příslušné dokumentace a zdokonalování kvality péče, která je pacientovi poskytována. Aby byl zajištěn přínos těchto aktivit, bylo každým rokem organizováno setkání všech zúčastněných, na nichž se podávaly ústní zprávy. (59)

Vlastní organizace Leonarda da Vinci pak probíhala následovně. Každý stát byl zastoupen jednou až dvěma dvojicemi partnerů a hlavní sestrou ministerstva zdravotnictví. Každé centrum mělo svého reprezentujícího člena, který celou realizaci projektu přímo řídil a byl za ní zodpovědný. Zároveň však byla centra uspořádána po dvojicích tak, aby se mohla v plnění cílů vzájemně kontrolovat a referovat o úrovni plnění projektu. Ovšem hlavní dohled nad celým projektem v každé zemi spočíval na bedrech ministerstva zdravotnictví. Pro úplnost je vhodné doplnit, že u nás se na tomto projektu podílela Tomayerova nemocnice a Ústav teorie a praxe



ošetřovatelství 1. LF UK v Praze a FN Brno - Bohunice a IDV PZ v Brně. „Pražské centrum“ se v tomto projektu zabývalo tématem Management zavedení ošetřovatelského procesu a ošetřovatelské dokumentace. „Brněnské centrum“ zase Metodami zlepšení kvality ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu a její hodnocení. **(59)**

V pořadí druhý projekt zaštitěný názvem Leonardo da Vinci byl organizován v období mezi roky 2001 až 2006. Z jeho názvu - Vývoj kompetencí sester manažerek ke zkvalitnění péče o pacienty - je patrné, jakým směrem se ubíral. Cílem bylo identifikování a definování kompetencí staničních sester. Dále se zaměřoval na rozšiřování těchto poznatků na regionální i národní úrovni a následně i vytvoření vzdělávacího programu pro sestry manažerky. Jeho koordinátorem byl odbor zahraničních věcí Assistance Publique - Sdružení nemocnic v Paříži. Do vlastního projektu se pak zapojilo 23 partnerů z osmi pilotních míst ze sedmi evropských zemí. ČR zde byla zastoupena Ústavem teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK v Praze a FN v Motole při 2. LF UK rovněž v Praze. **(35)**

#### ***1. 4 Princip a realizace změn v ošetřovatelství z pohledu vůdcovství***

Jakékoli změny, ať už se týkají ošetřovatelství či nikoli, nebyvají příliš populární. V zásadě se k nim mohou lidé stavět dvěma způsoby: jako k nutnému zlu nebo jako k příležitosti. Všeobecně se dá říci, že se odpor k nim vyskytuje v různé míře na všech úrovních lidské společnosti po celém světě. Lidé se většinou bojí, protože mají pocit, jako by něco ztráceli. Dlouhou dobu jim trvá nalezení pozitiv, která mohou změny přinést. Úkolem každého vůdce je proto plánování a zajištění jejich uskutečnění. Významnou pomocí se pro něj může stát předběžný průzkum prostředí (viz Příloha 6), který poskytuje informace o připravenosti organizace a lidí na změnu. **(15, 30)** Vždy je třeba mít na paměti, že ačkoli autor změn přesně ví, proč jsou potřebné, jeho okolí má naopak v zásobě mnoho důvodů, proč by se uskutečnit neměly. Proto musí být velmi přesvědčivý a lidem ukázat jak stránky pozitivní, tak i negativní. Důslednost je zde rovněž na místě. Nestací jen změny uvést do chodu. Je třeba na jejich plnění také dohlížet. **(5, 40)**

Z uvedeného je možné vyčíst, že při realizaci změn lídr uplatní jak své vůdčí schopnosti tak i manažerské. Prakticky to znamená pouze to, že při porozumění požadavkům týkajících se postoje a motivace lidí, uplatňuje spíše vůdčí schopnosti. Ale v otázkách technických požadavků a otázkách zaměřených na úspěšné dokončení započatého díla spíše využije schopností manažerských. **(30, 40)** Samotné ustanovení lídra je pak prvním krokem na cestě ke změnám. Hned za ním následuje vytvoření „týmu změn“ v počtu pěti až deseti členů tak, aby bylo zajištěno dostatečné debatní prostředí a bylo možné dosáhnout shody. Ze složení týmu je třeba dbát na přítomnost členů organizace (interních členů), poradců zajišťujících odborné konzultace a podporu a samozřejmě také externích členů, kteří brání „provozní slepotě“. Právě externí členové často přinášejí zdravý selský rozum a odvahu zkusit něco nového. Nicméně stále zde platí pravidlo, že změny musí řídit management a ne lidé z jiných organizací, lidé zvenku. **(60)**

#### *1. 4. 1 Od prvotní myšlenky k realizaci změn*

Pro realizaci jakýchkoli změn je v prvé řadě nutné pochopit rozdíl mezi změnou, která nás posune k inovacím, a nutnou změnou. Předpokladem pro dosažení takových změn je pak dostatek informací o fungování organizace, o technických parametrech a o vlivných činitelích. Samozřejmě podstatné jsou i názory okolí a motivace, které se následně přímo pojí s celým procesem uskutečňování. Dále je třeba mít přehled o nutných zdrojích a o způsobech, jak tyto zdroje získat. **(30, 60)** Nejen k tomuto je třeba mít dovednosti a znalosti z oblasti pedagogiky, komunikace, týmové práce, znát své vlastní schopnosti, silné a slabé stránky. Uvědomovat si, jak je situace použitelná v praxi a jaké priority má organizace – zda požadovaná změna organizaci něco přinese. Nutností pro změny je dostatek času, plánování změny, strategie, které lze použít a mít podporu vedení a školských institucí. **(26, 60)**

Obecně vůdcovství a management rozlišuje sedm typů změn. Prvním typem jsou *změny postupné*, které se uskutečňují v malých krocích. Odbornou veřejností bývají charakterizovány spíše jako „logické přidávání“. Dochází k nim především na operativní úrovni. Jejich soustavný, pozvolný nástup u lidí, kterých se týkají, pomáhá

minimalizovat šok z nečekaných, dramatických změn. Jako druhé jmenujme *změny transformační*, které jsou zaměřeny na strukturu a povahu, čímž zajišťují organizaci možnost vytvářet a uskutečňovat programy hlavních změn. Ty následně umožňují přežití organizace na poli konkurence a možnost strategicky reagovat na měnící se požadavky v dynamickém prostředí. Jejich iniciátorem nemusí být notně vedení, ale často si je vynutí i vláda prostřednictvím změn zákonů, jako tomu bylo v nedávné době i v ošetrovatelství. *Strategické změny* jsou třetím typem, který se týká především obecných a dlouhodobých záležitostí celé organizace. V první řadě jde o dosažení strategické vize, to znamená, že směřuje k účelu a poslání. Tyto změny se pak projevují v kontextu k vnějším podmínkám, jako je například ekonomické či sociální prostředí, konkurence, kultura apod. Právě jejich pochopení je pro tento typ změny nepostradatelné. **(3)**

Čtvrtým typem spadajícím k uvedenému výčtu jsou *změny organizační*. V poli jejich hlavního zájmu je strukturování organizace a v hrubých rysech i její fungování (centralizace, decentralizace). *Změny systémů a procesů* jsou v pořadí pátým typem, který má vliv na pracovní podmínky a postupy v celé organizaci i v jejích částech. Dochází k nim při změně metod činností, zavedení nové techniky či technologií nebo prostou úpravou stávající technologie. V ošetrovatelství byl tento typ patrný například při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe. Šestým typem je *změna kultury*, jež je v tomto slova smyslu spíše systémem hodnot a norem, založeným na ustálených přesvědčeních a předpokladech. Ty ve svém důsledku mohou výrazně ovlivnit plnění cílů a dosahování vysokých výsledků. K výčtu typů změn je nutné doplnit i *změnu chování*, neboť právě tento typ je tvořen kroky podněcujícími jedince k efektivnějším výkonům. Jako velmi efektivní nástroj se v tomto případě jeví zapojení jedinců do stanovování cílů, poskytování větší odpovědnosti, pravomocí či odměn. **(3)**

Postupy při zavádění změn je možné rozdělit dle způsobu, jakým změny uvádějí v život. Prvním přístupem je *donucovací přístup*, kdy se postupuje ze shora dolů, tedy lidé s autoritou přikazují druhým, aby dělali věci jinak. Výrazným předpokladem je zde poslušnost podřízených, která je obvykle podporována v případě nesplnění jistou hrozbou (př. ztráta zaměstnání). Tento přístup je typický pro organizace vyznávající

a spoléhající na hierarchický přístup a ve vojenských organizacích. *Racionálně empirický přístup* naopak předpokládá, že většina lidí jedná na základě vlastního rozumu a vlastního zájmu. Z toho pak vychází předpoklad, že pokud si budou vybírat z možných řešení, zvolí to, které přinese největší prospěch všem. Tento přístup rovněž postupuje shora dolů a je i částečně autoritativní. Důležitý je zde správné předávání informací a instrukcí, které by měly jít jedním směrem od lidí, kteří znalosti a pravomoci mají k těm, kteří je nemají. Zde je ale třeba pamatovat na to, že lidé se rozhodují na základě svých znalostí, schopností a svou roli zde mohou hrát i předsudky, které by pak výsledek mohly ovlivnit. To by v oblasti ošetrovatelství mohlo mít neblahé důsledky. *Normativně převýchovný přístup* je posledním z nejčastějších přístupů, který se odlišuje především v tom, že k realizaci změn dochází odspoda nahoru. Lidé se tak mohou stávat aktéry změn a je tu větší předpoklad jejich kladného přijetí. Poslední zmíněný styl se jeví pro ošetrovatelství jako nejlepší možná varianta. **(26, 44)**

Ve vlastním procesu změn je třeba rozlišit jejich tvůrce, realizátory a příjemce. Důležitý je zde vždy společný souhlas s cíli změn, jejich diagnostika (co je špatně, náprava, co dělat a proč), plánování postupu, průprava, vlastní realizace, upevnění nových norem a odezva, která je posledním krokem. Po celou tuto dobu je s výhodou pamatovat na pravidlo, že postoje a chování vždy vyústí ve výsledky (viz Příloha 7). Ty ovšem nezřídka ovlivňuje také dostatečná a především vhodná komunikace, která nemusí vždy odpovídat našemu očekávání (viz Příloha 8). **(4, 26)**

V ošetrovatelství je sestra součástí změn prakticky neustále, ať už se jedná o ošetrovatelský proces nebo zavádění nových postupů či řízení na pozicích top managementu. Veškeré tyto aktivity, tak jako v jiných oborech, jsou usměrňovány, a to buď pomocí vnější regulace, nebo seberegulace. Odpovědnost v tomto systému spočívá na čtyřech hlavních skupinách. Za prvé je to vláda, která zasahuje do profese prostřednictvím zákonů, administrativních nařízení, politikou či přímým vlivem na podřízené instituce (viz Příloha 10). Dále je to samotná profese s výraznou technickou a znalostní základnou, která jí poskytuje dostatečně silnou pozici při vypracovávání a doporučování norem. Třetí, velmi silnou skupinou jsou sestry samotné, jejichž regulační funkce tkví především v poskytování péče v souladu

s přijatými standardy, kodexem a etikou. Poslední skupinu tvoří zaměstnavatelé, kteří jsou autory požadavků na přijímání pracovníků a norem platných v jejich instituci. **(44)**

#### *1. 4. 2 Hodnocení změn*

Hodnocení změn je náročný proces, při kterém jsou porovnávány výsledky s plánovanými očekávanými. Důležité přitom je zjistit, zda plán směřující k dosažení cílů fungoval, v čem spočívaly problémy, pokud nějaké vyvstaly, a jaký byl přínos změn (viz Příloha 9). **(40)** Klíčová je zde i jejich efektivita, neboť právě poměr mezi užitek a cenou je často rozhodujícím faktorem, který určuje délku jejich života. Proto by také strategie hodnocení změn měla být součástí každého plánu. Mezi její náležitosti patří indikátory pro měření dosaženého a jasná definice požadovaných cílů (změn). Způsoby hodnocení pak můžeme rozdělit na formální a neformální na jedné straně, a kvantitativní a kvalitativní na straně druhé. **(26, 30)**

Neformální hodnocení spočívá spíše ve slovním vyjádření hodnocení, kdy je tlumočen názor lidí, kterých se změna přímo týká. Je samozřejmě ovlivněné subjektivně, ale také informuje vedoucí i členy kolektivu o tom, co se děje a jak mohou změnit směr. Vždy je tedy třeba mít na paměti jejich omezení. Formální metoda hodnocení je taková, při níž se shromažďují objektivnější důkazy. Ty mohou následně všichni snadněji použít jako argumenty pro změnu a její realizaci. Na druhou stranu je tato metoda hodnocení mnohem náročnější jak na finance, tak i na čas potřebný k získání dostatku informací. Je také nutné kombinovat více metod hodnocení, postupů. Často bývají využívány dotazníky a rozhovory, statistické shromažďování dat či záznamové deníky. Údaje jsou pak zaznamenávány před změnou, po změně a během ní. **(26, 30)**

Kvantitativní metody souvisí především s množstvím shromážděných dat, která mají povahu spíše holých faktů a čísel (v případě ošetřovatelství mohou souviset s pacienty, činnostmi sester či lékařů apod.). Kvalitativní metody se pak zaměřují spíše na emocionální složku změny – tedy emocionální složky realizace změny. **(26, 44)**

V závěru každého hodnocení realizace změny by nemělo chybět rozšiřování výsledků daného hodnocení, aby se předešlo zbytečným ztrátám času při řešení otázek,

kteře již byly vyřešeny nebo řešeny. Je proto třeba podporovat sestry v diseminaci jejich prací tak, aby bylo možné co nejvíce podpořit rozvoj profese a její vědeckost. K tomuto účelu se samozřejmě i výborně hodí možnost výzkumů a mezinárodní spolupráce s různými sesterskými organizacemi. **(26, 58,)**

Hodnocení však neprobíhá pouze po ukončení realizace změny, ale i v celém jejím průběhu, neboť je nanejvýš žádoucí odstranit veškeré možné odchylky od požadovaného stavu. Tím je následně zajištěno, že se obdobné nedostatky v budoucnu již opakovat nebudou. Ovšem v tomto případě je vhodné zdůraznit pozitivní a preventivní funkce kontroly, která v žádném případě nesmí být chápána jako represivní nástroj. Ba naopak. Je normální, pozitivní silou orientovanou především na budoucnost. Je dynamická a má vztah ke všem fázím řídicích a vůdčích procesů. V praxi je pak možné využít kontrolu dopřednou nebo zpětnou vazbou. Dopředná vazba hledá odpověď na otázku, zda vstupy, procesy a činnosti zajistí plánované cíle. Kdežto zpětná vazba se zabývá otázkou, zda výsledek dané činnosti odpovídá plánovaným cílům (viz Příloha 11). **(11)**

#### *1. 4. 3 Vklad do budoucna*

Současný svět je charakteristický narůstající potřebou dobrých vůdců prakticky ve všech oblastech lidské společnosti, kde ani ošetřovatelství není výjimkou. Vzrůstá poptávka po silných, profesně vybavených vůdčích typech, které jsou výrazné a natolik inspirující pro ostatní, že dokáží pro nové myšlenky strhnout prakticky i zarputilé odpůrce. **(1, 7)** Stále se zvyšující počet sester ve vedoucích pozicích je nutí k tomu, aby takové dovednosti získávaly. Vždyť i rezoluce WHA 45.5 z roku 1992 na tuto budoucí potřebu poukázala, když zdůraznila nutnost posilování sítě sester ve vedoucích pozicích ve zdravotnictví na všech úrovních (včetně ministerstev). Vyzdvihla také úlohu výzkumu v této profesi, protože i díky němu bude zajištěno poskytování kvalitní ošetřovatelské péče s důrazem na primární složku a s ní spojenou edukaci. **(1, 44)**

V té by se nově měly více realizovat sestry s rozšířenými pravomocemi, jako jsou registrované sestry, porodní asistentky s certifikací, sestry anestezioložky apod. Jejich odborné vzdělání by jim mělo poskytnout potřebné znalosti a dovednosti nejen

k výkonu profesionálního ošetřovatelství, ale i k posouzení vztahů v komunitě, rodině či skupině. Navíc musí umět do rozhodování a vyhodnocování ošetřovatelských plánů zapojit i pacienty. To vše si samozřejmě vyžaduje také znalosti z oblasti vedení a řízení, neboť bude do ošetřování zapojováno stále více poskytovatelů zdravotní péče. Tím se i kvalita vedení a managementu stane rozhodující pro zlepšení kvality ošetřovatelské péče a záchrany života. **(2, 12, 36)**

Z uvedeného vyplývá, že vůdcovství není pouze záležitostí top managementu či středního managementu profese. Je záležitostí každé ze sester, která v sektoru zdravotnictví pracuje, neboť každá se někdy, byť by to bylo jen na malou chvíli, může stát mentorkou, edukátorkou či lídrem. Projevuje se také v plánování poskytování péče dle ošetřovatelských standardů, vedení dokumentace, celoživotním vzdělávání i veškerých administrativních úkonech. Svůj význam má také v oblasti vývoje nejrůznějších zdravotnických technologií, při testování databází vhodných pro užití v nemocničních zařízeních různého typu. Odráží se i ve výzkumech, na jejichž výsledky se mohou stát vítaným vědeckým podkladem změn v profesi. **(7)**

## **2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

*Cíle první části diplomové práce:*

- 1: Vymežit pojem vůdcovství v ošetrovatelství.
- 2: Vymežit události, které vedly ke klíčovým změnám v oblasti ošetrovatelství.

*Cíl druhé části diplomové práce:*

- 3: Zmapovat systém změn v ošetrovatelství v současnosti.

### **2.2 Výzkumné otázky**

*Výzkumné otázky se vztahují první části diplomové práce, tedy k cíli 1 a 2:*

- 1: Co zahrnuje pojem vůdcovství v ošetrovatelství?
- 2: Jak se vůdcovství uplatňuje v rámci ošetrovatelství?
- 3: Které události byly klíčové pro změny v oblasti ošetrovatelství ve světě?
- 4: Které události byly klíčové pro změny v oblasti ošetrovatelství v České republice?
- 5: Z čeho vycházejí změny v současném ošetrovatelství v České republice?

### **2.3 Hypotézy**

*Hypotézy se vztahující k druhé části diplomové práce, tedy k cíli 3:*

- H1: Mladší generace se zajímá o změny v ošetrovatelství více než generace starší.
- H2: Mladší generace souhlasí se změnami v ošetrovatelství na rozdíl od generace starší.
- H3: Vysokoškolsky vzdělané sestry souhlasí se změnami v ošetrovatelství více než sestry bez vysokoškolského vzdělání.
- H4: Lékaři s praxí kratší než pět let souhlasí se změnami v ošetrovatelství na rozdíl od lékařů s dlouholetou praxí.



### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Výzkumná část této práce byla na základě stanovených cílů rozdělena do dvou částí. První část byla zpracována formou historické analýzy dat, která se odráží především v teoretické části. Ve druhé bylo použito kvalitativního šetření formou polostrukturovaného rozhovoru a kvantitativního šetření formou dotazníků.

Rozhovory nebyly anonymní, výběr respondentů probíhal záměrně na základě dostupných informací a životopisů. Vybráni byli zástupci sesterské i lékařské profese, kteří se podíleli nebo podílí na změnách v ošetrovatelství či zdravotnictví celkově. Polostrukturované rozhovory obsahovaly pro všechny respondenty několik shodných otázek, ale z větší části vycházely individuálně z oblastí, v nichž se respondenti pohybují (viz Příloha 12). Byly nahrávány na diktafon a následně z nich byly vypracovány kazuistiky. Z nich pak vycházejí kategorizační tabulky a grafy s podstatnými údaji k výzkumu. Před použitím ve výzkumné části diplomové práce, z důvodu uvedení jmen respondentů, tyto kazuistiky prošly jejich schválením. Schválení bylo kromě korespondenčního vyjádření elektronickou poštou zaznamenáno i písemně formou informovaného souhlasu (viz Příloha 13).

Kvantitativní šetření probíhalo formou anonymních dotazníků, které byly rozděleny dle respondentů na dotazníky pro lékaře (lékařky), pro sestry a pro laickou veřejnost. Tyto tři sady dotazníků se v otázkách lišily. Dotazník pro lékaře (lékařky) ve své první části obsahoval čtyři kategorizační otázky, ve druhé části pak devět otázek vztahujících se k cílům výzkumu a předem určeným hypotézám (viz Příloha 14). Dotazník pro sestry obsahoval šest kategorizačních otázek a sedm otázek vztahujících se k cílům výzkumu a předem určeným hypotézám (viz Příloha 15). Dotazník pro laickou veřejnost obsahoval tři kategorizační otázky a sedm otázek vztahujících se k cílům výzkumu a předem určeným hypotézám (viz Příloha 16).

Výběr respondentů pro kvantitativní šetření byl zcela náhodný. S žádostí o provedení šetření bylo osloveno celkem 17 hlavních sester nemocnic Plzeňského, Karlovarského a Jihočeského kraje a kraje Praha. Z tohoto počtu 8 hlavních sester

provedení šetření schválilo. Dotazníky byly následně předány buď přímo jim, nebo vrchním sestřám vybraných klinik, které je pak distribuovaly na jednotlivá oddělení.

### **3. 2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření byl tvořen devíti respondenty - šesti sestrami a třemi lékaři. Rozhovory probíhaly v období od února do března 2010 v Praze, Jindřichově Hradci a v Brně.

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření byl tvořen sestrami, lékaři (lékařkami) a laickou veřejností Plzeňského, Karlovarského a Jihočeského kraje a kraje Praha. Celkem bylo rozdáno 1190 dotazníků, z nichž 615 bylo určeno sestřám, 275 lékařům (lékařkám) a 300 laické veřejnosti. Vráceno bylo celkem 743 dotazníků, z toho bylo 448 sesterských, 133 lékařských a 162 laické veřejnosti. Celková návratnost tedy byla 62,44 %. Po mechanické kontrole bylo z tohoto počtu vrácených dotazníků pro chybné vyplnění či doručení po daném termínu 39 vyřazeno. Výsledný výzkumný soubor tedy tvořilo celkem 704 respondentů, z toho 428 sester, 124 lékařů (lékařek) a 152 laiků. Konečná návratnost byla 59,16 %.

Kvantitativní šetření probíhalo v období od února do března 2010 v Městské nemocnici Privamed a. s. (Plzeň), Nemocnici Karlovy Vary, Fakultní nemocnici Plzeň, Domažlické nemocnici a. s., Nemocnici Český Krumlov a. s., Nemocnici Jindřichův Hradec, Nemocnici Sokolov a Nemocnici Strakonice.

## 4. Výsledky

### 4.1 Výsledky kvalitativního šetření

Veškeré níže uvedené údaje vycházejí pouze z informací získaných prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Jsou výpověďmi a názory jednotlivých respondentů na položené otázky.

#### **Respondent č. 1 - PhDr. Ivanka Kohoutová, PhD., R. S.**

Paní doktorka Ivanka Kohoutová je ředitelkou SZŠ Ruská 91 na Praze 10. Tato škola se aktivně zapojuje do projektů jako je Leonardo, ale i jiných projektů z Evropského sociálního fondu či norských fondů. Děti tak dle jejích slov získávají motivaci pro výuku jazyků, nové zkušenosti, ale i přehled o tom, jak může zdravotnictví či sociální sféra vypadat jinde. Na opak si s sebou odnášejí poznatky, které mohou posloužit i ke změnám na jejich vlastní škole. Další pozitivum těchto aktivit respondentka vidí ve stmelení kolektivu žáků s učiteli, posílení důvěry nebo naučení se preciznosti.

Co se týče zahraniční spolupráce sester v rámci profese (sestry v pracovním procesu), domnívá se, že této možnosti příliš nevyužívají. Ale záleží na každé nemocnici. Zájem se pak projevuje ve chvíli, kdy se například zavádí nová technologie a je třeba proškolit personál - spolupráce za určitým cílem. Ale samozřejmě v rámci univerzity je to o něčem jiném, neboť se vzděláváním se přímo pojí i výzkum a tím pádem i větší příklon k různým druhům spolupráce nejen v rámci vlastní země.

Ošetrovatelství jako profesi je paní doktorka věrná v podstatě celý život. Vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru dětská sestra a své volby nikdy nelitovala, přestože původně chtěla studovat stomatologii. Vždyť i její maminka je zdravotní sestra.

Během doby, po kterou se v této profesi pohybuje, došlo k mnohým změnám. Obrovský pokrok za posledních 20 let zaznamenala zdravotnická technika, diagnostika, zdravotnické prostředky (materiály), léčba a s tím spojená ošetrovatelská péče. Neméně výrazných změn se dočkala i oblast vzdělávání, kdy došlo k přesunu kvalifikačního

studia sester na vysoké školy. Právě na této reformě se paní doktorka Kohoutová podílela. V podstatě za ní byla zodpovědná jakožto její spoluautorka. Samozřejmě tehdy, jak sama říká, měla reforma celou řadu odpůrců, kteří neznali systém vzdělávání sester, protože se o to nezajímali. Na druhou stranu ti, kteří se v této oblasti orientovali, tyto změny vítali a propagovali coby nutný krok před vstupem do EU i důsledek vývoje profesního vzdělávání.

Respondentka toto vnímá jako správnou cestu i vzhledem k tomu, že fyzická i mentální zralost dnešních dětí je zcela odlišná od dob minulých. Na současných středních školách se musí děti naučit mnoho věcí, které dříve v osnovách nebyvaly samozřejmostí. Je třeba posílit všeobecně vzdělávací složku, naučit je také např. jazyky, výpočetní techniku či vychovávat je k zodpovědnosti, což bývá u tak mladých lidí velmi obtížná záležitost. Na odbornou složku vzdělávání proto ubývá času. V potaz je nutné vzít i fakt, jaký obrovský pokrok medicína, technika a ošetrovatelství za posledních 20 let udělala. Jen těžko se dají 17-ti letí lidé připravit na zacházení s přístroji na jednotkách intenzivní péče, s přístroji na dialýze, na operačních sálech i na standardních jednotkách apod. Protože to není jen o tom něco přidat nebo zmáčknout, ale je to i například o chápání chodu přístroje, o fyzice, o chemii. Tyto děti jsou dnes schopné dělat jednoduché úkony, hygienickou péči, krmení, přípravu, ale nic složitějšího.

Prosazení reformy týkající se nejen kvalifikačního studia sester samozřejmě bylo velmi náročné, i když dnes na to paní doktorka ráda vzpomíná. Spočívalo v nekonečném vysvětlování „proč a jak“ a jak sama uvádí, tehdy myslela, že jí to bude stát zdraví. Je třeba si uvědomit, že předešlá legislativa byla tehdy zastaralá 35 až 40 let, což ale systém věděl. Spíše se dělalo vše proto, aby to bylo netransparentní, neboť naše společnost není na transparentnost připravená. Sestry se v podstatě vzdělávaly stejně, jen pod jinou hlavičkou, ale nemluvílo se o tom. Kámen úrazu nastal ve chvíli, kdy bylo třeba tento systém rozkrýt, dát mu jasná pravidla v návaznosti na katalog prací, platové třídy, na sazebník.

Problémem transformace v ošetrovatelské profesi byli především lékaři. Kompetence sester chtěli zvyšovat spíše netransparentně. Určitým problémem je i fakt,

že lékařská komora vzniká ze zákona, je mnohem silnější organizací (co se do financí i statusu týče). Ale nelékařská sdružení, ať už ČAS či jiné, jsou na bázi občanských sdružení. Tudíž členství v nich je nepovinné. I to způsobuje, že jsou následně při jednáních tito partneři nerovnocenní. Vycházejí tedy z různých pozic.

Při uplatnění svých studentů v rámci praxe nemá SZŠ špatné zkušenosti. Nedávno zde probíhal i výzkum, který se touto oblastí zabýval. Týkal se zhodnocení výsledků odborné praxe a jeho závěry budou uveřejněny v časopise Sestra v březnu tohoto roku. Při výuce se zde však dbá na to, aby studenti znali základy práva, věděli, co je v jejich kompetencích, co by měly pracovní smlouvy obsahovat. Protože neznalost zákona neomlouvá. Pak se snadno může stát, že zdravotničtí asistenti nebo sestry vykonávají práci neodpovídající jejich kompetencím, ať už ve smyslu plus nebo mínus. Pro současnou sestru jsou, kromě znalosti práva, rovněž nepostradatelné znalosti z oblasti managementu a vedení.

Vůdčí postavy ošetrovatelství by paní doktorka rozdělila na sestry v managementu, které vedou nemocnici, sociální lůžka apod. Sestry ve výzkumu, což dříve nebylo a bez nichž by nebylo např. hojení ran, dále ve vzdělávání, protože ten, kdo dělá ve vzdělávání, je spojen i s výzkumem. V neposlední řadě je třeba vzpomenout i sestry v ošetrovatelské praxi. Jmenovitě se pak jedná především o paní profesorku Tóthovou, která vykonala velký kus práce pro rozvoj ošetrovatelství. Výraznou osobností je i paní docentka Mastiliaková z Opavy, paní docentka Archalousová, pan doktor Jirkovský z Motola, paní magistra Málková z 1. LF, Zdena Mikšová ze Zlína. To vše jsou lidé, které vždy najdete na nejrůznějších akcích spojených s ošetrovatelstvím. Dále pak současná ministryně zdravotnictví paní Dana Jurásková a v podstatě všichni ti, kteří jsou na fakultách, protože museli programy akreditovat, vytvořit studijní podmínky, prosadit to proti vůli doktorů. Patří sem ale i střední zdravotnické školy, které rovněž vykonaly mnohé. Obory se změnily, bylo třeba připravit terciální vzdělávání apod.

## **Respondent č. 2 - Mgr. et Mgr. Eva Prošková**

Paní magistra Prošková vystudovala střední zdravotnickou školu obor dětská sestra, i když původně chtěla být učitelkou v mateřské škole. Své volby však nikdy nelitovala. Dlouhou dobu působila jako řadová sestra, pak několik let učila a s postupem času se dostala na ministerstvo zdravotnictví jako referentka. Později začala tvořit a psát zákony a vyhlášky. Dokončila si také vzdělání v oblasti práv, kde se specializuje na oblast zdravotnictví. Zmíněné právní předpisy také prosazuje, což pro ni znamená především komunikaci na všech úrovních a znalost lidí, s nimiž bude jednat. Je třeba přesvědčit ty, jež pracují na úřadech, náměstký, poslance, diskutovat s odbornou veřejností. Tuto roli vnímá spíše jako lobbystickou než vůdcovskou, i když mnohé předpisy přímo vymýšlela. Sama sebe vnímá jako „solitéra“, komunikátora, který vstřebává co nejvíce od různých skupin a následně to dává do souvislostí a do právní formy. V podstatě realizuje ošetřovatelství v politice.

Od 90. let, kdy se v této profesi pohybuje, došlo k mnohým změnám. Nejvýraznější by viděla v transformaci systému, kdy došlo k opuštění socialistického modelu zdravotnictví a jeho nahrazení modelem pojišťovnickým. To má samozřejmě obrovský vliv i na ošetřovatelství, protože se jedná o zcela jiný systém úhrad péče. Dále respondentka zmínila přechod kvalifikačního vzdělávání sester na vysoké školy, který roku 1991 - 1992 začal spontánně, ale uzákoněn byl až r. 2004. Prosazení této změny však bylo velmi obtížné. Což si dnes, dle jejích slov, už nedokáže nikdo představit. Největší překážky tehdy viděla především ze strany lékařů. Mnozí z nich se s tímto krokem nesmířili a nepochopili důvody, které k němu vedly. Dodnes je zde snaha vrátit se ve vzdělávání sester zpět k původnímu stavu. Také proto dnes nelze změnu považovat za nevratnou.

Oblast kompetencí sester vidí úzce spojenou se změnami kvalifikačního vzdělávání sester. V roce 2002, kdy zákon vznikal, bylo třeba rozhodnout, zda budou akceptována dosud nabytá práva dosavadních sester, nebo zda bude vysokoškolsky vzdělávána sestra zcela nová. Autoři zákona se tehdy rozhodli pro první variantu, tedy akceptaci práv již nabytých, s malou podmínkou tří let praxe. To však znamená, že „středoškolačka“ má stejné kompetence jako „vysokoškolačka“. Proto je třeba je

stanovovat v souladu s tímto faktem, tedy přizpůsobovat jak sestřám, které dnes vycházejí ze škol, tak těm, které jsou již v praxi. Kompetence lze pak zvyšovat dílčím způsobem v návaznosti na specializační studium nebo certifikované kurzy. Plošné zvyšování kompetencí z hlediska odpovědnosti k pacientovi respondentka jako úplně správné nevidí.

Postoj sester k registracím je z pohledu paní magistry stále negativní, i když přiznává, že je lepší se na toto zeptat přímo těch, kterých se to týká. Svůj názor vysvětluje především faktem, že byla stanovena určitá povinnost, což samo o sobě odpor vždy vyvolá. Navíc registrace sestry poměrně podstatným způsobem zatěžuje. Je to dáno i tím, že zaměstnavatelé často aktivity spojené s celoživotním vzděláváním nehradí jako prohlubování kvalifikace, ač je tato povinnost dána zákoníkem práce. To ovšem sestry mnohdy ani netuší, a tak se svého práva ani nedomáhají. Proto pak bývají nespokojené, neboť se domnívají, že do zaměstnání investují více, než jim dává. Další důvod odporu pak vidí především v tom, že sestry nevidí význam zmíněného opatření. Mívají také pocit sběru bodů pro body, ale to už souvisí s vlastním výběrem vzdělávacích akcí. Samozřejmě určitý problém je i v jejich unavenosti, pasivitě, nedostatku času a následně chuti a energie vykonávat jakékoli další aktivity, neboť musí obstát v práci i v péči o rodinu. Proto z jejího pohledu odpor u většiny obyčejných sester přetrvává.

Samotné vybudování registru bylo dle respondentky velmi náročné, jak administrativně tak organizačně už jen z důvodu, kolik je v naší zemi sester. Z dnešního pohledu bylo možné „spoustu“ věcí udělat jinak. Technické řešení pak bylo uděláno špatně, a proto není možné z něj generovat data, která paní magistra zamýšlela, že generovat bude. Nicméně toto nechce kritizovat, neboť té době na ministerstvu ještě nepracovala.

Oblast zahraniční spolupráce v sesterské profesi se respondentka necítí být oprávněná hodnotit. Sama je sice členkou ČAS, ale nikdy nepatřila k těm aktivním. Má však povědomí o projektech zmíněné organizace. Co se týče širší sesterské veřejnosti, tyto aktivity vidí jako nulové, přičemž otázkou zůstává, do jaké míry je to zapříčiněno pasivitou či nedostatkem času. Pokud však nějaké sestry vyjedou, jedná se

spíše o individuální akce. Do Čech sestry ve větším procentu přijíždějí. Na univerzitní úrovni vzpomněla respondentka spolupráci trvající již několik let mezi Maďarskem, Českem a Slovenskem. Některé univerzity těchto zemí se střídají v pořádání konferencí, a tím pádem spolu úžeji komunikují. V Čechách je to např. Olomouc, 1. LF UK. Duší tohoto projektu je paní prof. Valérie Tóthová.

Znalosti z oblasti managementu a vedení by paní magistra viděla v současnosti jako potřebné pro každou sestru. A to především z toho důvodu, že v podstatě každá sestra se dnes může stát manažerkou. Ale nejenom ty sestry v manažerských pozicích je využijí. Týká se to i těch, které vedou jakýkoli ošetrovatelský tým. A pokud ten by vypadal tak, jak by bylo ekonomicky výhodné, vedla by zdravotnické asistenty a ošetrovatelky. Proto je vhodné, aby každá sestra byla schopná určitého týmového vedení. Znalosti současných sester v této oblasti jsou dle respondentky dobré, neboť výuka těchto předmětů na bakalářských i magisterských studiích poskytuje velmi solidní základy.

Z postav, které měly velký vliv na české ošetrovatelství, respondentka vzpomněla doc. Martu Staňkovou. Velmi si jí váží i jako člověka. Myslí si, že právě ona sem jako první přinesla myšlenky o vysokoškolském vzdělání sester. Byla také vůdčí postavou ústavu teorie a praxe na 1. LF po velmi dlouhou dobu. V podstatě vychovala celou tu generaci, která se později rozutekla po celé republice a tvoří top našeho ošetrovatelství. Byla to také ona, kdo prosadil na ministerstvu otevření některých vysokoškolských oborů, když byla ještě ředitelkou odboru. I když je pravda, že při svých aktivitách prý myslela více srdcem než hlavou, a proto mnohé nezakotvila právně. Ze současných pak jmenovala prof. Valérii Tóthovou.

### **Rozhovor č. 3 - Eva Kvasnicová**

Paní Eva Kvasnicová je hlavní sestrou Vojenské nemocnice v Brně. Se sesterskou profesí přicházela do kontaktu již jako malé dítě. Bývala hodně nemocná a několikrát také hospitalizována. Tehdy se jí líbilo, jak si s nimi sestřičky hrály a pomáhaly jim. Byla prvním člověkem ve své široké rodině, který se k tomuto povolání



rozhodl, i přes protesty svých blízkých. Přesný motiv lze však jen těžko určit, možná to byly geny, možná právě zkušenosti z dětství.

Za svou profesní kariéru poznala mnohá oddělení. Jako sestra se ve zdravotnictví pohybuje již od r. 1970. Roku 1995 se stala vrchní sestrou. Ale ani na této pozici nepřestala chodit na oddělení a účastnit se ošetrovatelské péče. Někdy zastupovala chybějící personál v různých funkcích, například na sálech, na ambulancích, na odděleních. Pokud bylo zapotřebí, doprovázela pacienty i na vyšetření. Chápala to tak, že jako vrchní by měla být orientovaná v problematice práce na každé z těchto. Proto, když například dostala na starost oddělení JIP, přihlásila se na kurz na „doškolovák“ v Brně zaměřený na intenzivní péči.

Změn v oblasti ošetrovatelství respondentka zažila opravdu hodně. Ze současného se jí líbí systém skupinové péče. To především z důvodu, že se s pacienty více mluví, zvýraznila se snaha vědět o nich mnohem více, věnovat se jim. Jako největší posun v rámci profese pak vnímá možnost samostatné aktivity sester, kdy již nejsou pouze vykonavateli ordinací nebo pokynů někoho jiného. Líbí se jí, když přijde na oddělení provést ošetrovatelský audit, a sestry jsou schopné s ní pacienty projít. A při tom vidí, že o nich přemýšlejí i v tom smyslu, jak jim pomoci, jak ulevit, zkomfortnit prostředí. Ovšem je také pravda, že dnes jsou pacienti v mnohém náročnější, protože přicházejí pozdě, jsou multiorgánově nemocní a nezřídka mají i psychické problémy.

Ne vždy paní Kvasnicové vyhovuje, když se propaguje vysokoškolské vzdělávání sester. Ne proto, že jej sama nemá, ale spíše proto, že pro sestry není v současné době nastaven systém. Neboť i když sestra dostuduje bakalářský obor, stejně jí nemůže posunout na jiné činnosti. Může jí sice dát jiné kompetence, ale lékař jí dle jejího názoru k nim stejně nepustí. Domnívá se, že dokud toto nebude stanovené tak, aby sestra mohla dělat něco navíc a samostatně, tak se děvčata v praxi k různým výkonům „nepohrnou“. Dalším problémem je pro ni nedostatek finančních prostředků na to, aby takové sestry mohla posunout do vyšší platové třídy. Což je z jejího pohledu škoda, když už někdo studuje tolik let. Pravdou podle ní zůstává, že i tato sestra se nikdy nepřestane vracet k mísám, k lůžku, protože ať bakalářka nebo magistra, v první

řadě je to stále sestra. Ovšem neznamená to, že by si model ošetrovatelského týmu avizovaný doc. Staňkovou neuměla představit. Bohužel však v současné době nemá personální ani finanční prostředky na jeho realizaci. Další otázkou pro ni také zůstává, zda se někdo vůbec zamýšlí nad tím, jestli opravdu musí sestry studovat tolik let, aby se naučily, co reálně v praxi užijí. Protože když už studují, tak by to mělo mít význam. Měly by se naučit něco, co bude ku prospěchu věci, a mít odpovídající kompetence. Jako vhodnější by respondentka viděla poskytnutí základu, na který by pak navazovaly certifikované kurzy, z nichž by se některé uznaly jako zvýšení kvalifikace a některé jako její prohloubení.

Svou funkci hlavní sestry ve zmíněné nemocnici vnímá paní Kvasnicová jako řízení jedné kliniky s velkým počtem oddělení, nebo jedno oddělení s vícero stanicemi. Prakticky je řídí především metodicky, víc dle svých slov nemůže. Jejím úkolem je sledování kvality ošetrovatelské péče, obrana a ochrana personálu a jeho vedení někam dál, vysvětlování nového. Samozřejmě provádí i jejich kontrolu, usměrňování ve vztahu ke kolegům i k pacientům. Vrchním sestřám se nesnaží zasahovat do provozu. Činí tak pouze v případech, že by si nevěděly rady. Kontakt s pacienty si respondentka stále uchovává, neboť i v současnosti chodí „do služeb“.

Velmi fandí NCO NZO v Brně, protože je to pro ni taková „Alma mater“. Ze své zkušenosti může říci, že vzdělávací kurzy na tomto ústavu prohloubí vědomosti a jsou velkým přínosem. Sice je ve velké míře nezvyšují, protože to je na zájmu jednotlivce, ale detailněji pomohou k orientaci v daném oboru. I proto jej dodnes velmi ráda navštěvuje. Před několika lety si tu také ukončila PSS management ve zdravotnictví, což jí v její práci pomohlo například v orientaci v ekonomice či statistice. Dle jejího názoru se jedná o znalosti, které by dnes vrchní, staniční sestra měla mít. Je to především z toho důvodu, že se stále více pohybují mezi číselníky, neustále přepočítávají apod. Za stejně důležité považuje i umění jednat a vědět, jak vědomosti předávat.

Pozitiva vzdělání v oblasti krizového managementu, které má rovněž ukončené, vidí především v propojení souvislostí. Například: i když nemocnice nepatří přímo do integrovaného záchranného systému, je na něj návazná. Proto se domnívá, že takové

studium má určitě význam pro hlavní i vrchní sestry. Pomáhá jim mimo jiné si také uvědomit, co všechno je při traumatologickém plánu zapotřebí. Mnohdy to bývají i samozřejmé věci, které si často člověk prostě neuvědomí. Oba tyto kurzy by pak viděla jako významné pro ty, kdož chtějí někoho vést, řídit. Vždyť i na mnohých vysokých školách se již tato problematika učí.

Celkově znalosti z oblasti managementu pro současné sestry tedy vnímá jako potřebné, stejně jako z psychologie. Protože každá sestra by si měla umět zvolit priority, zorganizovat práci, vyhodnotit krizové body, řídit své pacienty. Uvědomit si, že její práce spočívá i v určitém usměřování, přístupu, jednání s lidmi. I když toto se člověk učí celý život.

V rámci zahraniční spolupráce se paní Kvasnicová účastnila projektu Hope zaměřeného na paliativní péči o onkologicky a chronicky nemocné. Vzpomíná, že jedné přednášky se účastnila i starší anglická sestra, která toto téma brala naprosto suverénně, jako automatické. Pro ni osobně to bylo přínosné ve smyslu léčby bolesti, což u nás tehdy před patnácti lety příliš rozšířené nebylo. Poskytlo jí to pohled z venku na danou problematiku. Nejen tento projekt, ale i ostatní, jsou podle jejího názoru pro profesi dobré a přínosné. I ona sama si z negativního bere vždy pozitivní, neboť to, co se v současnosti může jevit jako zbytečné, může v budoucnu být velmi potřebné a užitečné.

Co se týče zavádění nových postupů na odděleních, domnívá se, že není problém sestry něco naučit. Protože sestra je vnímavá a především chce. Potřebuje pouze prostor, musí mít někoho, kdo jí podpoří a vyslechne. Někoho, kdo jí nebude „házet klacky pod nohy“, když přijde se svou myšlenkou. Musí vidět u svých partnerů v týmu zájem. Jestliže ho však nevidí, časem to vzdá. Z toho plyne, že v první řadě bezpodmínečně musí mít vhodné podmínky.

Aktivita českých sester na mezinárodním poli nemůže paní Kvasnicová zcela hodnotit. Jejím názorem je, že taková spolupráce je potřebná a měla by také fungovat. Nicméně z jejího pohledu stále nemáme takové možnosti, jako jsou v zahraničí, a navíc u nás přetrvává jazyková bariéra. Na druhou stranu ví o projektech ČAS, která spolupráci se zahraničními organizacemi navázanou má. Když už však sestry u nás

nějaký výzkum dělají, tak většinou pod vedením lékaře v rámci grantu. U ostatních výzkumů je otázkou, jak dalece se mohou uplatnit v praxi. V současnosti také postrádá ošetrovatelskou jednotku, kde by bylo možné provádět pouze nezávislý sesterský výzkum.

Z postav, které ovlivnily české ošetrovatelství, respondentka jmenovala osoby, které ovlivnily její životní ošetrovatelství. Velmi si váží své učitelky ošetrovatelské péče ze střední zdravotnické školy. Z praxe pak své vrchní sestry z chirurgie, která jí pomohla poznat problematiku chirurgie dospělých. Na pozdějších odděleních, kde pracovala, vzpomněla ty, kdož jí pomáhali a podporovali jí při adaptaci v novém prostředí. Dále jmenovala paní Hildu Vorlíčkovou, která pro ni osobně byla skvělá. Uznává a váží si paní Dany Juráskové, protože musela zvládnout mnohé, aby se dostala tam, kde nyní je. Z jejího pohledu dosáhla toho, že naše ošetrovatelství je ve světě ceněno trochu jinak. Ukázala totiž, že i sestra je schopná se natolik vypracovat, že může řídit zdravotnictví, být ministryní.

Váží si také bezejmenných „holek“, které v rámci studia realizovaly výzkum, a tím ovlivnily změny v ošetrovatelství, podpořily jeho transformaci. Z „doškolováku“ jí vždy fascinovala paní Květa Musilová, která ač má již svůj věk, stále se velmi dobře orientuje v této problematice. I dnes dokáže poradit a ví, o čem je řeč. A takto by mohla respondentka pokračovat velmi dlouze, protože je přesvědčená, že takových sester je v ČR opravdu mnoho. Často jsou neznámé, ale každá z nich je důležitá a ovlivňuje ošetrovatelství svou osobností, neboť každá sestra je individualitou.

#### **Respondent č. 4 - Mgr. Jana Mikulková**

Paní magistra Jana Mikulková je ředitelkou NCO NZO. Pochází z pěti dětí (4 děvčata a 1 bratr). Ona byla prostřední. Jako děti prý byli zvyklí vzájemně si pomáhat, podílet se na chodu domácnosti i celého hospodářství, stejně jako pečovat o mladší sourozence. Pro celou rodinu bylo dle respondentky důležité, aby každé z dětí získalo nějaké povolání, a tím se osamostatnilo. Zvolila si tedy střední zdravotnickou školu, i když měla ráda matematiku. Ale jít na gymnázium nebylo tehdy příliš praktické. Uvádí, že její rozhodnutí bylo ovlivněno na jedné straně věkem (14,5 roku) a

neznalostí toho, co obnáší profese sestry. Na straně druhé pak zmíněnou praktickou nutností. Ale hned od samého začátku byla respondentka nadšená, měla jsem štěstí na učitele, spolužáky, pacienty a také na zdravotníky v třebíčské nemocnici. Přesto si dodnes pamatuje dobu, kdy na začátku 2. ročníku, tedy zhruba v 16 letech, začali praktikovat na interním oddělení. Právě zde se totiž setkala s umíráním a lidskou bolestí, na což nebyla připravená.

Po ukončení studia a vykonání maturitní zkoušky v roce 1977 paní magistra odešla pracovat do FN u sv. Anny v Brně. Nejdříve na III. interní kliniku a po necelých dvou letech přešla na lůžkovou část anesteziologicko-resuscitačního oddělení téže nemocnice. Vzpomíná, že to byla doba výrazného nedostatku sester, zejména ve velkých nemocnicích. Ale i zde měla štěstí na spolupracovníky, kolegyně a nadřízené. A i když jí práce sestry vyplňovala většinu času, byla jejím životem. Roku 1981, tedy v necelých 23 letech, zahájila pomaturitní specializační studium v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Stihla se také provdat a narodil se jí syn. Začátkem r. 1983 již nastupovala zpět na resuscitační oddělení, neboť chtěla vykonat atestační zkoušku (podmínka daná tehdejší legislativou). Takže od 14 měsíčního dítěte začala chodit nejdříve na víkendové služby a ve dvou letech věku syna již na plný pracovní úvazek. Byla to taková doba. Současným maminkám však moc přeje, aby mohly zůstat se svými dětmi alespoň do tří let na rodičovské dovolené.

Na ARO se opakovaně setkávala s kolegyněmi, které si na daném pracovišti plnily praxi v rámci PSS a také s Mgr. Helenou Frýdeckou, odbornou asistentkou NCO NZO (v té době IDV PZ). Ta měla na starosti specializační vzdělávání sester pracujících na ARO, JIP, ZZS, dialyzačních pracovištích a dalších. Anesteziologicko-resuscitační oddělení bylo pracovištěm respondentky téměř 10 let, během kterých bylo také povýšeno na anesteziologicko-resuscitační kliniku. Po celou tuto dobu byla v čele oddělení paní profesorka MUDr. Danuše Táborská DrSc., které si pracovníci velmi vážili jako přednostky, lékařky i člověka. Dosud prý paní doktorka patří u účastníků specializačního vzdělávání k oblíbeným přednášejícím.

V srpnu r. 1988 byla Mgr. Mikulková přes výběrové řízení přijata na katedru zdravotních sester do NCO NZO v Brně. Roku 1997 se podílela na založení katedry anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP). Od zahájení činnosti této katedry až do r. 2002 byla ve funkci vedoucí katedry a odbornou vedoucí specializačního vzdělávání v oboru ARIP a v oboru intenzivní péče v nefrologii. V letech 2003 – 2008 působila ve funkci náměstkyně ředitelky pro pedagogický úsek NCO NZO. Od 1. 1. 2009 byla jmenována ministrem zdravotnictví do funkce ředitelky zmíněného centra.

Během doby, kdy se respondentka v ošetrovatelství pohybuje, došlo k nesčetným změnám. Za naprosto nejvýznamnější považuje změny v postavení pacientů a zdravotníků. Neboť každý z nás si může zvolit svého lékaře, vybrat zdravotnické zařízení. Pacient se stal klientem, má svá práva, je vnímán jako člověk nikoliv diagnóza. Nemocnice se otevřely veřejnosti, přátelům a rodinným příslušníkům pacientů. Návštěvy se staly přirozenou součástí chodu oddělení. To vše vnímá jako pozitivní změnu vůči pacientům. Velmi důležitá je také orientace na péči o zdraví a zaměření na prevenci. Samozřejmě zdůrazňuje, že nelze opomenout vývoj ve všech oblastech medicíny.

Změnilo se tedy mnohé. Ve většině zdravotnických zařízení již nejsou pokoje pro 10 a více lůžek, či dokonce pokoje, kde se jde přes jeden do druhého. Také je již zcela běžné, že každý pokoj má své vlastní hygienické zázemí. Takže se změnil komfort pro pacienty, a tím i práce sester. Je k dispozici celá řada pomůcek k jednorázovému použití stejně jako celá škála moderních přístrojů. Ale žádný z nich nemůže dle paní magistry nahradit sestru, protože právě ona je ta, která s pacientem komunikuje, vnímá jeho obavy a úzkost, cítí s ním a snaží se ho podpořit.

Také postavení sester v celém systému zdravotní péče je dnes jiné. Pozitivně respondentka hodnotí přijetí právních norem, zejména zákon o nelékařských zdravotnických povoláních a další legislativu zaměřenou na výkon zdravotnického povolání, na vymezení činností zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků atd. I když přiznává, že změny v legislativě jsou rozsáhlé a ne vždy

srozumitelné. Důležité ale je, že byly započaty. Je také ráda, že se mohla na těchto změnách podílet.

Vymezení kompetencí sestrám, považuje za velmi důležité. Stále se totiž setkáváme s tím, že sestry vykonávají nekvalifikované činnosti, zejména úklidové práce. To vnímá jako pozůstatek z minulé doby, kdy byl nedostatek pomocného personálu. Někdy však tato situace pramení z faktu, že je to na pracovišti zvykem. K zamyšlení dává následující: „Dovedete si představit, že by úklidové práce vykonávaly jiné zdravotnické profese, například radiologický asistent, zdravotní laborant či fyzioterapeut? Sestra je tu především pro pacienta, ne aby byla využívána jako „děvče pro všechno“.“ Ale aby toto bylo zcela odstraněno, je nezbytné, aby sestry skutečně byly více u pacientů a s pacienty.

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně slaví v letošním roce 50. výročí od svého založení. Od roku 2003 postupně prochází restrukturalizací, v roce 2008 došlo ke snížení stavu zaměstnanců ze 163 na současných 118, tzn. o více než jednu čtvrtinu. A to vše při zachování všech hlavních činností vyplývajících ze zřizovací listiny a statutu. Přesto se v r. 2009 podařilo zavést systém řízení kvality v NCO NZO a získat certifikát kvality ISO 9001 : 2008 na 7 oblastí poskytovaných služeb. Samozřejmě pořád je podle paní magistry co zlepšovat. Ale nejdůležitější jsou zde lidé. Pokud se daří cíle organizace sladit s pracovním úsilím zaměstnanců, jde prý všechno mnohem lépe. Od r. 2009 se také zcela změnil systém financování. Vzdělávací činnost již není dotovaná, přesto se podařilo formou více zdrojového financování docílit pozitivního hospodářského výsledku. Jejich hlavním krédem se stal spokojený klient.

Co se týče vývoje NCO NZO, ten je dle respondentky velmi úzce spjat s potřebami a postavením sester a ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků. Původní IDV PZ bylo založeno r. 1960. Novodobé změny pak byly započaty v roce 2003, kdy se z Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků stalo centrum oboru ošetrovatelství - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Tím byla také zahájena transformace organizace v moderní výukové,

konzultační, registrační, výzkumné, posuzovací, metodické a koordinační zařízení pro celoživotní vzdělávání sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků.

K 1. květnu 2004 bylo NCO NZO v Brně pověřeno Ministerstvem zdravotnictví ČR zřízením a vedením Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnických povolání bez odborného dohledu a hostujících osob. Transformace centra je však dlouhodobý proces a v současné době podle paní Mgr. Mikulkové prochází 2. etapou. První etapou (r. 2004 - 2007) bylo zapojení centra do reformy českého zdravotnictví, přijetí nové zřizovací listiny a organizační struktury a definování postavení centra v rámci legislativy a systému celoživotního vzdělávání. Dále pak harmonizace celoživotního vzdělávání, definování oboru ošetrovatelství, zahájení činnosti úseku regulace nelékařských povolání, založení Registru zdravotnických pracovníků a posílení vzdělávání krizového managementu. Současná druhá etapa (r. 2008 - 2010) se pak nese ve znamení reformy zdravotnictví ČR a přímo řízených organizací. Byla přijata strategická opatření k transformaci NCO NZO, nová zřizovací listina, statut a organizační struktura. Došlo také k zavedení institutu „pověřené organizace“ – delegování kompetencí pro dané centrum v celostátním měřítku. Byla vyhlášena a přijata úsporná opatření ke snížení výdajové stránky rozpočtu. Započala se i restrukturalizace organizace, snížil se počet pracovních úvazků s cílem zajistit maximální efektivnost hospodaření a využití více zdrojového financování v nových podmínkách od 1. 1. 2009.

Oblast současného vzdělávání sester paní magistra hodnotí následovně. Od přijetí zákona o nelékařských zdravotnických povoláních a další legislativy zaměřené na výkon zdravotnického povolání, na vymezení činností zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a také na nový systém specializačního vzdělávání (SV), bylo hlavním cílem zajištění kontinuity specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Proto na konci přechodného období zákona č. 96/2004 Sb. tj. před 31. 3. 2006 bylo zahájeno studium ve 32 specializačních oborech. Zároveň bylo MZ ČR požádáno o udělení akreditace na dokončení těchto programů. Současně se NCO NZO podařilo postupně získat akreditaci a zahájit realizaci ve 31 nových specializačních oborech.



Doposud tedy dle slov respondentky NCO NZO získalo celkem 110 akreditací na realizaci vzdělávacích programů, z toho 32 akreditací na dokončení specializačních oborů (původních), 31 akreditací na realizaci nových SV oborů, 42 akreditací na realizaci certifikovaných kurzů a 5 akreditací na realizaci kvalifikačních kurzů. Všechny takto získané akreditace mají umožnit nelékařským zdravotnickým pracovníkům získat oprávnění vykonávat specializované či vysoce specializované výkony a v případě certifikovaných kurzů získat zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti. Z uvedeného je také patrná dlouhodobá priorita centra, a to zajištění kontinuity specializačního vzdělávání tak, aby změna legislativy neměla negativní dopad na poskytování zdravotní péče.

Ale paní Mgr. Mikulková uvádí také negativní stránkou celého procesu. Tou je v některých případech tendence sladovat legislativu pro nelékařské zdravotnické pracovníky s legislativou pro lékaře. Příkladem je vyhláška č. 189/2009 Sb. o atestační zkoušce, kde je v §7, odst. 5 uvedeno: „Pokud uchazeč u atestační zkoušky neprospěl, může atestační zkoušku vykonat nejdříve za 12 měsíců ode dne termínu neúspěšně vykonané zkoušky.“ Opakovat zkoušku až za 12 měsíců je z jejího pohledu pro nelékaře nejen vzhledem k délce studia zbytečně dlouhá doba.

Na prosazování změn v oblasti ošetrovatelství vzpomíná následovně. Velmi pozitivně vnímala, když se začalo hovořit o nutnosti zvýšení věku zájemců o získání odborné způsobilosti sester. Bylo to jednak proto, že s tím měla osobní zkušenost, ale také proto, že měla možnost se v průběhu deseti let práce sestry na resuscitačním oddělení každoročně setkávat a podílet na zapracování sester - absolventek středních zdravotnických škol. Tehdy totiž současně viděla postupné zrání řady z nich. Z toho důvodu je tedy velmi dobré, že do zdravotnictví nastupují vyzrálější osobnosti, protože jsou situace, kdy sestra rozhoduje o kvalitě života člověka, či dokonce o jeho životě a smrti.

Co se týče aktivity českých sester na mezinárodním poli, respondentka se domnívá, že záleží na konkrétních lidech. Pokud ale vychází ze svých zkušeností, tak může říci, že české sestry byly vnímány velmi pozitivně, především pro svoji odbornost a odpovědný přístup k řešení projektů. V letech 1993 – 1995 se sama aktivně

zúčastnila mezinárodního projektu expertů z Hogeschool van Amsterdam z Holandska a odborníků z České republiky, v rámci programu Leonardo da Vinci. Cílem tehdy bylo vytvoření modulárního systému vzdělávání pro sestry pracující v oborech anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče v české a anglické verzi. Součástí této spolupráce byl měsíční pracovní pobyt v Holandsku, kde se jednak zúčastnili odborných stáží na pracovištích intenzivní medicíny a jednak vytvořili část učebních osnov. Problémem u řady z nich však byla slabší komunikace v angličtině, což ale kompenzovali obrovským pracovním nasazením a maximální spoluprací v rámci pracovní skupiny.

V říjnu r. 2007 byl Evropskou komisí v programu Leonardo da Vinci schválen mezinárodní projekt s názvem E-learning v komunitní péči. Hlavním řešitelem tohoto projektu bylo právě Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Jeho partnery byli kolegové ze Slovenska (Univerzita Konstantina Filozofa v Nitře), Polska (Slezská medicínská univerzita v Katowicích) a Francie (Společnost MF&Partners Consulting). Projekt byl úspěšně ukončen k 31. 10. 2009 a vedl k vytvoření nového specializačního vzdělávacího programu pro sestry a porodní asistentky v komunitní a primární péči s podporou e-learningu. Dále pak k vytvoření e-learningových kurzů pro sestry a porodní asistentky podle vytvořené struktury vzdělávacího programu: Sestra v komunitní péči a Porodní asistentka v komunitní péči. Vznikly také tištěné učebnice pro studenty, vzdělávací program pro tutorů a tištěná učebnice pro tutorů. Na základě uvedeného tedy může respondentka říci, že české sestry byly vždy plnohodnotnými partnery.

Základní znalosti z oblasti vedení a řízení z pohledu paní magistry jsou pro sestru nutné, neboť pracuje v týmu. Měla by proto být orientovaná v hlavních rozdílech pracovního zaměření vedoucích pracovníků. Kromě toho povolání sestry také vyžaduje zaměření na osobní rozvoj, což je rovněž náplní uvedených oblastí.

Z významných osob, které ovlivnily české ošetrovatelství, respondentka žádná jména neuvádí. Domnívá se, že tuto oblast ovlivnily stovky a tisíce sester, lékařů a dalších „zdravotníků“, kteří vykonávali a vykonávají své povolání s vysokou

odborností, lidským přístupem, s odhodláním a s pozitivním přístupem ke změnám. Důležité také je, že tito lidé nezapřednou do stereotypů a rutinních činností.

### **Respondent č. 5 - MUDr. Lubor Kinšt**

Pan doktor Lubor Kinšt pracuje jako praktický lékař pro dospělé v Jindřichově Hradci. Zároveň je místopředsedou SPL ČR a členem představenstva ČLK. Volba povolání pro něj byla rodovou záležitostí, neboť i jeho otec byl lékař. Při rozhodování u něj svou roli sehrál i fakt, že to bylo jedno z nejméně politicky zneužitelných oborů po okupaci v roce 1968.

Od doby, kdy začal pan doktor praktikovat, se nejen v ošetrovatelství, ale i zdravotnictví jako celku mnohé změnilo. Pamatuje například jak hlídky ČSČK - dobrovolné sestry, signalistky, které chodily po domácnostech, tak tzv. geriatrické sestry, které byly zavedeny v 70. letech. Zrušení funkce těchto sester je dle respondenta třeba vnímat v kontextu, tedy z pohledu vlastního chápání zdravotní péče. Protože jak sám uvádí, tento institut vznikl v době proletarizace medicíny, beztřídní, totalitní společnosti, kdy byla zcela jednoznačně ponížena role rodiny. A naopak se obrovsky posilovala role státu. V uvozovkách říká: „Stát se staral, stát věděl nejlépe a stát uměl nejlépe organizovat to, co pro jeho lidi bylo nejlepší“. Rodina přestala mít zájem o své předky, o své rodiče. A instituty (geriatrické sestry), tudíž byly nuceny péči poskytovat, neboť rodina v tomto směru přestala plnit své funkce. Přestala mít zájem starat se o své rodiče, prarodiče. Ještě se tak maximálně postarala o své děti, ale ty už tuto péči opěťovat nemusely.

Podle respondenta zde bylo toto rozvláknění poměrně dosti silné. V důsledku pak ti, kdož žili izolovaněji, mnohdy ani potřebnou pomoc nebo péči získat nemohli. Je třeba si uvědomit, že tehdy nebyly v takové míře telefony, mobily, a tím pádem ani signály, že by u nich došlo k nějakému diskomfortu z hlediska jejich zdravotního stavu. Z vlastních zkušeností pan doktor uvádí, že mnohem lepší situace byla na venkově, kde mikrosocieta fungovala. Mnohem horší situace ale nastávala ve velkých městech, kde se nacházeli lidé i několik dní po smrti. Prakticky si toho nikdo nevšiml, pokud nevycházel z obydlí zápach. Právě z těchto důvodů samozřejmě zmíněná instituce (její

signální forma) byla nutná. Bylo třeba takové klienty obcházet a hlídat, zda u nich nedošlo ke změně zdravotního stavu nebo jejich sociálních služeb.

V tomto bodě však MUDr. Kinšt poukazuje na to, že s tím souvisela i ve zdravotnictví velice ošidná věc. A to fakt, že vytváření nabídky generuje poptávku. Jak sám říká: „ Pokud se někdo zeptá deseti lidí, zda něco nepotřebují, tak v určitém časovém, historickém kontextu té doby devět lidí z deseti řekne ano, potřebuju a vymyslím si cokoliv. Ale čím je člověk nebo rodina samostatnější, zodpovědnější sama za sebe, tak se tento počet bude snižovat na sedm, možná pět. Individualistické společnosti jsou někde pod tímto číslem. Tam naopak zcela zásadně platí, že já si rozhodnu, jestli něco začnu dělat. Pak se teprve začnu dívat, jestli je někdo, kdo by mi s tím mohl pomoci, když to nezvládnou sám. U nás se žádá napřed obrácený postup.“

V současné době si respondent nemyslí, že by bylo třeba opět instituce komunitních sester zavádět. Naopak se domnívá, že takový krok by vedl k ohrožení civilizačních euroatlantických, resp. evropských návyků. Z jeho pohledu je to přesně to patetizování, kdy cizí prvek ví nejlépe, co klient (pacient) bude potřebovat. A to ve svých důsledcích působí tlumení nejzákladnější vazby, tedy rodiny v tom vertikálním členění. Proto si pan doktor nemyslí, že by tato cesta směřovala vpřed, spíše naopak. A může to být opět součástí toho co tvrdí. Tvorba nabídky vygeneruje poptávku, a v důsledku pak budou samozřejmě tyto sestry obrovsky žádány. Mimochodem také poukazuje na pracovní náplň tehdejších „komunitních“ sester, které v minulosti vykonávaly i zcela nezdravotnické úkony. Zajišťovaly nákupy, zprostředkovávaly styk s úřady, s poštou. To je přece věc, kterou si dle respondenta musí sestry už jen profesně rozhodnout sami, zda jim stojí za to. On sám za sebe říká, že je proti tomu.

Současné sestry jsou podle názoru pana doktora nepochybně sebevědomější, vzdělanější a mají větší přehled v porovnání se sestrami ze 70. - 80. let. Doba je dnes zcela někde jinde. Ale vždy je nutno to vyvažovat osobnostní charakteristickou té dané sestry. A to, jak se domnívá, se nemění. Je typ sester, které jsou úžasné, empatické a na povolání se velmi hodí nejenom po technické a znalostní stránce, a ty, které to mají třeba o něco těžší. Podobně jako lékaři. To je pro obě profese úplně stejné.

V oblasti vysokoškolského vzdělávání sester se respondent domnívá, že došlo trochu k nepochopení situace. Nechce tomu bránit, ale myslí si, že jakoby to přímo implikovalo odsudek zdravotní sestry, resp. její kvalifikace pro ten rozsah činností, které dosud vykonává. A ve chvíli, kdy budeme lidi posuzovat podle vlastnictví vysokoškolského titulu, se dostaneme opět do špatného oceňování a hodnocení lidí. S tím to přece nestojí a nepadá. Pokud ale zdravotní sestra proto, aby si mohla rozšířit portfolio svých výkonů, které vykonává, tudíž i zodpovědnosti, potřebuje doplnit své vzdělání, např. o bakalářské studium, tak není v zásadě proti. To se týká i absolutoria nebo magisterského studia. I když to už je podle něj věc, která by se přece mohla přidávat kontinuálně.

Pan doktor se také obává, že v poslední době chybí všeobecná (zdravotní) sestra jako taková, její graduace, její vzdělání. Protože ji pokládá za nedílnou součást týmu v jakékoli podobě, tedy v nemocnici, u lůžka a v terénu. A právě to vnímá jako špatné. Neboť se stále domnívá, že je to pyramida. To znamená otázka širší báze, která se potom zužuje pro další stupně vzdělávání s větším akcentem na zodpovědnost. Proto nelze současný požadovaný objem práce naplnit formou kvádru, kdy by základna i výška byla stejná a všechny sestry by byly vysokoškolsky vzdělané, aby mohly vykonávat svou profesi. To mu připadá jako „úlet“, který možná z části pramení z našeho způsobu implementace evropských směrnic. Skoro by řekl až z neznalosti angličtiny při převádění zmíněných směrnic do českých podzákonných nebo zákonných norem (viz. zákon č. 95/2004 Sb. a zákon č. 96/2004 Sb. ). Myslí si, že tyto zákony byly papežštější papeže a je jen těžko se domnívat, zda to byla chyba nebo záměr. Zda nebylo cílem již stávající systém znehodnotit a udělat ho ještě horší, než byl. Tím měl respondent dle svých slov na mysli především rozbití dvoustupňových atestací lékaře a chaos ve vzdělávání sester.

Celkově je však pan doktor přesvědčen, že vysokoškolsky vzdělaná sestra by měla a má mít své místo přinejmenším ve středním managementu. Přičemž to nesmí znamenat menší potřebu všeobecné (zdravotní) sestry ve zdravotnictví. To především z toho důvodu, že sestra, která má větší rozkročení, větší záběr, je schopná pracovat na různých odděleních. Je flexibilnější a určitě více potřebná, než sestra, která má sice

špičkový, ale zúžený záběr. Upotřebitelnost takové sestry na různých, jiných pracovištích v případě nouze je pak určitě mnohem složitější.

Potřebu znalostí z oblasti managementu a vedení (leadershipu) respondent nevidí pro klasické sestry jako příliš důležitou. Ale samozřejmě je dle jeho názoru otázkou, co se u nás vydává za manažerské znalosti. Protože leckdy jsou to jen krátkodobé kurzy, které někdy mají k managementu dosti daleko. Z významných osob, jež ovlivnily české ošetrovatelství, pana doktora nenapadá nikdo. Nikdo totiž není jako světová Florence Nightingalová. I když samozřejmě velmi kvalitní sestrou vzděláním i osobností je naše ministryně zdravotnictví paní Dana Jurásková. Ale jsou lidé a lidé. Podle něj mohou profesi ovlivnit i lidé se středoškolským vzděláním, jejichž IQ, možnosti či manažerské schopnosti jsou řádově vyšší, než vysokoškolsky vzdělaného člověka.

Stav současného zdravotnictví jako celku vidí MUDr. Kinšt následovně: „Je velký zázrak, že to vůbec funguje.“ Což je z jeho pohledu způsobeno setrvačností v myšlení zdravotníků, bez ohledu na to, zda je to sestra nebo lékař. A zázrak proto, že je to postsocialistické zdravotnictví se vším všudy. Postsocialistické především v tom smyslu, že u nás je 20 let společnost zahrnuta pojmem, že máme zdravotní pojištění. Přitom ho nemáme. To, co máme, označuje respondent za zdravotní daň, protože zdravotní pojištění jako pojištění je zcela o něčem jiném. Při pojištění víme, co je minimum, co je spoluúčast, co je předmětem pojištění. Kdežto u nás stát sebere určité procento, pak jej přerozděluje a říká, že ví nejlépe, na jaký typ poskytování zdravotní péče to dá. A to je dle názoru pana doktora hrozně záludné.

Ve zdravotnictví to pak vypadá tak jako v socialismu. Přirovnává to k existenci jakéhosi, obrazně řečeno „cecíčku“, ze kterého teče mléko - tedy peníze. A všichni se předhánějí, kdo u něho bude dříve a déle, aby si mohl nasát pro své potřeby co nejvíce. Ovšem objem financí je limitovaný. Je tedy jasné, že dříve či později dojde k nějaké nespravedlnosti. Tu je upozaděn ten segment, tu jiný atd., což je systémově velmi špatné. Absolutně z toho vymizela dle respondenta role spolurozhodování subjektu, tedy pacienta, který nemá možnost aktivně spolupracovat a stává se pouze objektem nabídky a poptávky.

Při realizaci změn ve zdravotnictví se vychází z pozic, jaké si sestry nebo lékaři zaslouží. Situaci ČAS však pan doktor do detailu hodnotit nemůže. Může jí však hodnotit ze svých zkušeností, kdy se s touto organizací setkal při dohodovacím řízení k cenám, kdy se rozhoduje, kde který segment bude ponížen, který povýšen. Což také považuje za celkem nedůstojné. Zdůrazňuje, že se veškeré finance rozdělují z jednoho fondu. Cena je pak dána vybaveností zařízení, vzdělaností, znalostí a samozřejmě i tím, zda je druhá strana ochotna to platit. Důležitá zde také je platnost práva veta. To vlastně znamená, že bude-li jeden segment proti, padá jakákoli dohoda. Díky tomu vnímá respondent tento systém jako demokratičtější. Ze zkušenosti pak může říci, že ČAS v takových jednáních vystupuje velmi dobře, je velmi dobře připraven a má argumenty, jimiž umí velmi dobře zdůvodňovat své požadavky. Je ale otázka, jak moc se k nim přihlédnou. Protože se mnohdy pravda zjišťuje hlasováním a to je dle respondenta vždycky malér, neboť většina přehlasuje menšinu, třebaže může mít pravdu.

Domnívá se také, že odborné společnosti sester i lékařů by měly mít racionálnější odůvodnění svých postojů a neměly by vycházet pouze z účelovosti. Na svých postojích by si měly více trvat. Sám pan doktor se snaží o to, aby ČLK byla rozdělena, byla v sekcích a nepřehlasovávala se, protože prý není nic horšího, než když je 51% delegátů, kteří přehlasují 49% při binárním pólu. To znamená: ten říká černé, ten bílé, je to tedy černé. Ale skoro polovina ví nebo je přesvědčena, že to není černé. A to dle respondenta musí zákonitě skončit konfliktem, což v důsledku naruší samotnou práci.

#### **Respondent č. 6 - doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc.**

K medicíně měl pan docent Neuwirth blízko již na gymnáziu. Zajímal se o biologii, fyziku a chemii. Tehdy také častěji přicházel do styku se zdravotníky ve východních Čechách, respektive s tamějším praktickým lékařem, který ošetřoval jeho nemocnou maminku. Trpěla srdeční vadou - mitrální stenózou. Po absolvování gymnázia si proto podal přihlášku na I. lékařskou fakultu v Praze, která tehdy byla pouze jedna pro celé Československo. Protože měl velký zájem o studium, začal pracovat jako volentér - dobrovolník na jedné z interních klinik. Záhy se také začal

zabývat vědeckou činností. Časem se zaměřil na interní medicínu, která se mu zdála nejrozsáhlejší a nejzajímavější. Promoval v r. 1957. Dle tehdejšího systému dostal umístěnku do severovýchodních Čech, do menší nemocnice v Broumově na interní oddělení, kde pracoval tři roky. Po této době se vzhledem ke svým vědeckým aktivitám na III. interní klinice zúčastnil konkurzu, v němž uspěl. Tak se stalo, že začal na zmíněné klinice pracovat.

Vzpomíná si, že když po promoci nastoupil do zaměstnání, v pohraničí ještě fungovaly řádové sestry. Bylo možné se setkat i s několika sestrami německého původu, které nebyly odsunuty. Jejich práce tehdy nebyla jednoduchá a po stránce fyzické určitě namáhavější. Jak pan docent uvádí, sestry v pohraničí musely dělat všechno, jak práci odbornou i pomocnou.

V době jeho nástupu na III. interní kliniku r. 1960 začalo také vznikat vysokoškolské studium ošetrovatelství. Pan docent, tehdy mladý sekundář, byl dle svých slov do tohoto dění (nově vznikajícího oboru) trošku vtažen. Měl některé organizační úkoly, které dostal od mladého asistenta, pozdějšího doc. a prof. Pacovského. Právě díky tomu zůstal „drápkem“ v problematice ošetrovatelství.

Spolupráce s doc. Staňkovou pro respondenta znamenala velmi dlouhou historii. Znal ji již dříve ze společného působení na III. interní klinice z konce 60. let minulého století. Jejich úzká spolupráce započala v podstatě rokem 1975, kdy se až do r. 1990 stal jejím „šéfem“. Byla to doba konstituování samostatného oddělení – „Oddělení Péče o nemocné“, zaměřeného na vysokoškolské studium ošetrovatelství. Začali také vymýšlet, jakým způsobem by mělo do budoucna toto studium pokračovat. Jejich vzájemná spolupráce trvala až do r. 1990, kdy pověření jinými úkoly, oba oddělení na chvíli opustili, aby se sem za nějaký čas zase vrátili. Pan docent odešel na post náměstka ředitele Ústavu (tehdy Institutu) pro doškolování lékařů a paní doc. Staňková, tehdy ještě asistentka, odešla na ministerstvo zdravotnictví, kde vedla oddělení vzdělávání (tehdy oddělení škol). Ve svých funkcích setrvali až do r. 1993. Pak se respondent vrátil na místo přednosta interního oddělení zaměřeného na geriatrii a paní doc. Staňková na své původní oddělení péče o nemocné, což bylo ve stejné budově.



V té době již mělo název Ústav teorie a praxe ošetrovatelství (ÚTPO). Ve vzájemné spolupráci tak pokračovali i nadále.

Na prosazování vysokoškolského studia pro sestry doc. Neuwirth vzpomíná následovně. Tehdy v roce 1960 to bylo úplně „novum“, neboť v rámci východních zemí, tzn. lidově demokratických (Maďarsko, Polsko, Bulharsko, Sovětský svaz), nic takového nebylo. Podnět pro otevření studia k nám vlastně přišel ze západních zemí, na jejichž univerzitách již probíhalo. Po dlouhém a složitém vyjednávání se podařilo jej otevřít i u nás. Velikou zásluhu na tom měla paní doktorka Peltrámová (jedna z prvních studentek), která tehdy byla na MZ. Vše potřebné zajišťovala po administrativní stránce, protože bylo třeba, aby vše prošlo schválení MZ, MŠMT. To se také na konec v r. 1960 podařilo a studium bylo zahájeno. Tehdy probíhala pouze dálková forma studia (dnes kombinované studium) s prázdninovými soustředěními a jednou za měsíc víkendovými soustředěními. Studium bylo federální, tedy jedno jediné pro celou Československou republiku. Pro slovenské studentky proto bylo z důvodu dojíždění mnohem náročnější.

Pan docent vzpomněl i studijní pobyt v Polsku, kde byl s doc. Staňkovou. Byla tam totiž založena fakulta ošetrovatelství, trochu podle zkušeností z Prahy a ze světa. Tam také došli k závěru, že dálková forma studia je sice výborná, ale pro prestiž ošetrovatelského povolání je potřeba řádné denní studium. To se jim podařilo zrealizovat r. 1980. Což znamená, že letos máme 30 let řádného denního studia. Dle respondenta lze toto považovat za velmi kvalitní krok.

Vzdělávání sester v současnosti vidí pan docent následovně. Vysokoškolských pracovišť sledujících tento záměr je dnes skutečně mnoho. Některé z nich se od sebe svým programem odlišují. Ale obecně se domnívá, že by měla být ve vzdělávání sester posílena složka medicínsko-biologická. Třeba dokonce, ač je to pro něj trochu rouhačské, na úkor ošetrovatelským teoriím. Domnívá se totiž, že speciálně vysokoškolsky vzdělané sestry by měly mít hlubokou znalost stavby a funkce správně fungujícího zdravého organismu. Čili znalosti z anatomie a fyziologie by měly být hlubší, až se blíží vzdělání lékařskému. Protože na tomto základě pak v podstatě staví klinická medicína, jejíž nedílnou součástí je ošetrovatelství. Což v současnosti, dle jeho názoru, tak úplně není. V důsledku to pak může vést k tomu, že vysokoškolsky vzdělané

sestry (Bc. a zvláště Mgr.) jsou ze strany lékařů někdy podceňovány a lékaři se na ně nedívají s takovým respektem, jak by se dívali, kdyby sestry tyto znalosti měly.

Pro příklad uvádí srovnání s některými západními zeměmi, kde dokonce funguje integrovaná výuka mezi lékaři a sestrami v prvních dvou ročnících. To znamená, že společně chodí na základní přednášky o anatomii a fyziologii zdravého organismu. Protože jak říká: „Není nic horšího, než když sestra s vysokoškolským vzděláním na příklad nezná anatomickou stavbu srdce a ve styku s lékařem si začne plést, kde jsou jednotlivé chlopně a jak vůbec funguje krevní oběh v lidském těle. U bakalářek by se to snad ještě omluvit dalo, i když i tam už je to na pováženou, ale u magister?“

Je přesvědčen, že právě v této oblasti (stavby a funkce zdravého lidského organismu) by měla být vysokoškolsky vzdělaná sestra lékaři naprosto rovnocenná. Protože ošetřovatelství a lékařství v užším smyslu slova mají nepochybně svá specifika, ale současně také tvoří dvě strany stejné mince – medicíny v širokém slova smyslu. Dojde-li pak k uvedenému příkladu, někteří lékaři mohou vysokoškolské studium sester zlehčovat a snižovat tak jeho prestiž. To by se dle jeho názoru mělo změnit. Proto se respondent domnívá, že by bylo mnohem vhodnější spojení studia ošetřovatelství s lékařskou fakultou, i když přiznává, že je to trochu rouhačský názor ve vztahu k samostatným fakultám. Zde by jako východisko viděl konstituování samostatného ústavu anatomie a fyziologie.

Samozřejmě nic nebrání tomu, aby fakulta ošetřovatelství byla součástí lékařských fakult. Jako příklad dává některé americké školy, kde vedle sebe fungují tři fakulty, a to lékařská, dentistická (stomatologická) a ošetřovatelství. Všechny dohromady tvoří jeden celek medicínské oblasti. Protože ať chceme nebo nechceme, vše zastřešuje klinická medicína. Každý z těchto uvedených směrů má svou specifikou, ale základ by měly mít stejný. To pan docent považuje za správnou cestu.

Pokud by měl porovnat studenty v počátcích vysokoškolského vzdělávání sester se současnými, myslí si, že rozdíl v kvalitě znalostí není. Ale samozřejmě některé ročníky jsou výborné, jiné jen dobré. Ti studenti, kteří studují kombinovanou formu, mívají častěji větší motivaci oproti těm, kteří přímo navazují na předchozí stupeň vzdělání.

System registrací, ve vztahu k sesterské profesi, považuje za správný a naprosto souhlasí s nutností kontinuálního vzdělávání, bez kterého to nejde. Uvádí, že dnes jde věda velice rychle dopředu, a proto nelze vystačit pouze se znalostmi získanými během středoškolského či vysokoškolského studia. Registrace pak v tomto smyslu potvrzuje určitý stupeň vzdělání a zajišťuje kvalitu ošetrovatelské péče.

Znalosti z oblasti vedení a managementu jsou z jeho pohledu pro současné sestry potřebné. Dnes jsou to již znalosti, které patří k všeobecným znalostem každého vysokoškolsky vzdělaného člověka. Je třeba vědět, jak se tím řídí, znát psychologii práce, řízení. Složitější formy managementu už ale patří k vyšším funkcím a jsou předmětem specializačních (nástavbových) studií. To znamená, že čím výše ve své funkci bude sestra stoupat, tím musí mít tyto znalosti hlubší. Na určitých úrovních je proto třeba nástavby.

Z významných osob, které ovlivnily české ošetrovatelství, pan docent jmenoval paní Macharovou a Alici Masarykovou, které se v této oblasti realizovali v době prvorepublikové. Z dalších postav meziválečného ošetrovatelství pak uvedl paní Pazourkovou a Hennerovou z pražské školy. Z období poválečného vzpomněl pana prof. Pacovského a doktorku Peltrámovou, kteří společně prosadili vysokoškolské studium. Sám říká, že takových postav je mnoho a jen nerad by některou opomněl. Samozřejmě dodává, že k nim patří i paní doc. Staňková a celá řada dalších osob nejen u nás, ale i na Slovensku. Ze současných je to především prof. Tóthová, na Slovensku pak prof. Dana Farkašová.

### **Respondent č. 7 - PhDr. Alena Mellanová, CSc.**

Paní doktorka Mellanová je odborným asistentem Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství I. LF UK, kde se aktivně podílí na výuce sester. K ošetrovatelství se dostala úplnou náhodou. Původně chtěla studovat chemii a nejraději by byla učila, ale v době ukončení gymnázia, krátce po maďarských událostech, nedostala doporučení na pedagogickou fakultu a ani na chemicko-technologickou vysokou školu nebyla přijata. Ve stejné době se ale v témže krajském městě, kde studovala, otevíral abiturientský kurz pro sestry. To se jí zdálo jako dobrá volba, a tak se do něj přihlásila.

Už po několika týdnech věděla, že zvolila správně. Od té doby působí v ošetrovatelství. Jako směnná sestra u lůžka pracovala 4 roky, jeden rok pak v odborné ambulanci ORL. Následně se přihlásila ke studiu na vysoké škole. S výjimkou jednoho roku, kdy učila na zdravotnické škole, působila a dodnes působí na I. lékařské fakultě v Praze.

Změn v ošetrovatelství se během profesního působení respondentky událo mnoho. Z pohledu pacienta, pro kterého je nejdůležitější chování zdravotníků, kteří se kolem něj vyskytují, se domnívá, že dost významnou pozitivní změnou je lidštější přístup k nemocným. To srovnává s dobou, kdy začínala pracovat u lůžka. Nemocnice tehdy připomínala spíše kasárna, téměř „vězení“. Pacienti se s výjimkou dvou dnů nemohli setkat se svou rodinou. Nesměli mít ani svou vlastní košili nebo pyžamo. Všechno dostávali, vše bylo velice přísné, striktní. Domnívá se, že dnes je atmosféra ve zdravotnických zařízeních mnohem laskavější, což je dosti významný posun. U většiny zdravotníků se lze setkat také s větší úctou k pacientovi, k čemuž jsou ostatně i připravováni. Učí se vycházet z potřeb nemocného člověka.

V práci sester se rovněž mnohé změnilo. Respondentka si vzpomíná, že koncem 50. let měly jednu jedinou pomůcku na jedno použití. Byla to infuzní souprava. Jinak se všechno „sterilizovalo“ varem. Všechny stříkačky a nástroje se vařily, tampony si o nočních službách dělali sami z nastříhaného mulu, tak jako čtverce a longety. Myslí si také, že se výrazně zlepšila i kvalita ošetrovatelské péče právě díky množství jednorázových pomůcek.

Změnám neušla ani oblast vzdělávání sester, kterou paní doktorka sleduje nejvíce. Velmi významné je podle ní to, že budeme mít sestry, které budou odpovídat evropským standardům. Myslí si, že dnes máme sestry mnohem vzdělanější. Díky tomu, že jsme vstoupili do EU, už nikdo nepochybuje o tom, že to tak musí být. Dodává také: „Dnes už je jasné, i když jsou lidé, kteří pochybují o tom, že by sestra měla mít vysokoškolské vzdělání, že díky tomu, že jsme v EU, už nepřipadá v úvahu, aby sestra byla vzdělávána na středoškolské úrovni tak, jak byla v uplynulých 40 letech.“

Na prosazování vysokoškolského vzdělávání sester respondentka vzpomíná následovně. Z počátku prý nebylo těžké jej prosadit. Byli dokonce překvapeni, jak to šlo všechno hladce. V roce 1991 přišli s požadavkem, aby bylo na I. LF vysokoškolské

studium otevřeno, což se podařilo poměrně snadno o rok později. Protože otevřeli nový typ studia - bakalářské studium, nechtěli již spolupracovat na původním magisterském studiu. Proto na něj přestaly být studentky, především učitelky, přijímány. Zároveň se domnívali, že až budou mít první absolventky, podaří se jim otevřít s naprostou samozřejmostí navazující magisterské studium. Ale to se ukázalo být neskutečně obtížné. Dokonce i proti bakalářskému studiu se později začaly zvedat hlasy, neboť to přinášelo mnohem více práce některým ústavům a katedrám. Paní doktorka se také domnívá, že někteří lékaři toto mohli vnímat jako určitou devalvací lékařské fakulty. I proto si myslí, že je mnohem lepší, když paramedicinské obory probíhají samostatně na jiných typech fakult, např. zdravotně sociálních. Z tohoto se dle ní odvíjí i nástin dalšího vývojového stupně - zakládání samostatných fakult zaměřených uvedeným směrem.

K současnému stavu vzdělávání sester má respondentka určité výhrady, a to konkrétně ke zdravotnickému asistentovi. Přiznává však, že o tom nemá dostatek informací, a proto to nemůže objektivně posoudit. Podle jejího názoru by pracovník, který nastupuje do zdravotnictví, neměl být tak mladý, jako jsou zdravotničtí asistenti. To je přesně věc, proti které bojovali u sester. Jejich cílem tehdy bylo, aby sestry nastupující do praxe byly podstatně starší. Což se podařilo, ale dnes se ten samý problém vyskytuje v jiné podobě u asistentů. Ostatně paní doktorka také dodává: „Oni sami nenastupují, snaží se studovat vyšší školu nebo bakalářský program.“

Respondentce by mnohem více vyhovoval systém, který je osvědčený ve většině států Evropy: „Aby sestry byly připravovány na vyšších odborných školách a v bakalářských programech, které by zároveň viděla pro sestry jako kvalifikační.“ S bakalářskými programy je dnes docela spokojená. Myslí si, že se daří plnit cíle, které byly v počátku stanoveny. Zklamaná je proto, že se I. LF stále nedaří prosadit magisterský stupeň tak, jak by si představovala.

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, kde paní doktorka pracuje, má také bohaté zkušenosti s mezinárodní spoluprací na různých projektech. O projektu Leonardo, konaném mezi lety 2001 - 2004, říká, že do něj byli v podstatě zapojeni. Vysvětluje totiž, že v té době, pokud nějaký projekt měl mít úspěch u EU, bylo požadováno, aby se

ho zúčastnilo pokud možno co nejvíce států a byly zapojeny také státy z bývalého východního bloku. Francouzští kolegové, kteří projekt vypracovali, proto členy Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství oslovili. Ti rádi přijali. Navíc to nebyl první mezinárodní projekt pracoviště. Po prvním úspěšném období se pokračovalo ještě v další fázi. Projekt byl úspěšně obhájen. S jeho výsledkem byli spokojeni. Na začlenění výsledků do praxe se respondentka přímo nepodílela. Dodává, že jejich diseminování do terénu bylo jednou z podmínek úspěšnosti projektu. Kolegyně proto chodily přednášet sestřím do nemocnice, se kterou na něm spolupracovaly. Sestry byly s kurzy a přednáškami velice spokojeny. Výsledky rovněž dodnes používají ve výuce a díky tomu jsou předávány rovnou do praxe.

Současnou situaci v oblasti zapojování sester do výzkumných projektů vidí paní doktorka následovně. Uvádí, že dnes jsou sestry zapojovány spíše do lékařských výzkumů jako sestry pracující na odděleních nebo v ambulantní složce. Dalším místem, kde se výzkumy uskutečňují, je doškolovací centrum a vysokoškolská pracoviště, která se zabývají ošetřovatelstvím. Dále je to také pracoviště respondentky (Ústav teorie a praxe ošetřovatelství), kde se výzkum realizoval prakticky od 60. let. Zároveň je také pracovištěm s nejdélsí tradicí, které má spoluzodpovědnost za vysokoškolské vzdělávání sester.

Znalosti z oblasti vedení a managementu jsou z pohledu PhDr. Mellanové pro současné sestry důležité, co se týče základních vědomostí z této problematiky. Hlubší znalosti pak nutně musí mít staniční sestra a další sestry na vedoucích místech. Myslí si, že vůbec nejdůležitější v celém managementu zdravotnického zařízení, je právě staniční sestra.

K významným postavám českého ošetřovatelství říká, že je třeba odlišit dobu, kdy působily. Profesi dle jejího názoru velmi ovlivnily první absolventky Ošetřovatelské školy v Praze, které se začaly organizovat. Nejprve založily tzv. SAŠO (Spolek absolventek školy ošetřovatelské). Později významnou úlohu sehrál Spolek diplomovaných sester. Tyto sestry byly velice aktivní. Pořádaly řadu konferencí a vzdělávacích akcí a již v roce 1933 byly jako organizace přijaty do Mezinárodní rady

sester. Domnívá se tedy, že tato skupina vzdělaných a aktivních sester velice ovlivnila prvorepublikové ošetrovatelství.

Po roce 1948 sestry nejprve organizovány nebyly. Fungovaly pouze odbory. Teprve v 70. letech byla opět založena organizace sester, ČSS. O založení se velice zasloužila Květa Musilová a řada dalších hlavních sester, jako třeba paní Adéla Chocholoušková. I tato organizace byla znovu, asi po deseti letech trvání, přijata do ICN. Z postav, které nepřímo ovlivnily kvalitu ošetrovatelství, vzpomněla Martu Peltrámovou, tehdejší pracovníci MZ, která vedla odbor škol. Právě ona iniciovala otevření vysokoškolského studia pro sestry v roce 1960. Tohoto úkolu se zhostil prof. Pacovský, který studium zrealizoval. Dr. Peltrámová byla jednou z prvních studentek tohoto programu.

Pro vzdělávání učitelek mnohé udělala Marta Wiltschová, která iniciovala otevření tzv. malé pedagogiky v Brně na pedagogické fakultě. Takže v té době byly tři kategorie učitelek. Ty, které byly jenom kvalitní sestry, ale učily bez jakékoli pedagogické přípravy. Pak ty, které měly třísemestrální studium, tzv. malou pedagogiku, kde je naučili učit. A pak vysokoškolské učitelky magistry, které prošly pěti, později šestiletým magisterským programem na filozofické fakultě.

Z pohledu respondentky vykonala mnohé pro ošetrovatelství i doc. Marta Staňková, která je autorkou řady učebnic. Bohatě publikovala a v podstatě přivedla Ústav teorie a praxe ošetrovatelství k prvním mezinárodním projektům již v 80. letech. Díky ní a jejím zahraničním kontaktům se k nám dostaly také informace o zahraničním vzdělávání sester. V současné době je však lidí, kteří ovlivňují kvalitu ošetrovatelství, velmi mnoho. Jsou to učitelé vysokých škol, kteří připravují budoucí sestry na jejich povolání. Dále pak řada hlavních a vrchních sester, které už vysokoškolské vzdělání mají. Paní doktorka také uvádí, že na příklad fakulta v Olomouci už řadu let otevírá magisterské studium managementu, kterým prošla řada hlavních sester. A právě tyto vzdělané hlavní sestry z jejího pohledu silně ovlivňují kvalitu ošetrovatelství ve svých zařízeních.

## **Respondent č. 8 - PhDr. Karla Pochylá, R. N.**

Svého času působila paní doktorka Pochylá jako ředitelka NCO NZO v Brně. Za dobu, kdy zde pracovala, se mnohé změnilo. Centrum získalo nový název (původně IDV PZ), změnila se koncepce jeho organizace, která je i dnes stále platná. V neposlední řadě byl vytvořen také registr nelékařských pracovníků. K ošetrovatelství respondentku přivedla rodinná tradice. Její maminka, teta i sestra byly sestry. Proto také tenkrát, když vycházela ze školy, nad volbou ani nepřemýšlela. Už jako malá chodila za maminkou, která pracovala na dětském oddělení, do nemocnice. Toto prostředí jí bylo docela příjemné. Říká, že vždycky tuto práci chtěla dělat. Navíc v její rodině bylo dané, že dívky by měly vykonávat sesterské povolání.

Za poměrně významnou změnu v ošetrovatelství považuje ošetrovatelský proces, pokud by byl realizován tak, jak by měl. To znamená, že by pacient a jeho rodina byli vtaženi do péče. Měli by možnost vyjádřit se k tomu, jak si pacient individuálně uspokojuje své potřeby a veškerá následná péče by pak směřovala k zachování těchto způsobů i v nemocnici. Na druhé straně si je vědoma, že tento způsob uspokojování potřeb vyžaduje jiný počet ošetrovatelského personálu. Zároveň si však není jistá, že kdyby personálu bylo více, změnil by se způsob uspokojování potřeb na avizovaný.

Filozofie nově pojatého ošetrovatelství, která k nám přišla po revoluci, se respondentce velice líbila. Považovala ji za velmi významnou. Tenkrát počítala s tím, že se u nás ujme a že se ošetrovatelský proces bude realizovat. Zároveň však říká, že je úplně jiné číst, jak by to mělo vypadat, a vidět v zahraničí, jak to funguje. To byl pro ni úplně ten největší objev. Protože i když si to prý člověk nastuduje, tak to vždy bude přes jeho vlastní zkušenosti. Čili stejně si nedokáže úplně představit, jak se má proces realizovat. Z tohoto důvodu paní doktorka říká: „Než to dlouhodobě studovat, každý kdyby na týden vyjel ven a viděl, jak to má fungovat, tak by se celý ten přerod uskutečnil daleko rychleji tak, jak to má být.“

Sama respondentka byla týden v Anglii na pobytu zaměřeném na komunitní péči. Přiznává, že když viděla, jak pacient (dle jejich terminologie klient) přišel do místnosti, kde jako návštěva z Československa s paní Bártlovou byla personálem usazena, a posadil se vedle nich, věděla, že kdyby to bylo v Česku, tak by řekla:



„Nezlobte se, já tady mám teď návštěvu, až ta návštěva odejde, tak se vám budu věnovat.“ Oni tam ale klienta nechali sedět. Když se pak respondentka a paní Bártlová ptaly na tuto událost, bylo jim to vysvětleno následovně: „Oni, klienti, jsou tu přece doma. Ta péče je pro ně a my jsme jen zaměstnanci. Takže když přijde návštěva a oni si tu chtějí sednout, tak je samozřejmé, že se posadí.“ A to byly ty rozdíly, které ani respondentku v životě nenapadly. To si z jejího pohledu musí člověk zažít sám na sobě, aby to dokázal pochopit a správně přednášet tak, jak by to mělo být ve skutečnosti.

Na prosazování ošetřovatelského procesu paní doktorka vzpomíná jako na záležitost, která šla velmi těžce. Protože sestry, které na příklad prošly doškolovacím centrem, o komplexní ošetřovatelské péči informace měly. Vždyť i u praktické zkoušky ze specializace dělaly ošetřovatelské plány. Znalý je a měly pocit, že je jim vykládáno něco, co už dávno ví, dělají a čím dávno prošly. Mnohdy ale nepochopily rozdíl v individualitě, protože ony jako sestry rozhodly, co by ten pacient měl mít v plánu. Ony se ho vůbec neptaly, jak si individuálně své potřeby uspokojuje. Jenomže tyto sestry specialistky, kterých byly v praxi tisíce, individualitu v tomto smyslu po revoluci už nepřijaly. Individuální přístup, který se ony učily, byl zaměřen k nemoci a k pacientovi s danou nemocí. O jeho plánu pak vždycky rozhodovala sestra, protože ona znala nemoc, znala rizika, která tam jsou a ona to naplánovala.

Naráz pak přišlo něco, co bylo velmi podobné, ale absolutně se lišilo v pojetí, v přístupu. Najednou se po sestřích vyžadovalo napřed zjistit od pacienta, co on chce, a pak až plánovat. A to z jejího pohledu přineslo do terénu velké rozčarování, neboť nedošlo k pochopení tohoto zcela zásadního rozdílu. A to faktu, že v ošetřovatelském procesu by měl rozhodovat pacient, měl by volit mezi alternativami. A ne že sestra mu to naplánuje a on to bude muset plnit. To si paní doktorka myslí, že dodneška mnoho lidí nepochopilo. A nepochopily to ani mnohé její kolegyně, které proces přednášely. Dodává také: „Když se mění kompletně filozofie a navíc ještě zaběhané rituály, tak to dá mnoho práce a určitě to není na rok, na dva. I proto se v současnosti můžeme setkat s tím, že v dokumentaci existují plány pacienta, který mnohdy ani netuší, že je tam má. Ale on by měl vědět, měl by to být plán pro něho a on by jej měl plnit.“

O současném systému registrací nelékařských zdravotnických pracovníků si respondentka myslí, že není příliš tvrdý, spíše naopak. Pro srovnání uvádí systém registrací v Anglii, který je mnohem přísnější. Důvodem jeho existence je ochrana pacienta. A to ve smyslu zajištění kvalitních, vzdělaných sester, které se neustále vzdělávají, jsou zdravotně způsobilé a nejsou trestně stíhané. Jen takové sestry tam mohou toto povolání vykonávat. Proto bylo v počátku, kdy se u nás registrační systém vytvářel, snahou obdobnou registraci vytvořit. Vždyť jen při spuštění systému, když se udělaly první registrace, se zjistilo, že přibližně ze 140 000 všeobecných sester asi 10 000 pracovalo na místech, kde pracovat vůbec neměly, neboť na to neměly potřebnou kvalifikaci. Podmínky pro práci na jednotlivých pracovištích tak dostaly jasný rámec a kvalifikace získala svůj neoddiskutovatelný význam.

PhDr. Pochylá také uvádí, že právě ochrana pacienta byla důvodem, proč nemohl registr fungovat při ČAS. V takovém případě by totiž nastal střet zájmů, protože jmenovaný účel registru by byl v rozporu s posláním ČAS, která má hájit zájmy sester. Proto si stále myslí, že proces registrací je u nás napůl cesty. Jsou málo přísné. Ve chvíli, kdy by byly náročnější, by také sestra, která projde takovým sítím a splní všechny přísné požadavky, nesmírně stoupla v hodnocení. Zvýšila by se její prestiž a slovo „registrovaná“ by mělo zcela jiný význam. Ale při zmiňované první registraci, se dle respondentky uznávalo v podstatě vše. Nemuselo se ani dokladovat celoživotní vzdělávání, které už je nutné pro reregistraci. Původní vize paní doktorky spočívala i v odznacích pro registrované sestry, ale z finančních důvodů se to bohužel uskutečnit nepodařilo. Takže dnes je prodává ČAS. S tím je však spojeno, že není jasné, komu jsou prodávány, jak a kdo je v závěru vlastní.

Respondentka si také myslí, že u nás oproti zahraničí, kde jsou sestry na registraci hrdé, to spíše vnímají jako otravování a srovnávají, jak to mají lékaři. K tomuto dodává: „Vždyť mějme něco přísnějšího, ať se oni musejí přizpůsobit. Proč se přizpůsobovat té nižší hranici, když se jde přizpůsobit té vyšší. A těch bodů zase není tolik za šest let. Vždyť je to pár bodů.“ Říká také, že každý, kdo chce dělat jakékoli změny, si musí uvědomit, že přestane být populární, že změny bolí a přinášejí stres. Rovněž uvádí, že není nic horšího než ostatní přesvědčovat.

Vlastní prosazování změn pak dle respondentky prochází různými fázemi: „neinformovaný klidný, informovaný zmatený, informovaný blokující, informovaný naslouchající a informovaný konající“. Mnoho lidí se podle jejich zkušeností zastaví ve fázi blokujících jedinců, což je vlastně stejné jako v reakci na nemoc, protože ani ke smíření se nedostanou všichni. Uvádí, že práce s lidmi je velmi náročná a je obtížné chtít změny udělat. Naopak považuje za úžasné, když je vedoucí zároveň vůdcem a lidé za ním jdou. Nemusí přitom jít všichni, postačí prý třetina, protože ta pak může přesvědčovat další. Za šílené však považuje situaci, když má vedoucí výbornou koncepci, jak něco pozměnit, ale kolektiv má svého vlastního vůdce, který je táhne jinam. I to se podle jejich zkušeností stává. S takovými lidmi se ale člověk, který za danou věc zodpovídá, musí umět rozejít.

Výzkumná báze profese je dle paní doktorky na dobré úrovni. Vysoké školy ve spolupráci se zahraničím velmi dobře realizují výzkumy a projekty. Na konferencích se mohou díky zvýšení jazykové gramotnosti prezentovat cizojazyčně. Tato oblast z jejího pohledu udělala obrovský pokrok, protože dříve se sestry zapojovaly do výzkumu pouze v rámci výzkumu lékařů. Upozorňuje také na to, že na přípravu sester pro tuto roli mají velký vliv právě vysoké školy, v čemž mají sestry výhodu oproti lékařům. Dodává také, že obrovský pokrok je vidět i v úrovni absolventských prací, neboť se dnes bakalářské práce na JČU často rovnají magisterským jinde. Rovněž se v nich často objevuje statistika, což dříve bylo nemyslitelné. Z těchto sester, jak se domnívá, se v budoucnu, pokud dostanou příležitost výzkumnou práci dělat, stanou výborné výzkumnice. Umí si také představit, že by v rámci nemocnice, oddělení ošetřovatelství, existovalo vedle oddělení pro kvalitu i oddělení pro výzkum. V něm by byla pracovala sestra, která by se orientovala v rozmístění těchto magister a v rámci výzkumu by si pak mohly zažádat i o grant.

O Metodě pro stanovení počtu personálu na oddělení hovoří respondentka jako o „svém dítěti“. Jedná se o projekt, který začal před 15 lety, kdy na něj dostala grant. Metodika, která tehdy existovala a byla obhájená, se začala učit ve specializacích, ale byla velmi zdlouhavá, protože se musel každý pacient otestovat. Vycházelo se při tom z německé metody, která byla obdobná. Nebylo však možné ji převzít. Každý stát

je jiný a má svá specifika. Proto bylo třeba ji aplikovat na naše podmínky a vše znovu „naměřit“ a časově ohodnotit. Došlo k inventarizaci ošetrovatelských výkonů, pro měření byly vybrány sestry a vytvořeny hlavní výkony se svými podskupinami (podvýkony), aby bylo možné toto uskutečnit. Dnes, když se na to respondentka dívá zpětně, musí se trochu usmívat, neboť tehdy pracovali s potřebou na oddělení, nikoliv s pracovními úvazky.

Po dokončení výzkumu, který byl součástí rigorózní práce respondentky, se začalo s výukou nové metodiky a byla vytvořena i publikace. To ovšem neznamenal konec práce, protože paní doktorka metodiku nadále rozvíjela, pracovala na ní a předloni to vyústilo metodikou České asociace sester. Byl vyvinut i počítačový program, který bude daleko jednodušší a sestřím pomůže spočítat i počet pracovních úvazků. Závěrem k tomuto tématu respondentka dodává: „V dnešní době už sestra, pokud řekne, že je jich málo, musí přijít s fakty, s tím, kolik jich chybí. A to se ujímá možná ještě hůře, než ošetrovatelský proces, protože sestry nerady počítají a nemají zájem se do problematiky kvantifikace hlouběji ponořit. Ale na příklad v Německu obdobnou metodu převzala pojišťovna a ta nutí zdravotnická zařízení propočtený počet personálů plnit. Odmítají totiž platit tam, kde je sester málo, protože v takových zařízeních nemůže být péče kvalitní.“ Říká také, že u nás bohužel mnoho věcí dělají lidé od zeleného stolu. Za ta léta už to proto vidí velmi pesimisticky a nejhorší dle jejího názoru je, že se tak často střídají ministři. Neznají pak kontinuitu, a proto se mohou opakovat chyby, ke kterým už jednou došlo.

O kvalitě péče u nás si respondentka v současnosti už nedělá iluze. Vůbec to nevidí dobře. Nedávno měla maminku v nemocnici a nechtělo se jí věřit tomu, co tam viděla. Nemohla uvěřit, že se to vůbec může dít. A to se týká i chování sester ať už na chodbě nebo kdekoli jinde. Setkala se i s hrubými výrazy před návštěvou. Za smutné považuje to, že sestry mnohdy nechápou, že svou prestiž, prestiž profese, si musí vydobýt pouze ony samy. Nikdo jiný to za ně neudělá. A pokud toto nepochopí, tak to z jejího pohledu nemá cenu. Někdy se také trochu bojí, aby vysokoškolačky nechtěly „dělat“ jen vědu, papíry, a neztrácely zájem o pacienta.

Znalosti z oblasti managementu a vedení dnes dle jejího názoru potřebuje každá sestra. Už ve chvíli, kdy realizuje ošetrovatelský proces u pacienta, přece plánuje a řídí. Domnívá se také, že pokud se sestry naučí jednotlivé algoritmy řízení využívat, časem z nich budou dobré vedoucí. Proto to považuje za důležité.

Postavy, které české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, by paní doktorka rozdělila do několika skupin. První skupinou je školství. Tam patří všichni ti, jež se snažili ovlivnit vzdělání tak, aby sestry byly pro svou profesi připravené a případně mohly realizovat změny. Druhou skupinou jsou osvícené sestry z praxe, které jí mohou rovnou ovlivnit. Na poli vzdělávání respondentka nedá dopustit na paní prof. Tóthovou. Říká, že paní profesorka je takový „pracovitý poctivec“, který se opravdu snaží, aby vzdělávání bylo kvalitní a poctivé. Samozřejmě v této oblasti je více takových. K nim řadí i doc. Mastiliakovou, která udělala velký kus práce. V počátcích mnohé materiály překládala a dávala je do terénu, aby z nich mohli čerpat i ostatní. Ve vztahu k vysokoškolskému vzdělávání respondentka uvádí i jméno paní doktorky Kohoutové z doby, kdy pracovala na MZ ČR.

Dále považuje za významnou postavu paní doc. Staňkovou, která jako první sestra pracovala na ministerstvu zdravotnictví ve funkci ředitelky odboru vědy a vzdělávání, pod který patřilo i ošetrovatelství. Do té doby tam nikdo takový nebyl. Celou svou profesní kariéru ošetrovatelství prosazovala a stála při zrodu profese tak, jak ji známe dnes. Paní doktorka vzpomíná, že i ošetrovatelský proces učila velmi jednoduchou metodou, i když to tenkrát procesem nenazývala. Říkala: „Každý se musí pacienta zeptat, co potřebuje a udělat mu to. Pak se ho musí zeptat, jestli mu to pomohlo a případně další věci, a měli bychom koncepci raz dva.“ Neméně významné jsou z pohledu respondentky i jednotlivé hlavní sestry, které také udělaly mnohé ve svých nemocnicích, na odděleních. Jako příklad uvádí nemocnici v Pelhřimově a hlavní sestru Jitku Dejmkovou. Dále pak Ninu Müllerovou, která v době svého působení v Plzni dokázala, že tato nemocnice velmi rychle „vyletěla“ nahoru. Ve spoustě věcí byla první. Pamatuje si období, kdy podle ní systém péče všichni kopírovali a pak jí najednou neznali, protože to vydávali za své.

## **Respondent č. 9 - MUDr. Zdeněk Mrozek, PhD.**

Pan doktor Mrozek je anesteziologem a viceprezidentem ČLK. Aktivně se věnuje vzdělávání lékařů a sester na LF UP. K rozhodnutí studovat medicínu a věnovat se jí jej vedlo i to, že pochází z lékařské rodiny a v podstatě od malička v nemocnici vyrůstal. Medicína rovněž splňuje vše, co by od života očekával. Jak sám říká: „být v mírném napětí, pomáhat lidem a zároveň uspokojovat potřebu neustále na sobě pracovat, protože vývoj v medicíně jde natolik kupředu, že nelze vystačit s tím, co se člověk naučil před deseti lety.“

Současný stav zdravotnictví vidí respondent následovně. Se stavem jako takovým je zatím spokojený, s vývojem však nikoliv. Myslí si, že máme jedno z nejlepších zdravotnictví na světě, což může ze svých zkušeností porovnat. Týká se to především péče poskytované pacientům, protože v tomto ohledu jen málokde člověk najde tak kvalitní péči. Ale děsí ho vývoj, kterým se začíná ubírat. Zejména v posledních pěti, šesti letech, kdy začíná odliv peněz „k trošičku jiným aktivitám mimo zdravotnictví, než kam jsou původně určeny.“ Domnívá se také, že vlastní péče začíná být hodně svázaná formalitními pravidly, která jsou často zbytečná. Medicína se podle něj stává více alibistickou, než bývala. Vzpomíná, že když začal v r. 1989 pracovat jako lékař, medicína byla úplně někde jinde. Co se týče materiálního vybavení, léků a přístrojů, moc dobře jsme na tom tehdy nebyli. Pak nastal během pěti, deseti let po revoluci obrovský „boom“. To byla z jeho pohledu velká změna. V podstatě jsme doháněli svět. Člověk si zde zažil za relativně krátkou dobu to, co jinde během třiceti let. Teď už, i když medicína stále postupuje vpřed, není vývoj tak dynamický.

Současné sestry vnímá oproti letům, kdy začínal, rozhodně jako emancipovanější, s jinými problémy, životními zájmy, v podstatě tak, jako každého v naší společnosti. Dříve byla sesterská práce více o manuální zručnosti a osobní zkušenosti. Kdežto dnes jsou jejím těžištěm spíše vědomosti. V medicíně také panovala ve větší míře „vojenská hierarchie“. Což už rovněž v takové míře neplatí. Objevují se snahy o emancipaci sester a o jejich osamostatnění či snížení míry závislosti.

Oblast vysokoškolského vzdělávání sester vidí respondent následovně. Neříká, že je zbytečné, ale domnívá se, že v poslední době všeobecně dochází k inflaci

vysokoškolského vzdělávání. Tím pádem se hodnota vzdělání devaluje a v důsledku to podle něj znamená, že dnes mít VŠ je pomaličku totéž, jako mít před 20 lety maturitu. Je to dáno také tím, že v některých populačních ročnících studuje více než polovina populace na VŠ. Což logicky znamená, že se na vysokou školu dostanou i lidé s IQ nižším než 100. Otázkou zůstává, co se mění v postavení sestry, v jejím oceňování, když vysokou školu má? Spíše čekal, že tím získají nějakou ekonomickou emancipaci, emancipaci v oblasti zodpovědnosti, ale bohužel zatím nic takového nevidí. Spíše vidí, jak si tyto sestry hledají práci, která by jejich vzdělání odpovídala. A tato práce, odpovídající kvalifikaci vysokoškolsky vzdělaných sester, již není o péči o pacienta, o běžných činnostech, o polohování pacienta nebo podávání běžných ordinací. Na to, jak se domnívá, není tak úplně zapotřebí vysokoškolské vzdělání.

Respondent spatřuje rozpor mezi vzděláním a činnostmi, které se sestram v nemocnici nabízejí, stejně jako jejich ohodnocení. Neboť si nevšiml, že by byly tyto sestry (Bc., Mgr.) lépe ohodnoceny než sestry se středoškolským vzděláním. V kontextu se mu to pak zdá takové umělé, jakoby na podkladě nějaké potřeby - cituji: „Jako nacpané násilím někam. Uděláme z vás vysokoškolačky a vy si pak něco najdete, co by tomu odpovídalo. Proto potom vidíme sestry, jak si hledají administrativní činnosti, které odvádějí vlastní pozornost od péče o pacienta. Sestry jsou pak zahlceny vyplňováním různých diagnóz, pseudodotazníků a sesterské dokumentace.“ Bohužel pan doktor zatím nepřišel na to, v čem se zlepší péče o pacienta, jak sám říká: „když sestra vyplní o dvacet papírů víc. Ale možná, že některá takto získaná data aspoň někdo statisticky vyhodnotí.“ Uvádí také, že když šel před pěti, deseti lety na konzilium na oddělení věděl, že sestry najde na pokojích pacientů. Dnes je tam však hledat nemusí, protože je s určitostí najde sedět na sesterně, kde vyplňují papíry. Pro něj, jako pro lékaře, prý tímto způsobem „rozšířená“ dokumentace významu v podstatě nemá. Spíše naopak. Říká, že se musí „prohrabávat“ tak trojnásobným množstvím papírů, než se dostane k podstatným informacím. Takže je to z jeho pohledu složitější než před deseti lety, kdy v dokumentaci byly jen informace zásadní.

Při prosazování změn ve zdravotnictví si mezi sestrami ani lékaři není vědom jakéhokoli antagonismu. Osobně tento pocit nemá. Sám za sebe uvádí, že ví, že sestru

potřebuje, a proto nemohou jít proti sobě. Ba naopak. Musí mít společné zájmy a postupy. Když se nějaké rozpory vyskytnou, bývají spíše na osobní úrovni jednotlivců. Zdůrazňuje, že je třeba přihlídnout k faktu, že lékaři jsou konzervativní. A když má nastat změna, chtějí vědět proč. Protože jak praví německé přísloví, změna ještě neznamená zlepšení. Chtějí tedy vědět, čeho má být dosaženo. MUDr. Mrozek se dále domnívá, že sestry, stejně jako lékaři, jsou v tomto státě velmi nedoceny. Což u nich ale nelze vyřešit tím, že získají vysokoškolské vzdělání. To je jen krátkodobé řešení. Ale dlouhodobý efekt, aby sestra měla z čeho žít, měla normální rodinný život, aby si ho mohla dovolit, toto z jeho pohledu nemá.

O znalostech z oblasti vedení a managementu se respondent domnívá, že pro práci současných sester příliš podstatné nejsou, neboť je nevyužijí. Srovnává to s otázkou: „Potřebuje lékař studium managementu?“. A dodává: „Dnes už ano a mnohem více než sestra. Ale na rozdíl od ní ho nemá. V celém jeho vysokoškolském vzdělání není, ač by ho potřeboval.“ Uvádí také: „Jak bylo v jednom filmu, i skladník ve šroubárně si může přečíst Vergilia v originále.“ Samozřejmě každá informace, každá znalost, může být k něčemu dobrá, ale musíme se také ptát na pravděpodobnost využití těchto znalostí v praxi. Domnívá se, že vzdělání v této oblasti může sestře spíše napomoci k zaměstnání v některých firmách mimo zdravotnictví, kde jsou sestry pro své organizační schopnosti ceněny.

Registraci vnímá respondent jako činnost pro sestry hodně časově a ekonomicky náročnou. Má pocit, že část jejich příjmu jde na vzdělávací aktivity. Dodává také, že když vidí některé sestry, jaké akce navštěvují jen proto, aby nasbíraly body, lze to opravdu považovat spíše za formální záležitost. Mnohdy se jedná o akce, které jim skutečně nemohou nic dát. On osobně je v tomto liberál, protože k některým věcem nelze člověka nutit. Člověk by měl mít do vzdělání chuť. Všechny systémy se dají nějak formalizovat nebo obejít. Myslí si, že pokud je zavedeno povinné vzdělávání, lidé budou sbírat body, ale nebudou chytřejší. Proto by dle něj sestry měly být zainteresovány trochu jinak, aby v tom, co konkrétně dělají, byly skutečně dobré.

Něco podobného zažili i v ČLK, když se jejich vzdělávací systém vytvářel. Také zvažovali, zda má být povinný nebo dobrovolný. Z počátku na příklad i chirurgové



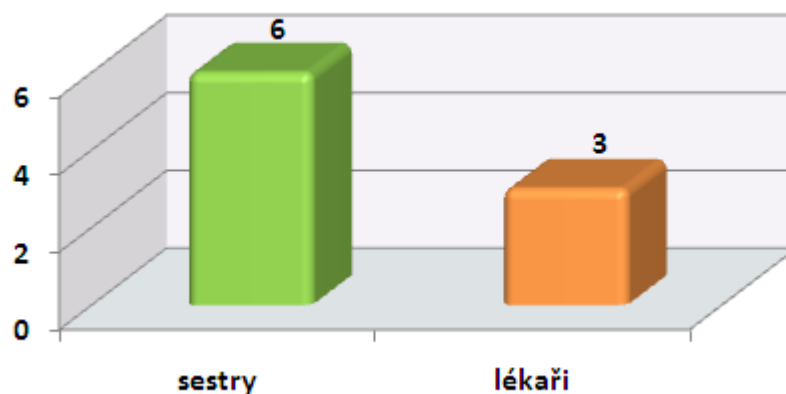
chodili na přednášky o kožním lékařství, jen aby nasbírali patřičný počet bodů. Proto tudy cesta nevedla. V současnosti má ČLK deklarováno, že každý lékař by se měl vzdělávat. Za akce registrované ČLK jsou pak přidělovány určité body a lékař, po dosažení stanoveného počtu kreditů, získává diplom celoživotního vzdělávání. Ale pokud to nedodrží nebo nesplní, není to důvodem k vyloučení komory. Naopak se snaží o pozitivní motivaci. To se zatím podařilo stomatologické komoře, která je menší a finanční bonifikace lékařů, kteří splní komorová kritéria, neznamená pro pojišťovny takový odliv peněz. Kritéria pro vzdělávání musí splňovat primáři, protože ti jsou také sami zodpovědní za vzdělávání na svém pracovišti. U řadových lékařů platí deklarativní požadavek, ale ten není, jak již bylo řečeno, nijak sankcionován ani vynucován. Respondent také uvádí, že je dobré si uvědomit, že jakmile budou vzdělávací akce povinné, stoupne také jejich cena. Důvod je podle něj prostý. Firmy, které by je organizovaly, by získaly jistý příjem financí, a tak ani by tolik nezáleželo na jejich kvalitě, jako spíše na počtu získaných bodů.

Co se týče nově přijatého doporučení - možnosti převést intenzivní péči na paliativní u nevléčitelně nemocných v terminálním stavu - jak říká pan doktor: „Možné to bylo v podstatě vždycky.“ Samozřejmě ještě před vydáním tohoto v nedávné době medializovaného doporučení platilo, že resuscitační péče je kontraindikována v terminálním stavu infaustních onemocnění. Pan doktor dodává, že i před přijetím tohoto doporučení, se lékaři stejně většinou takto rozhodovali. Takže vzhledem k faktu, že zatím chyběl jednoznačný právní podklad, bylo doporučení přijato a lékařům tak byla poskytnuta nejen odborná ale i právní opora v jejich rozhodování. Dále zdůrazňuje, že to neznamená „odpojování od přístrojů“ z ekonomických či jiných než medicínských důvodů. Takové návody v doporučení komory skutečně nejsou. Rozhodně se tedy nejedná o eutanázii, ani o opatření v rámci ekonomické krize. Zdůrazňuje také, že toto rozhodnutí probíhalo vždycky. Přijetí tohoto dokumentu, kterému předcházelo jeho posouzení etickou komisí a vědeckou radou komory, bylo přijato vesměs kladně jak odbornou tak i laickou veřejností. Problém či zásadní rozpory s tímto tématem z jeho pohledu nemají ani sestry, naopak se k rozhodnutí o převedení péče mohou vyjádřit jakožto členky ošetrovatelského týmu.

Z postav, které zásadním způsobem v minulosti ovlivnily české ošetřovatelství, respondent nikdo nenapadá. Ani dnes v podstatě dle jeho názoru nemáme ve všeobecné nebo alespoň v odborné veřejnosti známého lídra. Paní ministryně Dana Jurásková je samozřejmě známá vzhledem ke své současné funkci, ale jako o lídrovi českého ošetřovatelství o ní neslyšel.

#### 4. 1. 1 Tabulky a grafy vycházející z kvalitativního šetření

**Graf 1 Profesionální zastoupení respondentů**



Z celkového počtu 9 respondentů bylo 6 respondentů ze sesterské profese a 3 respondenti byli lékaři.

**Tabulka 1 Podstatné změny v sesterské profesi z pohledu lékaře**

Odpověď	Respondent			Celkový počet odpovědí
	V.	VI.	IX.	
Ukončení činnosti hlídek ČSČK	1			1
Ukončení činnosti geriatrických sester	1			1
Současné sestry jsou sebevědomější	1			1
Současné sestry jsou vzdělanější	1			1
Současné sestry jsou emancipovanější			1	1
Přechod kvalifikačního studia sester na VŠ		1		1

Tabulka znázorňuje podstatné změny v ošetrovatelství z pohledu lékaře, které se týkají přímo sester. Ze tří respondentů 1 uvedl ukončení činnosti hlídek ČSČK a geriatrických sester. 1 krát bylo zmíněno, že současné sestry jsou sebevědomější, vzdělanější a emancipovanější. Přechod kvalifikačního studia sester na VŠ považuje za důležitý 1 respondent.

**Tabulka 2 Nejvýznamnější změny v ošetrovatelství z pohledu sester**

Odpověď	Respondent						Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	VII.	VIII.	
Pokrok v ošetrovatelské péči	1		1	1	1		4
Pokrok ve zdravotnických prostředcích	1			1	1		3
Přechod kvalifikačního studia sester na VŠ	1	1			1		3
Pokrok ve zdravotnické technice	1			1			2
Pokrok v diagnostice	1			1			2
Pokrok v léčbě	1			1			2
Změny v postavení pacientů				1	1		2
Změny v postavení zdravotníků			1	1			2
Zvýšení komfortu ve zdravotnických zařízeních				1	1		2
Pojišťovnický model ve zdravotnictví		1					1
Nový systém úhrad péče		1					1
Orientace na péči o zdraví, prevenci				1			1
Jasně vymezení sesterských kompetencí				1			1
Nová právní úprava ve vztahu k profesi				1			1
Změna v chování zdravotníků					1		1
Zavedení ošetrovatelského procesu						1	1

Tabulka znázorňuje nejvýznamnější změny v ošetrovatelství z pohledu sester. Z celkového počtu 6 respondentek 4 jmenovaly pokrok v ošetrovatelské péči. Pokrok ve zdravotnických prostředcích a přechod kvalifikačního studia sester na VŠ byl jmenován 3 krát. 2 krát se v odpovědích objevil pokrok ve zdravotnické technice, v diagnostice a v léčbě. Změny v postavení pacientů, zdravotníků a zvýšení komfortu ve zdravotnických zařízeních byly rovněž uvedeny 2 krát. Zavedení pojišťovnického modelu ve zdravotnictví, nového systému úhrad péče, orientace na péči o zdraví, prevenci, jasné vymezení sesterských kompetencí, nová právní úprava ve vztahu k profesi, změny v chování zdravotníků a zavedení ošetrovatelského procesu se v odpovědích respondentek vyskytly 1 krát.

**Tabulka 3 Prosazování změn v ošetřovatelství z pohledu lékařů**

Odpověď	Respondent			Celkový počet odpovědí
	V.	VI.	IX.	
Schopnost zdůvodnit požadavky / změny	1		1	2
Příprava argumentů a jejich zdůvodnění	1			1
Antagonismus mezi sestrami a lékaři necítí			1	1
Nehodnoceno		1		1

Tabulka znázorňuje, co lékaři považují za důležité při prosazování změn v ošetřovatelství. Z celkového počtu 3 respondentů 2 uvedli schopnost zdůvodnit požadavky/změny. Přípravu argumentů a jejich zdůvodnění uvedl 1 respondent. Antagonismus mezi sestrami a lékaři při prosazování změn nepociťuje 1 respondent. 1 respondent se k této oblasti nevyjádřil.

**Tabulka 4 Prosazování změn v ošetřovatelství z pohledu sester**

Odpověď	Respondent						Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	VII.	VIII.	
Vysvětlování	1	1				1	3
Velmi náročná činnost	1					1	2
Překonání nesouhlasu lékařů	1	1					2
Přesvědčování		1				1	2
Stres						1	1
Komunikace na všech úrovních		1					1
Znalost lidí, s nimiž je třeba jednat		1					1
Nutnost podpory okolí			1				1
Nutnost vhodných podmínek			1				1
Nepopulární činnost						1	1
Nehodnoceno				1	1		2

Tabulka vyjadřuje, co pro sestry znamená prosazování změn v ošetřovatelství a které činnosti ve vztahu k tomuto tématu považují za důležité. Možnost vysvětlování byla uvedena 3 krát. 2 krát se v odpovědích objevilo, že se jedná o velmi náročnou činnost, překonávání nesouhlasu lékařů a přesvědčování. Stres se v odpovědích objevil 1 krát, stejně jako komunikace na všech úrovních, znalost lidí, s nimiž je třeba jednat, nutnost

podpory okolí a nutnost vhodných podmínek. Za nepopulární činnost označila prosazování změn 1 respondentka. K této oblasti se nevyjádřily 2 respondentky.

**Tabulka 5 Potřeba znalostí z oblasti vedení (leadershipu) a managementu**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Potřebné pro každou sestru		1	1	1		1		1		5
Pro klasické sestry nejsou příliš důležité					1				1	2
Pro současnou sestru nepostradatelné	1									1
Základní znalosti potřebné pro každou sestru							1			1
Hlubší znalosti potřebné pro sestry ve středním a top managementu							1			1

Tato tabulka vyjadřuje názor všech 9 respondentů na potřebu znalostí z oblasti vedení (leadershipu) a managementu pro současné sestry. Tento druh znalostí označilo jako potřebné pro každou sestru 5 respondentů. Možnost, že tyto znalosti nejsou pro klasické sestry příliš důležité, uvedli 2 respondenti. Jako nepostradatelné pro současnou sestru je označil 1 respondent a 1 respondent uvedl, že základní znalosti z této oblasti jsou potřebné pro každou sestru, hlubší pak pro sestry ve středním a top managementu.

**Tabulka 6 Postoj lékařů k vysokoškolskému vzdělávání sester**

Odpověď	Respondent			Celkový počet odpovědí
	V.	VI.	IX.	
Nepochopení situace	1			1
Vhodné přinejmenším pro sestry ve středním managementu	1			1
Je třeba posílit biologicko-medicínskou složku		1		1
Nepovažuji jej za zbytečné, ale mám výhrady			1	1

Tabulka znázorňuje postoj lékařů k vysokoškolskému vzdělávání sester. Ze tří respondentů 1 uvedl, že se jedná o nepochopení situace a toto vzdělání označil za vhodné přinejmenším pro sestry ve středním managementu. Nutnost posílení biologicko-medicínské složky se v odpovědích respondentů vyskytla rovněž 1 krát. 1 respondent jej nepovažuje za zbytečné, ale má k němu výhrady.

**Tabulka 7 Hodnocení aktivit českých sester na mezinárodním poli**

Odpověď	Respondent						Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	VII.	VIII.	
Aktivní zapojení univerzit v různých druzích spolupráce	1	1			1	1	4
Sestrami v pracovním procesu není příliš využívána	1	1					2
Přetrvává jazyková bariéra			1	1			2
Zahraniční spolupráce je potřebná			1				1
České sestry jsou pro své kvality v zahraničí ceněny				1			1
České sestry byly vždy plnohodnotnými partnery				1			1
Aktivní zapojení doškolovacího centra v různých druzích spolupráce					1		1
Aktivní zapojení Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství v různých druzích spolupráce					1		1

Tato tabulka znázorňuje názor 6 sester na situaci v oblasti mezinárodní spolupráce v rámci ošetrovatelství. Aktivní zapojení univerzit v různých druzích spolupráce uvedly 4 respondentky, 2 uvedly, že sestrami v pracovním procesu není tato možnost příliš využívána. Přetrvávání jazykové bariéry bylo uvedeno rovněž 2 krát. Možnost, kdy byla zahraniční spolupráce označena za potřebnou, se vyskytla 1 krát, stejně jako následující možnosti: české sestry jsou pro své kvality v zahraničí ceněny, české sestry vždy byly plnohodnotnými partnery, aktivní zapojení doškolovacího centra a Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství v různých druzích spolupráce.

**Tabulka 8 Oblasti působení významných postav českého ošetřovatelství**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
Zdravotníci v ošetřovatelské praxi	1		1	1				1		4
Vysoké školy (učitelé VŠ - pedagogové)							1	1		2
Sestry v managementu	1									1
Sestry ve výzkumu	1									1
První absolventky Ošetřovatelské školy v Praze							1			1
Spolek diplomovaných sester							1			1
Česká společnost sester							1			1
Řada hlavních a vrchních sester							1			1
Neuvedeno		1			1	1			1	4

Tato tabulka znázorňuje oblasti působení významných postav českého ošetřovatelství tak. Z celkového počtu 9 respondentů 4 uvedli zdravotníky v ošetřovatelské praxi. Vysoké školy a jejich učitelé byly uvedeny 2 krát. Sestry v managementu a ve výzkumu se v odpovědích vyskytly 1 krát, tak jako následující možnosti: první absolventky Ošetřovatelské školy v Praze, Česká společnost sester, Česká společnost sester a řada hlavních a vrchních sester. K tomuto tématu se nevyjádřili 4 respondenti.



**Tabulka 9 Vůdčí postavy českého ošetrovatelství**

Odpověď	Respondent									Celkový počet odpovědí
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	
prof. PhDr. Valérie Tóthová, PhD.	1	1				1		1		4
Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.		1				1	1	1		4
Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA	1		1		1					3
Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, PhD.	1							1		2
PhDr. Květa Musilová, Dr.			1				1			2
PhDr. Marta Peltrámová						1	1			2
Prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc.						1	1			2
Marta Wiltschová							1			1
Mgr. Nina Müllerová								1		1
Doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD.	1									1
PhDr. Daniel Jirkovský, PhD., MBA	1									1
Mgr. Málková	1									1
Mgr. Zdena Mikšová, PhD.	1									1
Hilda Vorlíčková			1							1
Florence Nightingalová					1					1
Sylva Macharová						1				1
PhDr. Alice Masaryková						1				1
Pazourková						1				1
Henerová						1				1
prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc.						1				1
Adéla Chocholoušková							1			1
PhDr. Ivanka Kohoutová, PhD.								1		1
Jitka Dejmková								1		1
Neuvádí				1					1	2

Tato tabulka je přehledem jmen postav, které významným způsobem ovlivnily či stále ovlivňují české ošetrovatelství. Paní prof. PhDr. Valérii Tóthovou, PhD. a paní

doc. Martu Staňkovou uvedli respondenti 4 krát. Paní doktorku Danu Juráskovou uvedli 3 respondenti. Paní doc. Mastiliakovou, doktorku Květu Musilovou, doktorku Martu Peltrámovou a prof. Pacovského uvedli 2. respondenti. Paní Martu Wiltschovou, Mgr. Ninu Müllerovou, doc. Archalousovou, doktora Jirkovského, Mgr. Málkovou, doktorku Zdenu Mikšovou, Hildu Vorlíčkovou, Florence Nightingalovou, Sylvu Macharovou, doktorku Alici Masarykovou, Pazourkovou, Hennerovou, prof. Farkašovou, Adélu Chocholouškovou, doktorku Ivanku Kohoutovou a Jitku Dejmkovou uvedli respondenti 1 krát. K této oblasti se nevyjádřili 2 respondenti.

#### 4. 2 Výsledky kvantitativního šetření

Pro přehlednost byly výsledky kvantitativního šetření rozděleny na základě respondentů, kterým byly dotazníky určeny.

##### 4. 2. 1 Tabulky a grafy vycházející z kvantitativního šetření provedeného mezi sestrami

**Tabulka 10 Označení kraje respondenta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jihočeský	182	42,52	42,52	42,52
	Karlovarský	57	13,32	13,32	55,84
	Plzeňský	182	42,52	42,52	98,36
	Praha	3	0,70	0,70	99,06
	Jiné	4	0,94	0,94	100,0
	Total	428	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje kraje, z nichž respondenti pocházejí. Největší procento respondentů pocházelo z Jihočeského a Plzeňského kraje, a to shodně z každého z nich 42,52 % (182). Z Karlovarského kraje bylo 13,31 % (57) respondentů, z kraje Praha 0,70 % (3) respondentů a z jiných krajů 0,94 % (4) respondentů.

**Tabulka 11 Věk respondentů**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18 - 26	91	21,26	21,26	21,26
	27 - 35	115	26,87	26,87	48,13
	36 - 44	107	25,00	25,00	73,13
	45 - 53	69	16,12	16,12	89,25
	54 - 62	45	10,51	10,51	99,76
	více než 62	1	0,24	0,24	100,0
Total		428	100,0	100,0	

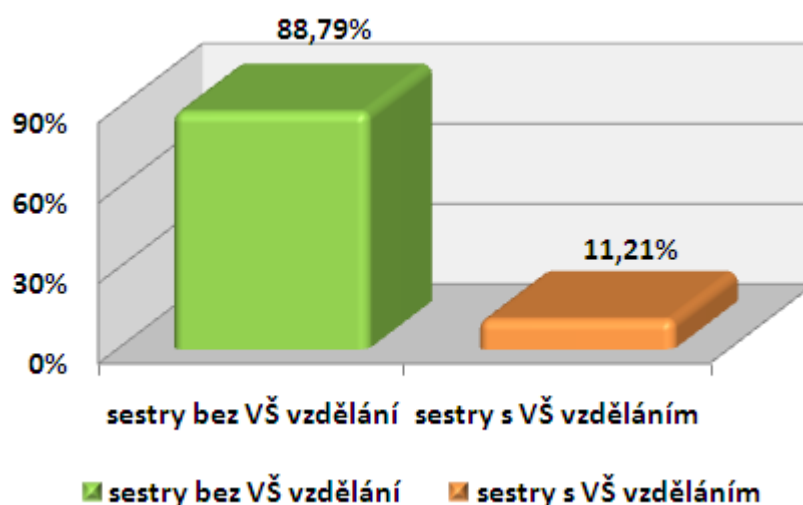
Tabulka znázorňuje věkové rozložení respondentů. Ve věkovém rozmezí 18 - 26 let bylo 21,26 % (91) respondentů. V rozmezí 27 - 35 let bylo 26,87 % (115) respondentů. Ve věku 36 - 44 let bylo 25 % (107) respondentů, ve věku 45 - 53 let pak 16,12 % (69) respondentů. Ve věkovém rozmezí 54 - 62 let bylo 10,51 % (45) respondentů. Nejméně respondentů bylo ve věku více než 62 let, konkrétně 0,24 % (1).

**Tabulka 12 Nejvyšší dosažené vzdělání**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Středoškolské	290	67,76	67,76	67,76
	Vyšší odborné	90	21,03	21,03	88,79
	Vysokoškolské - Bc.	35	8,18	8,18	96,97
	Vysokoškolské - Mgr.	13	3,03	3,03	100,0
	Total	428	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. V největší míře byli v šetření zastoupeni respondenti se středoškolským vzděláním, jejichž počet činil 67,76 % (290). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 21,03 % (90) respondentů. Vysokoškolské vzdělání - Bc. uvedlo 8,18 % (35) respondentů a vysokoškolské - Mgr. 3,03 % (13) respondentů.

**Graf 2 Vzdělání respondentů**



Graf znázorňuje rozdělení respondentů na základě jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. V rámci šetření se mezi respondenty vyskytlo 88,79 % sester bez vysokoškolského vzdělání a 11,21 % sester s vysokoškolským vzděláním.

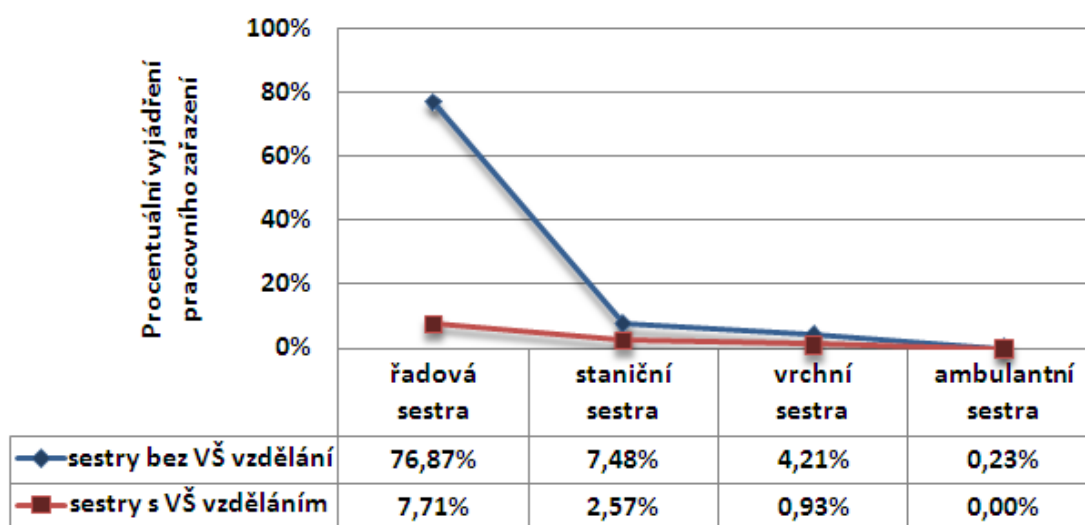
**Tabulka 13 Vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovní pozicí**

Crosstabulation						
Count						
		Nejvyšší dosažené vzdělání				
		SŠ	VOŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.	Total
Pracovní pozice	Řadová sestra	60,75%	16,12%	5,84%	1,87%	84,58%
	Staniční sestra	4,21%	3,27%	1,87%	0,70%	10,05%
	Vrchní sestra	2,80%	1,40%	0,47%	0,47%	5,14%
	Ambulantní sestra	0,00%	0,23%	0,00%	0,00%	0,23%
	Total	67,76%	21,03%	8,18%	3,04%	100%

Tabulka znázorňuje vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a jejich pracovní pozicí. Z uvedeného vyplývá, že z celkového počtu 100 % (428) respondentů 60,75 % sester se SŠ vzděláním pracuje na pozici řadové sestry. Na stejné pozici pracuje 16,12 % sester s VOŠ, 5,84 % s VŠ - Bc. a 1,87 % respondentek s VŠ - Mgr.

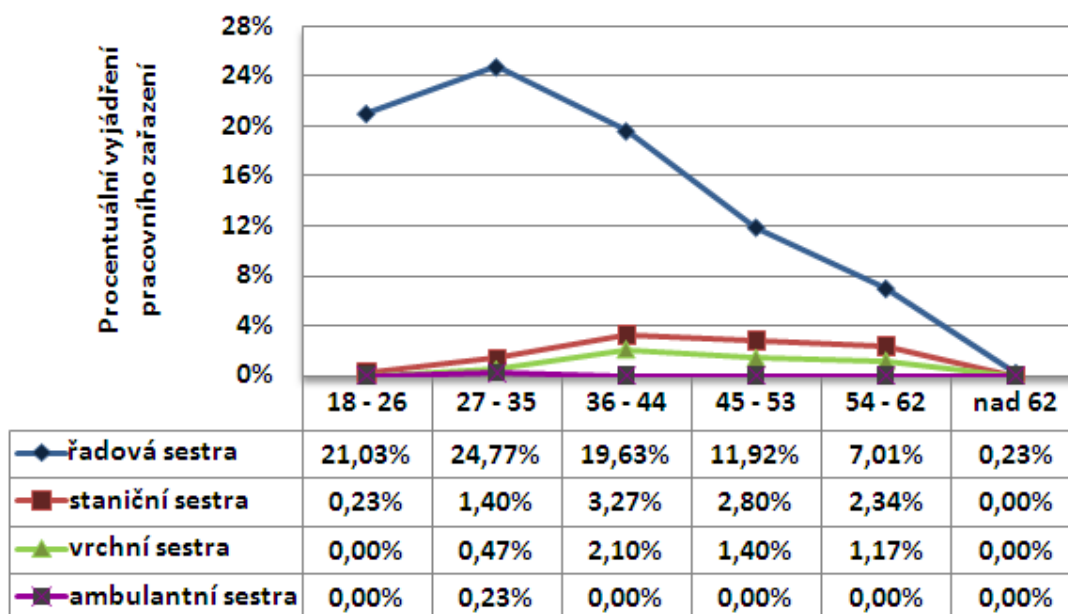
Na pozici staniční sestry pracuje 4,21 % sester se SŠ, 3,27 % sester s VOŠ, 1,87 % sester s VŠ - Bc. a 0,70 % sester s VŠ - Mgr. Na pozici vrchní sestry pracuje 2,80 % sester se SŠ, 1,40 % sester s VOŠ, 0,47 % sester s VŠ - Bc. a 0,47 % sester s VŠ - Mgr. Jako ambulantní sestra pracovalo 0,23 % respondentek s vyšším odborným vzděláním.

**Graf 3 Vztah mezi vysokoškolským vzděláním a pracovní pozicí**



Graf vyjadřuje vztah mezi vysokoškolským vzděláním a pracovní pozicí respondentů. Pozici řadové sestry zastává z celkového počtu 100 % (428) respondentů 76,87 % sester bez VŠ vzdělání a 7,71 % sester s VŠ vzděláním. Na pozici staniční sestry pracuje 7,48 % sester bez VŠ vzdělání a 2,57 % s VŠ vzděláním. Funkci vrchní sestry zastává 4,21 % sester bez VŠ vzdělání a 0,93 % sester s VŠ vzděláním. Možnost práce na pozici ambulantní sestry uvedlo 0,23 % sester bez VŠ vzdělání.

**Graf 4 Vztah mezi věkem respondentů a pracovní pozicí**



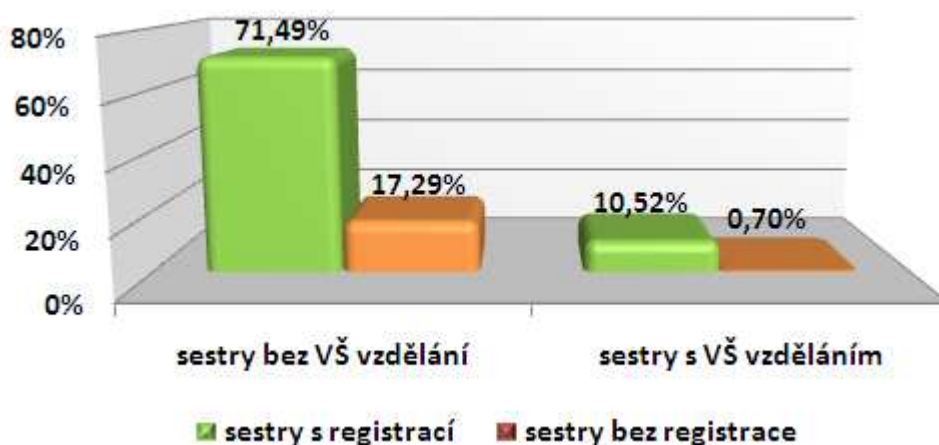
Graf znázorňuje vztah mezi věkem respondentů a jejich pracovním zařazením. Z celkového počtu 100 % (428) sester pracuje na pozici řadové sestry 21,03 % sester ve věku 16 - 26 let, 24,77 % sester v rozmezí 27 - 35 let, 19,63 % sester v rozmezí 36 - 44 let, 11,92 % sester ve věku 45 - 53 let, 7,01 % ve věku 54 - 62 let a 0,23 % ve věku nad 62 let. Jako staniční sestra pracuje 0,23 % respondentek ve věku 18 - 26 let, 1,40 % respondentek ve věku 27 - 35 let, 2,27 % sester v rozmezí 36 - 44 let, 2,80 % sester v rozmezí 45 - 53 let a 2,34 % sester ve věku 54 - 62 let. Pozici vrchní sestry uvedlo 0,47 % sester ve věku 27 - 35 let, 2,10 % ve věku 36 - 44 let, 1,40 % sester ve věku 45 - 53 let a 1,17 % respondentek v rozmezí 54 - 62 let. Pozici ambulantní sestry uvedlo 0,23 % sester ve věku 27 - 35 let.

**Tabulka 14 Role současných sester**

Nabízené možnosti	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	Sestry bez VŠ vzdělání	Sestry s VŠ vzděláním	
Poskytovatelka ošetrovatelské péče	325	39	364
Administrativní pracovnice	309	37	346
"Služka"	221	19	240
Edukátorka	150	25	175
Partnerka lékaře	118	21	139
Obhájkyně práv pacientů	42	15	57
Iniciátorka a propagátorka změn	41	11	52
Výzkumnice	26	9	35
Jiné	24	2	26
Vedoucí pracovník	18	7	25

Tabulka znázorňuje, jaké role může sestra v současnosti z pohledu respondentů vykonávat. Tyto role jsou řazeny dle celkového počtu odpovědí. Nejčastěji se v odpovědích sester objevovala role poskytovatelky ošetrovatelské péče. Celkem se v dotaznících vyskytla 364 krát, z toho 325 krát u sester bez VŠ vzdělání a 39 krát u sester s VŠ vzděláním. Role administrativní pracovnice se vyskytla celkem 346 krát, z toho 309 krát u sester bez VŠ vzdělání a 37 krát u sester s VŠ vzděláním. Role „služky“ se v odpovědích vyskytla celkem 240 krát, z toho 221 krát u sester bez VŠ vzdělání a 19 krát u sester s VŠ vzděláním. Role edukátorky byla uvedena celkem 175 krát, partnerky lékaře 139 krát, obhájkyně práv pacientů 57 krát, iniciátorky a propagátorky změn 52 krát, výzkumnice 35 krát a vedoucího pracovníka 25 krát. Možnost jiné byla uvedena 26 krát.

**Graf 5 Zastoupení registrovaných sester**



Graf znázorňuje počet registrovaných sester ve zkoumaném souboru ve vztahu k jejich nejvyššímu dosaženému vzdělání. Z celkového počtu 100 % (428) sester bylo registrovaných 71,49 % sester bez VŠ vzdělání a 10,52 % s VŠ vzděláním. Bez registrace se ve zkoumaném souboru vyskytlo 17,29 % sester bez VŠ vzdělání a 0,70 % s VŠ vzděláním.

**Tabulka 15 Registrace ve vztahu k věku respondentů**

Crosstabulation									
Count									
		Věk respondentů							
		18 - 26	27 - 35	36 - 44	45 - 53	54 - 62	nad 62	Total	
Registrace (r.)	Sestra s r.	9,35%	23,83%	23,36%	14,95%	10,29%	0,23%	82,01%	
	Sestra bez r.	11,92%	3,04%	1,64%	1,16%	0,23%	0,00%	17,99%	
	Total	21,27%	26,87%	25,00%	16,11%	10,52%	0,23%	100%	

Tabulka znázorňuje vztah mezi věkem respondentek a registrací. Z celkového počtu 100 % (428) je registrovanou sestrou (R. S.) 9,35 % respondentek ve věku 18 - 26 let, 23,83 % sester ve věku 27 - 35 let, 23,36 % sester v rozmezí 36 - 44 let, 14,95 % sester v rozmezí 45 - 53 let, 10,29 % sester ve věku od 54 - 62 let a 0,23 % sester ve věku nad 62 let. Bez registrace je 11,92 % respondentek ve věku 18 - 26 let, 3,04 % sester



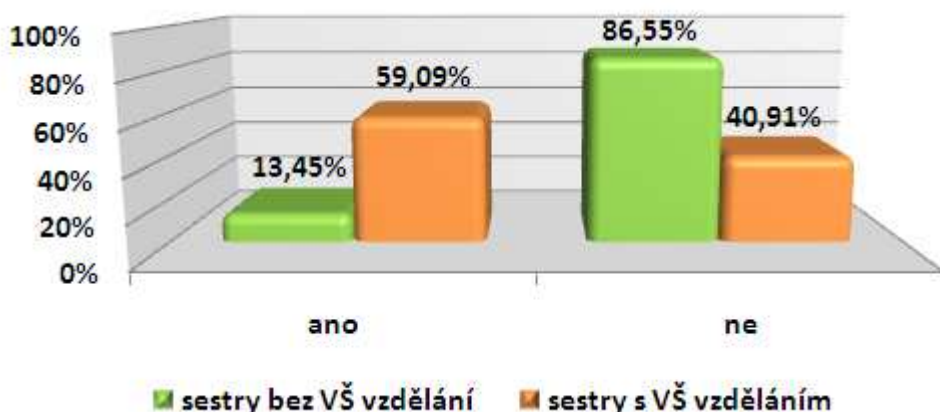
ve věku 27 - 35 let, 1,64 % sester v rozmezí 36 - 44 let, 1,16 % v rozmezí 45 - 53 let a 0,23 % sester ve věku 53 - 62 let.

**Tabulka 16 Potřeba vysokoškolského vzdělání pro zdravotní sestry**

Crosstabulation						
Count						
		Nejvyšší dosažené vzdělání				
		SŠ	VOŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.	Total
Potřeba VŠ vzdělání	Ano	7,48%	3,27%	4,67%	1,40%	16,82%
	Ne	53,74%	15,19%	3,05%	1,40%	73,38%
	Nevím	6,52%	2,57%	0,47%	0,24%	9,80%
	Total	67,74%	21,03%	8,19%	3,04%	100%

Tato tabulka znázorňuje postoj respondentů k potřebě vysokoškolského vzdělání pro zdravotní sestry. Vysokoškolské vzdělání označilo z celkového počtu 100 % (428) jako potřebné 7,48 % sester se SŠ vzděláním a 3,27 % sester s VOŠ. Stejnou možnost zvolilo i 4,67 % sester s VŠ - Bc. a 1,40 % sester s VŠ - Mgr. Nesouhlasilo 53,74 % sester se SŠ vzděláním, 15,19 % sester s VOŠ, 3,05 % respondentek s VŠ - Bc. a 1,40 % sester s VŠ - Mgr. Možnost nevím byla uvedena u 6,52 % respondentek se SŠ vzděláním, 2,57 % sester s VOŠ, 0,47 % sester s VŠ - Bc. a 0,25 % sester s VŠ - Mgr.

**Graf 6 Postoj k potřebě vysokoškolského vzdělání pro zdravotní sestry**



Chi-test	2,56121E-13
----------	-------------

Graf znázorňuje souhlas či nesouhlas s potřebou vysokoškolského vzdělání pro sestry. Po odečtení možnosti nevím, bylo zbylých 386 respondentů rozděleno na sestry bez VŠ vzdělání a sestry s VŠ vzděláním. Ze 100 % (342) sester bez VŠ vzdělání 13,45 % souhlasilo, 86,55 % nesouhlasilo. Ze 100 % (44) sester s vysokoškolským vzděláním 59,09 % vyjádřilo souhlas, 40,91 % nesouhlasilo.

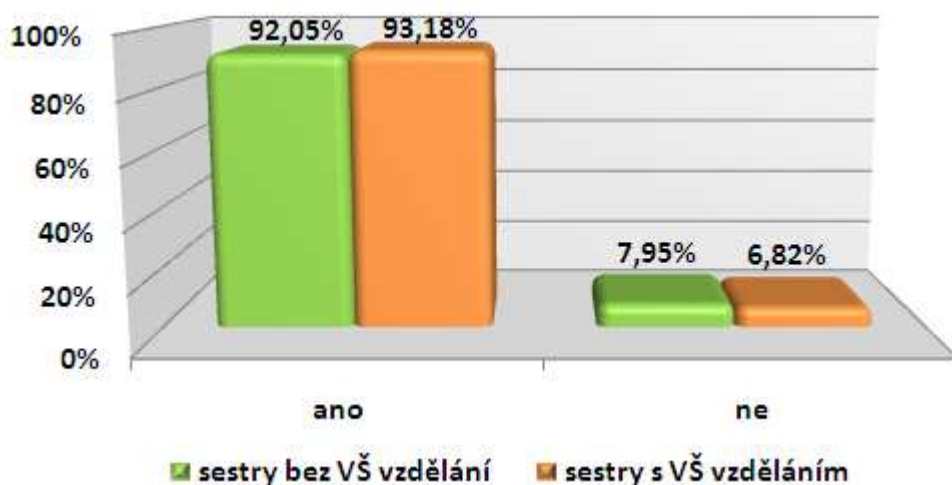
Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor sester na zmíněnou oblast je ovlivněn jejich vzděláním, neboť testovanou  $H_0$  bylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p < 0,001$ .

**Tabulka 17 Potřeba celoživotního vzdělávání**

Crosstabulation						
Count						
		Nejvyšší dosažené vzdělání				
		SŠ	VOŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.	Total
Potřeba celoživotního vzdělávání	Ano	59,11%	19,16%	7,48%	2,34%	88,09%
	Ne	5,84%	0,93%	0,24%	0,47%	7,48%
	Nevím	2,81%	0,93%	0,47%	0,24%	4,45%
	Total	67,76%	21,00%	8,19%	3,05%	100%

Tato tabulka znázorňuje postoj sester k celoživotnímu vzdělávání. Z celkového počtu 100 % (428) sester s touto potřebou souhlasilo 59,11 % sester se SŠ vzděláním, 19,16 % s VOŠ, 7,48 % s VŠ - Bc. a 2,43 % s VŠ - Mgr. S celoživotním vzděláním nesouhlasilo 5,84 % respondentek se SŠ, 0,93 % s VOŠ, 0,24 % respondentek s VŠ - Bc. a 0,47 % s VŠ - Mgr. Možnost nevím zvolilo 2,81 % respondentek se SŠ vzděláním, 0,93 % s VOŠ, 0,47 % s VŠ - Bc. a 0,24% s VŠ - Mgr.

**Graf 7 Postoj sester k celoživotnímu vzdělávání**



Chi-test	0,79257
----------	---------

Graf znázorňuje souhlas či nesouhlas s potřebou celoživotního vzdělávání pro sestry. Po odečtení možnosti nevím, bylo zbylých 409 respondentů rozděleno na sestry bez VŠ vzdělání a sestry s VŠ vzděláním. Ze 100 % (365) sester bez VŠ vzdělání 92,05 % uvedlo, že s tímto souhlasí, 7,95 % nesouhlasilo. Ze 100 % (44) sester s VŠ vzděláním 93,18 % vyjádřilo souhlas, 6,82 % nesouhlasilo.

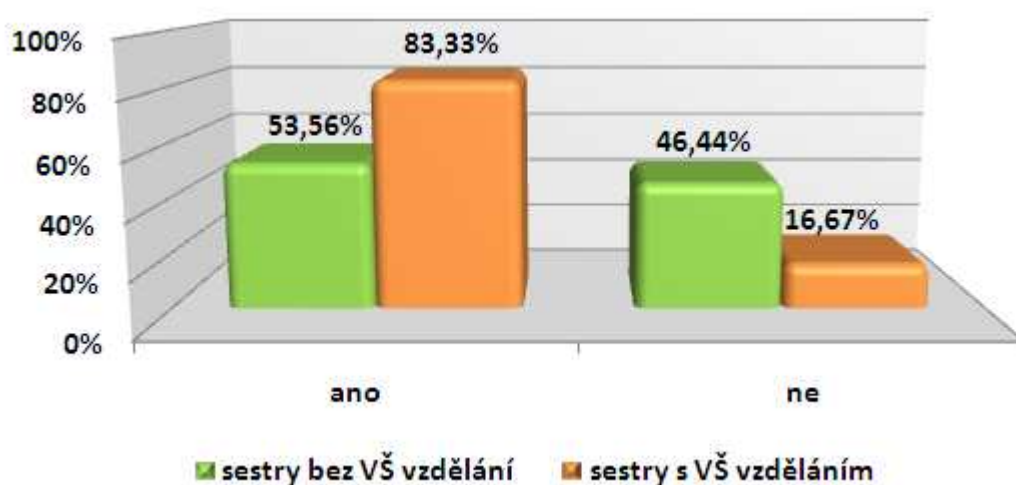
Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor sester na zmíněnou oblast není ovlivněn jejich vzděláním, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 18 Postoj sester k tématu zvyšování kompetencí**

Crosstabulation						
Count						
		Nejvyšší dosažené vzdělání				
		SŠ	VOŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.	Total
Větší kompetence pro sestry	Ano	31,54%	8,88%	5,84%	2,34%	48,62%
	Ne	26,40%	8,41%	1,40%	0,47%	36,68%
	Nevím	9,81%	3,73%	0,93%	0,23%	14,70%
	Total	67,75%	21,02%	8,17%	3,04%	100%

Tato tabulka znázorňuje postoj sester k tématu zvyšování sesterských kompetencí. Z celkového počtu 100 % (428) sester se zvyšováním kompetencí souhlasí 31,54 % sester se SŠ vzděláním, 8,88 % s VOŠ, 5,84 % sester s VŠ - Bc. a 2,34 % s VŠ - Mgr. Nesouhlas vyjádřilo 26,40 % respondentů se SŠ, 8,41 % s VOŠ, 1,40 % s VŠ - Bc. a 0,47 % sester s VŠ - Mgr. Možnost nevím zvolilo 9,81 % sester se SŠ vzděláním, 3,73 % sester s VOŠ vzděláním, 0,93 % s vysokoškolským - Bc. a 0,23 % s VŠ - Mgr.

**Graf 8 Postoj sester ke zvyšování kompetencí**



Chi-test	0,00025
----------	---------

Graf znázorňuje souhlas či nesouhlas sester se zvyšováním kompetencí. Po odečtení možnosti nevím, výzkumný soubor pro tento graf tvořilo zbylých 365 respondentů. Ze 100 % (323) sester bez VŠ vzdělání 53,56 % souhlasilo, 46,44 % nesouhlasilo. Ze 100 % (42) sester s VŠ vzděláním souhlasilo 83,33 %, 16,67 % nesouhlasilo.

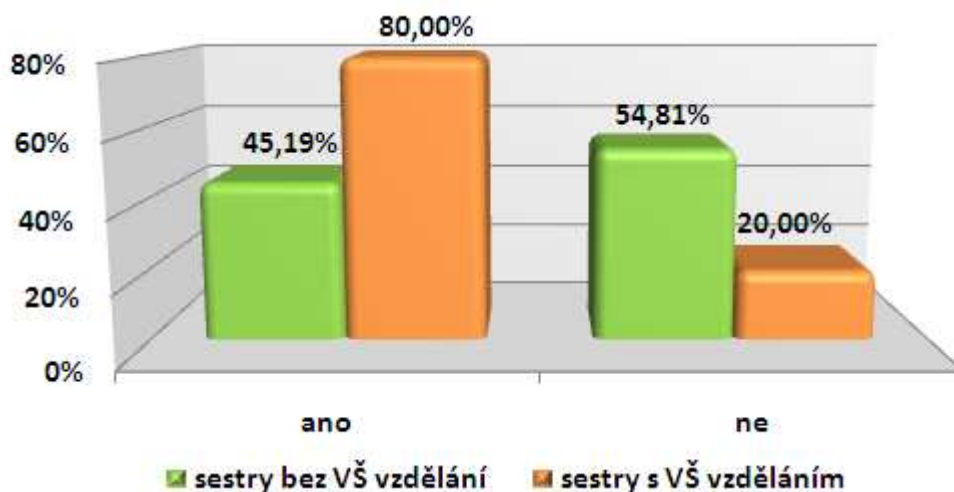
Chi-testem bylo zjištěno, že názor sester na zmíněnou oblast je ovlivněn jejich nejvyšším dosaženým vzděláním, neboť testovanou  $H_0$  bylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p < 0,001$ .

**Tabulka 19 Postoj sester k potřebě znalostí z oblasti vedení a managementu**

Crosstabulation						
Count						
		Nejvyšší dosažené vzdělání				
		SŠ	VOŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.	Total
Znalosti z oblasti vedení a managementu	Ano	23,13%	9,81%	6,31%	2,10%	41,37%
	Ne	30,84%	9,11%	1,40%	0,70%	42,05%
	Nevím	13,79%	2,10%	0,47%	0,22%	16,58%
	Total	67,76%	21,02%	8,18%	3,02%	100%

Tabulka znázorňuje postoj sester k potřebě znalostí z oblasti vedení a managementu pro danou profesi. Z celkového počtu 100 % (428) sester tyto znalosti považuje za potřebné 23,23 % sester se SŠ vzděláním, 9,81 % s VOŠ, 6,31 % s VŠ - Bc. a 2,10 % s VŠ - Mgr. Jako nepotřebné tyto znalosti označilo 30,84 % sester se SŠ vzděláním, 9,11 % s VOŠ, 1,40 % sester s VŠ - Bc. a 0,70 % s VŠ - Mgr. Možnost nevím zvolilo 13,79 % sester se SŠ vzděláním, 2,10 % s VOŠ, 0,47 % s VŠ - Bc. a 0,22 % s VŠ - Mgr.

**Graf 9 Potřeba znalostí z oblasti vedení a managementu**



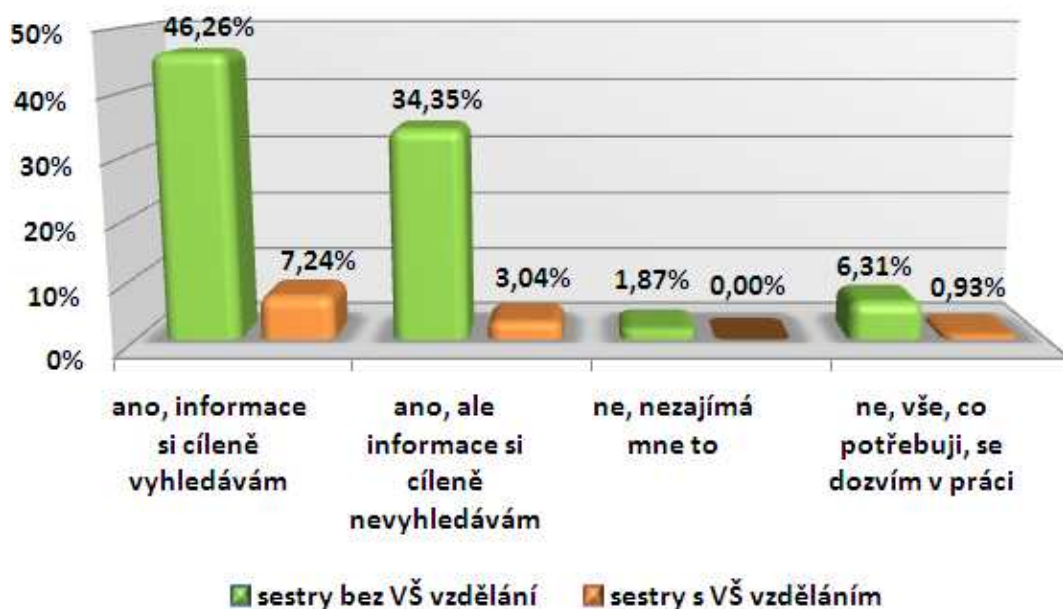
Chi-test	1,26622E-05
----------	-------------

Graf znázorňuje postoj sester k potřebě znalostí z oblasti vedení a managementu. Po odečtení možnosti nevím, bylo zbylých 357 respondentů rozděleno do dvou skupin

dle svého vzdělání. Ze 100 % (312) sester bez VŠ vzdělání 45,19 % považuje tyto znalosti potřebné pro práci dnešní sestry. 54,81 % sester z téže skupiny je za potřebné nepovažuje. Ze 100 % (45) sester s VŠ vzděláním je za potřebné považuje 80,00 % dotazovaných. S jejich potřebou nesouhlasilo 20,00 % sester z této skupiny.

Chi-testem bylo zjištěno, že názor sester na zmíněnou oblast je ovlivněn jejich nejvyšším dosaženým vzděláním, neboť testovanou  $H_0$  bylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p < 0,001$ .

**Graf 10 Sledování dění na poli ošetrovatelství**



Tento graf znázorňuje, jak sestry sledují dění na poli ošetrovatelství. Z celkového počtu 100 % (428) sester 46,26 % sester bez VŠ vzdělání odpovědělo, že dění sleduje a informace týkající se jejich profese si cíleně vyhledává. Stejnou možnost uvedlo i 7,24 % sester s VŠ vzděláním. Možnost, kdy respondenti dění sledují, ale informace si cíleně nevyhledávají, uvedlo 34,35 % sester bez VŠ vzdělání a 3,04 % s VŠ vzděláním. O informace týkající se ošetrovatelství se nezajímá 1,97 % sester bez VŠ vzdělání. Ze sester s VŠ vzděláním tuto možnost nikdo nezvolil. Možnost, kdy respondenti dění nesledují, protože se vše potřebné dozví v práci, uvedlo 6,31 % sester bez VŠ vzdělání a 0,93 % sester s VŠ vzděláním.

**Tabulka 20 Významné postavy českého ošetrovatelství**

Odpověď	Skupiny sester		Celkový počet odpovědí
	Sestry bez VŠ vzdělání	Sestry s VŠ vzděláním	
Florence Nightingalová	34	4	38
Anežka Přemyslovna	10	3	13
Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA	7	2	9
Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.	1	6	7
PhDr. Alice Masaryková	3	2	5
Matka Tereza	4	0	4
Eliška Krásnohorská	3	1	4
Marjory Gordon, PhD, RN, FAAN	3	0	3
Karolína Světlá	2	1	3
Mgr. Nina Müllerová	2	1	3
Mgr. Soňa Malá	2	0	2
každý jednotlivec	2	0	2
Dorothea Orem, RN, MSN, Ed, FAAN, „moje vrchní sestra“	2	0	2
Prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc.	1	1	2
Jindra Pavlicová	1	1	2
prof. PhDr. Valérie Tóthová, PhD.	0	2	2
MUDr. Jarmila Drábková	1	0	1
MUDr. Jan Jánský	1	0	1
řádové sestry z klášterů	1	0	1
Řád křížovníků s červenou hvězdou	1	0	1
MUDr. Marie Součková	1	0	1
Anna Becková	1	0	1
MUDr. Marie Svatošová	1	0	1
Virginia Avenel Henderson, RN, MA, Hon.FRCN	1	0	1
Karolina Moravcová	1	0	1
Miscomová	1	0	1
Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, PhD.	0	1	1
Barbara Kozierová, RN, MN	0	1	1
Marie Rozsypalová	0	1	1
Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN	0	1	1

Tabulka znázorňuje jména osob, které z pohledu respondentů významným způsobem ovlivnily české ošetrovatelství. Otázka, ke které se tabulka vztahuje, byla otevřená a odpověď volná. Z celkového počtu 428 sester na ni odpovědělo 96 respondentů, z toho 78 bylo sester bez VŠ vzdělání a 18 sester s VŠ vzděláním. Nečastěji byla jmenována Florence Nightingalová - celkem 38 krát. Anežka Přemyslovna se v odpovědích vyskytla 13 krát, Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA 9 krát, Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. 7 krát a PhDr. Alice Masaryková 5 krát. Matka Tereza a Eliška Krásnohorská se v odpovědích respondentů vyskytly 4 krát. Marjory Gordon, PhD, RN, FAAN, Karolína Světlá a Mgr. Nina Müllerová byly respondenty jmenovány celkem 3 krát. Možnosti: Mgr. Soňa Malá, každý jednotlivec, Dorothea Orem, RN, MSN, Ed, FAAN, „moje vrchní sestra“, Prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc., Jindra Pavlicová a prof. PhDr. Valérie Tóthová, PhD. se v odpovědích sester vyskytly shodně 2 krát. Následující možnosti byly jmenovány 1 krát: MUDr. Jarmila Drábková, MUDr. Jan Jánský, řádové sestry z klášterů, Řád křížovníků s červenou hvězdou, MUDr. Marie Součková, Anna Becková, MUDr. Marie Svatošová, Virginia Avenel Henderson, RN, MA, Hon.FRCN, Karolína Moravcová, paní Miscomová, Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, PhD., Barbara Kozierová, RN, MN, Marie Rozsypalová a Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN.

#### 4. 2. 2 Tabulky a grafy vycházející z kvantitativního šetření provedeného mezi lékaři

**Tabulka 21 Označení kraje respondenta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jihočeský	52	41,9	41,9	41,9
	Karlovarský	13	10,5	10,5	52,4
	Plzeňský	51	41,1	41,1	93,5
	Praha	2	1,6	1,6	95,2
	Jiné	6	4,8	4,8	100,0
	Total	124	100,0	100,0	



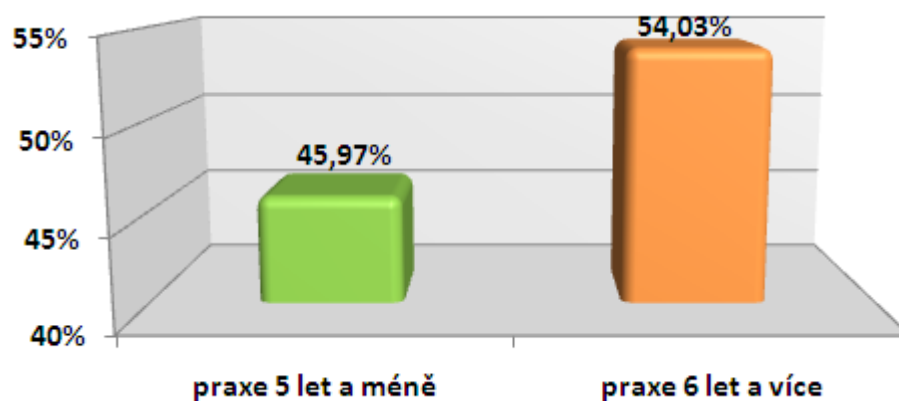
Tabulka znázorňuje, z jakých krajů respondenti pocházeli. Z celkového počtu 100 % (124) lékařů bylo 41,9 % (52) z Jihočeského kraje, 10,5 % (13) z Karlovarského kraje, 41,1 % (51) respondentů z Plzeňského kraje a 1,6 % (2) z kraje Praha. Z jiných krajů bylo 4,8 % (6) respondentů.

**Tabulka 22 Věk respondentů**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	méně než 27 let	17	13,7	13,7	13,7
	27 - 35	56	45,2	45,2	58,9
	36 - 44	24	19,4	19,4	78,2
	45 - 53	14	11,3	11,3	89,5
	54 - 62	10	8,1	8,1	97,6
	více než 62	3	2,4	2,4	100,0
Total		124	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje věkové rozložení respondentů. Ve zkoumaném souboru bylo 13,7 % (17) lékařů ve věku méně než 27 let, 45,2 % (56) respondentů v rozmezí 27 - 35 let a 19,4 % (24) ve věku 36 - 44 let. Respondentů ve věku 45 - 53 se vyskytlo 11,3 % (14) a ve věku 54 - 62 let 8,1 % (10). Lékařů starších 62 let bylo 2,4 % (3).

**Graf 11 Lékařská praxe**



Graf znázorňuje rozložení respondentů z hlediska délky jejich praxe. Lékařů s praxí 5 let a méně bylo ve zkoumaném souboru 45,97 % a lékařů s praxí 6 let a více 54,03 %.

**Tabulka 23 Pracoviště lékařů**

Pracovní zařazení lékaře	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	Lékaři s praxí 5 let a méně	Lékaři s praxí 6 let a více	
Ve státním zdravotnickém zařízení v lůžkové části	40	42	82
V soukromém zdravotnickém zařízení v lůžkové části	18	18	36
Ve státním zdravotnickém zařízení v odborné ambulanci	5	15	20
V soukromém zdravotnickém zařízení v odborné ambulanci	1	7	8
V soukromé odborné ambulanci	0	5	5
Na obvodě jako praktický lékař	1	1	2
Jiné	0	0	0

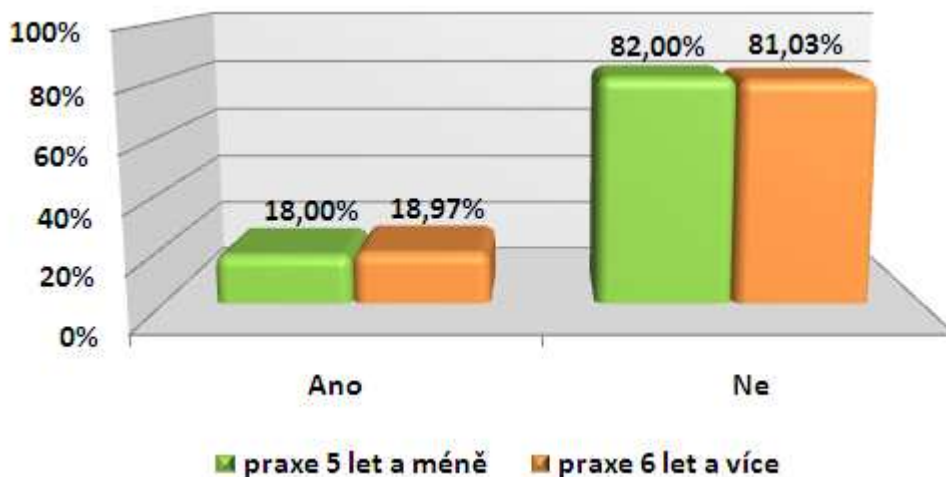
Tabulka znázorňuje zastoupení lékařů na jednotlivých druzích pracovišť. V otázce, ke které se graf vztahuje, bylo možno zvolit více odpovědí. Nejčastěji byla jmenována možnost práce v lůžkové části státního zdravotnického zařízení, a to celkem 82 krát. Z tohoto počtu byla 40 krát jmenována lékaři s praxí 5 let a méně a 42 krát lékaři s praxí 6 let a více. Možnost zaměstnání v lůžkové části soukromého zdravotnického zařízení byla uvedena 36 krát, z toho shodně v obou skupinách lékařů 18 krát. Práce v odborné ambulanci státního zdravotnického zařízení byla uvedena celkem 20 krát, z toho 5 krát lékaři s praxí 5 let a méně a 15 krát lékaři s praxí 6 let a více. Zaměstnání v odborné ambulanci soukromého zdravotnického zařízení bylo uvedeno celkem 8 krát, v soukromé odborné ambulanci 5 krát a možnost práce na obvodě jako praktický lékař byla uvedena celkem 2 krát. Možnost jiné ne zvolil nikdo.

**Tabulka 24 Postoj k vysokoškolskému vzdělávání sester**

Crosstabulation				
Count				
		Délka praxe respondentů		
		Praxe 5 let a méně	Praxe 6 let a více	Total
Potřeba VŠ vzdělání pro sestry	Ano	7,26%	8,87%	16,13%
	Ne	33,06%	37,90%	70,97%
	Nevím	5,65%	7,26%	12,90%
	Total	45,97%	54,03%	100%

Tabulka znázorňuje vztah mezi délkou praxe lékařů/lékařek a jejich názorem na vysokoškolské vzdělávání sester. Z celkového počtu 100 % (124) respondentů s vysokoškolským vzděláváním sester souhlasilo 7,26 % respondentů s praxí 5 let a méně a 8,87 % s praxí 6 let a více. Nesouhlas vyjádřilo 33,06 % respondentů s praxí 5 let a méně a 37,90 % respondentů s praxí 6 let a více. Možnost nevím zvolilo 5,65 % respondentů s praxí 5 let a méně a 7,26 % s praxí 6 let a více.

**Graf 12 Vztah mezi postojem k vysokoškolskému vzdělávání sester a délkou praxe**



Chi-test | 0,8975162

Graf znázorňuje postoj respondentů k vysokoškolskému vzdělávání sester. Po odečtení možnosti nevím, bylo zbylých 108 respondentů rozděleno do dvou skupin dle délky své

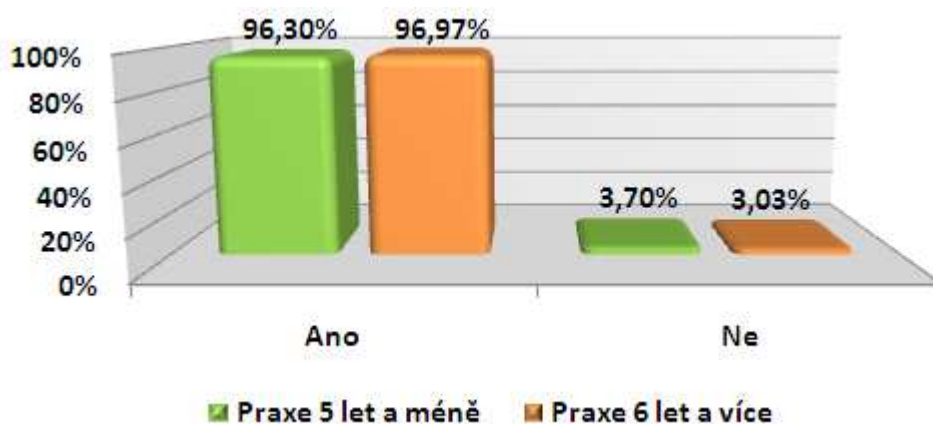
praxe. Ze 100 % (50) lékařů s praxí 5 let a méně s tímto souhlasilo 18,00 % dotazovaných, nesouhlas vyslovilo 82,00 %. Ze 100 % (58) lékařů s praxí 6 let a více s vysokoškolským vzděláním sester souhlasilo 18,97 %, nesouhlas vyslovilo 81,03 %. Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor lékařů/lékařek na zmíněnou oblast není ovlivněn délkou jejich praxe, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 25 Postoj k celoživotnímu vzdělávání sester**

Crosstabulation				
Count				
		Délka praxe		
		Praxe 5 let a méně	Praxe 6 let a více	Total
Celoživotní vzdělávání sester	Ano	41,94%	51,61%	93,55%
	Ne	1,61%	1,61%	3,23%
	Nevím	2,42%	0,81%	3,23%
	Total	45,97%	54,03%	100%

Tabulka znázorňuje postoj lékařů/lékařek k celoživotnímu vzdělávání sester. Z uvedeného je patrné, že z celkového počtu 100 % (124) lékařů s ním souhlasí celkem 93,55 % respondentů, z toho 41,94 % je s praxí 5 let a méně a 51,61 % 6 let a více. Nesouhlas vyjádřilo shodně 1,61 % respondentů s praxí 5 let a méně a 1,61 % s praxí šest let a více. Možnost nevím zvolilo 2,42 % respondentů s praxí 5 let a méně a 0,81 % s praxí 6 let a více.

**Graf 13 Vztah mezi postojem k celoživotnímu vzdělávání sester a délkou praxe**



Chi-test	0,83801
----------	---------

Graf znázorňuje postoj lékařů/lékařek k celoživotnímu vzdělávání sester v závislosti na délce jejich praxe. Po odečtení možnosti nevím, činil zkoumaný soubor 120 respondentů. Ze 100 % (54) respondentů s praxí 5 let a méně s ním souhlasilo 96,30 % lékařů, nesouhlas vyjádřilo 3,70 % respondentů. Ze 100 % (66) lékařů s praxí 6 let a více souhlasilo 96,97 % lékařů (lékařek), nesouhlas vyjádřilo 3,03 % respondentů.

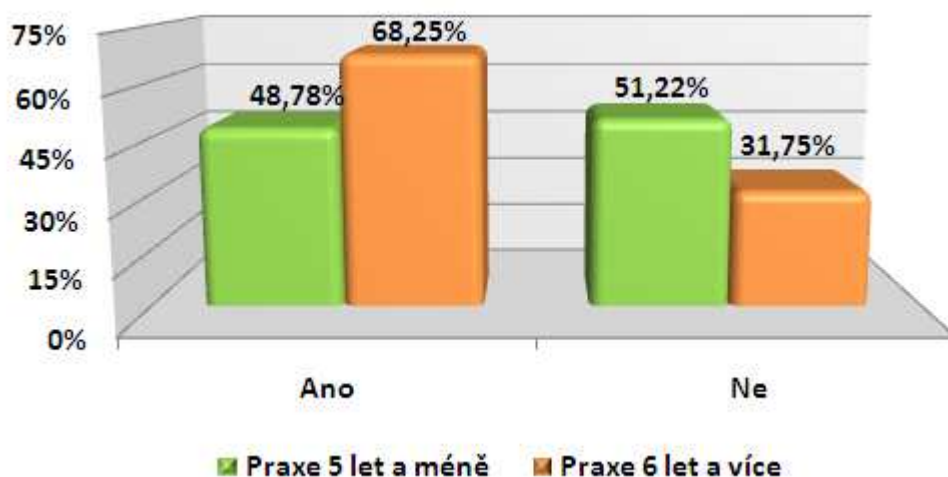
Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor lékařů/lékařek na zmíněnou oblast není ovlivněn délkou jejich praxe, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 26 Postoj ke zvyšování sesterských kompetencí**

Crosstabulation				
Count				
		Délka praxe		
		Praxe 5 let a méně	Praxe 6 let a více	Total
Zvyšování sesterských kompetencí	Ano	16,13%	34,68%	50,81%
	Ne	16,94%	16,13%	33,06%
	Nevím	12,90%	3,23%	16,13%
	Total	45,97%	54,03%	100%

Tato tabulka vyjadřuje vztah mezi délkou praxe lékařů a jejich názorem na zvyšování sesterských kompetencí. Z celkového počtu 100 % (124) lékařů/lékařek by s tímto souhlasilo 50,81 %, z toho 16,13 % lékařů s praxí 5 let a méně a 34,68 % lékařů s praxí 6 let a více. Nesouhlas vyslovilo 16,94 % lékařů s praxí 5 let a méně a 16,13 % s praxí 6 let a více. Možnost nevím zvolilo 12,90 % respondentů s praxí 5 let a méně a 3,23 % s praxí 6 let a více.

**Graf 14 Vztah mezi délkou praxe a postojem ke zvyšování kompetencí**



Chi-test	0,047043
----------	----------

Graf znázorňuje postoj lékařů/lékařek ke zvyšování sesterských kompetencí v závislosti na délce jejich praxe. Po odečtení možnosti nevím, činil zkoumaný soubor 104 respondentů. Z celkového počtu 100 % (41) lékařů/lékařek s praxí 5 let a méně by s tímto souhlasilo 48,78 %, nesouhlas vyjádřilo 51,22 %. Z celkového počtu 100 % (63) respondentů s praxí 6 let a více svůj souhlas vyjádřilo 68,25 % lékařů, nesouhlasilo 31,75 % respondentů.

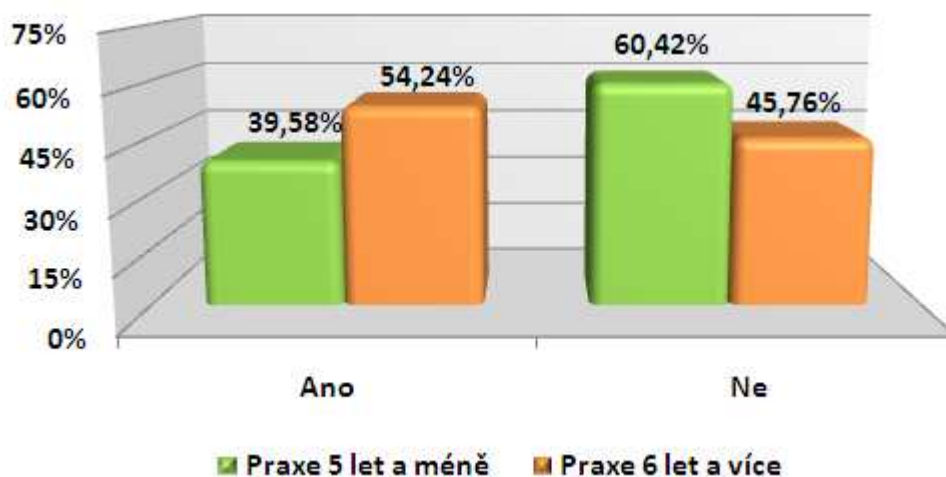
Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor lékařů/lékařek na zmíněnou oblast není ovlivněn délkou jejich praxe, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 27** Potřeba znalostí z oblasti vedení a managementu

Crosstabulation				
Count				
		Délka praxe		
		Praxe 5 let a méně	Praxe 6 let a více	Total
Potřeba znalostí z oblasti vedení a managementu	Ano	15,32%	25,81%	41,13%
	Ne	23,39%	21,77%	45,16%
	Nevím	7,26%	6,45%	13,71%
	Total	45,97%	54,03%	100%

Tato tabulka popisuje vztah mezi délkou praxe a názorem respondentů na potřebu znalostí z oblasti vedení a managementu pro současné sestry. Z celkového počtu 100 % (124) respondentů s touto potřebou souhlasilo 15,32 % lékařů/lékařek s praxí 5 let a méně a 25,81 % lékařů/lékařek s praxí 6 let a více. Nesouhlas vyjádřilo 23,39 % respondentů s praxí 5 let a méně a 21,77 % s praxí 6 let a více. Možnost nevím zvolilo 7,26 % respondentů s praxí 5 let a méně a 6,45 % s praxí 6 let a více.

**Graf 15** Postoj k potřebě znalostí z oblasti vedení a managementu



Chi-test 0,1311878

Graf znázorňuje postoj lékařů/lékařek k potřebě znalostí z oblasti vedení a managementu pro současné sestry v závislosti na délce jejich praxe. Po odečtení

možnosti nevím, činil zkoumaný soubor 107 respondentů. Z celkového počtu 100 % (48) lékařů/lékařek s praxí 5 let a méně by s tímto souhlasilo 39,58 %, nesouhlas vyjádřilo 60,42 %. Z celkového počtu 100 % (59) respondentů s praxí 6 let a více svůj souhlas vyjádřilo 54,24 % lékařů, nesouhlasilo 45,76 % respondentů.

Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor lékařů/lékařek na zmíněnou oblast není ovlivněn délkou jejich praxe, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 28 Role současných sester z pohledu lékařů/lékařek**

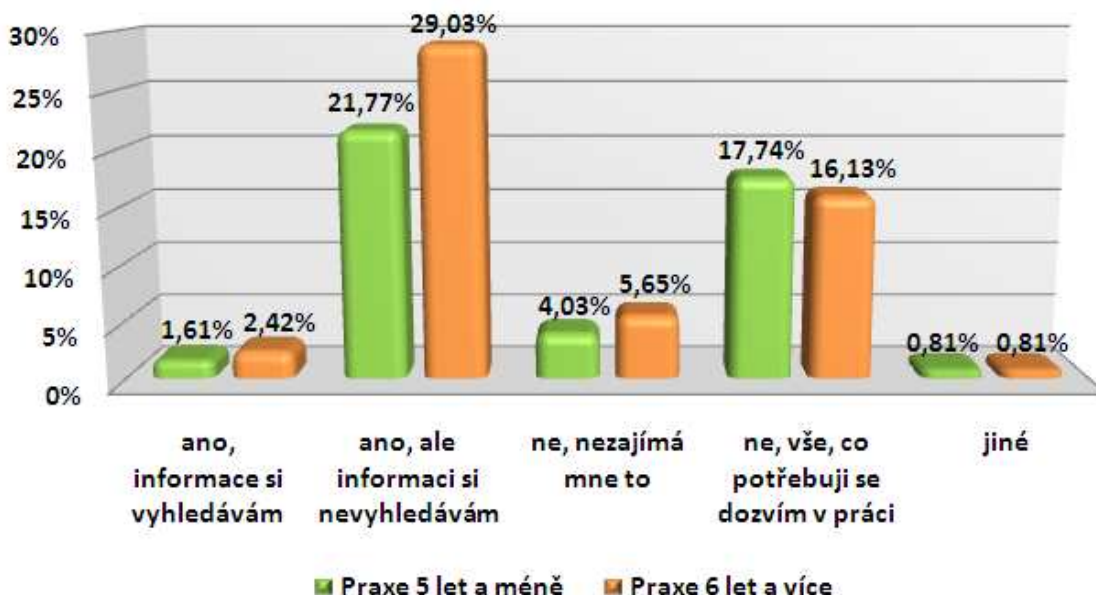
Role sestry	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	Lékaři s praxí 5 let a méně	Lékaři s praxí 6 let a více	
Poskytovatelka ošetrovatelské péče	48	49	97
Partnerka lékaře	38	47	85
Administrativní pracovnice	36	41	77
Edukátorka	24	19	43
"Služka"	9	17	26
Iniciátorka a propagátorka změn	8	4	12
Obhájkyně práv pacientů	6	6	12
Vedoucí pracovník	3	6	9
Jiné	2	2	4
Výzkumnice	0	1	1

Tabulka znázorňuje, jaké role mohou sestry v současnosti plnit z pohledu lékařů/lékařek. Nejčastěji byla jmenována role poskytovatelky ošetrovatelské péče, a to celkem 97 krát. Z tohoto počtu ji 48 krát uvedli lékaři s praxí 5 let a méně a 49 krát lékaři s praxí 6 let a více. Role partnerky lékaře byla jmenována celkem 85 krát, z toho 38 krát lékaři s praxí 5 let a méně a 47 krát lékaři s praxí 6 let a více. Roli administrativní pracovnice uvedli respondenti celkem 77 krát, z toho 36 krát lékaři s praxí 5 let a méně a 41 krát lékaři s praxí 6 let a více. Možnost edukátorka byla uvedena celkem 43 krát, „služka“ 26 krát, iniciátorka a propagátorka změn 12 krát



stejně jako obhájkyně práv pacientů. Role vedoucího pracovníka byla celkem uvedena 9 krát, možnost jiné 4 krát a role výzkumnice 1 krát.

**Graf 16 Zájem o dění na poli ošetrovatelství**



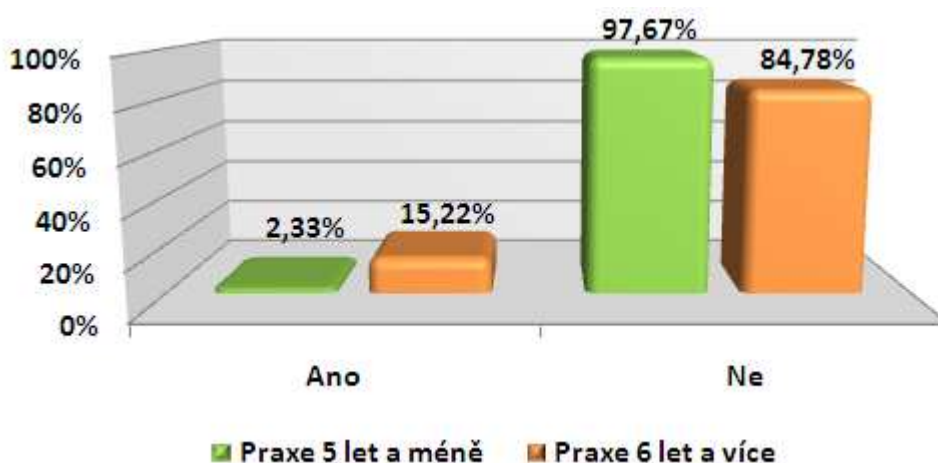
Graf znázorňuje, zda lékaři/lékařky sledují dění na poli ošetrovatelství. Z celkového počtu 100 % (142) respondentů 1,61 % lékařů s praxí 5 let a méně uvedlo, že toto dění sledují a informace si cíleně vyhledávají. Stejnou možnost uvedlo i 2,42 % lékařů s praxí 6 let a více. Možnost, kdy dění sledují, ale informace si cíleně nevyhledávají, byla respondenty s praxí 5 let a méně uvedena ve 21,77 % a lékaři s praxí 6 let a více ve 29,03 %. Možnost, kdy dění nesledují a nezajímá je, byla lékaři s praxí 5 let a méně uvedena ve 4,03 % a lékaři s praxí 6 let a více v 5,65 %. 17,74 % lékařů s praxí 5 let a méně a 16,13 % lékařů s praxí 6 let a více uvedlo, že změny nesledují a vše, co potřebují se dozví v práci. Možnost jiné byla u obou skupin shodně jmenována v 0,81 %.

**Tabulka 29 Postoj k současným změnám v ošetrovatelství**

Crosstabulation				
Count				
		Délka praxe		
		Praxe 5 let a méně	Praxe 6 let a více	Total
Postoj ke změnám v ošetrovatelství	Ano	0,81%	5,65%	6,45%
	Ne	33,87%	31,45%	65,32%
	Nevím	11,29%	16,94%	28,23%
	Total	45,97%	54,03%	100%

Tabulka vyjadřuje postoj lékařů/lékařek k současným změnám v ošetrovatelství v závislosti na délce jejich praxe. Z celkového počtu 100 % (124) vyjádřilo nesouhlas se současnými změnami v ošetrovatelství celkem 65,32 % dotazovaných respondentů, z toho 33,87 % bylo s praxí 5 let a méně a 31,45% s praxí 6 let a více. Souhlas vyjádřilo 0,81 % lékařů/lékařek s praxí 5 let a méně a 5,65 % s praxí 6 let a více. Možnost nevím zvolilo 11,29 % respondentů s praxí 5 let a méně a 16,94 % s praxí 6 let a více.

**Graf 17 Postoj k současným změnám v ošetrovatelství ve vztahu k délce praxe**



Chi-test | 0,0335966

Graf znázorňuje postoj lékařů/lékařek ke změnám v současném ošetrovatelství v závislosti na délce jejich dosavadní praxe. Po odečtení možností nevím tvořilo výzkumný soubor 89 respondentů. Ze 100 % (43) lékařů/lékařek s praxí 5 let a méně se

změnami souhlasilo 2,33 % dotazovaných, nesouhlas vyjádřilo 97,67 %. Ze 100 % (46) respondentů s praxí 6 let a více vyjádřilo souhlas 15,22 %, nesouhlasilo 84,78 %.

Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor lékařů/lékařek na zmíněnou oblast není ovlivněn délkou jejich praxe, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 30 Co je na současných sestřích postrádáno**

	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	5 let a méně	6 let a více	
Komunikace (s lékaři, s nemocnými)	4	4	8
Ochota, vstřícnost	1	3	4
Samostatnost	0	4	4
Dostatečný počet sester	2	1	3
Empatie	0	3	3
Snaha a ochota učit se novému	3	0	3
Flexibilita	1	1	2
Jednotnost v kompetencích	1	1	2
Vyšší platy	1	1	2
Úsměv, lepší nálada	1	1	2
"Neotravovat"	1	0	1
Kouření ve zdravotnických zařízeních	0	1	1
Pohotovost	1	0	1
Poslušnost	0	1	1
Profesionalita	0	1	1
Spokojenost se svou prací	0	1	1
Úcta k lékaři	1	0	1

Tabulka znázorňuje, co lékaři na současných sestřích postrádají. Otázka, ke které se vztahuje, byla otevřená a odpověď na ni volná. Z celkového počtu 124 respondentů na ni odpovědělo 14 lékařů/lékařek s praxí 5 let a méně a 20 lékařů s praxí 6 let a více. Shodně se u obou skupin (4 krát) celkem 8 krát objevilo, že postrádají komunikaci jak ve směru k lékařům, tak k pacientům. Ochota, vstřícnost se v jejich odpovědích objevila 4 krát stejně jako samostatnost. Dostatečný počet sester, empatie a snaha a ochota učit

se novému se vyskytla 3 krát. 2 krát byla jmenována flexibilita, jednotnost v kompetencích, vyšší platy sester a úsměv, lepší nálada. Možnost „neotravovat“ se objevila v šetření 1 krát. Jeden respondent rovněž uvedl, že mu vadí kouření sester ve zdravotnických zařízeních. Dále lékaři/lékařky 1 krát jmenovali pohotovost, poslušnost, profesionalitu, spokojenost se svou prací a úctu k lékaři.

**Tabulka 31 Významné postavy českého ošetrovatelství z pohledu lékařů/lékařek**

	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	5 let a méně	6 let a více	
Florence Nightingalová	0	2	2
Sylva Macharová	1	0	1
Matka Tereza	1	0	1
Mgr. Nina Müllerová	0	1	1
Doc. MUDr. Václav Fessler	0	1	1
Hilda Vorlíčková	0	1	1
sv. Marie	0	1	1
Každá sestra	0	1	1

Tabulka znázorňuje významné postavy, které ovlivnily české ošetrovatelství, z pohledu lékařů/lékařek. Otázka, ke které se tabulka vztahuje, byla otevřená a odpověď na ni volná. Z celkového počtu 124 respondentů na ni odpověděli 2 lékaři/lékařky s praxí 5 let a méně a 7 lékařů/lékařek s praxí 6 let a více. V jejich odpovědích se celkem 2 krát objevila Florence Nightingalová. Jména následujících osob se vyskytly 1 krát: Sylva Macharová, Matka Tereza, Mgr. Nina Müllerová, Doc. MUDr. Václav Fessler, Hilda Vorlíčková a sv. Marie. Možnost každá sestra byla rovněž jmenována 1 krát.

#### 4. 2. 3 Tabulky a grafy vycházející z kvantitativního šetření provedeného v laické veřejnosti

Pro účely zpracování výsledků byla laická veřejnost na základě jejich věku rozdělena na mladší generaci ve věku do 45 let a starší generaci ve věku od 46 let.

**Tabulka 32 Označení kraje respondenta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jihočeský	23	15,1	15,1	15,1
	Karlovarský	13	8,6	8,6	23,7
	Plzeňský	57	37,5	37,5	61,2
	Praha	20	13,2	13,2	74,3
	jiné	39	25,7	25,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje rozložení respondentů v jednotlivých krajích. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů 15,1 % (23) pocházelo z Jihočeského kraje, 8,6 % (13) z Karlovarského a 37,75 % (57) respondentů z Plzeňského kraje. Kraj Praha uvedlo 13,2 % (20) respondentů. Možnost jiné zvolilo 25,7 % (39) respondentů. Z možnosti jiné pak byl nejčastější Středočeský kraj, kraj Vysočina a Ústecký kraj.

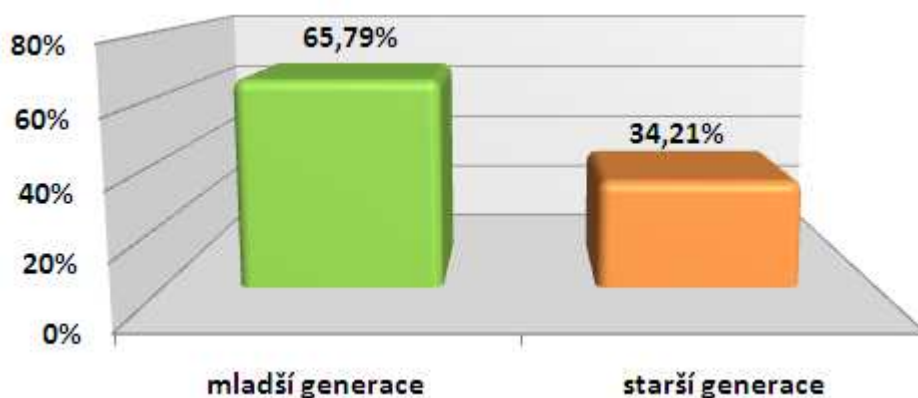
**Tabulka 33 Věkové rozložení respondentů**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	méně než 18	1	0,7	0,7	0,7
	18 - 25	50	32,9	32,9	33,6
	26 - 35	29	19,1	19,1	52,6
	36 - 45	20	13,2	13,2	65,8
	46 - 55	34	22,4	22,4	88,2
	56 - 65	10	6,6	6,6	94,7
	více než 65	8	5,3	5,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje věkové rozložení respondentů z řad laické veřejnosti. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů se jich ve věku nižším než 18 let vyskytlo 0,7 % (1).

V rozmezí 18 - 25 let bylo 32,9 % (50) respondentů, věkové kategorii 26 - 35 let jich bylo 19,1 % (29). V rozmezí 36 - 45 let uvedlo svůj věk 13,2 % (20) respondentů, v rozmezí 46 - 55 let pak 22,4 % (34). Ve věku 56 - 65 let bylo 6,6 % (10) respondentů a ve věku nad 65 let 5,3 % (8).

**Graf 18 Zastoupení generací**



Graf znázorňuje zastoupení mladší a starší generace ve zkoumaném vzorku laické veřejnosti. Z celkového počtu 100 % byla mladší generace v šetření zastoupena 65,79 % a starší generace 34,21 % respondentů.

**Tabulka 34 Frekvence návštěv zdravotnických zařízení**

Frekvence návštěv zdravotnických zařízení	Respondenti		Celkový počet odpovědí v procentech
	Mladší generace	Starší generace	
Nepřavidelně, pouze v případě nutnosti	28,29%	12,50%	40,79%
Pravidelně při preventivních prohlídkách	21,05%	12,50%	33,55%
Pravidelně jedenkrát každý půl rok	7,89%	4,61%	12,50%
Častěji než jednou za měsíc	4,61%	1,32%	5,92%
Pravidelně jedenkrát v měsíci	1,97%	1,97%	3,95%
Nenavštěvuji	1,97%	1,32%	3,29%

Tabulka znázorňuje frekvenci návštěv zdravotnických zařízení. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů 40,79 % uvedlo, že zdravotnická zařízení navštěvuje

nepravidelně, pouze v případech nutnosti. Z toho bylo 28,29 % dotazovaných z mladší generace a 12,50 % z generace starší. Pravidelnou návštěvu zdravotnických zařízení při preventivních prohlídkách uvedlo 33,55 % dotazovaných, z toho 21,05 % bylo z mladší generace a 12,5 % z generace starší. Pravidelně jedenkrát každý půl rok navštěvuje zdravotnické zařízení celkem 12,50 % dotazovaných, častěji než jednou za měsíc 5,92 % dotazovaných a pravidelně jedenkrát v měsíci celkem 3,55 % dotazovaných. Možnost nenavštěvování zvolilo celkem 3,29 % respondentů.

**Tabulka 35 Charakteristika práce sester**

Možnosti	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	Mladší generace	Starší generace	
Fyzicky i psychicky náročná práce vyžadující VŠ vzdělání	55	29	84
Pomoc při uspokojování lidských potřeb	45	24	69
Plnění lékařských ordinací	44	24	68
Administrativní úkony	28	14	42
Práce ve výzkumech s cílem zlepšit a zkvalitnit poskytovanou péči	11	6	17
Jiné	9	3	12

Tabulka znázorňuje, jak by respondenti charakterizovali práci sestry v současnosti. Nejčastěji respondenti uváděli, že se jedná o fyzicky i psychicky náročnou práci, která vyžaduje VŠ vzdělání. Tato možnost byla uvedena 84 krát, z toho 55 krát respondenty z mladší generace a 29 krát respondenty z generace starší. Pomoc při uspokojování lidských potřeb byla uvedena celkem 69 krát, z toho 45 krát respondenty z mladší generace a 24 krát respondenty z generace starší. Plnění lékařských ordinací se v odpovědích respondentů vyskytlo 68 krát, 44 krát bylo uvedeno zástupci mladší generace a 24 krát zástupci starší. Možnost administrativní úkony byla uvedena celkem 42 krát, práce ve výzkumech s cílem zlepšit a zkvalitnit poskytovanou péči 17 krát a možnost jiné 12 krát.

**Tabulka 36 Role současných sester**

Role sestry	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	Mladší generace	Starší generace	
Asistentka lékaře	90	44	134
Poskytovatelka ošetrovatelské péče	82	48	130
Administrativní pracovnice	52	25	77
Učitelka	23	17	40
Obhájkyně práv pacientů	24	15	39
Vedoucí pracovník	27	9	36
Výzkumnice v oboru	23	9	32
Jiné	4	2	6

Tabulka znázorňuje, jaké role dnes sestry dle respondentů zastávají. Z celkových součtů jednotlivých odpovědí byla nejčastěji uváděna role asistentky lékaře. Ta se vyskytla celkem 134 krát, z toho 90 krát v odpovědích mladší generace a 44 krát v odpovědích generace starší. Role poskytovatelky ošetrovatelské péče byla celkem uvedena 130 krát, v odpovědích mladší generace 82 krát, v odpovědích starší generace 48 krát. Role administrativní pracovnice byla jmenována celkem 77 krát, z toho 52 krát zástupci mladší generace a 25 krát zástupci starší generace. Role učitelky byla celkem zmíněna 40 krát, obhájkyně práv pacientů 39 krát, vedoucího pracovníka 36 krát, výzkumnice v oboru 32 krát a možnost jiné byla uvedena 6 krát.

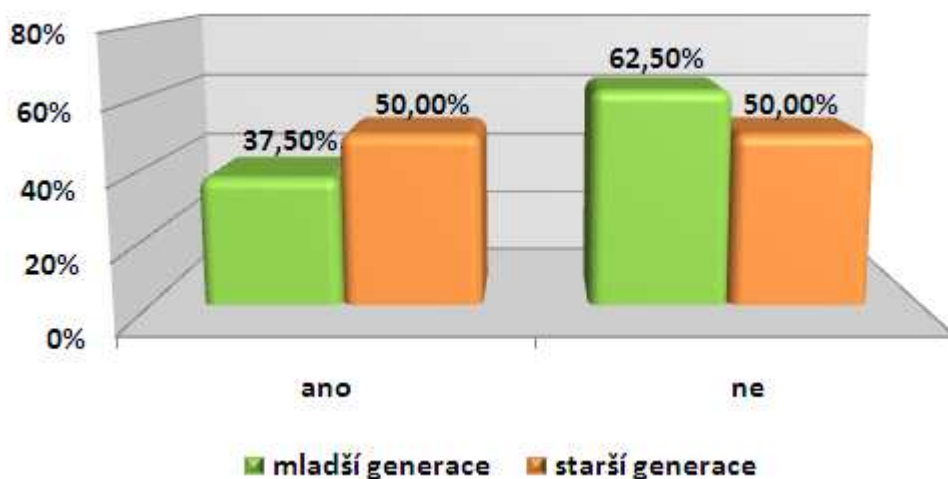
**Tabulka 37 Postoj laické veřejnosti k vysokoškolskému vzdělávání sester**

Crosstabulation				
Count				
		Generace respondentů		
		Mladší generace	Starší generace	Total
Postoj k vysokoškolskému vzdělávání sester	Ano	21,71%	15,13%	36,84%
	Ne	36,18%	15,13%	51,32%
	Nevím	7,89%	3,95%	11,84%
	Total	65,79%	34,21%	100%



Tabulka znázorňuje postoj respondentů k vysokoškolskému vzdělávání sester. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů s potřebou vysokoškolského vzdělání pro sestry souhlasilo celkem 36,84 % dotazovaných. Z toho bylo 21,71 % zástupců mladší generace a 15,13 % zástupců generace starší. S tímto druhem vzdělávání vyjádřilo nesouhlas celkem 51,32 % respondentů, z toho 36,18 % bylo z mladší generace a 15,13 % z generace starší. Možnost nevím zvolilo celkem 11,84 % respondentů, z toho 7,89 % z mladší generace a 3,95 % z generace starší.

**Graf 19** Názor na vysokoškolské vzdělávání sester



Chi-test	0,16363
----------	---------

Graf znázorňuje názor laické veřejnosti na vysokoškolské vzdělávání sester. Po odečtení možností nevím, tvořilo výzkumný soubor 134 respondentů. Ti byli dále rozděleni do generací. Z celkového počtu 100 % (88) respondentů z mladší generace s tímto druhem vzdělávání vyjádřilo souhlas 37,50 % respondentů. Nesouhlasilo 62,50 % respondentů. Z celkového počtu 100 % (46) s vysokoškolským vzděláváním sester vyjádřilo souhlas 50,00 % respondentů stejně jako nesouhlas.

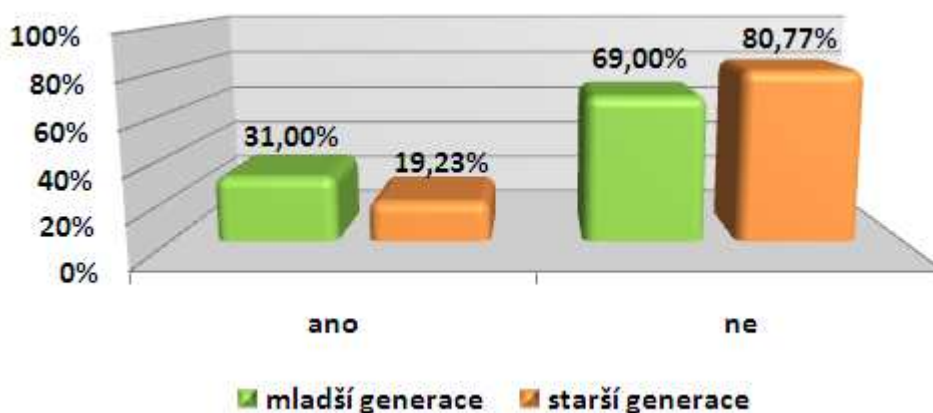
Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor laické veřejnosti na zmíněnou oblast není ovlivněn jejich věkem, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 38 Znalost pojmu „registrovaná sestra“**

Crosstabulation				
Count				
		Generace respondentů		
		Mladší generace	Starší generace	Total
Znalost pojmu „registrovaná sestra“	Ano	20,39%	6,58%	26,97%
	Ne	45,39%	27,63%	73,03%
	Total	65,79%	34,21%	100%

Tabulka znázorňuje znalosti pojmu „registrovaná sestra“. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů zná význam tohoto pojmu celkem 26,97 % dotazovaných, z toho 20,39 % zástupců mladší generace a 6,58 % zástupců generace starší. Význam pojmu neznalo 45,39 % zástupců generace starší a 27,63 % zástupců generace starší, celkem tedy 73,03 % respondentů.

**Graf 20 Porovnání znalosti pojmu „registrovaná sestra“**



Chi-test	0,1209
----------	--------

Graf znázorňuje srovnání znalosti pojmu „registrovaná sestra“ mezi mladší a starší generací. Z celkového počtu 100 % (100) zástupců mladší generace uvedlo znalost tohoto pojmu 31,00 %. Pojem neznalo 69,00 % respondentů z této skupiny. Z celkového počtu 100 % (52) respondentů ze starší generace uvedlo znalost pojmu 19,23 %, neznalost pak 80,77 %.

Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že znalost pojmu „registrovaná sestra“ není ovlivněna věkem respondentů, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 39 Vysvětlení pojmu „registrovaná sestra“**

Pojem „registrovaná sestra“	Respondenti		Počet odpovědí celkem
	Mladší generace	Starší generace	
Sestra způsobilá k práci bez odborného dohledu	6	3	9
Zapsaná sestra, která se musí celoživotně vzdělávat a sbírat kredity. Slouží to ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.	7	0	7
Sestra, která má povinnost sebevzdělávání - získávání potřebných kreditů v časovém horizontu.	7	0	7
Sestra zapsaná v registru ministerstva zdravotnictví	5	1	6
Sestra s vysokoškolským vzděláním	3	0	3
Zdravotní sestra, která je registrovaná u ČAS a je povinná se celoživotně vzdělávat.	2	0	2
Sestra oprávněná poskytovat zdravotní péči	0	2	2
Sestra, která má možnost vykonávat své povolání a v případě nouze být povolána.	1	0	1
Sestra, která je členkou profesní organizace, z čehož vyplývají určitá práva (pracovat jako sestra) a povinnosti (vzdělávat se).	0	1	1
Sestra s ukončeným vzděláním	0	1	1
Sestra s praxí	0	1	1
Odborně vzdělaná sestra, která se smí registrovat.	0	1	1

Tabulka znázorňuje vysvětlení pojmu „registrovaná sestra“ respondenty. Mezi nejčastější odpovědi patřilo vysvětlení, že se jedná o sestru způsobilou k práci bez odborného dohledu. Tato možnost byla uvedena celkem 9 krát, z toho 6 krát zástupci mladší generace a 3 krát zástupci generace starší. Shodně se 7 krát v odpovědích zástupců mladší generace vyskytly tyto možnosti: zapsaná sestra, která se musí celoživotně vzdělávat a sbírat kredity, což slouží k zkvalitnění ošetrovatelské péče, a že se jedná o sestru, která má povinnost sebevzdělávání - získávání potřebných kreditů

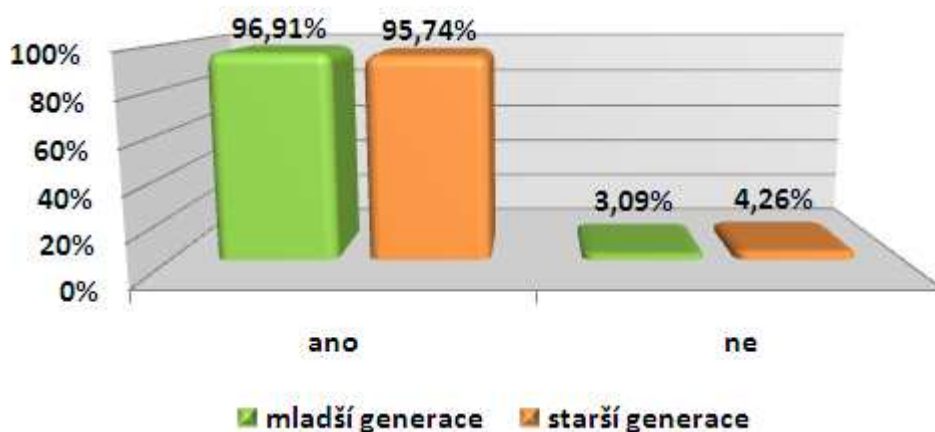
v časovém horizontu. Možnost, že se jedná o sestru, která je zapsaná v registru ministerstva zdravotnictví se vyskytla celkem 6 krát, z toho 5 krát u mladší generace a 1 krát u generace starší.

**Tabulka 40 Postoj laické veřejnosti k celoživotnímu vzdělávání sester**

Crosstabulation				
Count				
		Generace respondentů		
		Mladší generace	Starší generace	Total
Postoj k celoživotnímu vzdělávání sester	Ano	61,84%	29,61%	91,45%
	Ne	1,97%	1,32%	3,29%
	Nevím	1,97%	3,29%	5,26%
	Total	65,79%	34,21%	100%

Tabulka znázorňuje postoj laické veřejnosti k celoživotnímu vzdělávání sester. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů s ním vyjádřilo souhlas celkem 91,45 % respondentů, z toho bylo 61,84 % zástupců mladší generace a 29,61 % generace starší. Nesouhlasilo s ním celkem 3,29 % dotazovaných, z toho 1,97 % jedinců z mladší a 1,32 % jedinců ze starší generace. Možnost nevím zvolilo celkem 5,26 % respondentů, z nichž 1,97 % patřilo k mladší generaci a 3,29 % ke starší.

**Graf 21 Názor na celoživotní vzdělávání sester**



Chi-test	0,72087
----------	---------

Graf znázorňuje názor laické veřejnosti na celoživotní vzdělávání sester. Po odečtení možnosti nevím, bylo zbylých 144 respondentů rozděleno dle svého věku do příslušných generací. Z celkového počtu 100 % (97) zástupců mladší generace s celoživotním vzděláváním sester vyjádřilo souhlas 96,91 %. Nesouhlasilo 3,09 % respondentů z této skupiny. Z celkového počtu 100 % (47) respondentů ze starší generace s celoživotním vzděláváním vyjádřilo souhlas 95,74 % dotazovaných. Nesouhlasilo 4,26 % respondentů z této skupiny.

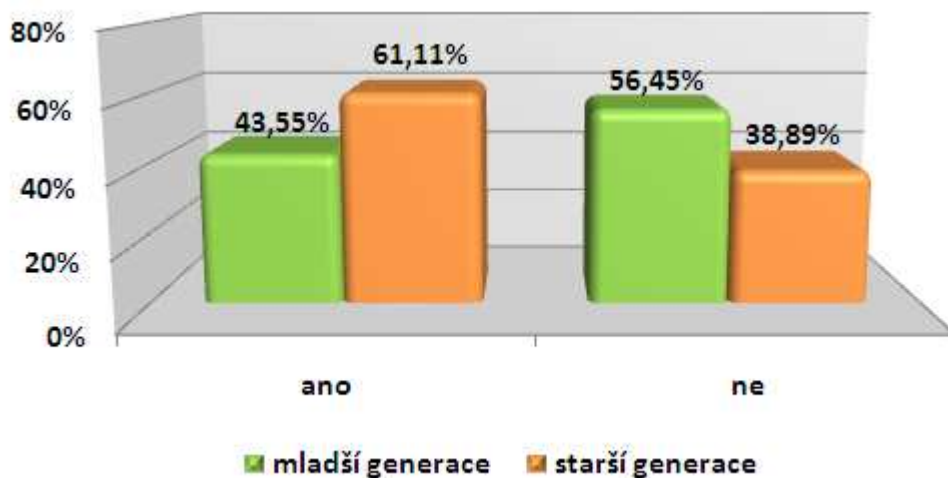
Chi-testem pro tyto hodnoty bylo zjištěno, že názor respondentů na danou oblast není ovlivněn jejich věkem, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 41 Postoj laické veřejnosti ke zvyšování sesterských kompetencí**

Crosstabulation				
Count				
		Generace respondentů		
		Mladší generace	Starší generace	Total
Postoj ke zvyšování kompetencí	Ano	17,76%	14,47%	32,24%
	Ne	23,03%	9,21%	32,24%
	Nevím	25,00%	10,53%	35,53%
	Total	65,79%	34,21%	100%

Tabulka znázorňuje postoj respondentů ke zvyšování sesterských kompetencí. Z celkového počtu 100 % (152) dotazovaných by se zvyšováním kompetencí souhlasilo celkem 32,24 % respondentů, z toho 17,76 % z mladší generace a 14,47 % z generace starší. Nesouhlasilo by celkem rovněž 32,24 % respondentů, z toho 23,03 % z mladší generace a 9,21 % z generace starší. Možnost nevím zvolilo celkem 35,53 % respondentů.

**Graf 22** Názor na zvyšování sesterských kompetencí



Chi-test	0,09368
----------	---------

Graf znázorňuje názor laické veřejnosti na zvyšování sesterských kompetencí. Po odečtení možnosti nevím, bylo zbylých 98 respondentů rozděleno dle svého věku do příslušných generací. Z celkového počtu 100 % (62) respondentů z mladší generace by se zvyšováním kompetencí souhlasilo 43,55 % dotazovaných. Nesouhlasilo by 56,45 % respondentů z této generace. Z celkového počtu 100 % (36) respondentů ze starší generace, by s uvedeným souhlasilo 61,11 % dotazovaných a nesouhlasilo 38,89 %.

Chi-testem bylo pro tyto hodnoty zjištěno, že názor respondentů na zvyšování sesterských kompetencí není ovlivněn jejich věkem, neboť testovanou  $H_0$  nebylo možno zamítnout - dosažená hladina významnosti  $p > 0,001$ .

**Tabulka 42 Názor laické veřejnosti na situaci českých sester**

Crosstabulation				
Count				
		Generace respondentů		
		Mladší generace	Starší generace	Total
Situace českých sester	Jedná se o opravdu náročnou oblast zdravotnictví, která si zaslouží pozornost	20,39%	15,79%	36,18%
	Bylo by lepší se vrátit ke klasickým SZŠ	10,53%	5,26%	15,79%
	České zdravotnictví potřebuje změny, tak proč ne české sestry	13,16%	2,63%	15,79%
	Je to přirozený důsledek vývoje společnosti a zdravotnictví	9,21%	5,92%	15,13%
	Takové věci mne nezajímají	3,29%	2,63%	5,92%
	Je to zbytečně nafouknuté médii	3,95%	1,97%	5,92%
	Jiné	5,26%	0,00%	5,26%
	Total	65,79%	34,21%	100%

Tabulka znázorňuje postoj laické veřejnosti k situaci českých sester. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů celkem 36,18 % dotazovaných uvedlo, že se jedná o opravdu náročnou oblast zdravotnictví, která si zaslouží pozornost. Z toho bylo 20,39 % respondentů z mladší generace a 15,79 % z generace starší. Celkem 15,79 % dotazovaných uvedlo, že by bylo lepší vrátit se ke klasickým SZŠ. Z toho bylo 10,53 % respondentů z mladší generace a 5,26 % z generace starší. Celkem 15,79 % dotazovaných také uvedlo, že české zdravotnictví potřebuje změny, tak proč ne české sestry. Tuto možnost zvolilo 13,16 % zástupců mladší generace a 2,63 % generace starší. Celkem 15,13 % respondentů uvedlo, že se jedná o přirozený důsledek vývoje společnosti a zdravotnictví, z toho bylo 9,21 % zástupců mladší a 5,92 % starší generace. Možnost, že se o takové věci nezajímají, zvolilo celkem 5,92 % dotazovaných, z toho 3,29 % z generace mladší a 2,63 % z generace starší. Jako zbytečně nafouknutou médii považuje současnou situaci sester celkem 5,92 % dotazovaných, z toho 3,95 % bylo z mladší a 1,97 % ze starší generace. Možnost nevím zvolilo 5,26 % dotazovaných pouze z mladší generace.

## 5. Diskuse

Cílem diplomové práce bylo vymezení pojmu vůdcovství v ošetrovatelství, událostí, které vedly ke klíčovým změnám v této oblasti a zmapování změn v současnosti. Aby bylo možno pojem vůdcovství v ošetrovatelství vymezit, bylo třeba nejprve prostudovat literaturu, která se vůdcovstvím jako takovým zabývá. Pak jeho prvky vyhledat v profesi a vzájemně je propojit. Význam znalostí z oblasti vedení (leadershipu) a managementu se pak jasně odrazil ve výzkumné části práce. S potřebou těchto znalostí pro současné sestry souhlasila většina respondentů kvalitativního šetření (viz tabulka 5). Převažující nesouhlas se projevil v kvantitativním šetření jak na straně sester (viz tabulka 19), tak na straně lékařů (viz tabulka 27). Příčinou tohoto rozporu může být z mého pohledu nedostatek znalostí z této oblasti, kdy si odborná veřejnost (sestry a lékaři) nemusí být zcela vědoma náležitostí, které se k vůdcovství pojí. Mnohdy tak mohou jednotlivé aspekty leadershipu ve své praxi sami využívat, aniž by to tušili. Příkladem může být týmové vedení či realizace ošetrovatelského procesu (viz rozhovor s respondentkou č. 2, 3, 8).

Při vymezení vlastního pojmu vůdcovství v ošetrovatelství bylo v první řadě nutné stanovit, co se pod ním skrývá. S tím korespondovala i první výzkumná otázka: **„Co zahrnuje pojem vůdcovství v ošetrovatelství?“** Této otázce nejprve předcházela všeobecná otázka: „Co je podstatou vůdcovství?“ Odpověď na ni lze nalézt v dílech P. Friče (10) či J. Maxwella (29, 30), kteří v něm spatřují proces ovlivňování, směřování ke stanovenému cíli. Konkrétní představu o významu daného pojmu ve vztahu k profesi přinášejí odpovědi respondentů kvalitativního šetření, které se týkaly otázky: „Domníváte se, že současná sestra potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?“ V souladu s literaturou (18, 26, 29) uváděli respondenti následující činnosti: vedení týmu na nejrůznějších úrovních, propojování znalostí, volbu priorit, organizaci práce a vyhodnocování krizových bodů, řízení a usměrňování pacientů či umění jednání s lidmi (viz rozhovor č. 2, 3, 4 a 7). Objevila se i práce v týmu a realizace ošetrovatelského procesu, ve kterém je třeba plánovat a řídit (viz rozhovor č. 6 a 8). Právě tento výčet činností



nám poskytuje představu o uplatnění vůdcovství v praxi tak, jak na něj byla zaměřena druhá výzkumná otázka: „**Jak se vůdcovství uplatňuje v rámci profese?**“ Někteří autoři se také shodují (4, 26), že z vůdčích schopností je třeba pěstovat pozitivní vztah k řízení, umění zvládat změny, vytvářet kolektiv a vyrovnávat se s autoritami.

Samozřejmě je třeba zohlednit také historické hledisko, protože tak, jako se vyvíjelo ošetrovatelství, vyvíjela se i role sester a filozofie jejich práce. Za mnohými změnami, jež se v profesi udály, stály vůdčí osobnosti svých dob. Proto se také nabízela otázka: „Které z těchto postav se skutečně vůdčími schopnostmi vyznačovaly?“ Odpověď na ni můžeme hledat v kvalitativní i kvantitativní části šetření. V kvalitativním šetření respondenti odpovídali na otázku: „Když byste se sama (sám) za sebe měla (měl) rozhodnout, které osoby české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenovala (jmenoval)?“ Nejčastěji pak byly jmenovány prof. PhDr. Valérie Tóthová, PhD., doc. PhDr. Marta Staňková a Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA. Vyskytla se i jména z historie jako je Sylva Macharová či PhDr. Alice Masaryková (viz tabulka 9). V kvantitativním šetření respondenti z řad lékařů a sester odpovídali na otázku: „Kdybyste měla (měl) jmenovat osobu, která dle Vás udává či v minulosti udávala směr českému ošetrovatelství, kdo by to byl?“ K nejčastěji uváděným osobnostem patřila u sester Florence Nightingalová, Anežka Přemyslovna a Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA. Ale vyskytla se i Matka Tereza, Dorothea Orem či Anna Becková (viz tabulka 20). U lékařů byla nejčastěji jmenovaná rovněž Florence Nightingalová, dále pak na příklad Sylva Macharová či Hilda Vorlíčková (viz tabulka 31). Odpovědi na uvedené otázky mne osobně nikterak nepřekvapily, neboť jsou to jména neoddelitelně spjatá s historií a současností oboru. Mnohá z nich uvádí i Mgr. Pistulková ve své diplomové práci. (39)

Propojení významných postav se světovými událostmi, které byly klíčové pro změny v ošetrovatelství, se odrazilo ve třetí výzkumné otázce: „**Které události byly klíčové pro změny v oblasti ošetrovatelství ve světě?**“ Z prostudované literatury jasně vyplývá, že k podstatným událostem patřil rozvoj medicíny. S ním ruku v ruce kráčel rozvoj ošetrovatelství. (24, 34) Dále vznik náboženství, především křesťanství (13, 41, 57), charitativních řádů a organizací. Velmi podstatný byl také rozvoj vzdělávání sester

(52) a období válek, se kterým se pojí jméno Florence Nightingalové a Nikolaje Ivanoviče Pirogova. (21, 52) V neposlední řadě jmenujme také zakládání sesterských organizací (24, 52) a vznik ošetrovatelských teorií, které nám umožňují zkvalitnit poskytování ošetrovatelské péče s využitím různých filozofií. (41)

Čtvrtá výzkumná otázka: „**Které události byly klíčové pro změny v oblasti ošetrovatelství v České republice?**“ směřovala k propojení významných událostí a postav z naší historie v daném oboru. I zde je možné na základě prostudované literatury potvrdit vliv náboženství a křesťanských církevních řádů. (34, 41, 57) Z postav této doby jmenujme na příklad Fabiolu. Dále je to vznik špitálů (21, 57), tereziánské a josefovské reformy či počátky vzdělávání žen v ošetrování. (21, 41) To nás samozřejmě vede i k zakládání ošetrovatelských škol (21, 52), sesterských spolků (43, 57) a k rozvoji vysokoškolského studia. (38, 58) S těmito událostmi korespondují i odpovědi některých respondentů, které se týkaly otázky: „Během doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Které z těchto změn byste považovala za nejvýznamnější?“ Mezi uvedenými byl právě pokrok v kvalifikačním vzdělávání sester, technice, diagnostice apod. (viz tabulka 2). Celkem významnou změnou bylo pro některé respondenty také založení registru nelékařských zdravotnických pracovníků. Myslím si, že všechny výše uvedené události byly a stále jsou pro ošetrovatelství velmi důležité, protože rozvoj vzdělávání, zahraniční spolupráce a výzkumu poskytuje sestřám kvalitní základnu pro realizaci změn a posun hranic standardu směrem nahoru.

Ke zjištění pramenů změn v současnosti směřovala pátá výzkumná otázka: „**Z čeho vycházejí změny v současném ošetrovatelství v České republice?**“ Podobně jako z rozhovorů v kvalitativní části výzkumu, tak i na základě faktů získaných z literatury je jasné, že k pramenům změn v současnosti patří doporučení WHO. Konkrétně doporučení Evropské regionální ústředny WHO, odkud také vzešel podnět k přesunu kvalifikačního vzdělávání sester na vysokoškolskou úroveň. (17, 25) Dále jsou to nejrůznější strategické plány této organizace zaměřené na podporu a realizaci změn v soustavě zdravotní péče. (17) Velký vliv zde má i EU a její směrnice, které se zapracovávají do našeho právního systému. Díky tomu je dnes na příklad možné

vzájemné uznávání kvalifikací členských států. **(25, 61)** Samozřejmě je vhodné doplnit i výsledky výzkumů ve světě i na domácí půdě či spolupráci s různými sesterskými organizacemi, jako je na příklad ICN.

Druhá část práce se zaměřovala na zmapování systému změn v ošetrovatelství v současnosti. Jejím cílem bylo zjistit, zda se jednotlivé skupiny respondentů o tyto změny zajímají a zda s nimi souhlasí. K tomuto účelu byly sestaveny tři typy dotazníků, které se v otázkách lišily podle své cílové skupiny. Zpravidla obsahovaly uzavřené otázky. První dotazník byl směřován k laické veřejnosti a souvisel s první a druhou hypotézou. Obsahoval celkem 10 otázek, z nichž první dvě byly identifikační. Třetí se týkala zmapování frekvence návštěv zdravotnických zařízení. Otázky č. 4 a 5 zjišťovaly, jakou práci a role mohou sestry v současnosti zastávat. U těchto otázek bylo možno zvolit více odpovědí. Konkrétní změny v ošetrovatelství byly uvedeny v otázce č. 6, 7, 8 a 9. Desátá otázka dotazníku zjišťovala postoje k situaci českých sester.

Dotazník pro sestry souvisel s třetí hypotézou a byl tvořen 13 otázkami, z nichž prvních šest bylo kategorizačních. Otázky č. 7, 8, 9 a 12 byly zaměřeny na zjištění postoje respondentů ke změnám v ošetrovatelství. Opět bylo využito konkrétních příkladů změn. Role, které může sestra v současnosti zastávat, zjišťovala 10. otázka. Jedenáctá otázka byla zaměřena na postoj sester k potřebě znalostí z oblasti vedení a managementu. Otázka č. 13 byla otevřená a jejím cílem bylo zjistit jména osob, které dle sester ovlivnily či stále ovlivňují české ošetrovatelství.

Dotazník pro lékaře vztahující se ke čtvrté hypotéze byl rovněž tvořen 13 otázkami, z nichž první 4 byly kategorizační. Na zjištění postoje ke změnám v ošetrovatelství byly zaměřeny otázky č. 5, 6 a 7. K vyjádření souhlasu či nesouhlasu s těmito změnami sloužila 11. otázka. Otázka č. 8 byla zaměřena na zjištění rolí, které může sestra z pohledu lékaře v současnosti zastávat. Potřebu znalostí z oblasti vedení a managementu hodnotili respondenti v otázce č. 9. Na sledování dění v oblasti ošetrovatelství byla zaměřena 10. otázka. Otázky č. 12 a 13 byly otevřené. Zaměřovaly se na zjištění toho, co lékaři na současných sestřích postrádají a jmen osob, které tuto profesi ovlivnily či stále ovlivňují.

První hypotéza se vztahovala k zájmu o změny v ošetrovatelství a porovnání tohoto zájmu u mladší a starší generace. Z odpovědí na 10. otázku dotazníku pro laickou veřejnost je jasné, že mezi generacemi v tomto směru rozdílu není. To dokládá i tabulka 42, která znázorňuje postoj respondentů k situaci českých sester. V obou věkových skupinách byla nejčastěji volenou možností, celkem ve 36,18 %, odpověď: „Jedná se o opravdu náročnou oblast zdravotnictví, která si zaslouží pozornost.“ Z celkového počtu 100 % (152) respondentů ji uvedlo 20,39 % zástupců mladší generace a 15,79 % zástupců generace starší. Z toho lze usuzovat, že obě skupiny respondentů se o ošetrovatelství zajímají přibližně stejnou měrou, byť třeba nesouhlasí se všemi změnami, které se v současnosti odehrávají. Proto bylo možno první hypotézu zamítnout. **„Mladší generace se zajímá o změny v ošetrovatelství více než generace starší.“ Tato hypotéza se nepotvrdila.**

Rozdílům v souhlasu se změnami v ošetrovatelství u jednotlivých generací se zabývala druhá hypotéza. Aby bylo možno na ni odpovědět, byly respondentům položeny konkrétní otázky týkající se nejdůležitějších změn, které se v poslední době v profesi udály. První takto položenou otázkou byla otázka č. 6, která zjišťovala postoj k vysokoškolskému vzdělávání sester. Tabulka 37 uvádí výčet odpovědí v rozložení do celého zkoumaného vzorku. Z celkového počtu 100 % (152) respondentů s tímto druhem vzdělávání nesouhlasilo 51,32 % dotazovaných, souhlas vyjádřilo 36,84 % dotazovaných. Zbýlé procento dotazovaných zvolilo možnost nevím. Graf 19 pak znázorňuje vyjádření pouze souhlasu nebo nesouhlasu tak, aby bylo možné porovnání. Z celkového počtu 100 % zástupců mladší generace s vysokoškolským studiem souhlasilo 37,50 % dotazovaných, nesouhlas vyslovilo 62,50 % dotazovaných z této skupiny. Z celkového počtu 100 % zástupců ze starší generace s vysokoškolským studiem souhlasilo 50,00 % dotazovaných. Stejně procento vyjádřilo nesouhlas. *S pomocí chi-testu bylo zjištěno, že odpověď respondentů na položenou otázku není ovlivněna věkem.*

Druhou otázkou vtahující se k dané hypotéze je otázka č. 7, která zjišťovala, zda respondenti znají pojem „registrovaná sestra“. Pokud odpověděli kladně, byli požádáni, aby pojem vysvětlili. Tabulka 38 uvádí rozložení odpovědí do celkového počtu

respondentů. Je z ní patrné, že ze 100 % (152) dotazovaných 73,03 % respondentů význam pojmu nezná. Znalost uvedlo celkem 26,97 % dotazovaných. Zbylé procento respondentů zvolilo možnost nevím. Graf 20 znázorňuje vyjádření možností ano a ne tak, aby bylo možné jejich porovnání. Znalost pojmu uvedlo z celkového počtu 100 % zástupců mladší generace 31,00 %. Neznalost vyjádřilo 69,00 % dotazovaných z této skupiny. Z celkového počtu 100 % zástupců starší generace znalost pojmu uvedlo 19,23 % dotazovaných, neznalost uvedlo 80,77 % dotazovaných. *Chi-testem bylo zjištěno, že znalost pojmu „registrovaná sestra“ není ovlivněna věkem respondentů.* Z tabulky 39, která znázorňuje uvedená vysvětlení pojmu, je jasné, že dotazovaní ve většině případů částečně tuší, co označuje, ale vysvětlit jej umí jen malá část z nich. Mnozí si také pletou instituci, která registrace nelékařských zdravotnických pracovníků zajišťuje.

Na postoj laické veřejnosti k celoživotnímu vzdělávání byla zaměřena 8. otázka. Tabulka 40 ukazuje rozložení odpovědí v celkovém počtu 100 % (152) respondentů. Souhlas zde vyjádřilo 91,45 % dotazovaných, nesouhlas 3,29 %. Zbylé procento respondentů uvedlo možnost nevím. Graf 21 vyjadřuje pouze možnosti ano a ne tak, aby bylo možné jejich porovnání. Ze 100 % zástupců mladší generace 96,91 % zvolilo možnost ano, 3,09 % ne. Ze 100 % zástupců starší generace souhlas vyjádřilo 95,74 % dotazovaných, nesouhlas pak 4,26 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že postoj laické veřejnosti k tomuto typu vzdělávání není ovlivněn jejich věkem.*

Poslední otázkou, která se k druhé hypotéze vztahovala, byla otázka č. 9. Zjišťovala, zda si respondenti myslí, že by sestra měla mít větší kompetence. Tabulka 41 uvádí procentuální rozpočet respondentů mezi jednotlivé odpovědi. Z celkového počtu 100 % (152) dotazovaných souhlas vyjádřilo 32,24 % jedinců. Stejně procento vyjádřilo nesouhlas. Zbylé procento respondentů označilo možnost nevím. Graf 22 znázorňuje souhlas a nesouhlas zástupců jednotlivých generací tak, aby bylo možné jejich porovnání. Z celkového počtu 100 % zástupců mladší generace souhlas vyjádřilo 43,55 % dotazovaných, nesouhlasilo 61,11 % zástupců z této skupiny. Z celkového počtu 100 % zástupců starší generace by souhlasilo se zvýšením kompetencí 61,11 %

dotazovaných a nesouhlasilo 38,89 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že postoj laické veřejnosti ke zvyšování sesterských kompetencí není ovlivněn věkem respondentů.*

Z výše uvedeného vyplývá, že druhou hypotézu je možné zamítnout, neboť žádná z otázek neprokázala vliv věku respondentů na jejich postoje. Spíše byl prokázán u obou dotazovaných skupin stále mírně převažující nesouhlas s vybranými změnami. **H2: „Mladší generace souhlasí se změnami v ošetrovatelství na rozdíl od generace starší.“ Tato hypotéza se nepotvrdila.** Výsledek částečně koresponduje i s výstupy z některých rozhovorů (rozhovor č. 7 a 8), z nichž je patrné, že pro člověka je spíše podstatná péče samotná, její kvalita, komfort, zapojení do rozhodování o svém zdraví. I proto mne zamítnutí hypotézy příliš nepřekvapilo. Samozřejmě tyto změny jsou důležité, aby bylo dosaženo co možná nejvyšší kvality, bezpečí a komfortu. Ale na druhou stranu je třeba si uvědomit, že si společnost teprve zvyká na svůj podíl na péči a s tím jde ruku v ruce i zájem o informace z této oblasti.

Třetí hypotéza se zaměřovala na zjištění rozdílu v souhlasu se změnami v ošetrovatelství u sester s vysokoškolským vzděláním a bez vysokoškolského vzdělání. Vztahovaly se k ní celkem 4 otázky. První z nich, otázka 7., zjišťovala postoj sester k vysokoškolskému vzdělávání. Tabulka 16 znázorňuje procentuální vyjádření rozložení odpovědí respondentů. Z uvedeného je patrné, že z celkového počtu 100 % (428) dotazovaných s tímto druhem vzdělávání nesouhlasí 73,38 %. Souhlas vyjádřilo 16,82 % sester, zbylé procento uvedlo možnost nevím. Graf 6 pak vyjadřuje samotné rozložení možností ano a ne mezi sestry s VŠ vzděláním a bez VŠ vzdělání. Z celkového počtu 100 % sester bez VŠ vzdělání s uvedeným vzděláváním souhlasilo 13,45 %, nesouhlasilo 86,55 % dotazovaných. Z celkového počtu 100 % sester s VŠ vzděláním s vysokoškolským vzděláváním pro sestry souhlasilo 59,09 % dotazovaných, nesouhlasilo 40,91 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že postoj jednotlivých skupin sester je ovlivněn jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.*

Názor sester na celoživotní vzdělávání zjišťovala otázka 8., která je vyjádřena v tabulce 17. Z celkového počtu 100 % (428) sester s tímto druhem vzdělávání souhlasilo 88,09 %, nesouhlas vyjádřilo 7,48 %. Zbylé procento zvolilo možnost nevím. Graf 7 pak předkládá pouze zpracování možností ano a ne tak, aby bylo možné jejich

porovnání. Z celkového počtu 100 % sester bez VŠ vzdělání vyslovilo souhlas 92,05 % dotazovaných, nesouhlasilo 7,95 % z nich. Z celkového počtu 100 % sester s VŠ vzděláním souhlasilo s celoživotním vzděláváním sester 93,18 % dotazovaných, nesouhlasilo 6,82 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že postoj jednotlivých skupin sester není ovlivněn jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.* Zajímavé však je, že ačkoli sestry bez ohledu na své vzdělání z velké části spíše nesouhlasí s vysokoškolským vzděláváním, s celoživotním vzděláváním v převážné většině případů souhlasí.

Postoj ke zvyšování sesterských kompetencí byl zjišťován 9. otázkou. Tabulka 18 znázorňuje výčet procentuálního zastoupení odpovědí u jednotlivých skupin sester. Z celkového počtu 100 % (428) dotazovaných se zvyšováním kompetencí vyslovilo souhlas 48,62 % sester, nesouhlasilo 36,68 %. Zbýlé procento zvolilo možnost nevím. Na tabulku navazuje graf 8, který vychází pouze z možností ano a ne tak, aby bylo možné jejich porovnání u obou skupin. Z celkového počtu 100 % sester bez VŠ vzdělání se zvyšováním kompetencí vyslovilo souhlas 53,56 %, nesouhlasilo 46,44 %. Z celkového počtu 100 % sester s VŠ vzděláním vyslovilo souhlas 83,33 % a nesouhlasilo 16,67%. *Na první pohled bylo patrné ovlivnění postoje respondentů jejich nejvyšším dosaženým vzděláním, které potvrdil i chi-test.*

Poslední otázkou vztahující se ke třetí hypotéze byla 12. otázka, která zjišťovala, zda sestry sledují dění na poli ošetrovatelství. Rozložení odpovědí mezi respondenty znázorňuje graf 10. Z něj vyplývá, že sestry tyto informace sledují, i když si je v mnohých případech cíleně nevyhledávají. *Tento trend je téměř bez rozdílu patrný u obou skupin.* Na základě takto získaných dat nebylo možno hypotézu jednoznačně vyvrátit. V obou případech, kdy došlo k ovlivnění postoje nejvyšším dosaženým vzděláním, byl souhlas na straně sester s vysokoškolským vzděláním. **H3: „Vysokoškolsky vzdělané sestry souhlasí se změnami v ošetrovatelství více než sestry bez vysokoškolského vzdělání.“ Tato hypotéza byla potvrzena.** Tento výsledek bylo možné v celku očekávat. Co mě však překvapilo, byl převažující nesouhlas sester s vysokoškolským vzděláním. Dnes je to už přece dáno zákonem a jak uvedla paní doktorka Mellanová v rozhovoru, není už pochyb o tom, že tato forma vzdělávání zde musí být. Z osobní zkušenosti musím přiznat, že posun vzdělávání

na tuto úroveň byl opravdu dobrým krokem už jen z důvodu vyspělosti jedinců, kteří se dostávají do kontaktu s pacienty. V tom se také shodují s respondentkou č. 1, paní doktorkou Kohoutovou.

Čtvrtá hypotéza se zaměřovala na postoj ke změnám v oblasti ošetřovatelství z pohledu lékařů s dlouholetou praxí a s praxí kratší než pět let. Vztahovaly se k ní celkem 4 otázky, 5. zjišťovala sledování dění na poli ošetřovatelství. Postoj lékařů k vysokoškolskému vzdělávání zjišťovala otázka č. 5. Její výsledky jsou uvedeny v tabulce 24, kde je znázorněno procentuální rozložení v celém výzkumném vzorku. Z celkového počtu 100 % (124) respondentů s tímto druhem vzdělávání nesouhlasilo 70,97 % dotazovaných, souhlasilo 16,13 % a zbylá procenta tvořila možnost nevím. Navazující graf 12 vycházel již pouze z možností ano a ne tak, aby bylo možné jejich porovnání. Z celkového počtu 100 % lékařů (lékařek) s praxí 5 let a méně vyslovilo souhlas 18,00 %, nesouhlasilo 82,00 %. Z celkového počtu 100 % respondentů s praxí 6 let a více souhlasilo 18,97 % a nesouhlasilo 81,03 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že postoj lékařů (lékařek) není ovlivněn délkou jejich praxe. Zajímavé však je, že výraznější nesouhlas s vysokoškolským vzděláváním se objevil i u laické veřejnosti a u sester.*

Postojem k celoživotnímu vzdělávání se zabývala otázka č. 6, která je vyjádřena v tabulce 25. Z té je patrné, že s celoživotním vzděláváním souhlasilo z celkového počtu 100 % (124) respondentů celkem 93,55 % dotazovaných, nesouhlasilo 3,23 % respondentů a zbylá procenta spočívala v možnosti nevím. Graf 13 pak vychází pouze z uvedeného souhlasu a nesouhlasu. Z celkového počtu 100 % lékařů (lékařek) s praxí 5 let a méně vyslovilo souhlas s tímto druhem vzdělávání 96,30 % dotazovaných, nesouhlasilo 3,70 % dotazovaných. Z celkového počtu 100 % lékařů s praxí 6 let a více souhlasilo 96,97 % dotazovaných, nesouhlasilo 3,03 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že postoj lékařů (lékařek) není ani v tomto případě ovlivněn délkou jejich praxe. I zde se ukazuje názorová shoda celého zkoumaného vzorku se sestrami a s laickou veřejností.*

Zajímavé je, že všechny tři skupiny respondentů (lékaři, sestry, laická veřejnost) vyjadřují v různé síle převažující nesouhlas s vysokoškolským vzděláváním, ale na druhou stranu celkem silně souhlasí s celoživotním vzděláváním sester. Pro mě osobně



zůstává otázkou, čím je toto způsobené. Možným vysvětlením by z mého pohledu mohl být současný trend ve společnosti, kdy je celoživotní vzdělávání nutností a součástí téměř všech oborů i mimo zdravotnictví. Proto není pro nikoho ničím zvláštním. Ale vysokoškolské vzdělávání sester se stalo podmínkou kvalifikace teprve v nedávné době. Proto si myslím, že může u některých ještě budít nevoli, neboť u nás zatím nemá tak silnou tradici. Další možné vysvětlení poskytuje výstup z rozhovoru s MUDr. Luborem Kinštem, z něhož vyplývá, že by svou úlohu mohl hrát nedostatek klasických všeobecných sester, který je do určité míry dán právě nutností dosažení určitého kvalifikačního vzdělání.

Zvyšováním sesterských kompetencí a názorem lékařů na tuto problematiku se zabývala otázka č. 7. Její výsledky jsou uvedeny v tabulce 26. Je z nich patrné, že 50,81 % respondentů z celkového počtu 100 % (124) se zvyšováním kompetencí souhlasí. Nesouhlas vyslovilo 33,06 % dotazovaných, zbylá procenta uvedla možnost nevím. Navazující graf 14 vychází pouze z možností ano a ne tak, aby bylo možné jejich porovnání. Z celkového počtu 100 % lékařů (lékařek) s praxí 5 let a méně s tímto souhlasilo 48,78 %, nesouhlasilo 51,22 % dotazovaných. Z celkového počtu 100 % lékařů (lékařek) s praxí 6 let a více souhlasilo 68,25 % dotazovaných, nesouhlasilo 31,75 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že ani zde není postoj respondentů ovlivněn délkou jejich praxe.*

Výše uvedené výstupy ze tří otázek potvrzují i výsledky otázky č. 11, která se zaměřovala přímo na souhlas se změnami v současném ošetrovatelství. Tabulka 29 znázorňuje odpovědi respondentů procentuálně rozložené k jednotlivým možnostem. Nesouhlas s těmito změnami vyjádřilo 65,32 % dotazovaných, souhlasilo 6,45 % dotazovaných z celkového počtu 100 % (124). Zbylá procenta tvořila možnost nevím. Následující graf 17 už vychází pouze z možností ano a ne. Ukazuje nám, že z celkového počtu 100 % lékařů (lékařek) s praxí 5 let a méně se změnami v ošetrovatelství nesouhlasí 97,67 % dotazovaných, souhlas vyslovilo 2,33 %. Z celkového počtu 100 % lékařů (lékařek) s praxí 6 let a více nesouhlas vyjádřilo 84,78 % dotazovaných, souhlasilo 15,22 %. *Chi-testem bylo zjištěno, že postoj respondentů není ovlivněn délkou jejich praxe.* Na základě uvedených dat bylo možno zamítnout čtvrtou hypotézu.

**H4: „Lékaři s praxí kratší pět let souhlasí se změnami v ošetřovatelství na rozdíl od lékařů s dlouholetou praxí.“ Tato hypotéza se nepotvrdila.** Zamítnutí čtvrté hypotézy mě opravdu překvapilo, neboť jsem předpokládala opačný výsledek.

Zajímavé byly i výsledky otázek, které se u jednotlivých skupin respondentů (lékařů, sester a laické veřejnosti) zaměřovaly na zjištění rolí, jež může sestra v současnosti zastávat. V sesterských dotaznících to byla otázka 10. Její výsledky jsou uvedeny v tabulce 14 a korespondují s výsledky dosaženými u lékařů (lékařek), kde se na zjištění těchto rolí zaměřovala 8. otázka. Výsledky této otázky znázorňuje tabulka 28. U obou zmiňovaných skupin se na prvním místě objevila role poskytovatelky ošetřovatelské péče. Sestry ji zvolily celkem 364 krát, lékaři (lékařky) pak 97 krát. Druhé místo u sester zaujala role administrativní pracovnice, která byla v dotaznících uvedena 346 krát. U lékařů však zaujala třetí místo. Byla zaškrtnuta 77 krát. Role „služky“ byla sestrami zvolena 240 krát, lékaři pouze 26 krát. Shodně se na čtvrtém místě v počtu zvolených odpovědí u obou skupin vyskytla role edukátorky. Sestry ji uvedly 175 krát, lékaři 43 krát. Umístění této role koresponduje i s položkou „učitelka“ v odpovědích laické veřejnosti, které jsou znázorněny v tabulce 36 a vztahují se k 5. otázce jejich dotazníku. Tuto roli uvedli 40 krát. Možnost partnerka lékaře či asistentka byla sestrami zvolena celkem 139 krát (5. místo), lékaři 85 krát (2. místo) a laickou veřejností 134 krát (1. místo). Poskytovatelka ošetřovatelské péče byla laickou veřejností zaškrtnuta celkem 130 krát.

Výčet uvedených rolí koresponduje i s náplní práce zdravotní sestry tak, jak ji uvádí ve své bakalářské práci Bc. Jana Skáčilová. (51) Tento výsledek pro mne překvapením nebyl. Pouze mne udivilo, že sestry velmi často volily možnost „služka“. Vždyť poskytování ošetřovatelské péče, pomoc pacientovi v uspokojování jeho potřeb, realizace ošetřovatelského procesu je do určité míry otázkou filozofie profese. Vychází z holistického pojetí, a proto se domnívám, že role „služky“ v takovém případě nemá své opodstatnění. Jak uvádí paní doktorka Dagmar Mastiliaková ve své publikaci: „Pokud má ošetřovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátním prožívání nemoci, zotavování se z nemoci nebo umírání, je nutné, aby byly současně

uspokojovány jeho fyziologické i psychologické potřeby.“ (28, str. 10) Dnes už také víme, že k tomuto výčtu řadíme i potřeby spirituální.

## 6. Závěr

Stejně jako se rozvíjejí nejrůznější technologie, mění se i jednotlivé vědní obory, kde ani ošetřovatelství není výjimkou. Tak jako mělo 19. století svou Florence Nightingalovou, má i současné ošetřovatelství své vůdčí osobnosti. Ty se podílejí na vytváření změn a udávání směru, jakým by se mělo ošetřovatelství ubírat. Mnohdy jsou jejich jména odborné i laické veřejnosti neznámá, ale výsledky jejich činnosti vidáme kolem sebe dnes a denně.

Cíle této práce byly celkem tři: vymezení pojmu vůdcovství v ošetřovatelství, událostí, které vedly ke klíčovým změnám v profesi, a zmapování systému změn v současnosti. Před začátkem výzkumu bylo stanoveno 5 výzkumných otázek, které se týkaly první části diplomové práce. První: „Co zahrnuje pojem vůdcovství v ošetřovatelství?“ Druhá: „Jak se vůdcovství uplatňuje v rámci ošetřovatelství?“ Třetí: „Které události byly klíčové pro změny v oblasti ošetřovatelství ve světě?“ Čtvrtá výzkumná otázka: „Které události byly klíčové pro změny v oblasti ošetřovatelství v České republice?“ Pátá: „Z čeho vycházejí změny v současném ošetřovatelství v České republice?“

Tyto otázky byly zodpovězeny v teoretické části za využití dostupných pramenů. K podpoření jejich zodpovězení sloužila také kvalitativní část výzkumného šetření. Na základě výsledků bylo jasně vytyčeno, co zahrnuje pojem vůdcovství v ošetřovatelství a jak se v rámci profese uplatňuje. Své místo má nejen ve vrcholovém vedení, ale i v realizaci ošetřovatelského procesu, změn na různých úrovních či v mezilidské komunikaci. Z událostí, které byly klíčové pro změny v oblasti ošetřovatelství, jsou to jednoznačně období válek, vznik náboženství, zakládání sesterských organizací a rozvoj vzdělávání sester. V různém pořadí a důležitosti se odrazily ve světovém i národním měřítku. Na základě uvedeného se domnívám, že první a druhý cíl byl splněn.

Pro zpracování druhé části diplomové práce byly stanoveny 4 hypotézy. Na základě zjištěných dat kvantitativním šetřením mohu říci, že nedošlo k prokázání vlivu stáří respondentů na jejich zájem o ošetřovatelství ani na souhlas se změnami

v profesi v současnosti. Proto se H1: „Mladší generace se zajímá o změny v oblasti ošetrovatelství více než starší.“ nepotvrdila. Druhá hypotéza: „Mladší generace souhlasí se změnami v ošetrovatelství na rozdíl od generace starší.“ rovněž nebyla potvrzena. Třetí hypotéza: „Vysokoškolsky vzdělané sestry souhlasí se změnami v ošetrovatelství více než sestry bez vysokoškolského vzdělání.“ se zaměřovala na zjištění rozdílu souhlasu se změnami v profesi mezi sestrami bez vysokoškolského vzdělání a s vysokoškolským vzděláním. Tato hypotéza byla potvrzena. Ze získaných dat vyplynulo, že vysokoškolsky vzdělané sestry souhlasí se změnami v ošetrovatelství více než druhá skupina respondentek. Poslední 4. hypotéza: „Lékaři s praxí kratší než pět let souhlasí se změnami v ošetrovatelství na rozdíl od lékařů s dlouholetou praxí.“, nebyla potvrzena. Zjištěná data prokázala, že délka praxe nemá na názor respondentů vliv. Obě skupiny v převážné většině se změnami nesouhlasily. Z uvedeného je patrné, že i třetí cíl diplomové práce byl splněn.

Práci bude možné využít v praxi jako teoretický podklad pro vzdělávání studentů ošetrovatelství i ostatních nelékařských oborů. Dále by mohla být využita jako vodítko k doplnění představy o tom, co znamená vůdcovství a jak se uplatňuje v rámci sesterské profese. Poskytuje také přehled o stavu současného ošetrovatelství, o jeho vůdčích osobnostech a o faktorech, které jej ovlivňují.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAIR, J. *Leadership: Učte se od velkých vůdců*. Přel. Kalová, J. Brno: Computer Press, 2006. 289 s. ISBN 80-251-1256-X
2. AGYEMAN-BUDU, E. A. - WELVAERT, F. Investing in health care management: a way to explore the future value outlook of the health care sector. *Corporate Governance*, 2006, vol. 6, no. 4, s. 431 - 439. ISSN 14720701
3. ARMSTRONG, M. – STEPHENS, T. *Management a leadership*. Přel. Koubek, J. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 272 s. Přel. z: A Handbook of Management and Leadership. ISBN 978-80-247-2177-4
4. BENDER, P. U. *Niterný leadership*. Přel. Medek, P. 1. vyd. Praha: Management Press, 2002. 219 s. Přel. z: Leadership from Within. ISBN 80-7261-069-4
5. BIRCH, P. *Leadership*. Přel. Vejmelková, J. 1. vyd. Brno: CP Books, 2005. 95 s. Přel. z: Instant Leadership. ISBN 80-251-0551-2
6. BŘENDOVÁ, M. - PLOCKOVÁ, H. Vedoucí role ICN v mezinárodním ošetrovatelství. In: *Nové trendy v ošetrovatelství V., sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: V. jihočeské ošetrovatelské dny:19. - 20. září, 2006*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006. s. 24 - 38. ISBN 80-7040-844-7
7. Canadian Nurses Association. *Position Statement - Nursing leadership: CNA position*. [on-line], 2002, [citováno 2010-2-3]. Dostupné z: [http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS59\\_Nursing\\_Leadership\\_June\\_2002\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS59_Nursing_Leadership_June_2002_e.pdf)
8. ČAS. *České ošetrovatelství 8: Jak se můžeme registrovat v České asociaci sester. Ediční rada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ v Brně ve spolupráci s ČAS, 2001. 73 s. ISBN 80-7013-330-9
9. FLORENCE. Mezinárodní spolupráce ČAS. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 6, s. 5 - 6. ISSN 1801-464X
10. FRIČ, P. et al. *Vůdcovství českých elit*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 296 s. ISBN 978-80-247-2563-5

11. GLADKIJ, I. et all. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
12. GROHAR-MURRAY, M. E. - DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Přel. Heřmanová, J. - Topilová, V. Praha: Grada, 2003. 320 s. Přel. z: *Leadership and Management in Nursing*. ISBN 80-247-0267-3
13. GULÁŠOVÁ, I. *Úvod do historie ošetrovatel'stva*. Kontakt. České Budějovice: 2005, roč. 7., č. 1 - 2, s. 47 - 52. ISSN 1212-4117
14. HOLČÍK, J. – KAŇKOVÁ, P. – PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8
15. HORSKÁ, V. *Koučování ve školní praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2450-8
16. CHERRY, B. - JACOB S. R. *Contemporary Nursing - Issues, Trends And Management*. 1. vyd. St. Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-323-00248-X
17. JAROŠOVÁ, D. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, ZSF, 2007. 110 s. ISBN 987-80-7368-338-2
18. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
19. JEDLIČKOVÁ, O. Projekt LEMON. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 1995, roč. 5, č. 5, s. 11 - 12. ISSN 1210-0404
20. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. *Zákon o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění zákona č. 210/2000 Sb., zákona č. 147/2001 Sb., zákona č. 96/2004 Sb., zákona č. 121/2004 Sb., zákona č. 473/2004 Sb., zákona č. 436/2004 Sb., zákona č. 562/2004 Sb., zákona č. 342/2005 Sb., 362/2003 Sb. a 552/2005 Sb.* [on-line], 2006, [citováno 2010-2-3]. Dostupné z: [http://www.zsf.jcu.cz/official\\_board/zakon/?searchterm=vysoko%C5%A1kolsk%C3%BD%20z%C3%A1kon](http://www.zsf.jcu.cz/official_board/zakon/?searchterm=vysoko%C5%A1kolsk%C3%BD%20z%C3%A1kon)

21. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
22. KASTNEROVÁ, M. - KOTRBOVÁ, K. - VURM, V. *Národní síť zdravých měst*. Kontakt. České Budějovice: 2007, roč. 9., č. 2., s. 288 - 295. ISSN 1212-4117
23. KOHOUTOVÁ, I. *Koncepce ošetrovatelství*. In: *Nové trendy v ošetrovatelství III, sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: III. jihočeské ošetrovatelské dny: 23.-24. září 2004*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004. s. 156 - 165. ISBN 80-7040-705-0
24. KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax. [Díl] 2*. Přel. Bašta, T. et al. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 839-1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 4th ed. ISBN 80-217-0528-0
25. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ s. r. o., 2004. 135 s. ISBN 80-86199-89-4
26. *Lemon 3. Etika v práci sestry; (LEarning Material On Nursing); Ochrana zdraví sestry; Vedení a základy managementu: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 155 s. ISBN 80-7013-244-2
27. MASTILIAKOVÁ, D. - MELLANOVÁ, A. *Konference věnovaná standardizované ošetrovatelské terminologii (2. mezinárodní konference ACENDIO, Itálie, 19. - 20. 3. 1999)*. *Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství*, 1999, roč. 1, č. 1, s. 47 - 51.
28. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
29. MAXWELL, J. *Jak v lidech vypěstovat vůdčí schopnosti*. Přel. Žlábková, J. Praha: Pragma, 2002. 181 s. Přel. z: *Developing the leaders around you*. ISBN 80-7205-870-3
30. MAXWELL, J. *Rozvíjejte své vůdčí schopnosti*. Přel. Kozáková, P. Praha: Pragma, 2001. 206 s. Přel. z: *Developing the leader within you*. ISBN 80-7205-829-0



31. MELLANOVÁ, A. Historie vysokoškolského vzdělávání sester. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství II, sborník příspěvků z konference: Praha - Motol 19. - 20. 10. 2000*. 1. vyd. s. 16 - 20.
32. NCO NZO. Zřizovací listina Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. [on-line], 2008, [citováno 2010-21-3]. Dostupné z: [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=344716f6-0d9a-4b44-9260-d3aea6bd395c&groupId=10122](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=344716f6-0d9a-4b44-9260-d3aea6bd395c&groupId=10122)
33. NEUWIRTH, J. Historie počátku vysokoškolského studia ošetřovatelství u nás. In: *Nové trendy v ošetřovatelství III, sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: III. jihočeské ošetřovatelské dny: 23.-24. září 2004*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004. s. 156 - 165. ISBN 80-7040-705-0
34. NIKLÍČEK, L. – ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 376 s.
35. NOVÁKOVÁ, J. - MARKOVÁ, E. Role sestry manažerky a její vzdělávání v projektu Leonardo da Vinci. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 2002, roč. 12, č. 12, s. 20. ISSN 1210-0404
36. NOVÁKOVÁ, J. Ohlédnutí na cestě k modernímu ošetřovatelství. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství X., sborník příspěvků z odborné konference konané ve dnech 18. 9. a 19. 9. 2008 ve FN Motol*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 2009. s. 7 - 8. ISBN 978-80-87347-00-3
37. OUD, N. Acendio. *Nursing Diagnosis*, 2000, vol. 11, no. 1 (Jan-Mar), s. 41. ISSN 10467459
38. PACOVSKÝ, V. *O moderním ošetřovatelství*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 80 s.
39. PISTULKOVÁ, Alena. Osobnosti českého ošetřovatelství. Č. Bud., 2007. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta
40. PLAMÍNEK, J. *Teorie vitality: cesta od managementu k leadershipu*. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2006. 168 s. ISBN 80-86851-36-2

41. PLEVOVÁ, I. – SLOWIK, R. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5
42. PORTER, R. *Největší dobrodiní lidstva: Historie medicíny od starověku po současnost*. Přel. Hořejší, J. 1. vyd. Praha: Prostor, 2001. 807 s. Přel. z: *The greatest benefit to mankind*. ISBN 80-7260-052-4
43. ROZSYPALOVÁ, M. – SVOBODOVÁ, H. – ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají – Příspěvek k historii ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1
44. SALVAGE, J. *Ošetrovatelství v akci, Podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu „Zdraví pro všechny“*. 1. vyd. Přel. Strajtová, A. Praha: ČAS, 1997. 119 s. Přel. z: *Nursing in action*. ISBN 92-890-1312-5
45. Sbírka zákonů Česká republika. *Částka 139. Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, a vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. V platném znění a ve znění pozdějších předpisů. [on-line], 2004, [citováno 2010-01-01]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb139-04.pdf>
46. Sbírka zákonů Česká republika. *Částka 156. Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory vzdělávání zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*. V platném znění a ve znění pozdějších předpisů. [on-line], 2004, [citováno 2009-12-27]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb156-04.pdf>
47. Sbírka zákonů Česká republika. *Částka 30. Zákon č. 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)*. V platném znění a ve znění pozdějších předpisů. [on-line], 2004, [citováno 2010-01-01]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb030-04.pdf>

48. Sbírka zákonů Česká republika. Částka 56. Vyhláška č. 189/2009 Sb., o atestační zkoušce a zkoušce k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušce akreditovaných kvalifikačních kurzů a aprobační zkoušce a o postupu při ověření znalosti českého jazyka (vyhláška o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních). V platném znění a ve znění pozdějších předpisů. [on-line], 2005, [citováno 2009-12-27]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu-stejnopisy-sbirky-zakonu.aspx>
49. Sbírka zákonů Česká republika. Částka 7. Zákon č. 18/2004 Sb. o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznání odborné kvalifikace). V platném znění a ve znění pozdějších předpisů. [on-line], 2004, [citováno 2010-01-01]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb007-04.pdf>
50. Sbírka zákonů Česká republika. Částka 8. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. V platném znění a ve znění pozdějších předpisů. [on-line], 2005, [citováno 2009-12-27]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2005/sb008-05.pdf>
51. SKÁCILOVÁ, Jana. Profesionální image sestry. Zlín, 2007. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
52. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 7: Galerie historických osobností. Ediční rada – praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
53. STAŇKOVÁ, M. Kam směřuje současné ošetřovatelství? In: *Sborník příspěvků z konference Cesta k modernímu ošetřovatelství*. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 1999. 1. vyd. s. 41 - 45.
54. STAŇKOVÁ, M. Mezinárodní organizace sester. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 1993, roč. 3, č. 2, s. 8. ISSN 1210-0404

55. STAŇKOVÁ, M. Projekt lemon se blíží do cíle. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*, 1996, roč. 6, č. 2, s. 25. ISSN 1210-0404
56. STAŇKOVÁ, M. Projekt Lemon Světové zdravotnické organizace při vzdělávání sester. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 1993, roč. 3, č. 6, s. 11. ISSN 1210-0404
57. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5
58. ŠKUBOVÁ, J. – CHVÁTALOVÁ, H. *Sestra - O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 140 s. ISBN 80-7013-407-0
59. ŠKUBOVÁ, J. Leonardo letos v Praze. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 2000, roč. 10, č. 3, s. 30. ISSN 1210-0404
60. TOMAN, M. *Řízení změn*. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2005. 152 s. ISBN 80-86851-13-3
61. Úřední věstník Evropské unie. *Nářízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 851/2004 ze dne 21. dubna 2004 o zřízení Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí*. [on-line], 2004, [citováno 2010-01-06]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:15:08:32004R0851:CS:PDF>
62. Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky. *Metodická opatření - 9. Koncepce ošetrovatelství*. [on-line], 2004, [citováno 2009-12-25]. Dostupné z: [http://209.85.135.132/search?q=cache:Fc9ZNwCA1GIJ:portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx%3Fid%3D11%26name%3DP%C5%99%C3%ADloha\\_9\\_KoncepceO%C5%A1P%C3%A9%C4%8De\\_O%C5%A1Proces.pdf+koncepce+%C4%8Desk%C3%A9ho+o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-a](http://209.85.135.132/search?q=cache:Fc9ZNwCA1GIJ:portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx%3Fid%3D11%26name%3DP%C5%99%C3%ADloha_9_KoncepceO%C5%A1P%C3%A9%C4%8De_O%C5%A1Proces.pdf+koncepce+%C4%8Desk%C3%A9ho+o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-a)

## **8. Klíčová slova**

Vůdcovství

Vůdcovství v ošetřovatelství

Vůdčí postavy ošetřovatelství

Teorie změn

Změny v ošetřovatelství

## 9. Seznam zkratek

ACENDIO	Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes
ARIP	Katedra anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČAS	Česká asociace sester
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSČK	Československý červený kříž
ČSL	Česká společnost lékařů
ČSS	Česká společnost sester
EDTNA/ERCA	European Dialysis and Transplant Nurse Association & European Renal Care Association (Evropská asociace dialyzačních a transplantačních sester & Evropská asociace renální péče)
EHS	Evropské hospodářské společenství
EONS	European Oncology Nursing Society (Evropská onkologická sesterská společnost)
EU	Evropská unie
EURONET	Evropská síť
FN	Fakultní nemocnice
GŘ	Generální ředitelství
ICN	International council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
ICNP	International Classification for Nursing Practice (Mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe)
IDV PZ	Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků Johnson & Johnson`s CSR EME
JIP	Jednotka intenzivní péče
LEMON	Learning material on nursing
LF UK	Lékařská fakulta Karlovy univerzity

MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZe	Ministerstvo zemědělství
MŽP	Ministerstvo životního prostředí
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NEHAP	Národní akční plán zdraví a životního prostředí
OSN	Organizace spojených národů
PROREC	Promotion Strategy for European Electronic Healthcare Records (Strategie na podporu rozvoje elektronické zdravotní dokumentace klientů/pacientů v Evropě)
PSS	Pomaturitní specializační studium
r.	roku
RE	Rada Evropy
SPL ČR	Spolek praktických lékařů České republiky
SZŠ	Střední zdravotnická škola
TELENURSE	Telematic Application form Nurse
UK	Karlova univerzita
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
USA	Spojené státy americké
WENR	Pracovní skupina evropských sester pro výzkum
WHA	World Health Assembly (Světové zdravotnické shromáždění)
WHO	Světová zdravotnická organizace
WTO	Světová obchodní organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## 10. Přílohy

### 10. 1 Seznam příloh

- Příloha 1: Shrnutí rozdílu mezi řízením a vedením
- Příloha 2: Složky leadershipu – schopnosti lídrů
- Příloha 3: Grafické znázornění manažerských rolí sestry
- Příloha 4: Typy vedení užívané v ošetrovatelství
- Příloha 5: Přehled zákonů upravujících výkon nelékařských zdravotnických povolání
- Příloha 6: Test pro předběžný průzkum prostředí
- Příloha 7: Princip postojů, chování a výsledků
- Příloha 8: Komunikace lídra v procesu změny
- Příloha 9: Proces sledování a hodnocení změn
- Příloha 10: Znázornění zdravotnického systému v ČR
- Příloha 11: Znázornění kontroly zpětnou vazbou
- Příloha 12: Osnovy rozhovorů s respondenty kvalitativního šetření
- Příloha 13: Informovaný souhlas
- Příloha 14: Dotazník pro lékaře (lékařky)
- Příloha 15: Dotazník pro sestry
- Příloha 16: Dotazník pro laickou veřejnost



## Příloha 1: Shrnutí rozdílů mezi řízením a vedením

### a) Shrnutí rozdílů mezi řízením a vedením dle Zaleznika

Řízení znamená:	Vedení znamená:
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ důraz na racionalitu a kontrolu.</li><li>✓ uplatňování neosobních postojů k cílům, projevování tendencí reagovat na situace a na nápady a myšlenky.</li><li>✓ působení v podmínkách omezené volby a vyžadování moci směrem k řešení přijatelným jako kompromisy mezi rozdílnými hodnotami.</li><li>✓ podřízení úzce zaměřeným účelům</li><li>✓ upřesňování vyzkoušených a osvědčených způsobů činností. Tendence k nechuti podstupovat riziko, instinkt přežít dominuje potřebě vyhnout se riziku.</li><li>✓ schopnost tolerovat přízemní, rutinní práci.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ otevřenost novým možnostem.</li><li>✓ uplatňování osobních a aktivních postojů k cílům, spíše vytváření nápadů a myšlenek než reagování na ně.</li><li>✓ ovlivňování myšlenek a činů jiných lidí.</li><li>✓ vizualizaci (zviditelňování, ukazování) účelů a vytváření hodnoty v práci.</li><li>✓ uplatňování nových přístupů k dlouhodobým problémům. Práce vyznačující se vysoce rizikovým přístupem.</li><li>✓ pohled na přízemní, rutinní práci jako na utrpení a neštěstí.</li></ul>

### b) Shrnutí rozdílů mezi vedením a řízením dle Kottera

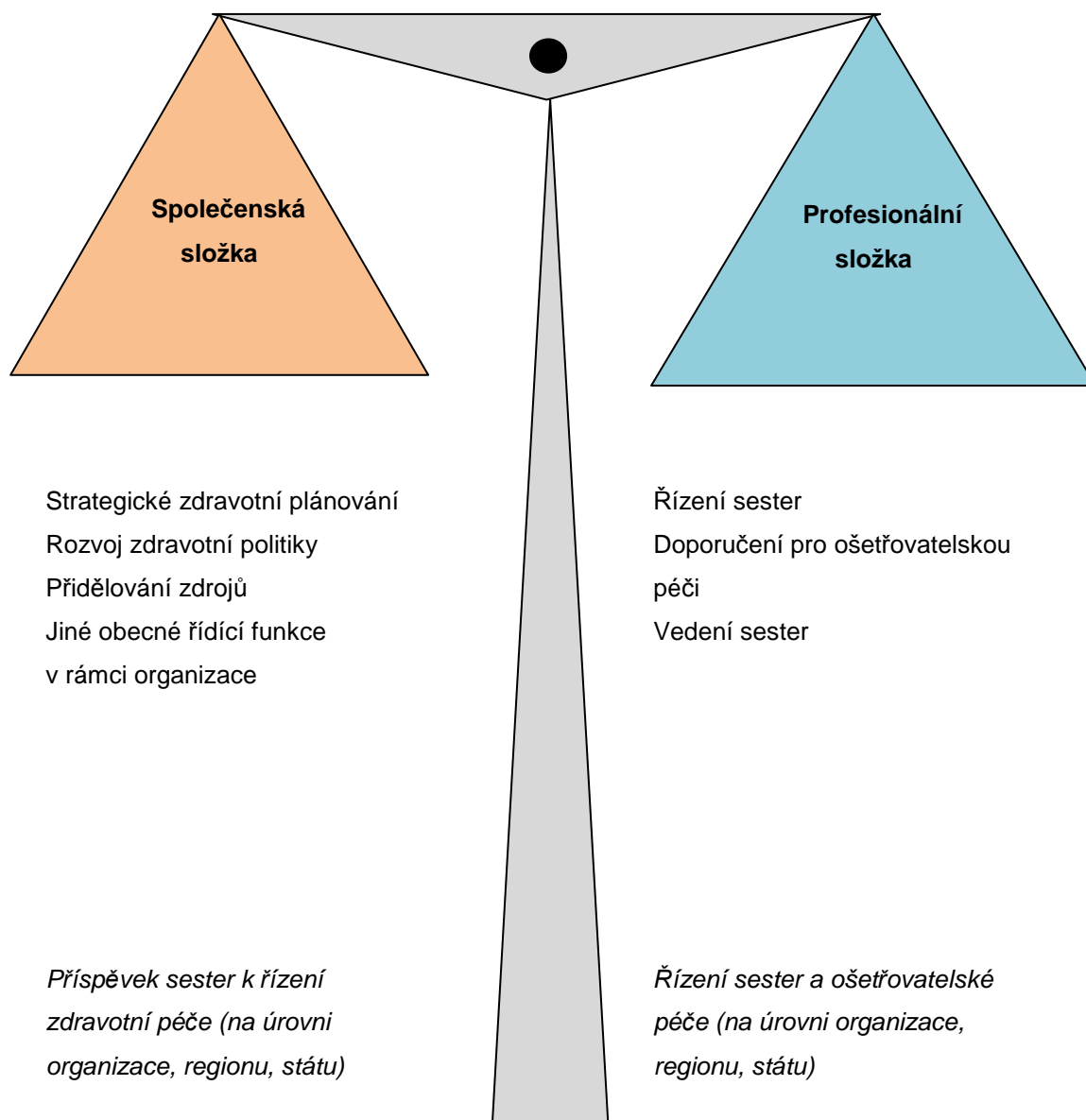
Řízení znamená:	Vedení znamená:
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ orientaci na zvládání složitostí pomocí plánování a alokace peněžních prostředků s cílem řádně dosahovat výsledků, nikoliv dosahovat změny.</li><li>✓ zajišťování schopnosti plnit plány pomocí zabezpečování dostatku pracovníků – vytváření personálních systémů, které mohou realizovat plány tak přesně a efektivně, jak je to jen možné.</li><li>✓ zabezpečování plnění plánů pomocí kontroly a řešení problémů – formální a neformální porovnávání výsledků s plánem, zjišťování odchylek a poté plánování a organizování směřující k řešení problémů.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ orientace na dosahování změny pomocí vytváření vize budoucnosti a vytváření strategií potřebných k uskutečnění dané vize.</li><li>✓ sešikování lidí pomocí komunikace o nových směrech a vytváření koalic, které chápou vizi a jsou ochotny ji uskutečnit.</li><li>✓ používání motivování lidí za účelem jejich aktivizace – nenutit je, aby se dali správným směrem tak, jak to dělají různé nástroje kontroly, ale zabezpečovat to pomocí uspokojování základních lidských potřeb úspěchu, pocitu sounáležitosti, uznání, seberealizace, pocitu kontroly nad svým vlastním životem a chorosti žít podle vlastních představ.</li></ul>

## **Příloha 2: Složky leadershipu – schopnosti lídrů**

- ✓ Znalost sama sebe / hodnot
- ✓ Vize
- ✓ Zaujetí
- ✓ Ochota riskovat
- ✓ Komunikační dovednosti
- ✓ Kontrola pokroku / výsledků
- ✓ Usilovná práce
- ✓ Trpělivost
- ✓ Stanovení cílů
- ✓ Styky se správnými lidmi
- ✓ Znalost vlastního oboru
- ✓ Víra v sebe sama
- ✓ Touha uspět
- ✓ Práce v oboru,  
který milujeme
- ✓ Láska k práci, kterou děláme
- ✓ Pozitivní postoj
- ✓ Umění vycházet s lidmi
- ✓ Důvěra v instinkty / intuici
- ✓ Plnění slibů
- ✓ Sebedůvěra
- ✓ Odvaha
- ✓ Upřímnost a věrohodnost
- ✓ Soustředěnost
- ✓ Přebírání iniciativy  
a zodpovědnosti
- ✓ Motivace / inspirace druhých
- ✓ Starostlivost / soucitnost
- ✓ Uznávání zásluh / oceňování  
dokonalosti
- ✓ Vytrvalost / vitalita
- ✓ Důkladnost / pozornost  
k detailům
- ✓ Schopnost pracovat  
pod tlakem

**Zdroj: 4 – str. 22**

### Příloha 3: Grafické znázornění manažerských rolí sestry



**Zdroj: 26 – str. 136**

#### Příloha 4: Typy vedení užívané v ošetrovatelství

Stupeň centralizace	autokratický styl	demokratický styl	liberální styl
	maximálně centralizovaný	optimálně centralizovaný	minimálně centralizovaný
zdroje, typy moci, které manažer využívá	<i>autorita, odměny, tresty, informace</i>	<i>autorita, informace, odbornost, osobní vlastnosti</i>	<i>informace, osobní vlastnosti, odbornost</i>
stupeň svobody pracovníků, podřízených	<i>minimální</i>	<i>optimální</i>	<i>maximální</i>
komunikace	<i>převážně jednosměrná manažer – pracovník</i>	<i>převážně jednosměrná manažer - pracovník</i>	<i>převážně jednosměrná pracovník - manažer</i>
účast podřízených na komunikaci	<i>nedostatečná</i>	<i>přeměřená</i>	<i>volná, svobodná, rozhodování je téměř úplně přenesené na podřízené</i>
samostatnost a iniciativa podřízených	<i>potlačena</i>	<i>respektovaná</i>	<i>podporovaná</i>
výkonnost	<i>může být vysoká, ale ne na základě upřímné zainteresovanosti pracovníků</i>	<i>přiměřená, kvalitní a dlouhodobá, v případě potřeby se zvyšuje</i>	<i>vysoká jen v kolektivu vysoce kvalifikovaných samostatně pracujících odborníků, jinak nízká</i>

Zdroj: 18 – str. 87

**Příloha 5: Přehled zákonů upravujících výkon nelékařských zdravotnických povolání**

<b>číslo zákona, vyhlášky</b>	<b>název zákona, vyhlášky</b>
<b>96/2004 Sb.</b>	<i>o nelékařských zdravotnických povoláních</i>
<b>423/2004 Sb.</b>	<i>kreditní systém pro vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků</i>
<b>424/2004 Sb.</b>	<i>činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků</i>
<b>18/2004 Sb.</b>	<i>o uznávání odborné kvalifikace</i>
<b>463/2004 Sb.</b>	<i>obory vzdělávání zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí</i>
<b>39/2005 Sb.</b>	<i>minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání</i>
<b>189/2009 Sb.</b>	<i>o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních</i>

**Zdroj: 45, 46, 47, 48, 49, 50 - Sbírka zákonů ČR**

## Příloha 6: Test pro předběžný průzkum prostředí

Kontrolní otázka	Odpověď	
	Ano	Ne
Přinese změna pracovníkům, organizaci výhody?		
Je změna v souladu se záměry organizace?		
Je předmět změny specifický a jasný?		
Je alespoň 20% nejméně postavených lidí (vedoucích osob, kteří mají vliv) organizace změně nakloněno?		
Je možné změnu vyzkoušet předtím, než se k ní skutečně přistoupí?		
Jsou fyzikální, finanční a lidské zdroje schopné změnu uskutečnit?		
Je změna odvolatelná, vratná?		
Je tato změna dalším samozřejmým krokem?		
Má změna dlouhodobé i krátkodobé výhody?		
Je vedení schopné tuto změnu provést?		
Je pro změnu ten pravý čas?		

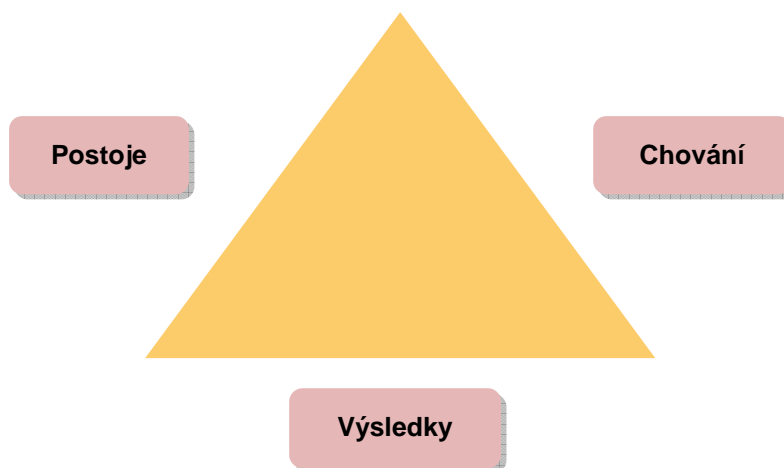
*Pokud na některé otázky není možné odpovědět jinak než záporně, tedy možností „NE“, značí to, že provedení změny může být obtížné.*

*U poslední položky („Je pro změnu ten pravý čas?“) je třeba pamatovat, že:*

- ✓ špatné rozhodnutí ve špatnou dobu = katastrofa,
- ✓ špatné rozhodnutí ve správnou dobu = chyba,
- ✓ správné rozhodnutí ve špatnou dobu = nepřijetí,
- ✓ správné rozhodnutí ve správný čas = úspěch.

**Zdroj: 30 – str. 74 – 75**

## Příloha 7: Princip postojů, chování a výsledků



### **Postoje:**

- ✓ Ujasněte si svou vizi. Prožívejte své zaujetí.
- ✓ Ujasněte si výsledky, kterých chcete dosáhnout.
- ✓ Dívejte se kolem sebe a jděte za hranice toho, co je známé nebo momentálně možné. Přitom zůstávejte praktičtí.
- ✓ Nejlepší vize v sobě spojují logiku a intuici. Nejlepší zaujetí v sobě spojuje hlavu a srdce. Obě vyžaduje myšlenky a pocity.
- ✓ Nedovolte, aby vás zastavil strach z toho, že budete „jiní“.

### **Chování:**

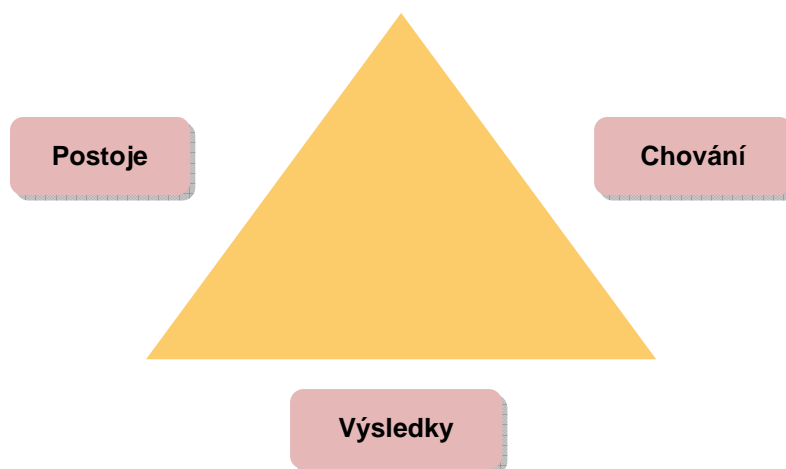
- ✓ Soustřeďte se. Nesnažte se dělat příliš mnoho věcí najednou; mohlo by se stát, že nedokážete vůbec nic.
- ✓ Stýkejte se s lidmi, kteří mají vizi i zaujetí. Podporujte je a oni budou podporovat vás.
- ✓ Pracujete-li s dalšími lidmi, vybudujte si společnou vizi.
- ✓ Nezavrhujte druhé proto, že jsou jiní. Přesvědčte se, čemu se můžete z jejich odlišného pohledu naučit.

### **Výsledky:**

- ✓ Čím více máte vize a zaujetí, tím lépe se cítíte. Čím lépe se cítíte, tím lepší jsou výsledky, kterých dosahujete.
- ✓ Vize a zaujetí jsou účinnější než síla a kontrola. Chcete-li zlepšit výsledky, zjistěte, co je pro vás i pro druhé důležité. Využijte této inspirace a energie ve svůj prospěch.

**Zdroj: 4 – str. 118 – 119**

## Příloha 8: Komunikace lídra v procesu změny



### **Postoje:**

- ✓ Komunikace vytváří spojení mezi lidmi. Je to výměna informací a pocitů, která vede ke vzájemnému porozumění.
- ✓ Čím lépe poznáte sami sebe, tím lépe budete schopni komunikovat své naděje, obavy, energii, zápal, vizi a lásku.
- ✓ Při projevu před skupinou jiných lidí je nervózní každý. Smiřte se svými nedostatky, a pak se k tomu přesto odhodlejte.

### **Chování:**

- ✓ Komunikace je jako leadership. Existují praktické dovednosti, které si můžete osvojit, abyste se v ní zlepšili.
- ✓ Neustávejte v tréninku. Mluvte, pište a dávejte najevo to, co opravdu chcete.
- ✓ Vyjádřete to, co v hloubi duše cítíte, a řekněte nahlas, co máte na mysli. Upřímné vyjádření vlastního názoru je balzámem na duši.
- ✓ Neustále komunikujte, co si myslíte a jak se cítíte, prostřednictvím slov, tónu hlasu i řeči těla. (dávejte si pozor na to, co jimi dáváte najevo!)

### **Výsledky:**

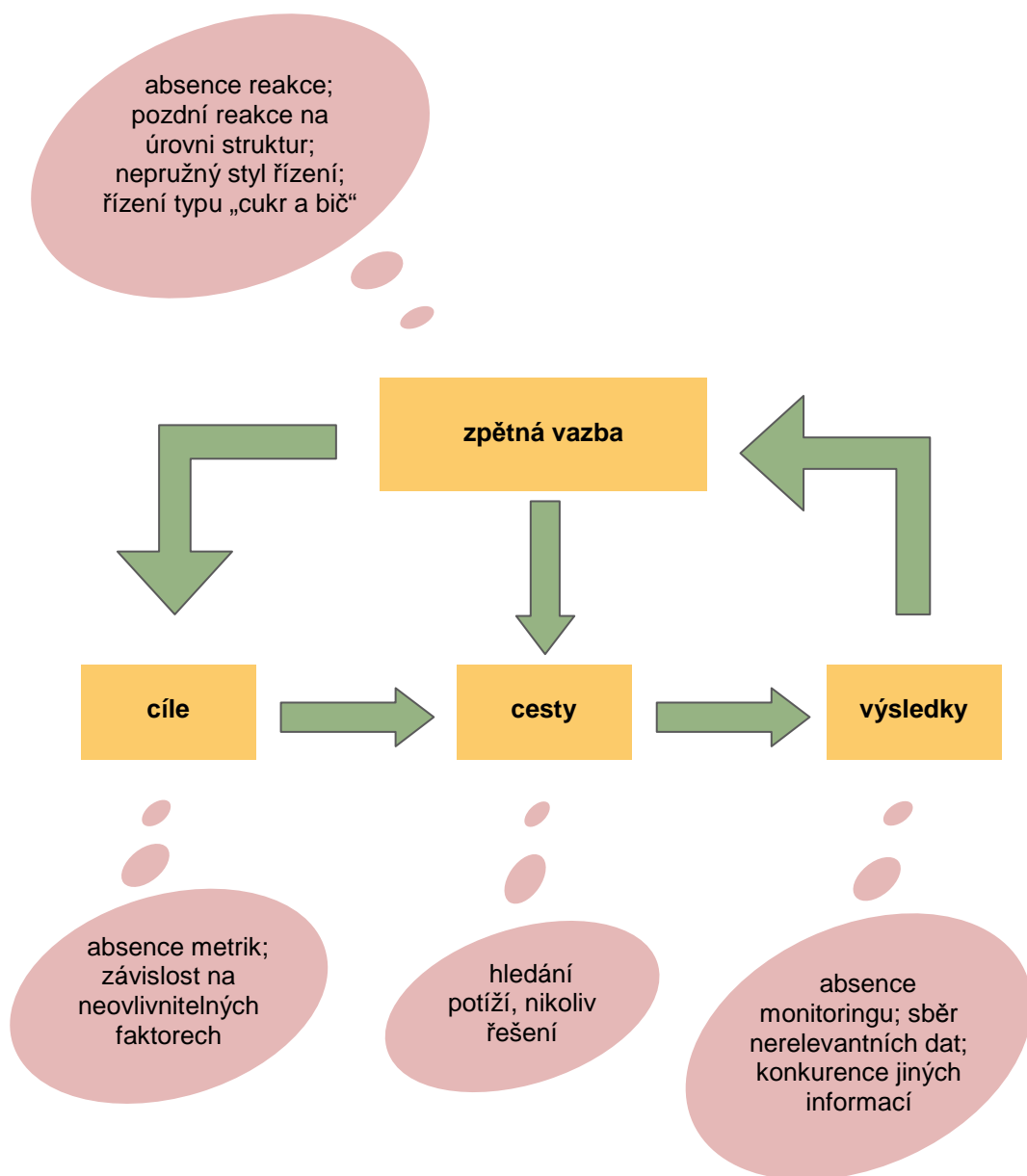
- ✓ Někteří lidé budou chtít slyšet víc. Poskytnou vám podporu a povzbuzení.
- ✓ Někteří lidé nebudou chtít poslouchat ani slyšet víc. Budou vás ignorovat.
- ✓ Načerpáte uspokojení z toho, že naleznete sebevyjádření, vyvoláte emoce některých lidí a přimějete je k činu. **(To znamená být lídrem.)**

**Zdroj: 4 – str. 172 – 173**



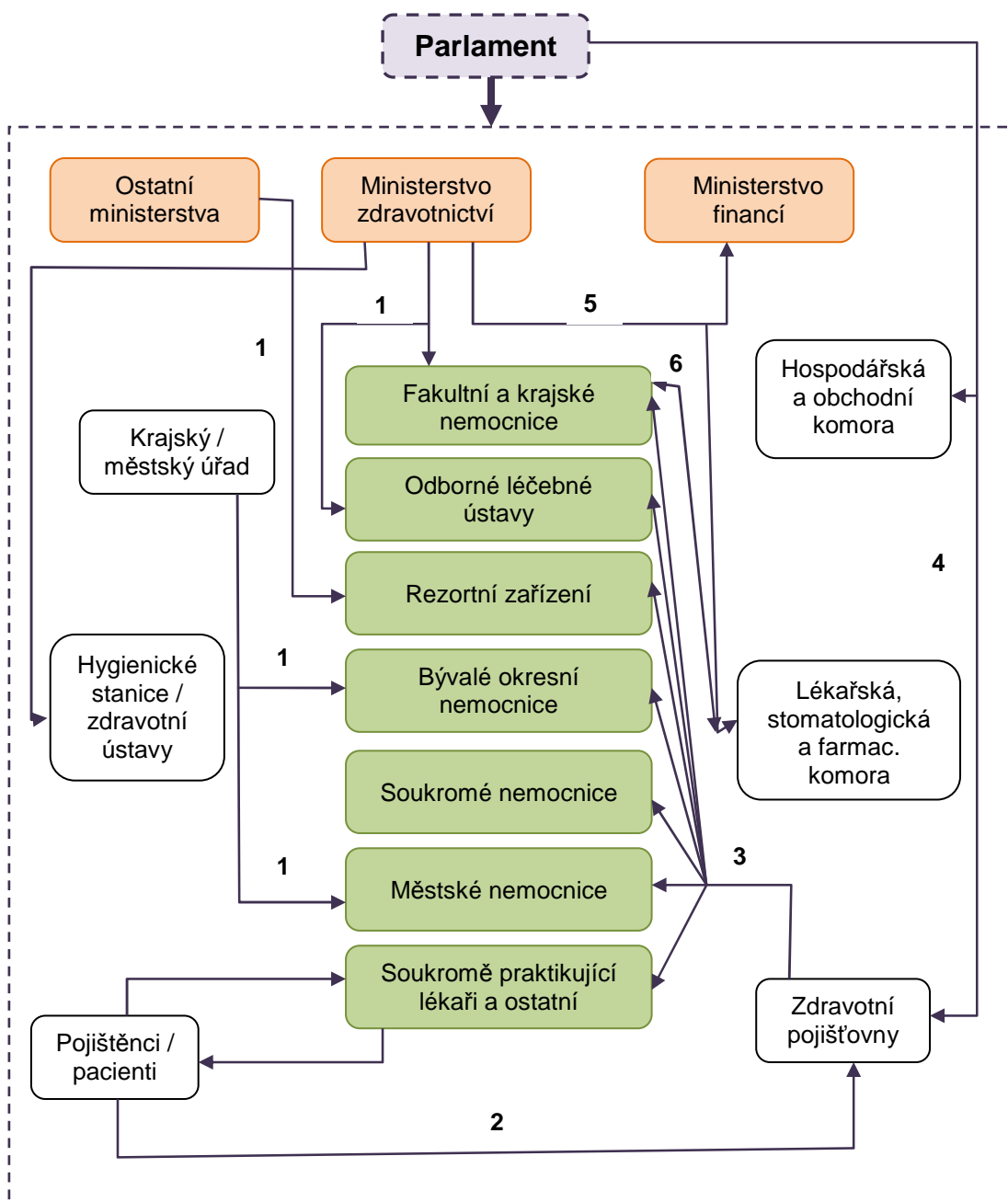


Obrázek č. 2



Zdroj: 40 – str. 54

## Příloha 10: Znázornění zdravotnického systému v ČR



### Legenda:

1 - zřizovatel

3 - smlouvy

5 - dohled a schvalování

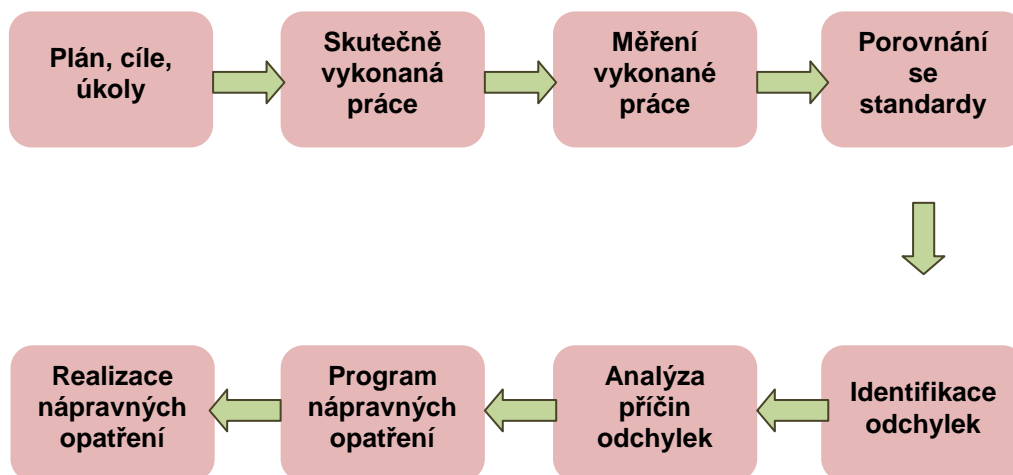
2 - povinné pojištění se svobodnou volbou pojišťovny

4 - dohodovací řízení

6 - odborné společnosti

Zdroj: 11 - str. 55

## Příloha 11: Znázornění kontroly zpětnou vazbou



Zdroj: 11 - str. 279

## **Příloha 12: Osnovy rozhovorů s respondenty kvalitativního šetření**

### *Osnova rozhovoru s Mgr. et Mgr. Evou Proškovou*

- 1) Co Vás přivedlo právě k ošetřovatelství?
- 2) Během doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Které z těchto změn byste považovala za nejvýznamnější?  
→ Proč právě tyto změny?
- 3) Na mnohých změnách jste se sama také podílela. Jak jste vnímala prosazování těchto změn?
- 4) Zabýváte se také vzděláváním a kompetencemi sester, jak jste se současným stavem této oblasti spokojená?
- 5) Vzpomněla byste si, jaké to bylo, když se o kompetencích sester a o registraci začalo hovořit poprvé?
- 6) Když se podíváme na aktivity českých sester na mezinárodním poli, ať už se jedná o různé vzdělávací programy, jako byl Leonardo da Vinci, LEMON nebo projekt HOPE apod., či spolupráci na výzkumech, jak si podle Vašeho názoru stojíme?
- 7) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?
- 8) Když byste sama za sebe měla rozhodnout, které osoby české ošetřovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenovala?

### *Osnova rozhovoru s PhDr. Ivankou Kohoutovou, PhD, R. S.*

- 1) Co Vás přivedlo právě k ošetřovatelství?
- 2) Během doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Které z těchto změn byste považovala za nejvýznamnější?  
→ Proč právě tyto změny?
- 3) Na mnohých změnách jste se sama také podílela. Jak jste vnímala prosazování těchto změn?
- 4) Zabýváte se také vzděláváním a kompetencemi nelékařských zdravotnických pracovníků, jak jste se současným stavem této oblasti spokojená?

- 5) Vzpomněla byste si, jaké to bylo, když se o kompetencích sester a o registraci začalo hovořit poprvé?
- Jak jste z Vašeho pohledu vnímala prosazování registrace nutné k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu?
- 6) Na stránkách Vaší školy jsem si všimla, že jste zapojeni kromě projektu Leonardo da Vinci i do dalších mezinárodních projektů. V čem vidíte největší užitek těchto aktivit?
- Když bychom se podívaly na aktivity českých sester na zahraničním poli, jak si podle Vašeho názoru stojíme?
- 7) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?
- 8) Když byste sama za sebe měla rozhodnout, které osoby české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenovala?

*Osnova rozhovoru s doc. MUDr. Jiřím Neuwirthem, CSc.*

- 1) Co Vás přivedlo právě k medicíně?
- 2) Od doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Jaké byly sestry, když jste začínal?
- Je to velká změna oproti současnosti?
- 3) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?
- 4) V knize o doc. PhDr. Martě Staňkové, CSc. jsem se dočetla, že jste se společně s ní ve velké míře zasloužil o otevření prvního řádného denního studia oboru učitelství odborných předmětů zdravotnických škol (obor pedagogika – ošetrovatelství). Jak na tuto dobu vzpomínáte?
- Domníváte se, že vysokoškolské vzdělávání sester je tím správným krokem vpřed?
- 5) Když slyšíte nebo čtete, co všechno se kolem celoživotního vzdělávání sester, registrace či jejich nedostatku ve zdravotnických zařízeních apod. děje, co si o tom myslíte?

- 6) Když byste sám za sebe měl rozhodnout, které osoby české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenoval?

*Osnova k rozhovoru s Evou Kvasnicovou*

- 1) Co Vás přivedlo právě k ošetrovatelství?
- 2) Během doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Které z těchto změn byste považovala za nejvýznamnější?  
→ Proč právě tyto změny?
- 3) Jste hlavní sestrou poměrně velké nemocnice. Jaké to pro Vás je, vést takové množství lidí?
- 4) Ve Vašem životopise na stránkách ČAS jsem se dočetla, že máte ukončené vzdělání v oblasti management ve zdravotnictví a krizového managementu ve zdravotnictví. Myslíte si, že Vám tyto znalosti poskytují ve Vaší funkci nějakou výhodu?
- 5) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?
- 6) Ráda bych se Vás zeptala na projekt Hope, kterého jste se zúčastnila. Jak na tuto dobu vzpomínáte?
- 7) Když se celkově podíváme na aktivity českých sester na mezinárodním poli, ať už se jedná o různé vzdělávací programy či spolupráci na výzkumech, jak si podle Vašeho názoru stojíme?
- 8) Když byste sama za sebe měla rozhodnout, které osoby české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenovala?

*Rozhovor s Mgr. Janou Mikulkovou*

- 1) Co Vás přivedlo právě k ošetrovatelství?
- 2) Během doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Které z těchto změn byste považovala za nejvýznamnější?  
→ Proč právě tyto změny?
- 3) Jste ředitelkou Národního centra ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, jak jste s jeho chodem spokojená?

→ Vzpomněla byste si, jaké to bylo, když se toto centrum budovalo?

4) Zabýváte se také vzděláváním a kompetencemi nelékařských zdravotnických pracovníků, co si o současném stavu této oblasti myslíte?

5) Vzpomněla byste si, jaké to bylo, když se o změnách ve vzdělávání sester začalo hovořit poprvé?

→ Jak jste vnímala prosazování změn v této oblasti?

6) Když se podíváme na aktivity českých sester na mezinárodním poli, ať už se jedná o různé vzdělávací programy, jako byl Leonardo da Vinci, LEMON nebo projekt HOPE apod., či spolupráci na výzkumech, jak si podle Vašeho názoru stojíme?

7) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?

8) Když byste sama za sebe měla rozhodnout, které osoby české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenovala?

#### *Osnova rozhovoru MUDr. Luborem Kinštem*

1) Co Vás přivedlo právě k medicíně?

2) Jaký je Váš názor na současné zdravotnictví jakožto celku?

3) Od doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Jaké byly sestry, když jste začínal?

→ Je to velká změna oproti současnosti?

4) Jste místopředseda SPL ČR. Jak se díváte ze své pozice na snahy obnovit instituci komunitních sester?

5) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?

6) Když slyšíte nebo čtete, co všechno se kolem celoživotního vzdělávání sester, registrace či jejich nedostatku ve zdravotnických zařízeních apod. děje, co si o tom myslíte?

7) Když byste sám za sebe měl rozhodnout, které osoby české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenoval?



*Osnova k rozhovoru s PhDr. Karlou Pochylou, R. N.*

- 1) Co Vás přivedlo právě k ošetřovatelství?
- 2) Během doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Které z těchto změn byste považovala za nejvýznamnější?
  - Proč právě tyto změny?
  - Jaké bylo jejich prosazování?
- 3) Ještě jako ředitelka NCO NZO jste se účastnila jednání, které se týkalo problematiky získávání „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“ (registrace dle z. č. 96/2004 Sb.). Jednalo se o to, že systém byl příliš složitý a na sestry tvrdší než na lékaře.
  - Dalo by se říct, jak k této situaci došlo?
  - Jaké tedy byly následné kroky? (následný proces)
  - Co se podařilo prosadit?
- 4) Ráda bych se ještě vrátila k období, kdy jste působila jako ředitelka NCO NZO. Jaké to bylo, vést a budovat tuto instituci?
  - Projednávala jste i spolupráci na výzkumných projektech se zahraničními partnery, či dojednávala mezinárodní konference. Proto bych se Vás ráda zeptala, jak si dle Vašeho názoru v této oblasti stojíme?
- 5) Z Vaší dílny (výsledek projektu ČAS) pochází Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu, která umožňuje stanovit optimální personální vybavení standardních ošetřovatelských jednotek pro dospělé.
  - Jak vlastně celý tento projekt začal a probíhal?
  - Je to sice velmi individuální, ale dalo by se říci, jak se dle Vašeho názoru k této metodě staví management lůžkových zařízení?
- 6) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?
- 7) Když byste sama za sebe měla rozhodnout, které osoby české ošetřovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenovala?

*Osnova k rozhovoru s PhDr. Alenou Mellanovou, CSc.*

- 1) Co Vás přivedlo právě k ošetřovatelství?
- 2) Během doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Které z těchto změn byste považovala za nejvýznamnější?
  - Proč právě tyto změny?
  - Jaké bylo jejich prosazování?
- 3) Dalo by se říci, že se „celý“ svůj profesní život věnujete přípravě, realizaci a rozvoji vysokoškolského studia sester. Vždyť se Vám také podařilo prosadit bakalářské studium sester na 1. LF UK.
  - Jak jste v současnosti s oblastí vzdělávání sester spokojená?
  - Stále je možné mezi lidmi, nejen „laickou“ veřejností, slyšet názor, že sestry vysokoškolské studium nepotřebují. Že by v podstatě stačilo, aby se celoživotně vzdělávaly v různých kurzech. Čím myslíte, že je to dané?
- 4) Na stránkách Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství jsem si všimla, že se zaměřujete v rámci projektu Leonardo da Vinci na Projekt JPD3 - Rozvoj E-learningové formy studia na 1. lékařské fakultě UK v Praze - Reg.čís. 2035.
  - V období mezi roky 2001 - 2004 byl Váš ústav partnerem projektu Leonardo. Jak se Vám podařilo se do něj zapojit?
  - Cílem tehdy bylo analyzovat kompetence staničních sester, navrhnout a realizovat vzdělávací program v rámci kontinuálního vzdělávání. Jak jste byla s průběhem a výsledky projektu spokojená?
  - Co byste z Vašeho pohledu považovala za nejdůležitější, při realizaci spolupráce na mezinárodní úrovni?
- 5) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?
- 6) Když byste sama za sebe měla rozhodnout, které osoby české ošetřovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenovala?

*Osnova k rozhovoru s MUDr. Zdeňkem Mrozkem, PhD.*

- 1) Co Vás přivedlo právě k medicíně?
- 2) Jaký je Váš názor na současné zdravotnictví jakožto celku?
- 3) Od doby, kdy se v této profesi pohybujete, se jistě mnohé změnilo. Jaké byly sestry, když jste začínal?  
→ Je to velká změna oproti současnosti?
- 4) Dnes už je to sice dáno legislativou, ale jak se díváte na vysokoškolské vzdělávání sester?
- 5) Jak byste hodnotil prosazování změn - ať už se týká sester nebo lékařů?  
→ Spolupracují tyto skupiny při různých dohodovacích řízeních, nebo jsou spíše jeden druhému protipólem.
- 6) Domníváte se, že současná sestra, potřebuje kromě znalostí typických pro tento obor, také znalosti z oblasti vedení (leadershipu) a managementu?
- 7) Když slyšíte nebo čtete, co všechno se kolem celoživotního vzdělávání sester, registrace či jejich nedostatku ve zdravotnických zařízeních apod. děje, co si o tom myslíte?
- 8) Když byste sám za sebe měl rozhodnout, které osoby české ošetrovatelství ovlivnily nejvíce, koho byste jmenoval?

### **Příloha 13: Informovaný souhlas**

Informovaný souhlas:

Respondent/ka: .....

Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl/a Bc. Věrou Veisovou seznámen/a s výstupem z rozhovoru, který bude s uvedením mého jména (jakožto respondenta/ky) publikován v diplomové práci s názvem: „Vůdcovství v ošetřovatelství“.

Prohlašuji a dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že mi Bc. Věra Veisová osobně vysvětlila vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, a měl/a jsem možnost klást jí otázky, na které mi řádně odpověděla.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s uveřejněním mnou schváleného výstupu z rozhovoru ve výše jmenované diplomové práci.

V ..... dne .....

.....

Vlastnoruční podpis respondenta/ky

## **Příloha 14: Dotazník pro lékaře (lékařky)**

*Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,*

*dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se zaměřuje na postoje veřejnosti ke změnám v sesterské profesi. Výsledky použiji pro zpracování výzkumné části své diplomové práce v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích - oboru Ošetrovatelství.*

*Dotazník je anonymní a se všemi informacemi budu nakládat v souladu se zákonem. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.*

*Děkuji Bc. Věra Veisová*

### **Dotazník:**

*Není-li uvedeno jinak, zaškrtněte prosím jednu z nabízených možností.*

#### **1) Z jakého kraje jste?**

- Jihočeského                       Plzeňského                       jiné: .....
- Karlovarského                       Z Prahy

#### **2) Kolik je Vám let?**

- méně než 27                       36 - 44                       54 - 62
- 27 - 35                       45 - 53                       více než 62

#### **3) Jak dlouho pracujete jako lékař (-ka)?**

- 5 let a méně                       6 let a více

#### **4) Kde pracujete?**

*Můžete zvolit více odpovědí.*

- na obvodě jako praktický lékař                       ve státním zdravotnickém zařízení v lůžkové části
- v soukromé odborné ambulanci                       ve státním zdravotnickém zařízení v odborné ambulanci
- v soukromém zdravotnickém zařízení v lůžkové části                       jiné:.....
- v soukromém zdravotnickém zařízení v odborné ambulanci

#### **5) Potřebují dle Vašeho názoru zdravotní sestry vysokoškolské vzdělání?**

- ano                       ne                       nevím

**6) Domníváte se, že by se sestry měly celoživotně vzdělávat?**

- ano  ne  nevím

**7) Myslíte si, že by sestra měla mít větší kompetence?**

- ano  ne  nevím

**8) Jaké role, dle Vašeho názoru, zastává sestra současnosti?**

*Můžete zvolit více odpovědí.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> partnerka lékaře                | <input type="checkbox"/> administrativní pracovnice         |
| <input type="checkbox"/> „služka“                        | <input type="checkbox"/> vedoucí pracovník                  |
| <input type="checkbox"/> iniciátorka a propagátorka změn | <input type="checkbox"/> poskytovatelka ošetrovatelské péče |
| <input type="checkbox"/> edukátorka                      | <input type="checkbox"/> jiné: .....                        |
| <input type="checkbox"/> výzkumnice                      | .....   |
| <input type="checkbox"/> obhájkyně práv pacientů         |   |

**9) Domníváte se, že sestry potřebují znalosti z oblasti vedení a managementu?**

- ano  ne  nevím

**10) Sledujete dění na poli ošetrovatelství?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ano, zprávy týkající se sesterské profese si vyhledávám | <input type="checkbox"/> ne, nezajímá mne to                     |
| <input type="checkbox"/> ano, ale informace si cíleně nevyhledávám               | <input type="checkbox"/> ne, vše co potřebuji, se dozvím v práci |
|  | <input type="checkbox"/> jiné: .....                             |

**11) Souhlasíte se změnami, které se v současném ošetrovatelství dějí?**

- ano  ne  neví

**12) Je něco, co na současných sestřích postrádáte?**

*Odpověď prosím vypište. Pokud Vás nic takového nenapadá, pole proškrtněte.*

.....

**13) Kdybyste měla (měl) jmenovat osobu, která dle vás udává či v minulosti udávala směr českému ošetrovatelství, kdo by to byl?**

*Odpověď prosím vypište. Pokud Vás nikdo takový nenapadá, pole proškrtněte.*

.....

## **Příloha 15: Dotazník pro sestry**

*Vážená sestro,*

*dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se zaměřuje na postoje veřejnosti ke změnám v sesterské profesi. Výsledky použiji pro zpracování výzkumné části své diplomové práce v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích - oboru Ošetrovatelství.*

*Dotazník je anonymní a se všemi informacemi budu nakládat v souladu se zákonem. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.*

*Děkuji Bc. Věra Veisová*

### **Dotazník:**

*Není-li uvedeno jinak, zaškrtněte prosím jednu z nabízených možností.*

#### **1) Z jakého kraje jste?**

- Jihočeského                       Plzeňského                       jiné: .....
- Karlovarského                       Z Prahy

#### **2) Kolik je Vám let?**

- 18 - 26                       36 - 44                       54 - 62
- 27 - 35                       45 - 53                       více než 62

#### **3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- středoškolské                       vysokoškolské - Bc.
- vyšší odborné                       vysokoškolské - Mgr.

#### **4) Jak dlouho pracujete jako sestra?**

- 5 let a méně                       6 let a více

#### **5) Na jaké pozici pracujete?**

- řadová sestra                       vrchní sestra
- staniční sestra                       hlavní sestra

#### **6) Jste registrovaná?**

- ano                       ne

**7) Potřebují dle Vašeho názoru zdravotní sestry vysokoškolské vzdělání?**

- ano  ne  nevím

**8) Domníváte se, že by se sestry měly celoživotně vzdělávat?**

- ano  ne  nevím

**9) Myslíte si, že by sestra měla mít větší kompetence?**

- ano  ne  nevím

**10) Jaké role, dle Vašeho názoru, zastává sestra v současnosti?**

*Můžete zvolit více odpovědí.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> partnerka lékaře                | <input type="checkbox"/> administrativní pracovnice         |
| <input type="checkbox"/> „služka“                        | <input type="checkbox"/> vedoucí pracovník                  |
| <input type="checkbox"/> iniciátorka a propagátorka změn | <input type="checkbox"/> poskytovatelka ošetrovatelské péče |
| <input type="checkbox"/> edukátorka                      | <input type="checkbox"/> jiné: .....                        |
| <input type="checkbox"/> výzkumnice                      | .....   |
| <input type="checkbox"/> obhájkyně práv pacientů         |   |

**11) Domníváte se, že sestry potřebují znalosti z oblasti vedení a managementu?**

- ano  ne  nevím

**12) Sledujete dění na poli ošetrovatelství?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ano, informace týkající se mé profese si vyhledávám | <input type="checkbox"/> ne, nezajímá mne to                     |
| <input type="checkbox"/> ano, ale informace si cíleně nevyhledávám           | <input type="checkbox"/> ne, vše co potřebuji, se dozvím v práci |
|  | <input type="checkbox"/> jiné: .....                             |

**13) Kdybyste měla (měl) jmenovat osobu, která dle vás udává či v minulosti udávala směr českému ošetrovatelství, kdo by to byl?**

*Odpověď prosím vypište. Pokud Vás nikdo takový nenapadá, pole proškrtněte.*

.....



## **Příloha 16: Dotazník pro laickou veřejnost**

*Vážená paní, vážený pane,*

*dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se zaměřuje na postoje veřejnosti ke změnám v sesterské profesi. Výsledky použiji pro zpracování výzkumné části své diplomové práce v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích - oboru Ošetrovatelství.*

*Dotazník je anonymní a se všemi informacemi budu nakládat v souladu se zákonem. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.*

*Děkuji Bc. Věra Veisová*

### **Dotazník:**

*Není-li uvedeno jinak, zaškrtněte prosím jednu z nabízených možností.*

#### **1) Kolik je Vám let?**

- |                                      |                                  |                                      |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> méně než 18 | <input type="checkbox"/> 36 - 45 | <input type="checkbox"/> více než 66 |
| <input type="checkbox"/> 18 - 25     | <input type="checkbox"/> 46 - 55 |                                      |
| <input type="checkbox"/> 26 - 35     | <input type="checkbox"/> 56 - 65 |                                      |

#### **2) Z jakého kraje jste?**

- |  |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jihočeského   | <input type="checkbox"/> Plzeňského | <input type="checkbox"/> jiné: ..... |
| <input type="checkbox"/> Karlovarského | <input type="checkbox"/> Z Prahy    |                                      |

#### **3) Jak často navštěvujete zdravotnická zařízení?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> častěji než jednou za měsíc        | <input type="checkbox"/> pravidelně při preventivních prohlídkách |
| <input type="checkbox"/> pravidelně jedenkrát v měsíci      | <input type="checkbox"/> nepravidelně, pouze v případě nutnosti   |
| <input type="checkbox"/> pravidelně jedenkrát každý půl rok | <input type="checkbox"/> nenavštěvuji                             |

#### **4) Jak byste charakterizovali práci sester?**

*Můžete zvolit více odpovědí.*

- pouhé plnění lékařských ordinací (rozdávání léků, píchání injekcí apod.)
- pomoc při uspokojování lidských potřeb
- pouhé administrativní úkony (vydávání receptů, příprava chorobopisu apod.)
- práce ve výzkumech s cílem zlepšit a zkvalitnit poskytovanou péči
- fyzicky i psychicky náročná práce vyžadující vysokoškolské vzdělání a patřičnou praktickou průpravu
- jiné: .....

**5) Jaké role, dle Vašeho názoru, může sestra zastávat?**

*Můžete zvolit více odpovědí.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> asistentka lékaře          | <input type="checkbox"/> poskytovatelka ošetrovatelské péče |
| <input type="checkbox"/> obhájkyně práv pacientů    | <input type="checkbox"/> učitelka                           |
| <input type="checkbox"/> administrativní pracovnice | <input type="checkbox"/> vedoucí pracovník                  |
| <input type="checkbox"/> výzkumnice v oboru         | <input type="checkbox"/> jiné:.....                         |

**6) Dle Vašeho názoru, potřebují zdravotní sestry vysokoškolské vzdělání?**

- ano  ne  nevím

**7) Víte, co znamená pojem „registrovaná sestra“?**

- ano  ne

*Pokud ano, prosím, vysvětlete jej:*

.....  
.....

**8) Domníváte se, že by se sestry měly celoživotně vzdělávat?**

- ano  ne  nevím

**9) Myslíte si, že by sestra měla mít větší kompetence?**

- ano  ne  nevím

**10) Když slyšíte nebo čtete, o situaci českých sester, co si o tom myslíte?**

- takové věci mne nezajímají  
 je to zbytečně nafouknuté médii  
 bylo by lepší se vrátit ke klasickým středním zdravotnickým školám  
 české zdravotnictví potřebuje změny, tak proč ne také české sestry  
 je to přirozený důsledek vývoje společnosti a zdravotnictví  
 že se jedná o opravdu náročnou oblast zdravotnictví, která si zaslouží pozornost  
 jiné: .....