



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století očima pacienta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Barbora Černá

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století očima pacienta* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8.6.2020

.....

Bc. Barbora Černá

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Věře Olišarové, PhD., za její pečlivé vedení a všechny cenné rady, které mi během zpracování této práce poskytla. Mé poděkování patří také informantům, kteří mi poskytli vyčerpávající informace. Opomenout nesmím také svou rodinu, která mě podpořila v nelehkých chvílích.

Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století očima pacienta

Abstrakt

Úvod: Ošetrovatelství je vědecká disciplína, která se orientuje na člověka. Vlivem událostí ve světě došlo k přelomovým změnám v tomto oboru. Ty vedly ke zvýšení úrovně ošetrovatelské péče, které se nám dnes ve zdravotnických zařízeních dostává.

Cíl práce: Cílem práce bylo zjistit, jakými změnami prošlo ošetrovatelství 21. století očima příjemců péče, tedy pacientů. Dále bylo cílem charakterizovat faktory, které na tyto změny měly vliv, a zhodnotit ošetrovatelskou péči očima pacientů.

Metodika: Bylo využito kvalitativního výzkumného šetření, a to konkrétně formou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty. Výběrovým kritériem pro volbu informanta bylo bydliště v Jihočeském kraji a věk informanta nejméně 18 let. Tito informanti byli získáni metodou sněhové koule. Výzkumného šetření se zúčastnilo 20 informantů. Realizované rozhovory byly nahrány na záznamník, doslovně přepsány, a následně analyzovány.

Výsledky práce: Identifikovali jsme celkem 8 kategorií a 23 podkategorií. Jako centrální kategorie byla identifikována kategorie vědecko-technický pokrok, která je hybnou silou pro většinu změn, včetně změny ve vzdělávání. Pacienti pocíťovali jako největší proměnu moderní vybavení zdravotnických zařízení, nové pomůcky a přístroje. Zmínili i novinky ve vzdělávání sester, se změnami souhlasili. Pacienti hodnotili ošetrovatelskou péči jako vysoce profesionální, odbornou a náročnou. Uvědomovali si, že jsou na sestry kladeny čím dál tím větší nároky. Profesi označili jako prestižní, ale zároveň uvedli, že by o ní veřejnost měla být více informovaná

Závěr práce: Jsme si vědomi toho, že ošetrovatelská péče bude čelit dalším pokrokům a novinkám, jelikož vědu a techniku nezastavíme. Je nutno podotknout, že s touto souvislostí se budou nároky na ošetrovatelský personál zvyšovat, a i pacienti budou více nároční. Proto je potřeba na ošetrovatelské péči stále pracovat. Přitom však nesmíme zapomínat na to, jak jsou tyto změny a rozvoj vnímány našimi pacienty.

Klíčová slova

Kompetence sester; ošetrovatelská péče; pacient; postavení sestry; proměna; vzdělávání sester; 21. století

The Progress of Nursing in the 21st Century from a Patient's Perspective

Abstract

Introduction: Nursing is a human-oriented scientific discipline. Due to various world events, pivotal changes have occurred in this field. These changes have led to improvement in nursing care that is being provided in health facilities today.

The Aim of the Thesis: The aim of the thesis was to determine changes to the field of nursing through the eyes of care recipients (i.e. patients) that happened during the 21st century. Furthermore, the goal was also to identify factors that influenced these changes and evaluate nursing care through the eyes of patients.

Methodology: The thesis was carried out by means of a qualitative research survey in the form of semi-structured interviews with patients. The selection criteria for choosing an informant were residence in the South Bohemian Region and 18 years of age (or older). These informants were chosen by snowball sampling. The research survey included 20 informants. The interviews were recorded on an answering machine, literally transcribed and consequently analysed.

Results: The thesis identified a total of 8 categories and 23 subcategories. The category of Scientific and Technological Progress was recognized as the central category. It is the driving force for most changes, including changes in education. The patients thought that the biggest change was modern equipment, new aids and devices in health facilities. They also mentioned innovations in the education of nurses and they agreed with the changes. The patients rated nursing care as a highly professional, expert and demanding field. They understood that more and more demands were being placed on the nurses. Moreover, the patients described the profession as prestigious, but also said that the public should be more informed about it.

Conclusion: It is certain that nursing care will be influenced by further advances and innovations because science and technology cannot be stopped. In this context, the demands on nursing personnel will increase and the patients will be more demanding as well. Therefore, it is necessary to continue working on nursing care. However, it has to be taken into account how these changes and developments are perceived by the patients.

Keywords

Competence of nurses; nursing care; patient; status of a nurse; transformation; education of nurses; 21st century

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Vývoj ošetrovatelské péče.....	11
1.2 Vzdělávání sester	19
1.2.1 Mezníky proměn ve vzdělávání sester	19
1.2.2 Vzdělávání sester v současnosti	22
1.2.3 Celoživotní vzdělávání sester	26
1.2.4 Národní program pro rozvoje vzdělávání.....	26
1.2.5 Evropská direktiva.....	27
1.3 Proměna ideálu sestry	28
1.4 Proměna sesterské role.....	30
1.5 Proměna postavení muže v ošetrovatelské profesi.....	32
1.6 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným.....	33
1.7 Proměna sesterské uniformy	34
1.8 Proměna vybavení pokoje pro nemocného	36
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 Operacionalizace pojmů	39
4 Metodika.....	40
4.1 Použitá metoda	40
4.2 Výběr informantů a průběh rozhovoru.....	40
4.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4.4 Analýza dat.....	42
5 Výsledky výzkumného šetření	44
6 Diskuze.....	75
Závěr	85
Seznam použité literatury	87
Seznam příloh.....	103
Zkratky	123

Úvod

Ošetrovatelskou péči, respektive ošetrovatelské povolání, můžeme označit za velice jedinečné. Sestra již v historii mohla být na své povolání, které lze vykonávat s určitou dávkou obětavosti, empatie a citu, hrdá. Sestry nosily hrdě uniformu i odznak. I přes to, že došlo v ošetrovatelství k nemalým změnám, by si sestra 21. století měla tuto hrdost nést neustále. K hrdosti na svou profesi přispívá například to, že je sestra součástí týmu a její slovo a názor mají svou váhu. Také se od sestry očekává, že bude své pozorovací schopnosti, znalosti a dovednosti efektivně využívat v praxi.

Ačkoliv si tato profese nese svou prestiž, ne vždy je veřejností vnímána tak, jak bychom si představovali. Jedná se o překrásné povolání, které v sobě ukrývá hlubokou a velice rozmanitou historii. Odraz historie je stále viditelný i v dnešní době. Například Florence Nightingale, známá jako dáma s lampou, nechala nainstalovat k lůžku pacienta signalizační zařízení. Tento systém z roku 1853 se s jistou dávkou modernizace užívá i v současnosti. Vývoj ošetrovatelské péče se vlivem událostí ve světě ocitl v těžkých situacích a prošel si nelehkými chvílemi, které přispěly k celkovému rozkvětu ošetrovatelské péče a jejímu zkvalitnění. Tyto proměny jsou patrné nejen ve světě, ale také v České republice. Díky stále se zkvalitňujícímu vzdělávání zdravotnického personálu mají dnes naši pacienti jednu z nejlepších péčí na světě. Sestry jsou nabyté vědomostmi, které dokážou mísit se svými zkušenostmi a moderními poznatky. Existují také spolky, které mají k sesterské práci úctu, hájí je a podporují ošetrovatelskou profesi. Za zmínku stojí Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester a vysokoškolských studentů ošetrovatelství. Jeho účelem je nejen sdružovat vysokoškolsky vzdělané sestry, podporovat ošetrovatelskou profesi, ale i zastupovat zájmy pacientů. Také v naší zemi působí Česká asociace sester, která své činnosti zaměřuje na rozvoj ošetrovatelské péče a ošetrovatelského povolání. Jedná se o největší profesní organizaci u nás.

Jako jeden z důvodů, proč jsem si vybrala výše uvedené téma diplomové práce, je to, že se věnuji vzdělávání praktických sester a svým způsobem podněcuji zájem o profesi, která pramení z historie ošetrovatelství. Problematika ošetrovatelské péče je velice zajímavá i z hlediska změn v ošetrovatelství, které se přímo dotýkají pacientů. Nezřídka se projevují na jejich reakcích na poskytovanou péči, dodržování léčebného režimu nebo na důvěře ke zdravotníkům.

Tato diplomová práce ve své teoretické části popisuje historický kontext a řadu specifík, které čtenáři více přiblíží ošetrovatelskou péči a dovedou ho k zamyšlení nad celou problematikou. V praktické části se zaměřujeme na popsání proměny ošetrovatelské péče tak, jak ji vnímají pacienti.

1 Současný stav

Přes poznání nás samotných a poznání druhých (na myslí máme nemocných) vede cesta k ošetřovatelství. Ošetřovatelství neznámá pečovat o jeden systém orgánů nebo dokonce jeden orgán. Ošetřovatelská péče je komplexní. Člověka vnímáme a pečujeme o něj od hlavy až k patě. Zabýváme se jeho psychikou, spiritualitou, biologickou i sociální stránkou a dle toho postupujeme v péči na základě moderních ošetřovatelských poznatků. Nejdůležitější v této disciplíně je mít zájem pečovat o druhé (Nerudová, 2009). Pečovat o druhého je ctnost vedoucí k dobrému jednání (Tschudin, 2003). Ošetřovatelství sdílí své části s ostatními zdravotnickými profesemi, ale je jedinečné. V úvahu je brána velká rozmanitost, která s sebou přináší péči o jedince i skupiny osob (Marková, 2012). Je třeba si připomenout, že zachovat zájem a chuť o péči o druhé není v dnešní době úplně jednoduché. Sestry jsou přepracované a nedostává se jim pochval od vedení (Haluzíková a Římovská, 2009).

Od roku 2018 probíhá po celém světě kampaň „Nursing Now.“ Organizátory této osvěty jsou Mezinárodní rada sester (dále jen ICN) a Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). Zmíněný projekt se zaměřuje nejen na navýšení ošetřovatelského personálu, ale také na provádění výzkumů, předávání nejúčinnějších ošetřovatelských postupů nebo na tvorbu zdravotní politiky (WHO, © 2020). V České republice (dále jen ČR) jsou cíle totožné s cíli hlavních organizátorů. Ve světě se můžeme setkat se snahou o zlepšení pracovních podmínek sester, zdravého životního stylu či navýšení počtu nových studentů v ošetřovatelství. Mezi aktivity představující práci sestry veřejnosti patří například vernisáž fotografií „Jsem sestra.“ Do projektu se v ČR zapojilo například Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ ČR), Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester (dále jen SVVS) a Česká asociace sester (dále jen ČAS) (ČAS, © 2017).

Ošetřovatelství jako takové je samostatná vědecká disciplína orientovaná na člověka. (Rozsypalová et al., 2006). Edwards (2001) však zmiňuje, že ošetřovatelství není tak úplně vědecká disciplína. Svou tezi odůvodňuje tím, že ošetřovatelství je spíše praktickou disciplínou mající své vnitřní hodnoty, které jsou realizované skrz společensky uznávanou činnost. A právě tato teze naznačuje, jak těžké je i v současné době udržet prestiž tohoto oboru. Navzdory všem problémům existuje řada prací, výzkumných aktivit i aktivit směřujících k rozvoji oboru, které se o udržení

a zvýšení prestiže neúnavně snaží (Kutnohorská, 2010). Mezi nejpálčivější problémy současné doby bezesporu patří nedostatek ošetrovatelského personálu a problémy se vzděláváním. Absolventi středních zdravotnických škol (dále jen SZŠ) většinou nenastoupí na zdravotnický trh práce a mnohdy pokračují v dalším studiu (Heřmanová et al., 2014; Jandáčková, 2017). Opomenout nelze ani nízké ohodnocení za náročnou práci v nepřetržitém provozu (Muroňová, 2015).

Prestiž povolání určuje postavení jedince v sociální struktuře. Jedná se o odraz společenských poměrů ve vědomí lidí (Petrušek et al., 1996). Každá sestra by si tuto prestiž měla držet a být reprezentantem svého povolání (Hlinovská, 2008). Sestry zastupují role manažerek. Vstoupily do MZ ČR a také získaly ocenění od prezidenta ČR. Konkrétně od Václava Klause, který ocenil nejen dvacet zdravotnických pracovníků, ale také celou ošetrovatelskou profesi (Wagnerová, 2007). Přelomovou změnou ve vývoji ošetrovatelské péče, které se budeme v dalších kapitolách věnovat, bylo stanovení kompetencí všeobecných sester a porodních asistentek. Tyto kompetence vychází ze strategie WHO pro vzdělávání nelékařských profesí (Kutnohorská, 2010).

1.1 Vývoj ošetrovatelské péče

Různé choroby a epidemie provázely lidstvo již v nejstarších dobách. K léčení se v tehdejší době využívaly léčivé byliny, paprsky slunce a voda. Účinky se pozorovaly a předávaly se z generace na generaci. Mluvíme o tzv. neprofesionálním ošetrovatelství (Kafková, 1992). Nemoc se přisuzovala nadpřirozeným silám a byla tajemstvím. Ve chvíli, kdy na naše území vstoupilo byzantské křesťanství, se stalo opatrování nemocných součástí lidového léčitelství. V čele stáli kněží a mniši (Kutnohorská, 2010). Z doložených zdrojů lze usoudit, že první špitál a s ním počátky profesionálního ošetrovatelství vznikly na našem území v desátém století. Špitál se nacházel v místě dnešního Staroměstského náměstí v Týně na Starém Městě v Praze. Nemocnice disponovala dvanácti lůžky a sedmi ženami, které o nemocné pečovaly. Během 13. a 14. století se počet špitálů zvýšil, docházelo k jejich spojování s kaplemi, kostely a kláštery. Nejen ženské církevní řády, ale též mužské se zabývaly pečováním o nemocné (Kafková, 1992). Z ženských církevních řádů je třeba vyzdvihnout Alžbětinky z Řádu svaté Alžběty, které poskytovaly ošetrovatelské služby v rámci svého poslání.

Řád Milosrdných bratrů patří mezi ty mužské církevní řády, které zaslouží naši pozornost. Jeho zakladatelem byl Jan z Boha. Péče byla na úrovni charitativního ošetřovatelství, které kladlo důraz na uspokojování základních potřeb lidského bytí (duchovní podporu, hygienu, poskytnutí přístřeší aj.) (Farkašová, 2006).

Za patronku českého ošetřovatelství je považována Anežka Přemyslovna, která byla dcerou českého krále Přemysla Otakara I. V roce 1233 založila klášter U svatého Haštala na pražském Starém městě. Založen byl společně se špitálem. Sloužil též jako chudobinec nebo tzv. útulek, který byl určen kupříkladu pro nemocné, chudé nebo třeba pocestné (Kafková, 1992). Špitál provozovalo bratrstvo, jež bylo později papežem jmenováno na samostatný Rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou. Později vznikaly v českých zemích další špitály – v Brně roku 1238 a v Českých Budějovicích v roce 1327 (Farkašová, 2006). K zakládání lazaretů a špitálů pro poskytování nejzákladnějších potřeb docházelo i na dalších místech, což můžeme vyčíst například z kroniky nalezené v Ivanovicích na Hané. V roce 1183 tam byl založen špitál sv. Alžběty (Kafková, 1992).

Charitativní péče velmi ovlivnila vývoj ošetřovatelství včetně vzdělávání. Uplatňuje se i v dnešní době (Farkašová, 2006). K profesi opatrovnice většinou přiváděly ženy náboženské pohnutky. Věřily, že si pomocí bližním zajistí šťastný posmrtný život. Bohatí byli motivováni svou láskou k Bohu. Díky podpoře špitálů cítili, že jim Bůh odpustí hříchy a vykoupí je z věčného zatracení (Kafková, 1992). Nemocným pomoc poskytovali porodní báby, holiči, kořenáři, mastičkáři, lidoví chirurgové a další samouci v lékařství, například tzv. „ranhojiči.“ Ke konci prvního tisíciletí vznikaly první lékařské školy, které si předávaly své zkušenosti a podílely se tak na rozvoji středověkého lékařství ve světě (Kutnohorská, 2010).

V patnáctém století přinesly jiný způsob poskytování péče příslušnice protestantských řádů tzv. Diakonky. Nemocné každý den navštěvovaly nejen ony, ale také příslušnice řádu Zvěstování Panny Marie. Nejčastěji pečovaly o pacienty, kteří trpěli morem, cholerou a dalšími infekčními nemocemi. Opatrovnice jim praly oděv, pomáhaly s hygienickou péčí a ošetřovaly je (Farkašová, 2006). Ačkoliv se všechny členky řádu Zvěstování Panny Marie do poslední chvíle několik let snažily o zachování tohoto druhu péče, vydání Tridentského dekretu tuto péči zakázalo a nemocným nebylo umožněno poskytování péče mimo špitály. Jednalo se období křižáckých výprav. Na ulicích polehávalo čím dál tím více nakažených a chudých lidí, a tak pražští konšelé vytvářeli

lazarety, kde o choré pečovaly tři až čtyři ženy. Po městě pak chodila hlídka, která dohlížela na čistotu, hlídala žebráky a mrtvá těla odvážela na hřbitovy (Kafková, 1992).

Výraznou změnu v ošetrovatelské péči přineslo období husitské, v němž se projevil vliv pražské univerzity. Jedna ze čtyř vzniklých fakult se zabývala lékařstvím. Členové fakulty a lékaři se zasloužili o počátky nejen lékařského, ale i zdravotnického písemnictví. Za zmínění stojí oblast Na Františku v Praze, kde od roku 1620 byla poskytována charitativní péče Milosrdnými bratry na vysoké úrovni. Již v této době se pečovalo nejen o tělesnou stránku nemocného, ale také o jeho duši. Pečovalo se zejména o chudé a nerozlišovala se národnost ani náboženství. Mezi mnichy byli také lékaři. Každý nový člen, který chtěl o choré pečovat, musel projít odbornou průpravou a ročním zapracováním, které bylo zakončené složením slibu (Farkašová, 2006). Milosrdní bratři se inspirovali špitálem ve Valticích, který se roku 1605 stal druhým nejstarším špitálem v zemi české. Také ženy se podílely na ošetřování. Kupříkladu v roce 1655 z ženských řeholních řádů u nás působily Alžbětky, Cisterciačky nebo Voršilky. Jejich posláním byla výchova dívčí mládeže v klášterních školách. Postupně se u klášterů zakládaly špitály. Mnohé z nich pak zanikly během třicetileté války. Rok 1665 se do historie zapsal i z důvodu nešťastné události. Na mysli máme katastrofální epidemie. Rozsáhlá nákaza cholery a později i moru zmařila několik desítek tisíc lidských životů. Lékařské znalosti byly v boji proti těmto zákeřným nemocem nedostačující. V celém 17. století a první polovině 18. století nedošlo v naší zemi ke zlepšení situace v medicíně (Kutnohorská, 2010).

V druhé polovině 18. století proběhly výrazné reformy, které přinesly i pokrok v oblasti zdravotnické péče. V roce 1753 byl vydán Marií Terezií zdravotní řád. Veškerý zdravotnický personál byl podřízen jedné osobě, kterou byl předseda zdravotnické říšské komise. Došlo k zakládání prvních všeobecných nemocnic v Brně roku 1785, v Olomouci 1787 a v Praze roku 1790. Roku 1787 vznikly také dvě první porodnice, a to v Olomouci a Brně, o dva roky později v Praze. Nemocnice byly rozdělené na čtyři třídy. Nemocní v první třídě platili denně 45 krejcarů, ve druhé třídě se ošetření dostalo chorým za 24 krejcarů, třetí třída si žádala 10 krejcarů a ve čtvrté třídě byl pobyt bezplatný (Kutnohorská, 2010). Roku 1791 se do Všeobecné nemocnice v Praze přestěhovala Praktická škola lékařská, která dříve sídlila v Nemocnici Milosrdných bratří. V této době bylo v nemocnici 300 lůžek a celkem dvacet pracovníků (z toho 10 mužů a 10 žen).

Brněnská všeobecná nemocnice nabízela lůžek o polovinu méně. Reformy vzbudily zájem o profesi ve zdravotnictví. Lékařská fakulta vzdělávala zdravotnický personál na vyšší i nižší úrovni. Marie Terezie toho času rozhodla, že přednášek probíhajících na zmíněné lékařské fakultě se mohou zúčastňovat porodní báby, ranhojiči a další poskytovatelé ošetrovatelské péče (Kafková, 1992). Václav Joachim Vrabec, který byl znám jako člen řádu Milosrdných bratrů, řád opustil a později obhájil doktorát na Pražské lékařské fakultě. Své přednášky zaměřoval na opatrovnický personál, vzdělávání v oblasti hygienické péče, stravy, klystýrů, ochranných oděvů i koupelí. Později byly jeho přednášky zrušené. Důvodem byl dvorský dekret z roku 1789, který znemožnil vzdělávání opatrovnicím a opatrovníkům (Rozsivalová, 1966).

Ze světa se do naší země dostávaly medicínské spisy a vědecké objevy, které ovlivňovaly lékařství. S tím souvisel počátek vydávání naučných knih u nás. Za zmínku stojí kupříkladu kniha z roku 1770, která byla určena pro personál asistující při porodu. Autorem byl Jindřich Jan Nepomucký Krance (Dějiny zdravotnictví V., 1959). Kniha všeobecného ošetrovatelství od Františka Christiana Krügelsteina, vydána poprvé v roce 1807, disponovala několika kapitolami o pozorování nemocného, podávání léků, ochraně před nákazou aj. Její pořizovací cena byla na tehdejší dobu dosti vysoká, uvádí se 3 zlaté a 20 krejcarů. Časopis *Medizinsche chirurgische Zeitung*, který pravidelně vycházel v Solnohradě, doporučoval tuto knihu ošetrovatelskému personálu. V jakém roce se kniha dostala na naše území, není známé (Kafková, 1992).

Následovalo období Krymské války (1854-1856). To vneslo do ošetrovatelství řadu změn, které byly spojené nejen s organizací ošetrovatelské péče, ale i se vzděláváním ošetrovatelů. Jedním z důvodů bylo uplatnění odborně připravených žen v péči o raněné (Kutnohorská, 2010). V dřívějších dobách byla péče o raněné hůře organizovaná a poskytovaná především muži. Nikolaj Ivanovič Pirogov, ruský lékař zabývající se chirurgií, prosadil, aby na bojištích o raněné pečovaly ženy. Své rozhodnutí vysvětlil ve svém deníku (Kafková, 1992). *Jediné, co je v celém chaosu skutečně dobré, jsou milosrdné sestry. Dobré výsledky ukazují, že jsme až dosud ignorovali skvělé vlohy našich žen. Vynikají svou odvahou, trpělivostí, houževnatostí při plnění svých povinností* (Pirogov, 1961, s. 665). Úvahu tohoto muže si vzali k srdci arcivévoda Mikoláš Michal a arcivévodkyně Helena. V Petrohradě poskytli odborné vzdělání v ošetrovatelské péči prvním třiceti dobrovolnicím (Kafková, 1992).

Další velice významnou osobností 19. století doby byla Florence Nightingale. Navštěvovala nemocnice po celé Evropě a vedla si deníky o organizaci práce, poznamenávala si informace o uspořádání nemocnic. Četla knihy o fungování hygienických zařízení a veřejného zdravotnictví (Kutnohorská, 2010). Byla označována za odborníka (Žiaková et al., 2005). Nightingale pravila, že ošetřovatelky musí o nemocné pečovat, jako kdyby to bylo jejich životní poslání (Steele, 2017). Ve svých 31 letech absolvovala tři měsíční kurz v pařížské nemocnici, organizovala tam práci dobrovolným pracovnícům a sledovala stav nemocných po celý den a noc. V Paříži se rovněž naučila metodám ošetřování ran. V roce 1853 se stala vedoucí v Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně. Na již zmíněnou dobu provedla řadu fascinujících změn. Zavedla výtah z kuchyně přímo na oddělení, nechala nainstalovat k lůžkům nemocných signalizační zařízení se zvonkem na chodbě, zavedla separaci pacientů do pavilonů dle jejich chorob a prosazovala, aby na každém patře nemocnice tekla teplá voda (Kafková, 1992; Kutnohorská, 2010). Když v roce 1854 začala Krymská válka, Nightingale nabídla siru Herbertovi svou pomoc. Vydala se do vojenské nemocnice ve Scutari se svými 38 sestrami, aby pomohla ošetřovat raněné. I tam dokázala provést změny k lepšímu. Zprovoznila kuchyň, kam mohli vojáci dle svých potřeb docházet pro stravu, vedla denní záznamy o pacientech, ve kterých evidovala kupříkladu rány, pečovala o psychickou stránku nemocných a jejich pocit pohody (Plevová a Slowik, 2008). Po návratu z Krymské války založila roku 1860 v Londýně první ošetřovatelskou necírkevní školu (Kutnohorská, 2010). Byla tak vzorem pro zakládání ošetřovatelských škol ve světě (Kafková, 1992). Měla zásluhy také na založení Britské asociace sester, která byla založena roku 1889 (Plevová a Slowik, 2008). Již v této době lze o ošetřovatelství hovořit nejen jako o charitativní službě, ale také o povolání. Celosvětově je Florence Nightingale považována za zakladatelku profesionálního ošetřovatelství. Den jejího narození - 12. květen – je slaven jako Mezinárodní den sester. Každoročně pak ICN uděluje sestram cenu F. Nightingale (Farkašová, 2006).

Další významnou postavou byl švýcarský obchodník a spisovatel Henri Dunant (Kafková, 1992). Tento muž se podílel na založení mezinárodní organizace Červeného kříže a podporoval charitativní činnost mezi sirotky, nemocnými a raněnými. Roku 1901 získal Dunant Nobelovu cenu za mír. Na jeho počest slavíme 8. května (den narození H.D.) Světový den Červeného kříže (Zelinka, 2014).

S vývojem vojenského zdravotnictví dochází paralelně k rozvoji tří oborů – epidemiologie, hygieny a chirurgie (Kutnohorská, 2010).

Dostáváme do doby Rakouska – Uherska, během níž došlo k takovým významným změnám v ošetrovatelské péči, které vedly k začátkům profesionálního ošetrovatelství u nás. V roce 1862 byl založen Spolek lékařů českých. V čele spolku stál Jan Evangelista Purkyně. Lékaři tohoto spolku vydávali Časopis lékařů českých (Farkašová, 2006). České profesionální ošetrovatelství ovlivňovaly společensko-ekonomické, kulturní, sociální podmínky, zdravotní péče, stav zdraví obyvatelstva, práva národa na vzdělávání a další. Koncem 19. století se i u nás našly ženy, které měly zájem pečovat o nemocné a trpící. Rozvoj ošetrovatelské péče v druhé polovině 19. století byl také ovlivněn ženským národním hnutím. V jeho čele stála Karolína Světlá, která se zasloužila o vznik první oficiální ošetrovatelské školy (Kafková, 1992). Ta vznikla roku 1874 pod názvem Škola pro ošetrovatelky nemocných v Praze. Řídil ji Spolek lékařů českých. Fungovala od roku 1874-1881 (Pohlová, 2008). Ošetrovatelství této doby bylo orientované na primární zdravotní péči a na nemocniční činnost. O nemocné se staraly za velmi nepříznivých podmínek civilní ošetrovatelky i řadové sestry. Ústavní ošetrovatelská péče se pak zabývala uspokojováním potřeb nemocných, zajištěním provozu na odděleních nebo asistencemi při lékařských výkonech (Farkašová, 2006).

Se vznikem Československa došlo k rozkvětu ošetrovatelského školství. Stoupl zájem o ošetrovatelské povolání. K jeho prestiži přispěly americké sestry, které si nechala pozvat Alice Masaryková, dcera prvního československého prezidenta Tomáše Garrigue Masaryka. Americké sestry působily na České ošetrovatelské škole a vypracovaly koncepci praktické i teoretické výuky. Tato škola vznikla na našem území již roku 1916 a vzdělávání trvalo dva roky. Američanky pomáhaly také s výchovou vedoucích ošetrovatelek – učitelek (Kutnohorská, 2010). V roce 1923 se stala ředitelkou této školy Sylva Macharová (Farkašová, 2006). Bylo jí 30 let, když ji ministr zdravotnictví jmenoval na tuto pozici. Ošetrovatelská škola pod jejím vedením vzkvétala (Chvátalová, 2009). Diplomované sestry usilovaly o to, aby byly zřízené další ošetrovatelské školy. I přes jejich úsilí byla tato škola dlouho jedinou poskytující vzdělání budoucím ošetrovatelkám. Další ošetrovatelská škola byla na území Moravy, Slezska a Čech otevřena až v roce 1937. Jednalo se o Státní ošetrovatelskou školu v Moravské Ostravě (Kafková, 1992).

Druhá světová válka vzdělávání v ošetrovatelství nepřerušila. Aktivita byly směřované na pomoc obyvatelstvu ohroženému válkou. Roku 1946 se konal sjezd diplomovaných sester Československé republiky, který rozhodl například o tom, aby bylo diplomovaným sestřím umožněno zvyšovat vzdělání, aby byly zlepšeny jejich pracovní a platové podmínky, upravena pracovní doba a stanovena délka dovolené. V této době bylo v naší zemi 28 škol pro ošetrovatelky, z nichž 16 bylo civilních a 12 řádových. Dvě z těchto škol se zaměřovaly na vzdělávání sester pečujících o kojence a děti. Působily v Praze a v Moravské Ostravě (Farkašová, 2006). Vyšší ošetrovatelské škola v Praze se zaměřovala se na přípravu učitelek a vedoucích sester (Bužgová a Plevová, 2011). Toto období přineslo pokrok v ošetrovatelství, medicíně i v nových diagnostických a technologických metodách (Farkašová, 2006). Práce, kterou sestry vykonávaly v nemocnicích, byla velice náročná. Stále nebyla vyřešená pracovní doba. Směny trvaly kolem 24-36 hodin. Odměna za práci nestačila na pokrytí minimálních životních potřeb (Kafková, 1992).

Ošetrovatelství po druhé světové válce reagovalo na situaci ve státě. Pomáhalo lidem postiženým válkou, opuštěným dětem i těm, co se vraceli z koncentračních táborů nebo bojišť (Farkašová, 2006). Většina nemocnic byla v době poválečné ve velmi špatném stavu. Školský zákon roku 1948 zařadil ošetrovatelské školy do systému odborných škol (Krausová, 2010). Nejen ošetrovatelství, ale také i vzdělávání po roku 1948 ovlivnily legislativní normy. Zákony upravovaly platové poměry, pracovní dobu, sestry byly zařazené do skupiny nižších zdravotnických pracovníků. Každý občan měl dle Ústavy Československé republiky nárok na zdravotní péči. Ošetrovatelská profese se zaměřovala nejen na nemocného člověka a obnovu jeho zdraví, ale také i na zdravého, včetně kvality jeho života.

Rozvojem ošetrovatelské péče se zabývala také ICN. Na problémy vzniklé v souvislosti s ošetrovatelstvím hledá a navrhuje řešení. Toto období přineslo v zahraničí také své změny. WHO podává rezoluce o rolích sester i porodních asistentek při poskytování péče (Farkašová, 2006). Roku 1951 veškeré zdravotnické služby spadaly pod Státní zdravotní správu (Krausová, 2010). Ošetrovatelská péče byla chápána jako společenskovední disciplína. Postavení sester se změnilo. Důležitým východiskem změn byl dokument Rady Evropy. V roce 1960 tento dokument tvořil směrnice pro jednotnou kvalifikaci a vzdělávání sester. K tomu došlo na základě společné dohody několika zemí, které spolu tvořily Evropské hospodářské společenství (dále zkr. EHS)

(Farkašová, 2006). EHS tvořily Německo, Belgie, Lucembursko, Itálie, Nizozemsko, Francie (Šlosarčík a Kasáková, 2013). V ošetrovatelství i v této době probíhá výzkum. V roce 1970 byla v časopise Československé ošetrovatelství otištěna vědecko-výzkumná příloha, v níž byly publikovány výsledky výzkumných prací a teoretické články, které se dále využívaly na sesterských odborných seminářích ve zdravotnických pracovištích (Plevová, 2018). Na základě nových objevů bylo potřeba proškolit nové specialisty a sestřám se otevírala možnost dalšího specializovaného vzdělávání (Kutnohorská, 2010).

Ve Štrasburku roku 1972 došlo k vyhlášení dohody o vzdělávání sester. K této dohodě se připojilo WHO, ICN a Mezinárodní úřadovna práce. V roce 1977, na 30. Světovém zdravotnickém shromáždění, byly přijaty dvě významné rezoluce. Jedna je známá jako dokument Zdraví pro všechny do roku 2000 a druhá se zabývala významem sester i porodních asistentek v primární zdravotnické péči (Farkašová, 2006). Roku 1978 se konala konference v Alma-Atě, která byla zaměřena na nové pojetí základní zdravotní péče (Ivanová et al., 2005). Byly vymezeny role zdravotnických profesí v systému péče o zdraví (Kutnohorská, 2010).

Československá společnost sester se rokem 1982 stala členem ICN (Krausová, 2010). Přelom let 1989 a 1990 vnesl do ošetrovatelství další velké změny. Naše země se otevřela světu. Ošetrovatelství se stalo vědním oborem a byly formulovány nové koncepční modely. Sestry i ošetrovatelská péče byly čím dál tím více nezávislé. Začal se používat pojem sesterská diagnóza, který sloužil jako vyvození závěru v péči o nemocného. Sestry v Československé socialistické republice tvořily skupinu o cca 94 tisících zdravotnických pracovníků. Během 90. let se mohly nejen sestry, ale i další zdravotničtí pracovníci zapojovat do odborných organizací (Farkašová, 2006). Mezi ně řadíme Českou společnost sester, ČAS, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče či Unii zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska. Česká společnost sester a ČAS se sloučily v jednu organizaci, ponechaly si název ČAS a nadále zůstávaly členy ICN. V současné době však členy ICN nejsme z důvodu náročného finančního poplatku za členství (Kutnohorská, 2010). Připomenout si musíme také přijetí Koncepce českého ošetrovatelství z roku 1998. Jedná se o oficiální směr českého zdravotnictví, který definuje jeho úlohy a cíle. Roku 2004 je koncepce aktualizovaná (Věstník MZ ČR č. 9/2004). Ošetrovatelská péče průběžně prochází změnami (Farkašová, 2006).

1.2 Vzdělávání sester

1.2.1 Mezníky proměn ve vzdělávání sester

V České republice, stejně jako ve světě, jde ruku v ruce vzdělávání s vývojem ošetrovatelství (Kafková, 1992). Praktickou výuku z hlediska historie lze rozdělit do tří linií. Středověk, novověk a 20. století. Již ve středověku docházelo k praktické výuce ošetrovatelského personálu, která měla zcela jinou podobu, než mají studenti dnes. Zkušenosti s činností péče byly ale předávány z generace na generaci. Péče probíhala v domácím prostředí nebo církevních špitálech. Vliv ve středověku měly hlavně církevní řády (Bužgová a Plevová, 2011). O rozvoj praktické výuky se zasloužila i Anežka Přemyslovna, která jako první na našem území vypracovala učebnici ošetrovatelství. Když pak v roce 1620 působil Na Františku Řád Milosrdných bratří v Praze, tak každý nový člen nejdříve podstoupil odborné zapracování a po složení slibu získal kompetence ošetrovat nemocné (Kafková, 1992). V novověku jsme našli též zmínku o praktické výuce. Ošetrovatelský personál se snažil školit Václav Joachim Vrabc, který byl členem Řádu Milosrdných bratrů. Školení vedl na lékařské fakultě a zaměřoval se především na hygienu u nemocného a procedury jako je kupříkladu klystýr, koupel nebo třeba podávání stravy (Farkašová, 2006). Tehdejší ošetrovatelský personál se mohl řídit také radami Jana z Boha, o němž jsme se zmínili v předcházejících stránkách (Kafková, 1992).

Po zániku První české ošetrovatelské školy v Praze byla odborná výuka vedena také mimo prostory nemocnice, konala se v pokojích Ženského výrobního spolku. V Karlově městském chorobinci docházelo rovněž k praktickému výcviku, který vedly s největší pravděpodobností samy sestry (Kafková, 1992). Potřebnou kvalifikaci na našem území bylo na konci 19. století možné získat zaučením ve špitálech, kdy své praktické zkušenosti předávala vrchní ošetrovatelka nebo ředitel nemocnice (Prošková a Konečná, 2015). Na začátku 20. století prakticky připravoval ženy, které se staraly o nemocné v domácnostech, Ústřední spolek českých žen. Organizoval kurzy, které vedly lékařky a předávaly zkušenosti čistě teoreticky. Průlomem v ošetrovatelském vzdělávání byl rok 1914. Byly založeny dvouleté ošetrovatelské školy, které byly zřizovány při nemocnicích a zaručovaly absolventkám praktickou výuku. Když se pak roku 1916 otevřela v Praze Státní dvouletá ošetrovatelská škola, odborná výuka probíhala

ve špitálech za přítomnosti školních sester (Kafková, 1992). Jiné literární prameny však naznačují, že samotná praxe často probíhala bez dozoru školní sestry. To pak vedlo k tomu, že žákyně odborné zkušenosti nabývaly samy při výkonech, které si vyzkoušely (Prošková a Konečná, 2015). V roce 1920 se Státní dvouletá ošetrovatelská škola dostala pod křídla Československého červeného kříže, který měl zodpovědnost nejen za odbornou přípravu absolventek, ale zodpovídal také za učitelky (Kafková, 1992).

Od roku 1945 do současnosti prošla ošetrovatelská péče velice dlouhým vývojem. Kromě přístupů v ošetrovatelství se měnilo také vzdělávání. Do vzdělání se více promítala holistická filozofie. Sestry, které byly schopné smýšlet holisticky, dokázaly utišit úzkost nemocných a získat si jejich důvěru. Zajištění kvalitních sester bylo možné pouze na základě dobré praktické i teoretické přípravy (Kafková, 1992). První škola poskytující tuto přípravu budoucím sestřím vznikla na našem území roku 1874. Absolventky těchto škol lze považovat za zakladatelky vzdělávání budoucích zdravotnických profesí u nás (Vučková, 1995).

V roce 1947 se mohlo naše území pyšnit celkem čtyřiceti civilními a církevními školami. První vyšší sociálně zdravotnické školy vznikly z ošetrovatelských škol na přelomu roku 1954 a 1955, jejich součástí byly také odborné školy pro ženská povolání (Kafková, 1992). Školský zákon z roku 1960 zařadil školy zdravotnického směru mezi školy tzv. druhého cyklu známé jako SZŠ. Tento přechod vedl též ke změně délky studia. Do této doby dvouleté studium se stalo studiem čtyřletým, bylo tedy prodloužené. Jelikož stále převládal nedostatek vzdělaných sester, byla délka studia zkrácena na tři roky. Tato reforma ve své době způsobila, že školu absolvovaly neplnoleté sestry. Z tohoto důvodu došlo k další reformě a vzdělávání sester trvalo opět čtyři roky (Bužgová a Plevová, 2011). Ani tato změna nepřinesla očekávané výsledky. Učebnice nejen z této doby si lze připomenout v Příloze č. 1.

Z hlediska rozvoje medicíny a techniky bylo třeba pokračovat v návazném vzdělání, proto došlo roku 1960 k založení Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků. Tento institut nabízel vzdělávání v Bratislavě a Brně (Kutnohorská, 2010). Jednalo se o specializační vzdělávání zdravotnických profesí nejen formou pomaturitního studia a kurzů, ale i přednášek. Tento rok byl mezníkem ještě z jednoho důvodu. Bylo zavedeno vysokoškolské vzdělávání pro sestry na půdě Filozofické fakulty

Univerzity Karlovy (dále jen FF UK). Jednalo se o pětiletý dálkový studijní program, jehož absolvent získal titul magistra. Ošetrovatelství se studovalo dvou oborově. Uchazeč si mohl vybrat, jestli bude studovat péči o nemocné a psychologii nebo péči o nemocné a pedagogiku (Musilová, 1999). Studium bylo určeno především pro hlavní a vrchní sestry nebo učitelky SZŠ (Bužgová a Plevová, 2011). Období normalizace, respektive jeho druhá polovina, přineslo další změnu na FF UK. Vedle zaběhlého dvouoborového studia bylo uchazečům nabídnuto i studium jednooborové – Péče o nemocné. Opět se jednalo o pětileté magisterské studium, které probíhalo dálkově. Určeno bylo pro sestry ve vedoucích pozicích. Podmínkou k přijetí bylo nejen úplné středoškolské vzdělání, ale také pětiletá praxe v nemocnici. Toto studium bylo možné v akademickém roce 1980/1981 studovat buď prezenční formou pět let, nebo distanční formou šest let. Později bylo dvouoborové vzdělávání umožněno také na Komenského univerzitě v Bratislavě či na Palackého univerzitě v Olomouci (Kutnohorská, 2010).

Dalším důležitým mezníkem byl rok 2000. S rozvojem medicíny byly kladeny čím dál tím větší nároky nejen na kvalitní vzdělávání zdravotnických profesí. Vzhledem k tomuto faktu byla v Mnichově vypracována evropská strategie, která určovala linii ve vzdělávání zdravotnických oborů. Důraz v Mnichovské deklaraci byl kladen na propojení praxe se vzděláváním a kompetence sester (Kutnohorská, 2010). V ČR se koncepcí rozvoje zdravotnictví zabývala doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. se svým reformátorským kolektivem (Škubová a Chvátalová, 2004). Staňková zavedla nové učební osnovy. Kurikulum pro SZŠ obsahovalo nové okruhy vzdělávání, například anatomii, kliniku nemocí, psychologii a další. Začalo se používat termínů všeobecná a dětská sestra (Talián, 1999).

Studium ošetrovatelství na vysokých školách nebylo sestrám na odděleních počátkem 90. let 20. století možné. Obory, jak již bylo zmíněno, mohly studovat pouze učitelé a sestry mající vedoucí pozici. Změna nastala v akademickém roce 1993/1994, kdy se z pětiletého studia stalo studium tříleté – bakalářské. Výuka navazovala na učební osnovy SZŠ (Tóthová, 2007). Kvalifikační bakalářské studium ošetrovatelství tak, jak ho známe dnes, probíhá od roku 2000. Program je určen pro zájemce, kteří dovršili středoškolské vzdělání s maturitou. Studium je nezávislé na oboru předchozího vzdělávání. Po řádném dokončení bakalářského programu jsou absolventi oprávněni k profesi všeobecné sestry (Mastiliaková, 2007). To, že vzdělávání sester dosáhlo terciální úrovně, lze považovat za velký krok vpřed (Castledine, 2000).

V souvislosti s těmito změnami musíme zmínit velice významnou osobnost českého ošetrovatelství. Prof. PhDr. Valérii Tóthovou, Ph.D., která je první profesorkou v oboru ošetrovatelství jmenovanou prezidentem ČR. Díky této ženě se neustále zvyšuje úroveň ošetrovatelské péče. V roce 1982 působila na SZŠ a Vyšší zdravotnické škole v Českých Budějovicích a roku 1991 začala s přednáškami na katedře klinických a preklinických předmětů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Na této fakultě založila katedru ošetrovatelství, kde zastává funkci proděkanky (Tóthová a Svěráková, 2010).

1.2.2 Vzdělávání sester v současnosti

Změny ve vzdělávání v ošetrovatelství souvisí s nárůstem nových poznatků nejen v oblasti medicíny, ale také v ošetrovatelství. Časem se změnil nárok na dovednosti a znalosti sester, kterými musí disponovat. Z toho lze vydedukovat, že je potřeba, aby vzdělávání ve zdravotnictví bylo velmi dobře organizované a podložené vědou. Konečným výsledkem zmíněného vzdělávání jsou právě připravení zdravotničtí pracovníci (Dubois et al., 2006). Po vstupu naší země do EU 1. května roku 2004 nastala řada změn. Samozřejmě se změny týkaly i nelékařských zdravotnických povolání. Vzdělávání všeobecných sester se převedlo na terciální úroveň (Brůha a Prošková, 2011). Stanovena byla nová východiska nejen ohledně kvalifikace sester, ale i studijních oborů. Přijat byl zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který vymezil náplň práce a rozdělil kompetence zdravotnických pracovníků do tří skupin dle dosažené kvalifikace (Šustek a Holčápek, 2007). Výše zmíněným zákonem bylo definováno celkem 41 nelékařských zdravotnických povolání. Zákon měl kupříkladu vylepšit personální situaci na pracovištích, očekávaný efekt ale nepřinesl (Havelková, 2017). Když vyšla v platnost vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanovily minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, došlo ke zveřejnění požadavků na studijní programy pro jednotlivé profese. Všeobecná sestra má veškeré požadavky pod § č. 4 zmíněné vyhlášky (Šamaj a Mikšová, 2013). Jednou z nejvíce výrazných změn, kterou zákon 96/2004 Sb. přinesl, je ukončení vzdělávání sester na střední škole. Původní maturitní obor všeobecná sestra byl nahrazen oborem zdravotnický asistent. Důvodem této změny

byla hlavně psychická zátěž, která je spojena s tímto povoláním, a náročné zdravotnické prostředí (Plevová, 2018).

Kvalifikační příprava probíhá nyní na vyšších zdravotnických školách, na vysokých školách nebo univerzitách (Bužgová a Plevová, 2011). Jsou celkem tři možnosti, jak tuto kvalifikaci získat. První možností je absolvovat po maturitě tříletý akreditovaný bakalářský studijní obor, který připravuje k profesi budoucí všeobecné sestry. Druhou možností je tříleté pomaturitní studium na vyšší odborné škole. Absolvent získá kvalifikaci diplomované všeobecné sestry. Poslední relativně novou možností, jak získat kvalifikaci, je roční studium na vyšší odborné zdravotnické škole navazující na maturitní obor zdravotnický asistent/praktická sestra. Absolventi školy mohou pracovat jako diplomované všeobecné sestry. Zákon č. 201/2017 Sb. vešel v platnost 1. září roku 2017 a změnil zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Studium může být v prezenční i kombinované formě (Brůha a Prošková, 2011). Jedná se o tzv. model 4+1 (Havelková, 2017). Nutné je podotknout, že praktická sestra nahradila od školního roku 2018/2019 původního zdravotnického asistenta (Havelková, 2017). Současní absolventi SZŠ mohou některé činnosti vykonávat pouze pod odborným dohledem či přímým vedením všeobecné sestry (Plevová, 2018).

Zákon č. 201/2017 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 se zabýval problematikou kreditního a registračního systému. (Havelková, 2017). Povinná registrace sester byla v ČR řešena již od roku 1998. Po schválení Koncepce ošetrovatelství začala Rada pro rozvoj ošetrovatelství připravovat centrální registr (Špirudová, 2015). V registru byly uloženy informace o zdravotnických pracovnících, kteří vstoupili do Národního registru. Z registrace se dalo zjistit, jaké odborné zaměření mají zdravotničtí pracovníci nebo třeba jaké je jejich nejvyšší dokončené vzdělání. Zdravotnickým pracovníkům bylo vydáváno osvědčení o registraci, které sloužilo jako doklad jejich odborné způsobilosti pro vykonávání činnosti bez odborného dohledu (Kutnohorská, 2010). Účelem registru bylo zajištění kvalitní zdravotnické péče, podpora rozvoje ošetrovatelské profese a dosažení dobře fungujícího zdravotnického systému (Hofštetřová – Knnotková, 2007) Registr už zanikl, ale stále platí povinnost celoživotního vzdělávání zdravotnického personálu, které zajišťují poskytovatelé zdravotnických služeb (Havelková, 2017).

K profesnímu růstu sestrám pomáhá možnost absolvovat specializační studium (Jirkovský a Archalousová, 2004), které se zaměřuje na ošetrovatelskou péči v různých klinických oborech, na terénní péči a management. Celé specializační studium se skládá z několika modulů, kdy za části vzdělávacího programu získáváme dané počty kreditů. Ukončení specializačního vzdělávání probíhá formou atestační zkoušky, díky které získá pracovník specializovanou způsobilost (Zákon č. 284/2018 Sb.).

Kromě specializačního vzdělávání může sestra nastoupit také do postgraduálního studia, jedná se o magisterské a doktorské programy (Jirkovský a Archalousová, 2004). Po ukončení studia mohou být absolventi jmenováni také profesory. Kromě lékařských fakult nabízí toto studium řada fakult se zdravotnickým zaměřením (Plevová, 2018).

Se vzděláváním zdravotnických pracovníků souvisí jejich kompetence. Kompetenci lze definovat jako souhrn dovedností a vědomostí, které nám umožňují vykonávat kvalifikovanou činnost neboli mít oprávnění vykonávat určitý druh činnosti (Prošková, 2010). V ošetrovatelské praxi nelze však mluvit o pouhém výčtu činností, jedná se o soupis, který opravňuje zdravotníka k realizaci ošetrovatelské péče (Mikšová et al., 2014). Kompetence se uděluje za účelem stanovení obsahu určité zdravotnické profese. Na jejich základě můžeme tvořit například vzdělávací programy. Často tomu bývá však naopak, kdy vzdělávací programy jsou zpracovávány dle názorů odborníků, kteří určují potřebný obsah profese. Stanovení kompetencí s sebou nese do jisté míry podmínku poskytování nejen kvalitní, ale také bezpečné péče (Prošková, 2010). Kompetenci lze jinými slovy chápat jako spojení vědomostí s postojem a zručností (Hrmo a Turek, 2003). Vzdělávání i kompetence zdravotnických pracovníků se do jisté míry v naší zemi řadí do politických témat (Gurková a Zeleníková, 2017). Kompetence je třeba pravidelně ověřovat, obnovovat a prohlubovat (Prošková, 2010). Velice významný prvek, který slouží k osvojování kompetencí, je pregraduální a postgraduální vzdělávání sester (Mikšová et al., 2013). Již od roku 1950 jsou kompetence sester řízeny právními předpisy (Kutnohorská, 2010). O kompetencích se historicky mluvilo v tehdejší Československu – konkrétně v druhé polovině 20. století, kdy došlo k rozvíjení ošetrovatelství a osamostatnění sester. Kompetence se rozdělily dle směrnice č. 33/1967 Věstníku MZ ČSR, která udávala náplň činností středních i nižších pomocných zdravotnických pracovníků. Kompetence sester se specializačním vzděláváním, které mají zaměření v různých oborech (anesteziologii, sestra v úseku práce nukleární medicíny a jiné) byly stanoveny až v roce 1986. Jednalo se o směrnici č. 10/1986 Věstníku MZ ČSR.

Pokud bychom srovnali směrnice z předchozích let (1967, 1972, 1986) dojdeme k tomu, že kompetence se měnily v oblasti ošetrovatelské péče, organizaci preventivní a následné péče (Sehnalová, 2015).

Kompetence v dnešní době jsou především zaměřené na odbornou činnost sester (Sehnalová, 2015). Ošetrovatelství v dnešní době, tedy moderní ošetrovatelství, potřebuje zralé jedince, kteří jsou vysoce kvalifikovaní a jsou schopni zvládat psychické i fyzické napětí. Požadavky na ošetrovatelskou profesi se stále zvyšují, a proto dochází k utváření nových rolí a nových kompetencí sester (Maňhalová, 2018). Zvýšení kompetencí se očekávalo od zákona, který vešel v platnost dne 25. března 2011, zákona č. 105/2011 Sb. Jednalo se o malou novelu zákona č. 96/2004 Sb., která však kompetence nenavýšila. Nelékařským zdravotním pracovníkům bylo umožněno vykonávat odborné činnosti pod dohledem lékařů do té doby, než získají odbornou způsobilost (Sehnalová, 2015). Mimo zmíněné právní předpisy je náplň sestry a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků vymezena zaměstnavatelem. Ten je povinen každému zaměstnanci vymežit jeho kompetence dle dosaženého vzdělání, schopností a dovedností (Mikšová et al., 2014). Kompetence jsou též značně ovlivněny i charakterem profese a zvyklostmi daného oddělení. I přes to, že jsou činnosti vymezeny právem, dochází ke chvílím, kdy sestry a další ošetrovatelský personál své kompetence překračují (Bártlová a Hajduchová, 2010). Je nutné podotknout, že provádět činnosti mimo kvalifikaci je velice relevantní. Činnost nekompetentních pracovníků může ohrozit bezpečnost nemocného (Mikšová et al., 2014). Z výzkumu Sehnalové (2015), jehož cílem bylo zmonitorovat to, jak sestry znají své kompetence a jak je dodržují, došlo k zjištění, že sestry své kompetence moc neznají a dochází k tomu, že své kompetence překračují. Výzkum došel k závěru, že sestry, které mají specializaci pro intenzivní péči, své kompetence plně nevyužívají a odborné činnosti, které by mohly vykonávat, nevykonávají. Navzdory tomu sestry bez tohoto specializačního vzdělání provádí činnosti, které by měly vykonávat sestry se specializací.

V dnešní době bude potřeba, aby se vzdělávání orientovalo na komunitní ošetrovatelství a hospicovou péči (Rošková, 2013). Populace stárne a jednotlivci se dožívají vyššího věku (Miller, 2017). Průměrná délka života v EU je u žen 81 let a u mužů 74,4 let. Úmrtí nejčastěji způsobují onemocnění oběhové soustavy, nádorová onemocnění, různá poranění, dále onemocnění trávicího či dýchacího systému. Demograficky se snižuje počet narozených dětí, za to se zvyšuje počet věkově starších, a hlavně chronicky

nemocných jedinců. Výše zmíněné lze označit za faktory, které mají dopad na zdravotnické i sociální služby. V současném zdravotnictví se sestry stávají dlouhodobou a odbornou podporou pro staré a chronicky nemocné občany. Z toho plyne, že by měla nastat změna v nemocniční péči. Nemocnice by se měly více zaměřovat na akutní péči. Subakutní a terciální péče by měla být přesunuta mimo nemocniční zařízení. Zapotřebí tedy bude, aby se ošetrovatelství orientovalo na vzdělávání v komunitní a hospicové péči (Rošková, 2013). V dnešní době se čím dál tím více sester přesouvá z nemocnic do terénní péče (Staňková, 2000). Sestry provádějí práci samostatně, pečují o nemocné v domácnostech a vedou občany ke zdravému životnímu stylu (Norman, 2015). Také WHO prosazuje tzv. rodinnou sestru, která by měla v rodinách propagovat zdravý způsob života (Staňková, 2000).

1.2.3 Celoživotní vzdělávání sester

Celoživotní vzdělávání můžeme definovat jako obnovování, prohlubování, ba dokonce zvyšování vědomostí i dovedností v příslušném oboru (Plevová, 2018). Snaha uzákonit celoživotní vzdělávání sester nebyla jednoduchá, proto se ČAS rozhodla vytvořit vlastní, dobrovolný registr sester (Hofštetrová – Knotková, 2006). Od dubna roku 2004 je celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků regulováno zákonem. Do tohoto typu vzdělávání můžeme řadit specializační vzdělávání, certifikované kurzy, účasti na konferencích nebo kongresech. Dále pedagogickou, publikační a vědecko-výzkumnou činnost. Pokud se dotyčný rozhodne pro studium navazujících studijních programů, tím máme na mysli vyšší odbornou školu, akreditovaný bakalářský, magisterský, doktorský obor, který je zaměřen na zdravotnictví nebo zaměření úzce souvisí s odborností zdravotnické profese, tak se jedná též o celoživotní vzdělávání (Plevová, 2018).

1.2.4 Národní program pro rozvoje vzdělávání

Národní program rozvoje vzdělávání v ČR se nazývá Bílá kniha. Jedná se o dokument, který zobrazuje základní strategie českého vzdělávání. Bílých knih je několik, jelikož každý ze členských států EU vydává svou. Kniha každého státu hovoří o některém z problémů, který se týká konkrétní oblasti. Tyto Bílé knihy obsahují návrhy

a doporučení, jak daný problém vyřešit. Národní program pro vzdělávání v naší zemi byl tvořen Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) v roce 2001. Zrcadlí zájmy celé společnosti a dává určité podněty k práci různě zaměřeným školám (Zormanová, 2014). Bílá kniha od MŠMT z roku 2001 vidí jeden z velkých problémů středoškolského odborného vzdělávání v nástupu absolventů do praxe bezprostředně po maturitě, protože během studia žáci pracují neustále pod odborným dohledem a nikoliv samostatně. Nemají také větší možnost komunikovat s odborníky na oddělení a prezentovat svou osobnost (Národní program ..., 2001).

1.2.5 Evropská direktiva

Podmínky pro získávání způsobilosti všeobecné sestry a dále k výkonu povolání má na starosti v členských zemích Evropská unie. Mimo zmíněné se zabývá též direktivy a sektorovými směrnicemi Evropského společenství, které usměřňují ošetrovatelské profese. Úroveň přípravy pracovníků oboru je jeden ze základních požadavků k získání a udržení odborné způsobilosti k výkonu povolání (Jirkovský a Archalousová, 2004).

Již v šedesátých letech dvacátého století poskytla Rada Evropy základní směrnice pro jednotné vzdělávání sester. Tuto dohodu podepsalo postupně celkem dvanáct států. V roce 1972 byla pak ve Štrasburku tato směrnice vydána jako Evropská dohoda o vzdělávání sester (Vorlíčková, 2005). Jak čas plynul, o dohodu se přihlásily nejen státy EU, ale též významné mezinárodní organizace, mezi které patří například WHO a ICN. Zmíněný dokument byl dále roku 1995 doplněn o dokument vydaný Radou Evropy s názvem Role a vzdělávání sester. Velice podrobně popisoval jednotlivé direktivy (Plevová, 2018).

Dalším důležitým mezníkem byl rok 1989, kdy Evropská komise doporučila, aby sestry 21. století byly vysokoškolsky vzdělávané a mohly získávat akademické hodnosti (Plevová, 2018). Než ČR vstoupila do EU, došlo k zásadním změnám ve vzdělávání. Ty proběhly na základě naplnění směrnice EU. Sestrám byla uznána kvalifikace a mohly pracovat v kterékoliv zemi EU (Vorlíčková, 2005). Kvalifikační vzdělávání je podřízeno MZ ČR a právním normám MŠMT ČR. Všeobecné sestry jsou kvalifikačně připravované od roku 2004/2005 na vyšších odborných a vysokých školách zdravotnických vždy v souladu se směrnicemi EU (Plevová, 2018).

Roku 2004, konkrétně v dubnu, vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb., který na sebe váže pregraduální i postgraduální vzdělávání sester. Též vymezuje výkon povolání pod přímým vedením, odborným dohledem nebo bez přímého vedení či odborného dohledu (Plevová, 2018).

Rozvineme-li si předchozí myšlenku, jedná se o jakousi organizaci vzdělávání v ošetrovatelství. V ČR evropský systém vzdělávání rozděluje do dvou cyklů. Základní studium je kvalifikační, nebo též pregraduální, a je určené k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání. Další typ studia je postgraduální. Jedná se o velice nepostradatelnou formu studia, která vede k udržení odbornosti a profesnímu růstu sester. Do tohoto cyklu řadíme systém celoživotního vzdělávání, specializační studium a univerzitní postgraduální studium. Další, kdo se podílí na požadavcích na vzdělávání v ošetrovatelství, je Rada Evropy. V mezinárodních kritériích pro získání kvalifikace všeobecné sestry uvádí měřítko, která stanovují podmínky pro přijetí ke studiu na ošetrovatelských školách (po ukončení všeobecného vzdělávání ve věku osmnácti let), rozsah i obsah praktické i teoretické části studia a možnosti získání specializace (Jarošová, 2006). Též Evropská federace ošetrujících ve spolupráci s WHO a ICN specifikovala principy ohledně vzdělávání sester v EU. Obdobně jako zmíněná Rada Evropy vytyčuje podmínky pro vstup do dalšího vzdělání, které následuje po zdárném dokončení střední školy a úspěšném splnění podmínek univerzity. Zmíněné studium by nemělo trvat méně než tři roky a po dokončení vzdělávacího programu získá student titul Bc. Po získání tohoto akademického titulu mají studenti možnost následného magisterského a doktorského vzdělávání. Dále určuje podmínky ohledně učebních osnov, které musí vycházet z praxe a výzkumu. Opomenout nelze ani řadu ošetrovatelských programů, kurzů a vzdělávání pro možnost vykonávat funkci ředitele, kdy jedinec, který má o danou funkci zájem, musí získat titul universitního profesora (Hanzlíková, 2011). Závěrem je třeba dodat, že se EU snaží docílit toho, aby vzdělávání v ošetrovatelství splňovalo ty nejvyšší standardy vzdělávacího systému po celé Evropě (Eines et Dale, 2015).

1.3 Proměna ideálu sestry

To, co v dnešní době vnímáme jako ideál sestry, je dáno historickým vývojem. Na úplném začátku tento ideál vycházel z pracovních hodnot – svědomité, zodpovědné a přesně odvedené práce – a z osobnostních předpokladů – soucitné, laskavé a starostlivé péče.

Samozřejmostí již tehdy byly praktické dovednosti a kvalitní vzdělání. Výše zmíněné požadavky jsou tradiční a v dnešní době je ideál doplněn dalšími nároky, schopnostmi a dovednostmi. Zařadit sem můžeme schopnost plánovat, řídit, hodnotit a celoživotně se vzdělávat, budovat vztahy s pacienty a zachovat si nadhled v kritických situacích (Haškovcová, 2013).

Podklady k profesnímu ideálu sestry lze vyčíst z etického kodexu sestry, který srozumitelnou a jasnou formou popisuje základní hodnoty sester a jejich chování v souladu s etikou (Haškovcová, 2002). V ČR máme dva platné etické kodexy. Etický kodex zdravotnického pracovníka v nelékařských oborech od MZ ČR, který byl vydán ve Věstníku č. 7/2004. Druhý etický kodex byl vydán ICN a přijat roku 1953 (Haškovcová, 2002). Od té doby došlo k několika revizím, poslední je z roku 2000. Sestry z ČR se prostřednictvím ČAS hlásí k Etickému kodexu ICN. Tento zmíněný kodex byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS. Nabyl platnost 11. února 2012 (ČAS, ©2017). ICN má sídlo v Ženevě a sdružuje sesterské organizace. Členem této mezinárodní organizace může být z každé země pouze jedna sesterská asociace (Haškovcová, 2002).

Osobnostní ideál sestry neexistuje. Z výzkumů provedených na toto téma vyplynuly určité předpoklady, které jsou však pro osobnost sestry velice důležité (Bužgová a Plevová, 2011). Jednu skupinu tvoří osobní kvality, kam řadíme ideální znaky nezbytné pro tuto profesi. Jedná se o schopnost vcítit se do druhého, pečovat o pacienta, respektovat nemocné a mít přirozenou snahu pomoci druhému (Zacharová, 2017). Druhou navazující skupinou je chování sestry. Jedním z předpokladů je umět pracovat v týmu, mít jisté komunikační dovednosti, zachovat klid v případě kritické situace, zvládat nejen své, ale také pacientovy emoce a dbát na bezpečnost při poskytování péče. Etický kodex praví, že sestra musí poskytovat péči nejvyšší kvality a nese za ni patřičnou zodpovědnost. Péče by měla být poskytnuta na základě jejích odborných znalostí a vědomostí s tím, že neustále aktivně vyhledává možnosti vzdělávání za účelem zvyšování své odbornosti (Zacharová et al., 2007).

Dle veřejného mínění lze profesi sestry zařadit mezi jednu z nejprestižnějších v naší zemi. Výzkum zabývající se touto problematikou byl proveden v červnu roku 2019 mezi veřejností ČR. Stanovilo se celkem 26 profesí, kterým respondenti rozdělovali body. Sesterské povolání se v seznamu nejváženějších profesí prvně zveřejnilo v roce 2011

a od té doby si drží svou bronzovou příčku (Tuček, 2019). Nelze však z tohoto výsledku usuzovat, že sesterskou profesi vnímá společnost pouze pozitivně. Důvod, proč veřejnost někdy vnímá sesterskou profesi negativně, je ovlivněn více faktory (Mishra, 2015). Nemocný vnímá ošetrovatelskou péči negativně, pokud je narušené uspokojování jeho základních potřeb v době nemoci. To znamená, že si pacienti všímají, jak jsou sestry schopné se postavit k jejich problémům. Sledují jednání a aktivitu sester. Konkrétně hodnotí způsob komunikace, dodržení slibů. Nelze opomenout také úpravu zevnějšku sestry (Lávičková, 2006). Dále negativně působí nedobrá mediální prezentace, která vyvolává nedůvěru u veřejnosti. Důležité je tak v této oblasti zdůraznit pozitivum povolání, zlepšit mediální prezentaci, zaměřit se na úspěchy a přínosy v oblasti ošetrovatelské péče (Mishra, 2015). Celá naše společnost by si měla být vědoma hodnoty současných i budoucích sester a o ošetrovatelském povolání vždy hovořit s jistou dávkou úcty (Hubová a Michálková, 2012).

1.4 Proměna sesterské role

V dnešní době je hlavní činností sestry ošetrování nemocných, přestože plní řadu jiných povinností. Mezinárodně je akceptována definice z roku 1960 od Virginie Henderson ze Spojených států amerických. Tato žena je mimo jiné považována za zakladatelku moderního pojetí ošetrovatelské péče. Již ve své době mluvila o tom, že funkce sestry spočívá nejen v pomoci nemocnému člověku, ale i zdravému. Péči, kterou sestra pacientovi poskytuje, napomáhá k uzdravení a upevnění zdraví, v nevléčitelných případech k pokojnému umírání. Funkci je potřeba vykonávat tak, aby sestra nemocnému jedinci pomohla co nejdříve získat nezávislost. Dále se Henderson věnovala problematice sesterské role. Pravila, že by sestra neměla být při své ošetrovatelské činnosti rušena jinými aktivitami, aby nezanedbávala svojí ošetrovatelskou péči. Neměla by uklízet, řešit evidenční a úřednické práce (Henderson, 1995).

V historickém kontextu došlo nejen k proměně ošetrovatelské péče, ale také ke změně sesterské role (Staňková, 2002). Rolí obecně lze chápat jako daný způsob chování, který se váže k sociálnímu statusu (Hartl a Hartlová, 2000). S rolí se může sestra buď ztotožnit, anebo ji může zamítnout (Buriánek, 2008). V úplných začátcích ošetrovatelské profese byla role postavena na náboženském základě, činnostech vázaných s charitou a celkově na pomoci nemocným či chudým lidem (Staňková, 2002). Dále role

ošetřovatelky vycházela z povinností a postoje sestry. Ošetřovatelka byla popisována jako pečující s dovedností utěšit nemocného a utišit jeho bolest. Ošetřovatelskou péči prováděla na základě svého poslání a její role byla zaměřena na pomoc druhému člověku. S transformací ošetřovatelství bylo poslání proměněné na povolání. Ošetřovatelka využívala během své péče vědomosti získané vzděláním a zároveň byla pro lékaře vykonavatelkou jeho příkazů. Práce se postupem času stávala rutinní. Tento fakt trvá i nadále v současném moderním ošetřovatelství (Bártlová et al., 2010).

V současném pojetí ošetřovatelské péče se role sestry mění. Od sester jsou neustále vyžadovány nové dovednosti i znalosti, které se v mnohých směrech liší. Sestra v moderní době je profesionálkou, členkou multidisciplinárního týmu. V základě by se podstata role sestry však měnit neměla (Bártlová a Matulay, 2009). Aktivní a vzdělané sestry v současné době plní řadu profesních rolí. Poskytují základní ošetřovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních i v terénu. Dokážou na základě potřeb nemocného stanovit ošetřovatelské problémy a utvořit mu tak individuální plán péče. Sestry formují vztahy. Nemáme na mysli jen mezi nemocnými, ale také mezi ostatními sestrami a členy multidisciplinárního týmu (Dlugošová a Tkáčová, 2012). Multidisciplinární tým netvoří pouze lékař a sestra, ale také další nelékařští zdravotničtí pracovníci, například fyzioterapeuti, ošetřovatelé, nutriční terapeuti, laboranti. Péče o pacienta je tzv. multidisciplinární a umožňuje vidět nemocného i zdravého člověka z několika pohledů (Vévoda, 2013). To napomáhá ke komplexní péči o nemocného (Mount, 2003). Současně sestry zastupují i roli edukátorky. Tuto roli zastupují nejen u pacienta, ale také u jeho rodiny. Podílejí se na prevenci, upevňování zdraví či rozvoji soběstačnosti nemocných. Učí pacienty s jejich onemocněním žít a pomáhají jim s dovednostmi, které v danou chvíli potřebují umět. Cílem této role je pozitivně působit na pacienta a snažit se mu vštípit pocit zodpovědnosti za vlastní zdraví (Míčková, 2009). Sestru můžeme označit také za ochránkyni práv, jelikož informuje nemocného o jeho právech a následně se ujistuje, že pacient těmto právům rozumí. Stává se také nemocného mluvčím, pokud nemocný není schopen sám projevit své přání či potřeby. Co je důležité, tak je fakt, že sestra zastává roli výzkumnice. Tato role je pro ošetřovatelství velice přínosná. Podílí se na získávání nových poznatků, ověřuje a realizuje nové postupy a technologie v ošetřovatelské péči. Aby tuto významnou roli mohla zastávat, musí mít jisté vzdělání i potenciál (Bužgová a Plevová, 2011). Bez výzkumu nelze očekávat rozvoj ošetřovatelství (Rošková, 2013).

Sestra může zastávat také roli mentorky. Podporuje své svěřence, provádí je odbornou praxí a vede absolventy v procesu pracovní adaptace (Anastassiadou, 2006).

V případě, že sestra zastává roli manažerky, je její role náročnější. V oboru ošetřovatelství se výrazně pohybují ženy a s tím souvisí několik kladů i záporů. Mezi klady radíme například schopnost empatie. Mezi zápory častější konflikty na pracovištích z důvodu emotivnějšího jednání žen (Hekelová, 2012). Již zmíněná role manažerky s sebou nese funkci vedoucí či vrchní sestry. U nás se tato funkce objevuje až později. Do dvacátých let dvacátého století bylo méně sester civilních. Ošetřovaly řádové sestry, které byly podřízené sestře představené. Ta nedopustila, aby někdo zasahoval do jejích kompetencí. V období první republiky dostala tato funkce označení vedoucí sestra. Léčebné postupy, diagnostické metody i nové pracovní metody si vyžadovaly více personálu, především sester. To způsobovalo jakousi disharmonii mezi diplomovanými sestrami a nediplomovanými ošetřovatelkami. V této době nebyly žádné předpisy, které by vymezovaly funkci vedoucího oddělení a ostatních ošetřovatelek či vedoucí funkci a funkci civilní sestry (Kafková, 1992). V květnu 1940 byl poprvé ustanoven pojem vedoucí sestra ošetřovatelské služby v nemocnici. Stala se jí diplomovaná sestra Roušarová, která tuto pozici zastávala již tři roky, ale neoficiálně (Plevová a Slowik, 2008).

Diplomované sestry v roce 1931 na II. Celostátním sjezdu diplomovaných sester požadovaly vymezení funkce vedoucí sestry a vytyčení pracovní náplně. O vymezení funkce vedoucí sestry se starali lékaři, pod kterými pracovali. Vrchní sestra se měla společně s primářem, sekundárním lékařem a administrativním pracovníkem scházet jedenkrát měsíčně a předkládat zprávu o tom, jak pracuje ošetřovatelský personál. V roce 1931 přišla změna. Vedoucí funkci zastávaly dvě sestry. Jedna se starala o personální problematiku, vedení ošetřovatelského personálu a druhá se starala o soupisy a sociální záležitosti. V případě služebních i mimoslužebních prohřešků dostávaly civilní sestry pokuty, v případě opakování přestupků následovala výpověď (Kafková, 1992).

1.5 Proměna postavení muže v ošetřovatelské profesi

Od počátku obor ošetřovatelství provázejí rozpory z hlediska profesionalizace. Ošetřovatelskou péčí ve většině případů prováděly ženy. Sociologové a teoretici

ošetřovatelství se zabývali faktory, které tento jev ovlivnily. Uváděli, že péče o druhé byla pro ženy zcela přirozená, proto ženy své postavení v ošetřovatelství zaujaly samovolně (Marková a Vaňková, 2010). Zajímavé je, že před dvěma tisíci lety bylo ošetřovatelství sférou mužů (Zelinka, 2014). Důkaz lze najít v samotné Bibli, kde v každém historickém období se vyskytují jako pečovatelé muži, kteří se starali o nemocné. Jako příklad si lze uvést část Bible, v níž Samaritán ošetřoval poraněného muže (Gračko, 2012). Vyslovíme-li jména jako Florence Nightingale či Virginie Henderson, v hlavě nám vzplane myšlenka, kolik toho tyto ženy dokázaly pro rozvoj ošetřovatelství. Zmíníme-li však jména jako Juan Ciudad nebo Walt Whitman, pouze malému počtu z nás se vybaví konkrétní událost spojená s těmito muži. Přitom oni jsou pro dnešní ošetřovatelský vědní obor stejně významní jako výše uvedené ženy. Walt Whitman, narozený roku 1810 ve Spojených státech amerických, známý jako básník, novinář a esejista se během svého života staral asi o stotisíc raněných. Ošetřovatelství nikdy nestudoval, ale při Občanské válce zůstal v lazaretu a pomáhal vojákům. Po tom, co při péči zažil, prohlásil stejně jako F. Nightingale, že špatné hygienické podmínky a s nimi nesoucí se infekční nemoci zabíjejí více nemocných než traumatické rány (O'lynh, 2007).

O mužích provádějící práci sestry se odjakživa mluví velice zřídka, proto je profese sestry tolik přisuzována ženám (O'lynh, 2007). Je potřeba říci, že v současné době má povolání sestry mezi muži narůstající tendenci. Je pravděpodobné, že muži v tomto povolání budou vždy tvořit menšinu. Jedním z možných vysvětlení této situace je i zmiňovaný fakt, že povolání sestry je považováno za čistě ženské, protože ženy jsou brány jako více empatické bytosti. Oproti tomu muži jsou bráni jako bojovní, někdy až agresivní, panovační, což není předpokladem pro výkon tohoto povolání (Gračko, 2012).

1.6 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Vztah mezi zdravotníkem a nemocným je při poskytování ošetřovatelské péče velice důležitý. Lékař i sestra by měli k pacientovi přistupovat stejným způsobem. Povolání sestry i lékaře se řadí k pomáhajícím profesím a pro pacienta je velice důležité, aby pracovníci povolání nebrali pouze jako úkon, ale dokázali dát najevo svůj osobní zájem o nemocného (Bužgová a Plevová, 2011).

Abychom pochopili chování pacienta, musíme vnímat, jak na něj působí veškeré situace, kterými pacient prochází. Máme na mysli nejen jeho prožitky, emoce a chování, ale i somatické procesy. Východiskem je pojmout pacienta jako bio-psycho-sociální a spirituální celek. Problémem současné doby je fakt, že zdravotník je zaměřen na řádnou terapii či diagnostiku a individuální problémy opomíjí (Zacharová, 2017).

Z důvodu přeměny zdravotní péče a ošetrovatelství dochází ke změnám vztahů mezi sestrou, pacientem a lékařem. Nemocný mění svou roli. Dříve byl lékař nadřazený, ale zároveň ochranitel a nyní mezi lékařem a nemocným panuje partnerský vztah (Bártlová a Chloubová, 2009). Podíváme-li se blíže na vztah mezi pacientem a sestrou, tak dojdeme k závěru, že sestry jsou při prvním kontaktu pro pacienty úplně cizí osobou a mají v rukách jejich zdraví. U nemocného může dojít k tomu, že si klade otázky, zda je sestra dostatečně vzdělaná, zručná a schopná. Od lékařů se sice pacienti dozvídají své diagnózy, nutnost dalších vyšetření, ale až sestra nemocnému vše ukáže, připraví ho na výkon, vyslechne a pomůže mu v překonání neznámých situací. Pacienti ve vztahu k sestře mohou očekávat pomoc ve chvíli, kdy se o sebe nedokážou postarat, kdy nedokážou provést každodenní úkony. I přes to, že pacienti na své ošetřující sestry někdy nadávají, jsou to právě ony, které nad nimi bdí celou noc a starají se o jejich pocit pohodlí (Janoušková, 2005). Je třeba podotknout, že vztah pacienta a sestry může být ovlivněn médii. Zřídka se v mediích doslechneme či dočteme o tom, jak jsou sestry ve své práci nenahraditelné. Ve většině případů se naopak dozvídáme, kolikrát sestra pochybila či poškodila pacienta. V posledních několika letech proběhly v mediích k různě kauzy, které na profesi sestry nevrhaly dobré světlo (Bártlová et al., 2010). Je nutné podotknout, že by i samotné sestry měly usilovat o zlepšení svého sociálního postavení (Feng et al., 2017).

1.7 Proměna sesterské uniformy

Stejně jako v povolání sestry došlo k pokroku, tak i uniforma sestry prošla nemalým vývojem. V 18. století jsme se v klášterních špitálech mohli setkávat s prvotními náznaky sesterské uniformy. Ošetrovatelé pečující o nemocné měli na sobě oděv, který nesl prvky ošacení řádových sester (Brabcová, 2013).

V 19. století, kdy historii ošetrovatelství tvořil i ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov, oblékaly ošetrovatelky uniformu, z níž později vznikl profesní oděv. Na bojišti Krymské války pracovaly ošetrovatelky pod vedením Pirogova v uniformě, kterou tvořily dlouhé hnědé šaty s bílou zástěrou. Kolem krku měly modrou stuhu se stříbrným křížem. Raněným pomáhala také se svými svěřenkyněmi Florence Nightingale. Její sestry měly na sobě černé šaty, které byly částečně chráněné bílou zástěrou. Hlavu si kryly bílým čepcem. Členové nově založené organizace Červeného kříže si oblékali bílý plášť přes svůj civilní oděv. Paži jim zdobila bílá páska, na které byl znak organizace – červený kříž na bílém poli (Brabcová, 2013).

V době existence České ošetrovatelské školy byly oblékány dva typy uniforem. První byl určen pro odbornou výuku a druhý oblékaly pouze vrchní sestry a představené sestry v případě vycházek (Kutnohorská, 2010).

Šaty s dlouhým rukávem bleděmodré barvy schovávající kotníky, punčochy a boty černé barvy nosily sestry při odborné výuce. Doplnkem jim byl skládaný bílý čepec. Hrdě nosily také odznak sester, který byl součástí uniformy. Vrchní sestry a sestry představené se v případě vycházek oblékaly do šatů tmavě modré barvy s pláštěnkou. Jejich čepec měl barvu šatů a zdobil ho malý jemný závoj bílé barvy. Později se od těchto uniforem upouštělo. Nahradily je šaty s kulatým límečkem a čepec bílé barvy. Sestry využívaly rovněž pláštěnky modré barvy, která jim sloužila v terénu (Kutnohorská, 2010).

V poválečném období došlo k přeměně profesního oděvu sester. Šaty měly krátký rukáv a proužkované vzorování modrobílé barvy. Součástí byl čepec, odznak a zástěra. Po únoru 1948 zanikly ošetrovatelské školy a počala éra sociálně zdravotních škol. Uniforma měla bleděmodrou barvu, bílý límeček a sestry začaly nosit znak SLOUŽÍM ZDRAVÍ LIDU (Brabcová, 2013). Nosit čepec bylo povinností a nesměl se z hlavy sundat ani při nočních směnách. O stejnokroje se staraly pracovnice v ústavních prádelnách, které uniformy žehlily, dle potřeby zašívaly a praly. Výměna čepců a šatů probíhala jedenkrát za týden. Zakázáno bylo nosit šperky, náramky i prsteny. Platila velice přísná pravidla na úpravu zevnějšku. Dodržování těchto pravidel kontrolovaly nejen nadřízené sestry, ale i lékaři (Rozsypalová et al., 2006). Padesátá léta přinesla změnu v názvu, uniformy se mění na ochranný oděv. V letech 1970-1990 se pracovní oděv lišil různými odstíny modré. U oděvu se dbalo

hlavně na praktičnost. Později šaty bleděmodré barvy měly rozhalenku, čepce byl ve tvaru písmene T (Brabcová, 2013). I po roce 1990 došlo k nemalým změnám v oblékání sester. Například byla zrušena povinnost nošení čepce. Tato změna potěšila mnohé sestry. Odznak sestry byl zdoben kahanem, nad kterým byl nápis DIPLOMOVANÁ SESTRA a pod ním nápis ZDRAVÍ PRO VŠECHNY. I dnes můžeme některé sestry vidět hrdě nosit odznak. Dnes má v horní části nápis VŠEOBECNÁ SESTRA (Kutnohorská, 2010).

V současné době se setkáváme s různými typy sesterských uniforem. Jedná se o šaty pastelových barev a kalhotové komplety s různě barevnými lemy. V dnešní době může být nelehké rozeznat sestru od lékaře podle uniformy. Látky, ze kterých jsou ušity pracovní oděvy, nejsou příliš kvalitní. Uniformy jsou určitým dress codem a symbolem ošetrovatelské péče a měly by vzbuzovat nejen autoritu, ale i úctu u pacientů (Brabcová, 2013).

1.8 Proměna vybavení pokoje pro nemocného

Tak jako ošetrovatelské metody procházely a procházejí významnou proměnou, tak i zázemí pro pacienty mění svou podobu. Florence Nightingale ve své době pochopila nutnost zázemí nejen pro ošetrovatelský personál, ale také pro pacienty. Požadovala vzdušné prostředí, dostatek slunečního svitu, osvětlení, které by nekomplikovalo personálu práci při ošetrování; vytvoření prostoru, které by vyvolávalo u nemocných a personálu pocit bezpečí (Vytejková, 2011).

Nemocniční pokoje v osmnáctém století disponovaly až 29 lůžky. Ta byla umístěna podle předpisů, které stanovily, že jednotlivé postele musí být od sebe na vzdálenost dvou stěviců. Každý nemocný měl skříňku pro své potřeby, která byla otevřená. Nad lůžky visely černé tabulky, na kterých měl každý chorý své identifikační číslo a poznámky týkající se jeho léčby. Podle třídy pokoje měl nemocný jistý komfort. V nejvyšší třídě dostal hospitalizovaný k jídlu příbor (Kafková, 1992).

Později se počet lůžek snížil na dvanáct až dvacet, ale ani tento stav nebyl ideální. Sestra se pohybovala mezi pacienty omezeně a jejich lůžka byla oddělena zástěnami (Vytejková, 2011). Pokud počet lůžek nestačil, tak se pokoj doplnil náhradním lůžkem (Rozsypalová et al., 2006). Nemocní byli vystaveni širokému spektru nozokomiálních nákaz, nebylo jim umožněno soukromí a vzájemně se rušili (Vytejková, 2011).

Lůžka nešla rozmístit po pokoji tak, aby byla přístupná personálu ze tří stran, ani aby byla od sebe dostatečně vzdálená. Kovové postele, které měly bíle natřené trubky, dosahovaly požadovaných rozměrů, avšak drátěnka v nich se po krátké chvíli prohnula. Matrace byly plněné mořskou trávou a snadno se proležely. Z těchto všech faktů můžeme usoudit, že delší pobyt na lůžku nebyl příjemný a byl všemi okolnostmi ztížený (Rozsypalová et al., 2006).

S pokojem pro nemocného souvisí i sociální zařízení, které nebylo vždy dostatečné. Počet toalet naprosto neodpovídal počtu nemocných. Oddělení mělo pouze jednu vanu, která se po každém použití musela řádně dezinfikovat a omývat. Můžeme se pozastavit také nad tím, že podložní mísy a umyvadla se dezinfikovaly v již zmíněné vaně. Nemocnicím chyběla nejen sociální zařízení, ale i množství pomůcek určených k dezinfekci. V dnešní době jsme zvyklí na kompletní vybavenost pokojů a dostatečné množství pomůcek a dezinfekčních prostředků (Rozsypalová et al., 2006). Některé historické pomůcky sester si lze vzpomenout v Příloze č. 2.

V současnosti pokoje vyhovují požadavkům EU. Vybavení zajišťuje relativně vysoký komfort všem pacientům. Vše je soustředěno tak, aby se mohl personál efektivně a účelně starat o nemocné. Udávaný optimální počet pacientů na pokoji je tři až čtyři nemocní. Interiér pokojů již nemusí být striktně vymalován bíle a působit stroze. V dnešní době i standardní pokoje září pastelovými barvami, podlahy jsou z bezpečného protiskluzového povrchu, do pokojů se vstupuje dostatečně širokými dveřmi. Všechny pokoje mají většinou velká okna, která umožňují pacientům výhled do zeleně. Každý pokoj disponuje signalizačním zařízením na dosah pacienta ruky. Některá oddělení disponují jednolůžkovými pokoji, většinou se jedná o takzvané nadstandardní pokoje, kde hospitalizovaní mohou být, pokud chtějí, se svou rodinou. Liší se také vybavením – nadstandardní pokoje často mají ledničku, televizi, internetové připojení a celkově působí více domácím dojmem (Vytejková, 2011). Bohužel i ve 21. století se v některých starších nemocnicích můžeme setkat s odděleními, kde je na pokojích umístěn větší počet nemocných, než je vhodné (Rozsypalová et al., 2006).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V diplomové práci jsme zvolili tyto cíle:

1. Zjistit, k jakým změnám v ošetrovatelské péči došlo ve 21. století z pohledu pacientů.
2. Popsat faktory, které ovlivnily změny ošetrovatelské péče.
3. Popsat, jak pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči ve 21. století.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké změny nastaly v ošetrovatelské péči ve 21. století z pohledu pacienta?
2. Jaké faktory ovlivnily změny v ošetrovatelské péči?
3. Které oblasti ošetrovatelské péče prošly změnami?
4. Jak pacient hodnotí ošetrovatelskou péči ve 21. století?

3 Operacionalizace pojmů

Ošetrovatelství je dle koncepce Ministerstva zdravotnictví ČR samostatná vědecká disciplína, která aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby jedince i rodiny (Věstník MZ ČR 9/2004). Může se jednat o formu asistence, podpory i ulehčení při zvyšování kvality života. Péče o pacienta je poskytována na základě lidského, důstojného způsobu za přítomnosti empatie (Kutnohorská, 2007).

Všeobecná sestra je osoba, která úspěšně absolvovala nejméně tříletý bakalářský studijní program v oboru všeobecná sestra nebo tříleté studium všeobecné sestry na vyšší zdravotnické škole. Rovněž je všeobecnou sestrou osoba, která již získala kvalifikaci praktické sestry, dětské sestry, porodní asistentky či zdravotnického záchranáře a zdárně absolvovala studium na vyšší odborné škole zdravotnické v délce jednoho roku (Zákon č. 201/2017 Sb.)

Kompetence je souhrn vědomostí a také dovedností, které umožňují kvalifikovaně vykonávat činnost. Kompetence sester stanovené legislativou tvoří základ, ze kterého vychází pracovní náplň zaměstnance (Prošková, 2010).

Vzdělávání sester by mělo být podložené vědou a velice dobře organizované (Dubois et al., 2006). Po vstupu ČR do EU se všeobecné sestry vzdělávají na terciální úrovni (Brůha a Prošková, 2011).

Role sestry se mění společně s vývojem ošetrovatelství. Hlavní činností sestry je řízení a poskytování ošetrovatelské péče. Mimo to spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu (Beňadiková a Rapčíková, 2009).

Termínem **pacient** se tradičně označuje osoba, která přijímá zdravotnickou péči. Jedná se o osoby, které využívají nejen nemocniční péče, ale také navštěvují různé menší kliniky (Travelbee, 1971).

4 Metodika

4.1 Použitá metoda

Empirická část byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Jedná se o do široka rozprostřený sběr dat, aniž bychom si na počátku stanovovali základní proměnné (Švaříček a Šed'ová, 2007). Realizace byla provedena na základě polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor je typický tím, že tazatel vede část rozhovoru ve stanoveném pořadí, ale může měnit pořadí otázek či ho volně doplňovat dotazy (Kozel, 2005). Pro vytvoření polostrukturovaného rozhovoru bylo využito našich znalostí a zkušeností, které jsme skloubili s poznatky z prostudované odborné literatury. Sestavili jsme otázky, které byly doplněné podotázkami. Celkem jich bylo vytvořeno 50. Následně došlo ke konzultaci, a rovněž byla provedena pilotáž se dvěma informanty. Na základě pilotní studie byly odstraněny čtyři otázky, a to z důvodu nedostatečné srozumitelnosti. Rovněž byla upravena struktura otázek. Výsledná osnova rozhovoru obsahovala celkem 45 otázek (viz Příloha č. 3). Využito bylo především otevřených otázek pro zajištění maximální vytiženosti rozhovoru. Hendl (2005) uvádí, že tento typ rozhovoru poskytuje kvalitu z důvodu minimalizace možného efektu tazatele. Rozhovory byly realizovány od února do konce měsíce dubna roku 2020. Zaměřovaly se na zdravotnická zařízení, ošetrovatelskou péči, nebo také pomůcky, se kterými sestra každodenně pracuje. Nechybělo ani zaměření obecně na sestru. Důležitým bodem ke zkoumání pro nás byla proměna ošetrovatelské péče, oblast komunikace, ale rovněž otázky směřované k budoucnosti ošetrovatelské péče.

4.2 Výběr informantů a průběh rozhovoru

Nejdříve byli zvoleni informanti, co dosáhli 60 let a žijí v Jižních Čechách. V prvotní myšlence bylo záměrem směřovat ke starším pacientům, jelikož jsme se domnívali, že dokážou naše změny týkající se ošetrovatelství popsat nejlépe. Na základě pilotáže, kterou jsme realizovali i u mladšího informanta, bylo zjištěno, že i ti dokážou mluvit o změnách, které nás zajímají. Z tohoto důvodu byla snížena věková hranice informantů. Došlo k tomu však s podmínkou, že minimální požadovaný věk byl 18 let. Průměrná délka rozhovoru byla 30 minut a každý informant musel

poskytnout informovaný souhlas s výzkumem (viz Příloha č. 4). Všichni informanti byli rovněž seznámeni se záměrem a obsahem výzkumu. Veškeré souhlasy jsou uloženy bez možnosti přístupu jiným osobám. Na úplném začátku rozhovoru byly od informanta zjištěny obecné informace. Kromě pohlaví a věku informanta nás zajímaly demografické informace, které ovlivňovaly některé z našich otázek. Polostrukturované rozhovory byly realizované v malých tichých kavárnách či v domácím prostředí dotazovaného. U několika informantů byl z důvodu pandemické situace onemocnění COVID-19 rozhovor zrealizován přes telefonický hovor. K výběru informantů bylo využito metody sněhové koule. Tato metoda znamená, že dotazovaný výzkumníkovi doporučí další účastníky výzkumu (Hendl, 2005).

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Našeho kvalitativního šetření se zúčastnilo celkem 20 informantů rozmanitých věkových kategorií. Z toho bylo 10 žen a 10 mužů, podařilo se nám tedy získat v této oblasti rovnoměrný vzorek. Celkem bylo osloveno 24 informantů, z toho 21 s provedením výzkumu souhlasilo. Jeden z informantů však rozhovor nedokončil. Nejmladšímu informantovi bylo 24 let a nejstaršímu 78 let. Všichni naši informanti byli z Jihočeského kraje. Lišila se u nich oblast, ve které žili. Celkem 16 informantů pocházelo z města, 2 z městysu a 2 byli z vesnice. Každému z dotazovaných bylo pro lepší orientaci přiděleno fiktivní jméno. Klíč k přiřazení jmen je uschován, a to bez možnosti přístupu dalším osobám. Pro zřehlednění byla vytvořena Tabulka 1 Identifikace informantů.

Tabulka 1 Identifikace informantů

Fiktivní jméno informanta	Věk	Oblast JČ, kde pacient žije
1) Karla	76 let	Městys cca 1800 obyvatel
2) Lucie	58 let	Město cca 5100 obyvatel
3) Luboš	57 let	Vesnice cca 67 obyvatel
4) Jana	52 let	Město cca 94 tisíc obyvatel
5) Milena	27 let	Město cca 34 tisíc obyvatel
6) Jiří	41 let	Město cca 34 tisíc obyvatel
7) Sára	35 let	Město cca 94 tisíc obyvatel
8) Mirek	56 let	Město cca 6400 obyvatel
9) Josef	78 let	Město do 2500 obyvatel
10) Jindřiška	72 let	Město cca 34 tisíc obyvatel
11) Pavel	57 let	Vesnice cca 90 obyvatel
12) David	38 let	Město cca 6400 obyvatel
13) Marie	75 let	Město cca 8400 obyvatel
14) Anna	47 let	Město cca 6400 obyvatel
15) Jakub	26 let	Město cca 34 tisíc obyvatel
16) Vlasta	56 let	Město cca 94 tisíc obyvatel
17) Olina	74 let	Město cca 94 tisíc obyvatel
18) Vilém	66 let	Město cca 34 tisíc obyvatel
19) Hana	24 let	Městys cca 1300 obyvatel
20) Luděk	66 let	Město cca 34 tisíc obyvatel

Zdroj: Vlastní výzkum (2020).

4.4 Analýza dat

Každý rozhovor byl nahrán na diktafon, a poté doslovně přepsán (včetně mluvnických chyb nebo například slangů). V rámci analýzy dat bylo využito zakotvené teorie. Jedná se o metodu, která se zaměřuje na vytváření teorie odvozené od zkoumaného jevu (Strauss a Corbinová, 1999). Nejdřív došlo k otevřenému kódování, kde byly stanoveny prvotní kategorie. Bylo využito metody papír a tužka (viz Příloha č. 5). Jedná se o zpracování dat v ruce, kdy se označuje podobný text (Švaříček a Šed'ová, 2007). Dále bylo využito axiálního kódování, u kterého došlo k přeskupování kategorií. Jedná se o techniku, která navazuje na otevřené kódování, a cílem je vytvoření spojitostí mezi kategoriemi a podkategoriemi. Bylo využito tzv. paradigmatického modelu,

který nám umožnil systematicky přemýšlet o datech (Strauss a Corbinová, 1999). V rámci axiálního kódování jsme se snažili najít vztahy, které zapříčiňovaly změny. Byly pokládány otázky, které směřovaly k vnitřní souvislosti. Např. u kódu Zkušenosti se zdravotníky jsme pokládali otázky – Jaké faktory ovlivňují zkušenosti informantů se zdravotníky? Jak ovlivňuje uzpůsobení pokoje u pacientů zkušenost se zdravotníky? Posledním krokem bylo selektivní kódování. Na základě této techniky bylo identifikováno 8 kategorií a 23 podkategorií. Jako centrální kategorie byla identifikována kategorie vědecko-technický pokrok, která je v úzkém vztahu k ostatním kategoriím. Vědecko-technický pokrok ovlivňuje nejen ošetrovatelství jako takové, ale také způsob poskytování ošetrovatelské péče. Na mysli máme např. náročnost pacientů a jejich požadavky na sesterskou péči, nebo třeba požadavky, které se týkají vyššího vzdělávání sester.

5 Výsledky výzkumného šetření

Na základě analýzy získaných dat, bylo identifikováno celkem 8 kategorií a 23 podkategorií. Pro zpřehlednění byla vytvořena Tabulka 2 Výsledné kategorie a podkategorie.

Tabulka 2 Výsledné kategorie a podkategorie

Kategorie	Podkategorie
1) Zdravotnická zařízení	Občanská vybavenost
	Frekvence návštěv
	První kontakt se zdravotníky
2) Nemocniční a ambulantní péče	Intervence v průběhu hospitalizace
	Intervence v ambulantní péči
	Vzpomínky na hospitalizaci
3) Prostředí zdravotnického zařízení	Čekárna
	Ordinace
	Nemocniční pokoj
4) Vědecko-technický pokrok	Technické prostředky pro ošetřovatelství
5) Komunikace	Sestry s pacientem
	Sestry s lékařem
	Sestry s rodinou
6) Proměna sestry	Odbornost sestry
	Sesterská uniforma
	Vzdělávání
	Kompetence
7) Ošetřovatelství současnosti	Prestiž povolání
	Zkušenosti s poskytovateli zdravotnické péče
8) Budoucnost	Důvěra k personálu
	Postoj ke zvýšení kompetencí
	Řešení nedostatku sester
	Zvýšení prestiže

Zdroj: Vlastní výzkum (2020).

1. Kategorie: Zdravotnická zařízení

Tato kategorie charakterizuje zdravotnická zařízení, která mají naši informanti ve svém okolí a navštěvují je. Kategorie zahrnuje podkategorii občanská vybavenost, frekvence návštěv a první kontakt se zdravotníky. Všichni dotazovaní si dokázali na zařízení vzpomenout. Informanti v největší míře mezi zdravotnická zařízení řadili praktické lékaře, polikliniku a nemocnice, zmiňují také odborné ambulance. „*Praktický doktor, nemocnice, poliklinika částečně zařízená jako nemocnice.*“ (Luboš). „*Nemocnice, polikliniky, ambulance. Všechno tu máme.*“ (Jana). „*Poliklinika, nemocnice a ordinace různých lékařů.*“ (Mirek). „*No tady přímo, protože jsme středisková obec, je tady dětský, zubař, tady ta doktorka praktická, gynda je tu taky.*“ (Karla). „*Máme zde polikliniky, nemocnici, různé ambulantní lékaře.*“ (David). „*Nemocnice, poliklinika, oční klinika, stomatochirurgie.*“ (Sára). Jedna z informantek zmínila, že má ve svém okolí lázně a další odborná zařízení. „*Lázně, poliklinika, ambulance, pak nemocnice, ale to ne tady přímo u nás, ale v okolí, musí se dojíždět.*“ (Lucie).

V této kategorii jsme se zaměřili na změnu rozložení zdravotnických zařízení v okolí. Dozvěděli jsme se, že dle dvou informantů dochází k jejich rozšiřování. „*Přibývají tu menší kliniky, jako třeba řeknu kožní, alergologie, co byli nedostateční tak to tu přibývá v okolí. A nemocnice se rozrůstá, přistavují další a další části.*“ (Jakub). „*No jo, to se to tu rozrostlo, dřív to takhle nebylo, to se dojíždělo, teď furt stavěj něco.*“ (Jindřiška). Pavel pocítuje sice nárůst odborných lékařů, ale nedostatek zubařů. „*Zdá se mi, že tady je více odborných lékařů, těch se tu objevilo trochu více. Je tu zase míň zubařů, těch je nedostatek a jinak obvodní lékaři zůstávají na stejné úrovni.*“

Zajímalo nás také, jak se pacienti do těchto zdravotnických zařízení dopravují a jak daleko je mají. Nejvíce dotazovaných se k lékařům dopravuje autem a městskou hromadnou dopravou, vlakem či linkovým autobusem. „*Dopravuji se buď MHD nebo zajedu autem.*“ (Sára). „*Většinou se dopravuji autem nebo teda děda mě vozí, pokud ale nemám auto, můžu se dopravit autobusem nebo vlakem. Mám víc možností.*“ (Marie). „*Dopravuji se autem. Vše mám v dojezdové vzdálenosti do patnácti minut tady od nás.*“ (Jiří). „*Dopravuji se hromadnou dopravou.*“ (Jana). Našli se i informanti, kteří mají zdravotnická zařízení v docházkové vzdálenosti. „*Praktika takhle tady kousek tam dojdou o týhle holi, jinak dcera mě naloží a doveze.*“ (Josef). „*Jsem tam pěšky za deset minut.*“ (Karla). „*Městskou hromadnou dopravou. A polikliniku mám v docházkové*

vzdálenosti.“ (Vlasta). Jedna z informantek využívá k dopravě kolo. „*Tu nemocnici jediné autem, tak 25 minut, ale dá se i vlakem. Jinak se dopravuji pěšky nebo třeba někdy i na kole.*“ (Lucie). U informanta žijícího na vsi jsme zjišťovali, jestli se nějak jeho způsob dopravy změnil. „*Jezdím pořád autem, i dřív jsem jezdil.*“ (Luboš). „*Nechávalo se tam dostat vlakem, když tam jezdil častěji, teď už jediné autem.*“ (Pavel).

Podkategorie: Občanská vybavenost

Občanská vybavenost je vše, co potřebujeme v blízkosti našeho bydliště. V našem případě, jsme se zaměřili na zdravotnická zařízení v okolí bydliště našich informantů. Zajímali jsme se, jak je mají pacienti daleko. Nejčastěji se opakovala informace, že dojezdová vzdálenost je tak do cca 15-25 minut. „*Všechny zařízení, co jsem vyjmenovala, jsou do 20 minut cesty MHD nebo o něco delší pěšky 40 minut, autem tak 10 minut.*“ (Milena). „*Vše mám v dojezdové vzdálenosti do 15 minut od svého bydliště.*“ (Jiří). „*Mám dojezdovou vzdálenost do nějakých těch patnácti minut.*“ (Jakub). Dva z informantů pocházeli z vesnice. „*Zhruba pět kilometrů.*“ (Pavel). „*Praktika asi pět kilometrů, nemocnici asi deset kilometrů, polikliniku deset kilometrů.*“ (Luboš). Jedna z našich informantek má v okolí nemocnici vzdálenou 20 km a 40 km což je nejdále z našich všech dotazovaných „*Nejbliž máme ve městě polikliniku. Jinak pak nemocnice ve větších městech, jedna asi 20 kilometrů a druhá čtyřicet.*“ (Hana). Jediná informantka žije přímo u nemocnice „*Mám nemocnici hned před barákem, takže jsem tam za pět minut.*“ (Olina).

Podkategorie: Frekvence návštěv

Tato podkategorie charakterizuje, jak často naši informanti navštěvují zmíněná zdravotnická zařízení. Nejvíce se opakovala odpověď, že docházejí na preventivní prohlídky až tehdy, kdy je trápí nějaký zdravotní problém. „*Snažím se málo. Prevence, a když mi něco je, tak mi pak nic jiného nezbyvá než si zajít.*“ (Mirek). „*Dodržuju prevence, takže podle toho, pak ještě jednou za rok navštěvuji endokrinologii.*“ (Lucie). „*Já při prevenci, při potížích.*“ (David). „*Navštěvuji zdravotnická zařízení preventivně jako gynekologie, stomatologie anebo pokud mám akutní problémy, jako je například bolest v krku, která se nelepší.*“

(Milena). Podobně odpověděla Jana, Vlasta, Jiří. Našli se i tací, co se snaží k lékařům docházet jen v případě výskytu potíží. „*Snažím se tam chodit minimálně, pokud teda nemám žádné potíže, takže si také pro léky volám. Když to vyjde, tak tam nechodím vůbec.*“ (Pavel). Minimálně lékaře navštěvuje také Sára a Jakub. Někteří informanti uvedli, že zdravotnická zařízení navštěvují tak 3x-5x do roka bez další specifikace. „*No, asi tak třikrát ročně. Nikdy jsem to nepočítala.*“ (Marie). „*Málo. Tak pětkrát do roka.*“ (Vilém). Podobně odpověděl i Luboš a Luděk. Jedna z informantek se dokonce snaží zdravotnickým zařízením spíše vyhýbat. „*Jedenkrát ročně jako pacient nebo návštěva dle toho, jestli jsou rodinní příslušníci v nemocnici, ale spíš se vyhýbám.*“ (Hana). Setkali jsme se také s početnějšími návštěvami zdravotnických zařízení. „*To víte, už nejsem mladík, tak docela často, třeba někdy i třikrát do měsíce, ale zase ne vždycky, když mě někde lupne, to si nemyslete.*“ (Josef). „*Mám cukrovku, která mě někdy zlobí. K doktorům chodím někdy často, že si ze mě dělají sestřičky srandu.*“ (Olina).

Podkategorie: První kontakt se zdravotníky

V našich rozhovorech jsme se informantů tázali, kdy se poprvé setkali se zdravotnickým personálem, konkrétně nás zajímala příležitost, při které to bylo a jak celé setkání na ně působilo. Nejvíce informantů přišlo do styku s lékařem nebo sestrou ve svém dětství. „*Asi jako malý s praktickým lékařem.*“ (Jiří). „*U dětské doktorky.*“ (Hana). „*No jako dítě no. Někdy ve školních letech.*“ (Luboš). Podobně odpověděli Jana, Milena, Luděk nebo třeba Mírek. Nejčastěji se opakovala odpověď, že se jednalo o preventivní prohlídku. „*Takové ty kontroly, kde vás měřili, vážili.*“ (Anna). „*Ve škole byly nějaký prohlídky nebo já nevím na co to bylo.*“ (Luboš). „*Jediné, co mi utkvělo v hlavě byla paní doktorka, ke které jsme šli k zubaři v první třídě a dostal jsem obrázek.*“ (Pavel). Další nejčastější odpověď byla návštěva v dětství z důvodu nemoci. „*Asi jsem byl nemocný.*“ (Josef). Dvě informantky odpověděly, že přišly poprvé do styku se zdravotnickým personálem již po narození. „*Asi když jsem se narodila, tak mě drželi nahatou ne? (směje se).*“ (Marie). Podobně odpověděla i Jindřiška. Jedna z informantek si pamatuje kontakt se zdravotnickým personálem, když rodila své dítě. Jinak si setkání neuvědomuje. „*Při porodu, jinak si to vůbec nepamatuju, že bych byla jako v nemocnici někdy.*“ (Karla). „*Při nachlazení.*“ (Jiří). „*Jako dítě jsem trpěla na angíny.*“ (Hana). „*Bolelo mě ucho.*“ (Luděk). Podobně odpověděl i například Jakub, Olina nebo Vlasta.

Měli jsme také informantku, která si první setkání se zdravotnickým personálem pamatuje úplně z jiných důvodů. „*Když jsem jela s maminkou za dědečkem do nemocnice. Pamatuji si právě tu uniformu. Moc se mi líbila, pak jsem chtěla být pořád sestřička no, a nakonec jsem úplně jinde (směje se).*“ (Lucie). Informantka Sára si například pamatuje, jak byla na odběru krve a sestra ji nedokázala napíchnout žílu. To v ní zanechalo nepříjemné pocity. „*No asi třeba u odběru krve, ten nebyl úplně zdařilej. Neuměla zvládnout tu situaci a mluvit s dítětem.*“

Zajímalo nás, jak to na naše informanty působilo. Ve většině případů se dotázání při prvním styku báli. „*Měl jsem strach a nevěděl jsem, co se bude dít. Báł jsem se ho.*“ (Jiří). „*No hrozně. Báł jsem se.*“ (David). „*Křičela jsem, bála jsem se.*“ (Anna). Podobně odpověděla i Marie. Našli se ale i informanti, kteří si neodnesli ze setkání jen špatné vzpomínky. „*Dobře, paní doktorka byla se sestřičkou hodná. Doktorka už neordinuje, protože je v důchodu, ale stále mám na ní pěkné vzpomínky. Nikdy jsem se jí nebála.*“ (Hana). „*Vcelku pozitivně.*“ (Jindřiška). „*Dobře, nic mi nebylo, podporou mi byla mamka.*“ (Milena). „*Já s tímhle nemám žádný špatný zkušenosti, nebo jak bych to řekl.*“ (Luboš). Jednu z informantek dokázalo zaujmout prostředí a brala setkání jako novou zkušenost „*Bylo to něco nového, koukala jsem a prohlížela jsem si celý prostředí té nemocnice.*“ (Lucie).

2. Kategorie: Nemocniční a ambulantní péče

V této kategorii jsme se zabývali pohledem informantů na ambulantní a nemocniční péči. Tuto kategorii jsme členili na tři podkategorie. Intervence v průběhu hospitalizace, intervence v ambulantní péči a na vzpomínky na hospitalizaci. Zajímalo nás, jestli informanti byli za svůj život hospitalizováni. „*Byla jsem několikrát v nemocnici.*“ (Olina). „*Byl a několikrát.*“ (Mirek). „*Dvakrát za život zatím.*“ (Vilém). Podobně odpověděli i další informanti. Jelikož každý až na jednu informantku si hospitalizaci zažil. „*Nebyla.*“ (Sára). Ve většině případů se jednalo o dotazované, kteří byli hospitalizováni již před několika lety. „*Snad třicet let.*“ (Karla). „*Asi 16 let.*“ (Lucie). „*Už je to teda pár let zpátky, asi tak deset, ale pamatuju si to.*“ (Jindřiška). „*Jedna byla v roce 1989, druhá v roce 1996, jedna byla v roce 1984 a jedna byla 2002.*“ (Vlasta). Podobně odpověděla Marie, Anna, Hana, Pavel. Ostatní informanti byli hospitalizováni cca před 1-5 lety. „*Byl asi před pěti lety.*“ (Luděk). Stejně odpověděl

David. Dva informanti si zažili hospitalizaci před rokem. „*Bylo to asi před rokem.*“ (Jiří). Stejně odpověděl Mirek. Jeden z našich informantů byl hospitalizovaný před měsícem. „*Asi před měsícem.*“ (Jakub).

Zajímalo nás, jaké zkušenosti si informanti z hospitalizace odnášejí. Setkali jsme se s pozitivními zkušenostmi. „*Pokaždý v pohodě, mám dobrý zkušenosti.*“ (Vilém). „*Byl jsem v nemocnici jako pacient poprvé a nevěřil jsem svým očím, jak to mají zmáknuté.*“ (David). „*Zkušenosti mám jediné dobré.*“ (Jiří). Podobně odpověděl Jakub i Olina. Objevilo se i několik negativních zkušeností. „*Zážitek z doby přijetí na dětské oddělení však nemám pozitivní.*“ (Milena). „*V nemocnici mi to nevyhovoval. Nemám je dobrý, vše bylo hektický, nic jsem nevěděl.*“ (Luděk).

Jak jsme již zmínili, tak nás zajímal také pohled pacientů na ambulantní péči. „*Při ambulantní péči se cítím příjemně.*“ (Jiří). „*Tam jsem často a je to v pořádku. Tam mi to tolik nevadí.*“ (Olina). „*No dobře no, jsou tu dvě doktorky jedna padesát šest let, druhá praktikantka a obě jsou dobrý no.*“ (Karla). Dobrou zkušenost má třeba i Anna. „*Ambulantní péči navštěvuji častěji a taky tady nemám žádný problém.*“ Vyskytují se i neutrální či negativnější komentáře k této zkoumané problematice. „*Cítím se v pohodě, ale někdy je lékařka se sestrou ve špatném rozmaru. Přijde mi, jak kdybych je obtěžoval.*“ (David). „*Nijak no, přijdu, odejdu. Jsou tam často nepřijemný, ale zase jak kdo jo, nechci to hodit do jednoho pytle. Čekáte tam dlouho.*“ (Mirek). „*Přijdete, sednete si a čekáte, až na vás přijde řada, je tam vždycky hodně lidí.*“ (Josef). „*Nerada navštěvuji ambulance, je to zdoluhavý.*“ (Hana). „*Na ambulanci mi vadí, že musím vždy dlouho čekat, nikdy nejdu objednaná na čas. Vlastně ani nevím, proč objednávat pacienty na určité čas, když se to skoro nikdy nedodrží.*“ (Jindřiška). Snažili jsme se od účastníků výzkumu získat také informace, jestli se ambulantní péče v jejich očích změnila. „*A dřív to bylo asi stejný jako teď.*“ (Mirek). „*Nic se v péči během asi deseti let nezměnilo. Vše stejný.*“ (Jiří). „*Kdybych to měl popsat, jak to bylo dřív, tak to bylo asi stejné.*“ (David). „*Ambulance jsme moc dřív nevyužívali, jen když to bylo opravdu vážné. Spíš jsme se hodně léčili doma.*“ (Marie). „*Dřív tam bylo taky hodně lidí, ale vždycky jsem někoho znal a pokecá, teď už to vymírá a moc nás nezůstalo.*“ (Josef). Máme ale i informantku, která pocítuje proměnu s časem. „*Přijde mi, že se teď ta ambulantní péče dostala o něco zase vejš.*“ (Anna).

Podkategorie: Intervence v průběhu hospitalizace

V této podkategorii jsme se našich informantů dotazovali, jak se o ně sestry staraly během jejich hospitalizace. „*Chodili se mě ptát, jestli mě to bolí, měřili mi teplotu, tlak a odebrali mi taky krev.*“ (Milena). „*Sestry se mě každou chvíli vyptávaly, jestli něco nepotřebuju, jestli mi něco nechybí a jestli nepotřebuju něco na bolest.*“ (Jiří). Podobně odpověděla i Milena, které ještě doplnila „*Močila jsem do džbánu takovýho jako na čaj.*“ „*Museli jsme se mejt, dostali jsme takový žínky. Taky jedna sestra říkala, ať se učešu, no já mám tři chlupy na hlavě a budu se česat. Léky nám rozdaly.*“ (Josef). „*Nosily mi jídlo, protože jsem nepotřeboval žádnou větší péči, tak v podstatě kdykoliv jsem cokoliv potřeboval, tak donášeli mi pití, jídlo, kdybych potřeboval nakrmit, tak mě nakrměj. Vyměňovaly mi ložní prádlo, upravovaly postel, ptaly se, jestli nepotřebuju něco na bolest, dost často.*“ (Jakub). „*Byly nějaký převazy, tak přijely na převazy. Nebo jsme chodili na sesternu nebo na obvazovnu nebo já nevím, jak se to jmenuje. Tak tam se chodilo, kdo byl mobilní, tak tam šel.*“ (Luboš). „*Dávaly mi injekce, infuze, klystýry, odebíraly mi krev a stlaly lůžko.*“ (Jana). Podobně odpověděla také Olina, Vlasta. Máme ale v našem výběru také pacienty, kteří nemají jen dobrou zkušenost s péčí od sester např. se jim utkvěla zkušenost z dětství. „*Negativní zkušenost jen jako malá při operaci, kdy mě odvedly od matky, což nyní chápu. Nesnášela jsem, když mi převazovaly ránu.*“ (Hana). Jedna z našich informantek měla zase odlišnou negativní zkušenost. „*Nemohla jsem se moc hejbat a oni mi postavily třeba konvičku s čajem na stolek u postele a já se nemohla pro něj natáhnout a nalejt si, tak jsem ji zavolala a ona se cejtla nazlobená, že ji obtěžuji, ale jinak celkem pozitivní. Měřili mi tlak, braly mi krev, stěry různý z krku*“ (Jindřiška).

Podkategorie: Intervence v ambulantní péči

Zajímalo nás, jak se o účastníky výzkumu starají sestry při ambulantní péči. Odpovědi se v této podkategorii často opakovaly. „*Měřila tlak, odebírá krev, moč*“ (Hana) „*Mně odeberou krev, zeptaj se na pár věcí, pak jdu k doktorce.*“ (Olina). „*Moc toho nedělají, spíš se povídají, dají mi recept*“ (Jindřiška). „*Taky už vám natočej srdce a změří tlak. Nemusím jezdit hned do nemocnice*“ (Josef). Velice podobně odpověděla i další informantka. „*Změří tlak, zváží mě třeba, berou krev, co ještě dělají. Dělal mi taky EKG.*“ (Anna). Stejně tak odpověděl Vilém, který svou odpověď ještě doplnil.

„Odeberou mi krev, no spíš tak asistují.“ O asistenci lékaři se zmínila i Sára „Odběry krve, převazy. Záleží, s čím tam člověk přijde, nějakou první pomoc, zdravotní sestry pomáhají lékařům, asistují jim, staraj se o administrativu.“ Dá se říct, že jinými slovy, ale podobným významem odpověděl další informant. „V podstatě jako nijak. Dává mi injekci dá se říct maximálně. Stará se o papíry, jakože nemá jakoby pro mě velkou funkci. Pro mě jako pacienta, když jdu třeba k praktikovi nebo zubaři, tak zastává funkci přípravy instrumentů a tak dál.“ (Jakub). O převazech se rovněž zmínila také Karla. „Hmmm...no tak vlastně mi to koleno převazovala. Doktor na to koleno jen kouknul. Vytáhl mi vodu a sestra dělala zbytek.“ Odlišnou odpověď měla Milena, která se smíchem dodala. „Pečujou asi jen o kartičku pojištěnce.“ Jediná Jana se zmínila o edukaci. „V ambulantním provozu nějaký asi edukace, odběry, injekce, edukace, no to je asi všechno.“

Podkategorie: Vzpomínky na hospitalizaci

V této podkategorii se odpovědi našich informantů liší. Je to dáno tím, že vzpomínky jsou subjektivní. Každému utkvělo v hlavě něco jiného, svého, co v něm hospitalizace zanechala. Proto bylo vybráno několik z odpovědí našich informantů. „Sestřička se se mnou natahala, když mě musela dotáhnout do postele, protože tam byla sama tenkrát v noci, takže mě dotáhla do postele, tak s tím měla docela starosti.“ (Pavel). Hana odpověděla zase takto „Moc si toho nepamatuju, jen to, jak mě vezli na sál a moji psychickou újmu, když se mnou nemohla máma na sál. Bylo by lepší, kdyby šla se mnou a uspali mě u ní. Vím, že to pro mě bylo hrozný a prala jsem se s personálem, že chci být s mámou. Ale zároveň vím, že je to sterilní prostředí a jen tak by tam nemohla. Pro malé dítě je to utrpení.“ „Chodily tam takový mladý holky, nevím, jestli medičky nebo stážisti, ale byly moc milé a snažily se vše vysvětlit a bylo vidět, že je ta práce zajímavá a baví.“ (Jindřiška). Vilém například nemá nic, na co by nějakým stylem vzpomínal. „Hospitalizace není příjemnej zážitek, co byste chtěla slyšet, ale když tam někdy člověk musí, tak je rád, že mu pomůžou.“

3. Kategorie: Prostředí zdravotnického zařízení

V této kategorii jsme se zaměřili na zdravotnická zařízení. Identifikovali jsme celkem čtyři podkategorie. Jedna se zabývala proměnou zdravotnických zařízení, druhá ordinací, třetí čekáren a poslední se směřovala na proměnu nemocničního pokoje. Co se týká změny prostředí zdravotnických zařízení tak naši informanti pociťují modernizaci, ale tvrdí, že ne všechna zdravotnická zařízení v jejich okolí touto obnovou prošly. Odpovědi se tedy hodně podobají, odlišnost nacházíme jen v některých detailech. Jedná se o nejčastější odpověď. *„Jak který, některý jsou jak z války, jiný jsou moderní. Jde to dopředu, ale asi je málo peněz na to, to udělat všechno přehezky.“* (Mirek) *„Jo, tak už se to asi všude zlepšilo. Ty polikliniky tak hezky vybavený nejsou, ale ty nemocnice jsou už docela dost hezky vybavený, takže si myslím, že se to posunulo k lepšímu.“* (Sára). Podobně odpověděla také Anna. Milena pociťuje zlepšení, ale navzdory Sáře, která vidí posun v nemocnicích, vidí modernizaci spíše na poliklinikách a některých ambulancích. *„Prostředí některých ambulancí je v posledních letech už moc hezké. Nové vybavení, dokonce se pomýšlí už i na design (směje se.) Nemocnice v tomhle ale pořád pokulhávají, staré dlaždičkové obklady, staré vybavení, často rozbité nebo nějak poškozené. To pak člověk nemá moc důvěru v to, co se bude v nemocnici dít. Je tu vidět, kde jsou peníze. U soukromých ambulancí nebo klinik na vás dýchá čistota, útulno, domácí prostředí.“* Také Jana vidí zlepšení prostředí zdravotnických prostředí padesát na padesát. *„To je půl na půl. Někdy je to velice hezký a jinde je to takový, ne že by mi to vadilo, ale takový to, co bylo, když ty zdravotnický zařízení postavili. Ale jako někdy je to tak, jak to bylo, že se to nehnulo, je to jak před třiceti lety a někdy je to fakt jako luxus.“* Stejně tak to pociťuje David. K proměně k lepšímu se přihlásili i tito informanti. *„Jsou moderní dneska, je to všechno na vysoký úrovni.“* (Luboš). *„Myslím, že teď je to lépe vymalované, takové barevnější není to tak ponuré, než to bylo dříve. Je to takové optimistické. To si myslím, že pro nás jako pacienty je pozitivní.“* (Vlasta). Stejně tak odpověděla Olina nebo Josef. I Hana souhlasila se zlepšením prostředí, avšak dodala ještě pár slov. *„Nezáleží mi na prostředí, ale spíš na výkonu lékařů a sester.“* Luděk však ve své odpovědi uvedl, že i přes nové prostředí se cítí ve zdravotnických zařízeních nedobře. *„Tak je to takový negativní, nelíbí se mi prostředí nemocnic a dalších těhlech. I když je to třeba nový jo, tak se mi to nelíbí, má to na mě stejně divnej vliv.“*

Podkategorie: Ordinance

Zajímali jsme se, jestli informanti pocít'ují změnu, když vstoupí do ordinace. Jestli je tam něco jinak, než bylo dříve. Nejvíce odpovědi směřovalo k novému, samozřejmě lepšímu vybavení, moderním pomůckám a přístrojům nebo k lepší technice. „*Jsou tam modernější nástroje a pomůcky, a to vybavení celkově je asi lepší než dřív.*“ (Sára). „*Ted' jsou jiné přístroje, možná kvalitnější, lepší, většinou mají lékaři i lepší vybavení co se týče nábytku.*“ (Vlasta). „*Jsou tam moderní přístroje. Mají počítač a všechno už píšou do něj. Celkově jsou modernější.*“ (Olina). Také Karla pocít'uje mnoho změn k lepšímu. „*V ordinaci určitě, má počítač, všechno elektronicky tam zapisuje. Dřív byla kartotéka vše bylo nastrkaný v šuflikách. Tam se v tom hrabali. Vybavení počítač, stůl, lehátko, psací stůl a různé přístroje na to měření ne, když je ten zánět a měří to, takže tyhle moderní ty.*“ Podobně odpověděla také Jana, která se zmínila jako jediná o ochranných pomůckách zdravotnického personálu. „*Možná co se týká ochranných prostředků, mají ted' více těch věcí i modernější přístroje, to dřív nebylo. Lékař má k dispozici spousty věcí, co třeba dřív v ordinaci neměl a bylo to jen v nemocnici. Zlepšilo se tohleto jako určitě. To přístrojový vybavení. Nemyslím počítače, to měli stroje. Ale myslím vybavení jako já nevím, třeba jak vám změří CRP až po EKG a různé takový. To dřív prostě nebylo.*“ Stejně i David souhlasil, že lepší vybavení ordinací vede k tomu, že jako pacient není hned odeslaný na další vyšetření do nemocnice. „*Jsou lépe vybaveni, hned vás neposílají do nemocnice, ale dokážou si spousty věcí vyřešit sami v jejich ordinaci.*“ Lud'kovi ordinace přijdou až na to, že jsou novější stejné. „*Je to taky takový stejný, novější to je to jo.*“ Také doplnil, že pomůcky jsou v ordinacích na lepší úrovni. Jakub jako jediný nepocít'oval žádnou proměnu. „*Vůbec žádný.*“

Podkategorie: Čekárna

V této podkategorii jsme se zajímali o to, co se změnilo v čekárně. Dle velké většiny pacientů došlo k výměně lavic (sedaček) a je tam hodně reklamních pramenů. Jinak jim přijde čekárna stejná. „*Čekárna asi úplně né, možná hezčí sedačky.*“ (Sára). „*Jak to popsat, jsou tam lavice, ty tam byly i dřív a jsou tam i ted' akorát třeba poustrovaný, jinak je to stejný, hodně letáček.*“ (Luděk). „*Je tam víc reklamy, víc nějakých informačních letáček. Hodně propagačních letáček z různých léků a pomůcek a všech možných jako všeho možného materiálu zdravotnického.*“ (Jakub).

Podobně také odpověděl Luboš. „*Já si myslím, že je to furt stejný. Jako čekárny jsou moderně vybavený, jsou tam je ta spousta letáků a informací pro ty lidi, který tam jsou vlastně, ale jinak jako furt je to plný lidí.*“ Další informanti odpověděli, že jsou čekárny, kde se toho s časem moc nezměnilo, ale všímají si techniky, která se nyní v těchto místnostech objevuje. „*Záleží, k jakému lékaři jdu, někteří to mají v podstatě stejné jako to bylo dřív a někteří se snaží třeba reklamníma televizema, spotama nalákat lidi na různé léky nebo doplňkovou stravu.*“ (Vlasta). Stejně tak uvedla Karla, která rovněž vyzdvihla modernější techniku v čekárně. „*Čekárny jsou stejný no. Jedině ted'ka je tam televize ta tam dřív nebyla. Když tam přijdu je tam pořadník. Strčíte kartu do toho a ono to otiskne, oni tam mají. Sestra má televizi, že vidí, kdo sedí v čekárně, kdo tam přijde, tyhle ty vymoženosti technický jsou. Ty dřív nebyly žádný.*“ O televizi se zmínil i Mirek. „*Ted' tam jsou příjemný sedačky, dřív to byly dřevěný lavice, zadek jsem měl dřevěnej no. Taky tam ted' je televize, ale jdou tam většinou nějaký reklamy na léky a tohle. Jinak mě nic nenapadá. Stačí vám to?*“ Podobně odpověděla také Anna, která se ještě zmínila o automatech, díky kterým se mohou pacienti při čekání občerstvit. „*V nemocnici opět nové sedáky, visí tam televize, automaty na občerstvení tam jsou.*“ Milena tvrdila, že některé čekárny nyní mají svůj design a můžeme během čekání cítit vůni z difuzéru. „*Ty čekárny, no, jak jsem říkala, někde je ten design někde ne. Dřív byly bílý, pár letáků, dnes televize, vonný difuzér.*“ Jindřiška mluvila o celkovém zlepšení a o tom, že ji čekárny přijdou útulné. Nezapomněla se ale rovněž zmínit o reklamě. „*Tak čekárny se zlepšily, jsou takové útulnější, řekla bych. Je tam víc letáčků, časopisů, člověk se může zabavit. A taky jsem si všimla, že jsou třeba někde ve vokenech záclonky nebo závěsy a je vymalováno příjemnou uklidňující barvou.*“ Jiřímu kromě více reklamy, novin či televize přijde, že dříve byly čekárny více strohé. „*Čekárny byly dříve více strohé a nezajímavé. V současné době jsou mnohem veselejší.*“

Podkategorie: Nemocniční pokoj

V této podkategorii jsme se zabývali nemocničním pokojem. Nejprve jsme se zaměřili na pocity našich informantů, když poprvé vstoupili do nemocničního pokoje. Jejich výroky se často lišily, ale našlo se pár shodných názorů k této problematice. Nejvíce našich informantů bylo překvapeno z počtu pacientů na jednom pokoji. „*Když to vezmu tenkrát, tak to na mě působilo hrozně těch sedm až devět lidí na pokoji,*

ted' je to už výjimečně.“ (Jana). *„Nejhorší bylo, že tam bylo šest postelí a spousta pacientů. Určitě. Zase ten chrápal ten tohleto, tomu se nelíbilo tohle, tohle ne. To bylo nejhorší. Lepší je pro mě míň lidí.“* (Karla). *„Když jsem vstoupila do nemocničního pokoje, tak tam byly vedle sebe tři lůžka, docela byly takový starší, kovový. Bílé zdi.“* (Anna). Podobně odpověděla i Marie. *„Moc se na první dojem nepamatuju. Vím, že nás tam bylo hodně ženských. Bylo nás tam třeba i šest. Někdy fajn, že si člověk může popovídat, ale člověk se cítil tak neosobně jo. Takový zvláštní, nesedne si člověk se všema jo. Čuměly tam někdy na mě, byla jsem mladá a byly tam i nějaký pro mě v té době báby.“* V některých účastnících výzkumu vstup do pokoje vyvolal strach a další nepříjemné pocity. *„Strach a úzkost.“* (Vlasta). *„Zanechalo to ve mně takovou prázdnou skříňku.“* (Vilém). *„Nezanechalo to ve mně nic. Ale pamatuji si na paní, která tam ležela pokálená a celá zkroucená. To mi zůstalo před očima.“* (Lucie). Nepříjemný pocit to zanechalo i v Davidovi. *„Bylo to nepříjemný, měl jsem sevřený žaludek. Leželi tam další dva pacienti. Byli vysmátí, mně bylo zle. Z peřin jsem cítil takový typický nemocniční zápach.“* Podobně to měl i Jiří. *„Byl jsem vystrašený a nevěděl jsem, co se mě čeká. Nakonec bylo vše v pořádku. Díky příjemnému prostředí jsem se ve výsledku cítil dobře.“* Odlišně to vnímala Olina. *„Když jsem tam vešla, nikdo tam nebyl, všechno tam bylo krásně čisté a urovnané, to se mi líbilo. Hezky ustlané postele.“* Nebo také Josef. *„Když jsem tam vstoupil, tak jsem si řekl, že se mám, že budu mít postel pro sebe. Měl jsem ji u okna, to se mi líbilo. Člověku to utíká, když kouká ven.“*

Zajímalo nás také, kolik pacientů celkem bylo s našimi informanty na pokoji. Nejvíce se opakovala odpověď 3-5 pacientů. *„Tři. Po třech i v tom roce 2000.“* (Luboš). Stejně tak odpověděl Jakub. *„Dva, takže jsme byli dohromady tři lidi.“* *„Tři jsme byli.“* (David). Stejně tak odpověděla Milena. *„Se mnou jsme tam byli čtyři. Ted', co jsem byl naposled, jsem byl po třech.“* (Mirek). *„Byli jsme čtyři.“* (Vilém). *„V porodnici po třech, a na té chirurgii čtyři a potom asi pět.“* (Vlasta). *„I se mnou nás bylo pět.“* (Lucie). Podobně odpověděl třeba i Luděk nebo Jana, která zažila, že jako dítě byla na pokoji s dospělými. *„Jak říkám i přes to, že na to oční vzpomínám ráda, ale tam jsem byla já šestiletý dítě a se mnou tam byli čtyři dospělí. To bylo fakt hrozný. Jako dítě jsem vnímala, že mi to jako nevadilo. Oni mě tam oprašovali že jo.“* Dále zažili naši informanti pobyt v nemocničním pokoji i po šesti pacientech. *„Šest.“* (Karla). *„Pět se mnou nás tam bylo šest.“* (Marie). Šest pacientů na pokoji zažila také Jindřiška. *„No kdysi nás tam bylo šest, když jsem byla s těma kyčlema a musím říct, že to nebylo*

moc příjemný, ale aspoň se zatahovala ta plenta u postele, aby na mě ten pacient, co ležel vedle, neviděl.“ Nejvíce pacientů na jednom pokoji zažil Pavel. *„Bylo zhruba osm lidí, protože byly dvě řady a myslím, že ty byly buď po třech, nebo čtyřech. Na chirurgii bylo minimálně osm lidí.*“ Dva pacienty na pokoj zažil Jiří. *„Byli jsme tam dva.*“

Další část našeho výzkumu se zabývala tím, jak se informanti jakožto pacienti na nemocničních pokojích cítili. Pět našich informantů odpovědělo, že se na pokoji cítili relativně dobře. *„Dobře jako. Já jsem měl to štěstí, že jsme tam byli jako věková kategorie plus mínus pět let nad, pět let pod, že tam nebyl nikdo třeba, že by mu bylo dvacet a někomu osmdesát.*“ (Luboš). *„Na pokoji to bylo dobré. Měl jsem před sebou televizi a také jsem si povídal s pacientem vedle.*“ (Jiří). *„Když se mi udělalo líp, tak celkem dobře“* (David). *„Dobře, spolubydlíci byly příjemné. Hrála nám televize.*“ (Milena). Stejně tak Josef se cítil relativně dobře, když se mu ulevilo zrovna od bolesti. *„Tak dalo se to. Postel byla měkká, dalo se vyspat, když nebyly bolesti. Štelovali mi to pod hlavou.*“ Jakub odpověděl takto. *„Příjemně. Poněvadž z nějakýho důvodu dávali na můj pokoj lidi v podobným věku jako jsem byl já, takže to bylo vlastně příjemný, že jsme si měli o čem povídat.*“ Objevíli se však mezi našimi informanti i tací, kteří dobrý pocit neměli. *„Cítil jsem se nesoukromě, jak tam kolem mě bylo lidstvo. Když je vám špatně, chcete být někde sám, ne s dalšíma.*“ (Vilém). Stejně jako Vilém i Pavel měl problém se svým narušeným soukromím. *„Tak není to moc osobní, čím menší prostor, tak je to intimnější a osobnější, protože takhle je tam x lidí, co sledují člověka, to je nepříjemný.*“ *„Poprvé děsně kvůli těm chlápům, teď už líp“* (Mirek). Na Ludka nepůsobil nemocniční pokoj dobře. *„Pokoj mi nevadil, ale nepůsobil na mě dobře, depresivně, nemám nemocnice rád.*“ Nejvíce odlišnou odpověď měla Lucie. *„Cítila jsem se zvláště, věděla jsem, že jedna paní na tom není dobře a nějak se to na mě přenášelo, špatně jsem spala.*“

U této podkategorie jsme ještě zůstali a zajímalo nás, co se dle našich informantů na nemocničním pokoji změnilo. Všichni z oslovených pocítovali změnu k lepšímu. Nejčastěji poukazovali na nové vybavení, ale také třeba na barevné vymalování, televizi, nové postele nebo toaletu se sprchou na pokoji. *„Tak jak to vše modernizují, tak i ty pokoje jsou hezčí. Mají hezčí postele, hezčí podlahu, okna, vybavení, třeba skříň, wc, sprchu. Skoro jako hotel. Jsou i pokoje třeba jen pro jednoho. Dřív postele kovový, záchod i sprcha na chodbě. Bílé zdi.*“ (Anna). O vymalování a koupelně se zmínila také Olina. *„Dřív nebyly tak hezky vymalované. Nebyla tam televize. Je tam přímo*

koupelna, už není na chodbě.“ Podobně odpověděla také Milena nebo třeba Sára, která sice nebyla v životě hospitalizovaná, ale dokázala proměnu popsat ze svých návštěv příbuzných. *„Televize, na pokoji koupelna, lednička.“* (Hana). *„Dnes je tam televize a sociální zařízení. Není to tak strohý jako dřív. Takový ty umatlaný bílý zdi už nejsou. Je tam i prostor pro soukromé věci, nějaký uzamykatelný šuple.“* (Jiří). O možnosti uzamknout si osobní věci mluvila také Jana. *„Dneska mají větší prostor, větší ten prostor, mají i tolikrát skříňku pro sebe, že si tam můžou dát svoje osobní věci, ale zase nemocnice od nemocnice. Neprocházela jsem všechny nemocnice. Asi si myslím, že budou rozdíl. Někde se to třeba hodně zlepšilo, že si tu skříňku může i zavřít a nemusí mít takovej ten pocit, že já se vrátím a už to tam mít nebudu.“* O proměně pokoje mluvila dále. *„Když to vezmu tenkrát, tak na mě působilo hrozně těch sedm až devět lidí na pokoji, to je teď už výjimečně a takový to, jak bych řekla, takový ty oprýskaniny, to byly stolečky třeba, co si pamatovaly, já nevím co, když poprvé tu nemocnici vybavily, a ještě se to nerozpadlo. Nebo se to nedalo svařit, tak to tam bylo. To už dneska moc není nebo jsem to aspoň neviděla. Snaží se to aspoň vymalovat barevně, dřív to bylo bílý a ty stolečky jsou i barevný, dřív to bylo všechno plechový, do toho strkaly ty hnusný papírky. Nebylo to moc útulný. Kdežto teď už máte pocit, že tam jste jako člověk ne jako ten pacient jenom jako.“* Souhlasně odpověděl třeba i Vilém. Kromě nového vybavení a příjemné postele se o menším počtu nemocných na pokoji zmínila Lucie. *„Taky je tam méně lidí, nás bylo pět, oni byli po dvou. Prostě ty pokoje už jsou někde jinde.“* Pavel ve své odpovědi popsal lůžko. *„Když se člověk podívá třeba na ty postele. Dneska samozřejmě polohovací dřív úplně obyčejná postel. Na té se leželo a všichni říkali, že je hrozně proležená, takže to jsou rozdíl nebe a dudy.“* Stejně tak Josef se zmínil o polohovatelné posteli. *„Nebyly štelovací postele, teď jsou štelovací a máte taky svoji skříňku s klíčem. Je tam televize, o tý jsme si dřív mohli nechat zdát.“*

4. Kategorie: Vědecko-technický pokrok

V této kategorii jsme se zajímali o to, co naši informanti vnímají jako největší vědecko-technický pokrok v ošetrovatelství. Odpovědi byly svým způsobem velice souhlasné. Nejčastěji informanti zmiňovali dostupnost nových přístrojů, vybavení, ale také třeba léků. Rovněž pokrok směřovali k vývoji jako takovému, který žene ošetrovatelskou péči 21. století kupředu. *„Přístroje, pomůcky, dál mě nic nenapadá.“* (Vilém).

„V tom vybavení, v přístrojích a materiálech, které se teď používají.“ (David). „V těch přístrojích a pomůckách, jaký jsou, to je neuvěřitelný.“ (Mirek). „Ve vybavení, v přístrojích.“ (Anna). I Hana zmínila přístroje. „V tom, že jsou nové přístroje.“ „Ve vybavení, které teď zdravotníci mají, v lécích.“ (Lucie). „Ve všem holčičko zlatá, je to teď někde jinde. Výbava, mašiny. Lidi jsou chytrý.“ (Josef). „V celkovém vývoji tý medicíny. Je to tím, že ten vývoj jde samozřejmě dál, do toho zdravotnictví jde mnohem více peněz a prostředků. Pak samozřejmě vzdělání sester.“ (Pavel). „Asi vývoj, všechno postupuje dál. I to vzdělávání sester si myslím, že na to má vliv.“ (Jana). „Vývoj medicíny a vývoj technik, které se aplikují v praxi.“ (Jiří). „Asi vývoj, který jde dopředu, jako v každém oboru, tak i ve zdravotnictví. Jsou lepší léky, takže ta věda jde dopředu, lidé se dožívají daleko vyššího věku.“ (Vlasta). „Vývoj, trendy a nic jinak mě už nenapadá.“ Vládu zmínila Milena. „Podle mě je to o penězích ve vládě a o tom, kdo tam sedí. Když se dá dostatek peněz na přístroje a vybavení, na výplaty zdravotníků a sjednotí se vzdělání, bude ještě líp.“ O zjednodušení díky technickému pokroku se zmínila i Jindřiška. „Taky asi víc pracujou s počítačema a to zlehčí práci.“

Podkategorie: Technické prostředky pro ošetřovatelství

V této podkategorii jsme zkoumali, jaké pomůcky během hospitalizace používaly sestry. Shodné odpovědi obsahovaly tyto pomůcky: obvazový materiál, injekce, infuze, jehly, rukavice, teploměr, tonometr či pomůcky k vyprazdňování. „Používaly rukavice, teploměry, stopky, jehly, zkumavky. Taky si vzpomínám na podložní mísu nebo třeba pleny, které dávaly jedné pacientce vedle na posteli.“ (Lucie). „Nějaké injekce, kapačky a obvazy, teploměr.“ (Olina). Sára si na víc všimla také periferní žilní kanyly. „Tak asi různý injekční stříkačky, jehly, kanyly, různý obvazový materiál“. „Měřily tlak, teploměrem teplotu, ňáky já nevím ty obvazy nebo když někoho převazovaly nějaký tyhle věci.“ (Luboš). „Používaly jehly, roztoky, kapačky a věci na převazy ran.“ (Jiří). David si jako jediný povšiml finesy na převoz stravy. „Měli takové čtverečky, které mi dávaly na ránu, rukavice, bažant nebo jak se tomu říká, pak měli takovou velkou pojízdnou jak kdyby krabici, tam pak roznášely jídlo.“ Dále svou výpověď ještě doplnil. „Měli spousty pomůcek, který nedokážu třeba i pojmenovat.“ Milena si všimla, že sestry používají jednorázové pomůcky. „Jednorázové, každá pomůcka byla zabalená. Tlakometr, teploměr, skleničky na lék, jinak asi nic. Naštěstí mi toho moc nedělaly.“

Jediný, kdo nedokázal pojmenovat žádnou z pomůcek, byla Jindřiška. „*Jé, tak to už moc nevím, asi takový ty klasický, co sestry mají (směje se).*“ Pavel a Jana pojali tyto otázky z hlediska historie a popsali nám, jaké pomůcky si pamatují z těch, co sestry používaly dříve. „*Já vím, že dřív byly takové ty skleněné injekce, na které se dávaly jehly, na to si pamatuju. Teploměry byly takové, co se dávaly pod ruku, ještě ne takové, co se přikládají. Všechno to bylo úplně někde jinde.*“ (Pavel) „*To byla tragédie, nic nebylo. Vše se mylo a pralo. Nic jednorázovýho. Nebyly jednorázový pomůcky.*“ (Jana).

U pomůcek jsme se ještě zastavili a zeptali se našich informantů, jaký vidí vývoj ohledně pomůcek. Na mysli jsme měli nejen různé materiály, jehly, ale třeba také přístroje. Nejvíce se v odpovědích vyskytovaly informace o jehlách nebo to, že jsou pomůcky nyní jednorázové. Až na dvě informantky vidí všichni ve vývoji pomůcek značný pokrok. Jedna z účastnic výzkumu neuměla tuto proměnu posoudit. „*Já myslím, že jo. Ted' jsou už jednorázový jehly, dřív se vyvařovaly. Na gynekologii dostáváte ty silikonová zrcátka, dřív byly kovové. Myslím, že určitě pokročilo a je to jiné než kdysi.*“ (Vlasta). „*To je úplně jiné než dřív. Dřív se jehly vyvařovaly, ted' už jsou na jedno použití. Teploměry mají ted' moderní, žádný rtuťáky, obvazy, a i ty kapačky. Všechno to je úplně jiný.*“ (Olina). „*Ty jehly určitě ty byly dřív. Je to ted' udělaný pro sestry jednodušeji, že vidí třeba hned, jestli je žíla napíchlá a tak. Jednorázový pomůcky, dřív se museli sterilizovat.*“ (Sára). Několik informantů se zmínilo také o nových přístrojích i materiálech. „*Samozřejmě, jde to dopředu. Přístroje jsou nový, určitě i ty materiály.*“ (David). „*Medicína šla dál takže samozřejmě nové přípravky, ať už se to týká těch obinadel, který jsou různý. Je to jako s tou první pomocí, taky se už nedává dýchání z úst do úst. Léky a léčby, které jsou, když vezmeme magnetickou rezonanci, CT, které nebylo dostupné. Takže už jen tímhle je to mnohem dál.*“ (Pavel). Informanti zmiňovali i další pomůcky. „*Mají taky jiný ty na tlak. Víte, co myslím, ty měřiče. Před tím si to dávali do uší všechno. Ted' jen zmáčknou a za chvíli šup šup.*“ (Marie). Jediná Jana se zmínila o hygienických a ochranných pomůckách. „*Papírový pleny, papírový podložky, jednorázový rukavice, jednorázový jehly, stříkačky, materiály. Jako po pacientovi po mně neteče krev, protože sestřička si přehodí pěkně zkumavku vedle zkumavky, dřív to po mně teklo. Mají mnohem lepší vybavení ted' ty sestřičky.*“ Jedna z účastnic výzkumu uvedla, že pomůcky jsou jednorázové, což je dobře, ale ještě k tomu dodala svůj vlastní názor k věci. „*Myslím si, že by se dalo víc šetřit, hlavně na plýtvání plastu. Chápu, že vše musí*

být jednotlivě zabaleno, ale toho plastu a papíru je hodně. Myslím, že životní prostředí každému začíná záležet víc a víc a taky vy se měli na to zaměřit ti nahoře.“ (Hana). Milena odpověděla takto *„Ani moc ne.“* Podobně odpověděla i Karla. *„Ani bych neřekla, normální jako to bylo dřív.“* Jeden z informantů neuměl tuto proměnu naopak posoudit. *„To neumím posoudit.“* (Luboš).

5. Kategorie: Komunikace

V této kategorii jsme se zabývali komunikací. Jako podkategorie jsme si stanovili komunikaci pacienta se sestrou, dále komunikaci mezi sestrou a lékařem a na závěr mezi sestrou a rodinou nemocného. Nejprve nás zajímalo, jestli informanti pociťují obecně změny v komunikaci. Pouze několik informantů dokázalo odpovědět přímo, většina své odpovědi směřovala ke komunikaci se sestrou. Dvě informantky odpověděly, že asi ne. *„Nevím, asi ne“* (Marie). Jindřiška odpověděla stejně, ale ještě svou odpověď doplnila. *„Asi ne, možná ty témata se mění, třeba i aktuální věci se rozebírají, co se dějou ve společnosti. Někteří jsou takoví ukecaní.“* Milena odpověděla, že ne. *„Ne.“* Jana tuto změnu nedokázala popsat. *„No to nemůžu říct. Teď jsem hospitalizovaná nebyla, a když jsem byla dřív, tak všechny moje hospitalizace byly dá se říct v době komunismu.“* Nevěděl ani Luboš. *„Já nevím, jestli se mění, ale měl jsem štěstí a vždy jsem natrefil na dobrý jako, nikdy jsem neměl problém jako, vždycky ta komunikace byla na úrovni a od nich jako profesionální přístup. A komunikace dobrá.“* Dále jsme se dozvěděli, že komunikace je podmíněna zdravotnickým personálem. *„Jediný, co můžu říct, tak ty změny, jsou podle těch lidí. Jako myslím, že někdo si povídá, někdo zase jen tak kouká. Ti mladší se snaží víc, ty měl rád hlavně děda.“* (Hana).

Podkategorie: Sestry s pacientem

V podkategorii nás nejdříve zajímalo, kolik času strávily sestry s tím, že by si povídaly s pacientem. Nejvíce se opakovala odpověď, která v sobě nesla přibližný počet minut společné konverzace. Nejméně se jednalo o dvě minuty a nejvíce o třicet minut. *„Málo, asi tak deset minut.“* (Anna). *„Málo asi patnáct minut.“* (Vilém). *„Asi tak patnáct minut denně.“* (Jiří). *„No někdy si taky popovídaly, já nevím, kolik to mohlo být času. Asi dvacet minut.“* (Josef). *„No asi tak těch pět až deset minut, moc ne, ale vždy byly milé“* (Milena).

„Jako pacientka tak pět minut, když jsem byla u babičky nebo dědy, tak i dýl“ (Hana). Která svou odpověď ještě doplnila „Zakecaly se a babička i děda byli vždycky rádi.“ S Lubošem komunikovaly sestry též kolem pěti minut. „Tak asi těch pět minut to bylo to tam strávily. Říkaly, že na tom patře jsou dvě na noční, lítaly tam celou noc, ráno začaly a chodily, já nevím, tam bylo patnáct pokojů, takže dvě sestry na to plus ty pomocnice.“ „Vůbec. Max tak dvě minuty.“ (Luděk). „Třeba půl hodiny denně.“ (Lucie). Další odpovědi se shodovaly v tom, že nám informanti tvrdili, že si sestry s nimi buď vůbec nepovídaly, nebo to trvalo pouze pár minut. „Nepamatuju si, že by si se mnou sestry povídaly.“ (Vlasta). „Povídání nebylo.“ (Pavel). Nakonec, ale svou odpověď doplnil. „Pár minut, třeba když přinesla léky tak se zeptala, to bylo všechno.“ „Nepovídaly si. Neměly na to čas. Vletěly tam, daly injekce, oběhly všech šest. Daly prášky a vypadly. Měly další to. Byla tam jedna sestra na dvacet lidí.“ (Karla). Někteří z oslovených si to nepamatovali. „Jako dítě si to nepamatuju a jako dospělá vůbec, jen pokud jsem něco potřebovala, jakože bychom spolu hovořily to ne. Jenom když mi nesla léky nebo injekci, ale jako, že by se u mě zastavila a hodila se mnou řeč to ne.“ (Jana). „To už si nepamatuju, ale spíš, když ty prášky dávaly a takhle jen jo.“ (Marie). Odlišnou zkušenost měla Olina. „Když jsem jenom ležela v posteli, tak si za mnou chodily sestry povídat docela často. Bylo to fajn. Doma jsem sama, tak bylo dobrý, že jsem si mohla povídat.“

S touto souvislostí nás zajímala témata, o kterých se informanti se sestrami bavili. Nejčastěji se dle našich informantů hovor týkal jejich zdravotního stavu či jejich potřeb. „Jen o tý bolesti, bolelo to pořád.“ (Luděk). „Chtěly vědět, jak mi, jak se cítím.“ (Anna). „O vnučatech, jestli mě to bolí nebo jestli něco nepotřebuju.“ (Josef). „Všeobecně, nic určitýho. O nemoci, o mém stavu. O soukromém životě.“ (Jiří). Všeobecně sestry vedly konverzaci i s Jakubem. „Jen tak všeobecně. Jak se mi to stalo, kvůli čemu tam ležím a jinak si nevzpomínám.“ Svou odpověď ještě doplnil. „Jsou takový otevřenější, komunikativnější nejsou takový, takový svázaný.“ „Jen o tom, jak se cítím.“ (David). „O tom, co potřebuju, o tom, jestli se bojím, jestli mám koníčky.“ (Milena). O svém koníčku se pobavil také Mirek. „No různě, jak mi je jo, nic úplně extra. Ale ta jedna právě se mnou řešila motorky a výlety a život jsme hezky probrali.“ Odlišně odpověděla Lucie. „Většinou se věnovaly těm ostatním nebo i mě a u toho mluvily třeba o tom, co budou dělat o víkendu, že donesou jídlo, léky, kapačku, co dělají. Bavily se třeba mezi sebou ty sestry a my jen poslouchali.“

Podkategorie: Sestry s lékařem

Našich informantů jsme se ptali na komunikaci mezi sestrou a lékařem. Větší část z nich vidí v komunikaci mezi sestrou souhru a sjednocenost. „*Ti spolu komunikovali před námi jen o vizitě. Byla tam souhra.*“ (Anna). „*Vždy spolu spolupracovali a předávali si to, co potřebují.*“ (Lucie). „*Byli sehraní a věděly ty sestry, co ten doktor potřebuje, co maj připravit jo, to bylo neuvěřitelný.*“ (Vilém). Další část informantů popsala, že lékař sestře zadává úkoly a sestra je plní. „*Jo tak dřív se moc nebavili, doktor spíš mlčel anebo pak sestře něco nakázal a ta musela lítat jak hadr na holi.*“ (Jindřiška). Podobně odpověděla i Marie. „*Ty sestry skáčou, jak doktor řekne asi i teď, ale teď doktora moc nevidíte. Jen vždy koukne rychle šup šup a zase běží.*“ Hana lékaře se sestrou neviděla pohromadě. „*To nevím, nikdy jsem je moc pohromadě neviděla. A tu praktika se bavěj normálně, spíš doktorka sestře diktuje, co třeba udělat.*“ Pohromadě je neviděla ani Karla. „*Oni tam pohromadě nebyli. Na sesterně byly sestry, doktor byl ve svém doktorským pokoji. Když přišla vizita, přišel doktor a tři sestry. Ty to zapisovaly. Doktor říkal tak ty to zapisovaly. Pak vypadly z pokoje. Vztah asi dobrej, co já jsem zažila.*“ Naopak Sára to pocítuje takto. „*Myslím si, že je to možná teď více uvolněné. Že si i tykaj a je to víc přátelské, dřív to bylo spíš takový, že tam bylo znát, kdo je lékař, sestra a teď je to míň a už to není.*“ Podobně to viděl i Jakub. „*Ano, příjemná komunikace, nebylo tam vidět, že by byl někdo v pozici nadřízeného a podřízeného. Naprosto přirozená komunikace.*“ Odlišně odpověděl Luděk, který komunikaci nezkoumal. „*Ne, to jsem nezkoumal.*“

Podkategorie: Sestra a rodina

Zajímalo nás, zda si pacienti všimli nějakých změn v komunikaci mezi sestrou a rodinou. Nejčastěji se objevovala odpověď, že sestra rodinu poslala pro informace za lékařem. „*To, když jsem přišla já za tou dcerou, tak sestra řekla, ať si dojdeme za doktorem. On vám řekne jako to všechno. Já vám nemůžu nic říkat a víc se nezajímaly.*“ (Karla). „*No, když byl děda ve špitále, moc toho neříkaly, třeba jako že chodil, mi řekly nebo že já nevím, už nechtěl na bolest nic, ale pak mě pošlou za doktorem, a to je cesta na dlouho. Dovolat se je taky na dlouho.*“ (Marie). „*Asi takhle obecně se nedá říct. Sestřičky vždycky říkají musíte na pana doktora.*“ (Jindřiška). „*No to asi úplně právě, že v tomhle asi ne. Že mám z vlastní zkušenosti takovou, vlastní zkušenost takovou,*

že sestra nemůže podat informace, odkazují na lékaře a ti tam nejsou, takže je to komplikovaný se něco dozvědět o blízkém.“ (Sára). Podobně odpověděl i Mirek nebo Jiří. „S tímhle nemám zkušenost z minulosti. Mám zkušenost až teď. Když jsem tam byl s mamkou, tak jsem neměl problém a se sestrami jsem si normálně popovídal. Ale né, že bych se bavil o stavu, ale normálně, jestli jí, a tak všeobecně.“ (Pavel). Svou zkušenost s komunikací rodiny se sestrami popsala Anna takto. „Sestry rodinu pozdravily, ale moc se nevybavovaly. Pak rodinu požádaly třeba, ať už opustí oddělení, když byl nějaký příjem.“ Dlouhé rozhovory nevedla sestra ani s rodinou Lucie. „Dokázala jsem říct sama, co se se mnou děje. Sestra je třeba pozdravila, ale nějaké dlouhosáhlé hovory nevedla.“ Josef si komunikace mezi rodinou a sestrami nevšiml. „Nevšiml. Babka se chodila ptát, ale nevím, jak spolu komunikovaly.“ Posoudit tuto podkategorii rovněž neuměl posoudit Luboš, který u komunikace nebyl. „No já nevím, to nemůžu posoudit, u toho jsem nebyl.“

6. Kategorie: Proměna sestry

V této kategorii jsme se zabývali proměnou sestry. Kategorie byla opět rozdělena na několik podkategorií. V první podkategorii jsme se zabývali odborností sestry, dále změnou sesterské uniformy, vzděláváním, kompetencemi a také nás zajímala prestiž tohoto povolání. Nejprve jsme od pacientů zjišťovali, k jakým proměnám z hlediska času došlo. Odpovědi byly různorodé. Došli jsme k závěru, že až na dva informanty všichni pociťují nějakou změnu. Většina z oslovených pocítila změnu v tom, kolik toho sestra v současnosti musí umět a zvládat. Pociťovali také to, že sestra přebírá práci lékaře. „Musí toho víc umět, znát, vezměte si, kolik nových přístrojů a nemocí je. Lidi jsou taky teď víc nároční, než dřív to se bude odehrávat i na tom, jaká je sestra.“ (David). „Rozhodně ano, je to neustále tvrdší povolání, podívejte se teď, co všechno musí sestry zvládat v týchle době. Zvyšují se na ní nároky, třeba teď tahle nemoc, ale nároky zvyšují i pacienti, vývoj celkově co probíhá.“ (Milena). „To určitě jo, maj dneska víc práce, než měli to, vlastně dřív. Doktor přišel odpoledne, večer a vyptával se. A dneska to vlastně dělaj ty sestry. Až když všechno sestry připravěj, pak jdou za doktorem. Ten to všechno odkejve a hotovo. Dřív se skutečně doktor staral, když jsem něco potřebovala, tak třeba na tu sesternu doktor přišel a řekl třeba takhle a takhle a byl pořád k dispozici.“ (Karla). Pavel odpověděl podobně a poukázal na změnu ve vzdělávání sester. „Teďka možná

má trošičku víc práce té práce doktora. Dřív toho třeba tolik nedělala a dělala jenom podle určitých pokynů. Je to tím, jak mají i vyšší školu, tak dělají i něco víc. Dělá mezičlánek mezi sestrou a doktorem.“ „Asi dělaj víc, jak je to vše nový.“ (Luděk). O vzdělávání se zmínila také Sára. „Nevím, tak ty sestry mají různý kurzy, školení. Zdravotnictví teď pokročilo, tak asi nový metody, to vzdělávání je na lepší úrovni.“ Další nejčastější odpověď popisovala proměnu přístupu sestry k nemocnému. „Podle mě se změnil přístup k pacientům. Více s nimi komunikují a vědí, jak mu pomoci s jeho psychikou. Určitě se jí už zvýšily pravomoce.“ (Jiří). O lepší komunikaci mluvila i Olina. „Víc si se mnou povídaly, jako ty sestry. Tak celkově je ta komunikace lepší.“ „Tak asi mají takovej vstřícnější přístup, nedokážu asi úplně popsat, jak se změnilo. Ale asi takovej lidskej přístup k pacientům.“ (Jakub). Luboš se zmínil o tom, že vždy záleží na typu člověka. „Je to vždy o typu člověka. Je to prostě v člověku, buď je ochotnej a vstřícněj nebo ten člověk je zamručeněj. Tak to prostě je.“ Vlasta u přístupu sestry zůstala, a ještě svou odpověď doplnila. „V oblečení se stoprocentně změnila a v chování těžko posoudit, protože to je lidský faktor a záleží, jak se k vám chová. Potom dělá celkový dojem na to zdravotnické zařízení. Když přijdete a vidíte, že ten člověk nebo ta zdravotní sestra se k vám chová vlídně, tak to potom působí pozitivně než ten, který tam přijde, a už vidíte, že tam překážíte. Není to dobrou, je to člověkem od člověka.“ O uniformě se zmínil také Mirek a Vilém, který, svou odpověď ještě doplnil o další proměny. „Uniforma, ta spíš klesla, jinak jsou sestry vzdělanější, studujou dlouho skoro jako doktoři. A mají hodně služeb a jejich počet se snížil.“ Proměnu nedokázala popsat Jindřiška. „To nevím. Neřeknu.“ Stejně tak nevěděla Jana. „To je těžký. Já nevím, jestli se změnila sestra jako taková, protože jsou sestry jakoby, jsou pořád sestry mladý a starý. V nemocnici jsou většinou mladší na obvodu starší. Nevím, ale jestli se sestra před tím změnila oproti sestře teď.“ Haně přijde sestra stejná dnes i před lety. „Nemohu až tak porovnat, dřív jsem to nevnímala. Přijde mi sestra stejná dnes i před lety.“ Dle Josefa se také nezměnila. „Nezměnila, v čem by se měla měnit. Můžem bejt rádi, že máme sestry.“

Podkategorie: Odbornost sestry

Zde nás zajímalo, jestli informanti dokáží rozlišit odbornost sestry. Překvapilo nás, že podstatná část z nich dokázala odbornost sestry odlišit. „Ano, většinou

bývají i jinak oblečené. Ošetřovatelka bude povlíkat postele, bude něco vytírat. Sestra bude rozdávat léky. Ošetřovatelka může rozdávat ještě třeba jídla.“ (Pavel). „Ano sestra má na starost více specializované úkony. Odebírá krev, píchá injekce, převazuje a tak dál. Ošetřovatelka má na starosti spíše zas třeba hygienu.“ (Jiří). „Ošetřovatelka jen pečuje o ty pacienty, třeba doprovází na záchod, stele postele, sestra odebírá krev, měří tep a tak podobně. Liší se ta náročnost práce.“ (Jindřiška). „Moje známá ošetřovatelku dělá, takže já ano. Jejich práce je méně náročná než sester. Dělají takové pomocnice sestrám. Hygienu, prádlo, stravu.“ (Anna). Tři informanti se při odbornosti zmínili o vzdělávání sester. „Ty sestry jsou víc vzdělaný, ošetřovatelé míň.“ (Mirek). „Vím, že tam byla vždy jedna paní, která třeba nosila do pokoje konev, právě vždy přijela s tím pojízdným, v čem byly ty jídla. Tak to bude ta ošetřovatelka. To může dělat asi kdokoliv. Sestru dělá pak ten, kdo má školu.“ (David). „Ta ošetřovatelka má nějaký účňák. Sestra bude mít vysokou, to je teď nově.“ (Vilém). Mezi informanty byli však i tací, kteří odbornost porovnat nedokázali. „No jo, to já nedokážu. Tenkrát byly sestry a jinak tam byli i dva třeba kluci, kteří odváželi na těch vozejkách a ty postele a takový. A jinak žádný dvoje sestry tam nebyly. Hlavní tam byla jedna a pak už tam byly sestry a učenky.“ (Karla). „To nedokážu, to po mně chcete moc.“ (Josef). Podobně odpověděla i Vlasta. S odlišnou odpovědí přišla Jana. „Já jsem teď už dlouho nebyla. Dřív to bylo skrytý. Dřív se to nedalo rozeznat. A někdy i ošetřovatelky dělaly sesterskou práci. Ale teď to bohužel nemůžu posoudit.“

Podkategorie: Sesterská uniforma

Zjistili jsme, jak informanti vnímají sesterské uniformy. Každý informant si povšiml změny a dokázal ji rovněž popsat. Nejčastěji se objevovala odpověď, že dříve nosily sestry šaty, zástěru, čepce, odznak. Většina námi oslovených vidí proměnu pozitivně. Důvodem je jimi zmiňovaný lepší komfort sestry. „Dřív byly v tom modrým a měly čepce. Je mi to úplně jedno. Co je pro ty sestry vlastně lepší je, že nemusí být utažený v uniformách a ty čepce na hlavách. A takový je to spíš pro ně vzdušnější. I to oblečení, ty šaty, utažený zástěry dneska přece jenom má kalhoty a nějakou halenu přes to. Je to vzdušnější, než když byla utažená v zástěře.“ (Karla). „Dříve nosily šaty a zástěru a čepce s tím odznakem. Dneska chodí teda také je to nemocnice od nemocnice, poliklinika od polikliniky, ty si určí, jaké chtějí mít jednotné oblečení a podle

toho tak chodí. Sestřičky nosí tedy třeba plátěné kalhoty, trička anebo plátěná trička nebo halenky. Přijde mi ta proměna pozitivní.“ (Vlasta). „Jako plus beru, že mají kalhoty, že nemusí nosit striktně šaty a hlavně čepec. To muselo být zlo, když to musely škrobit, ale také v té době byly sestřičky něco, cítily se důležitě. Nyní je pěkné na dětských odděleních obrázky na uniformách.“ (Hana). „Já si tu starou neužil, ale vím, že dřív byly šaty. Ted' mají kalhoty, trika. Asi je to pro ně lepší, mně osobně je to jedno. Hlavně, když se o mě postarají.“ (David). O komfortu se zmínila také Anna. „Uniformy se mi líbily ty dřívější, je to nostalgie ty šatičky. Ted' mají sestry uniformu skoro jako lékaři, ale zase jim to přináší lepší komfort.“ O nostalgii se zmínil stejně tak Pavel. „Tak ty sukničky to byla určitá nostalgie, ale pro ty sestry je to určité pohodlnější mít ty kalhoty, mají to vlastně jako montérky.“ Mirek odpověděl s širokým úsměvem. „No víte co, já jsem chlap, mně se ty šaty líbí. Je škoda, že už to nenosej no. Ted' jsou jak doktoři, mají kalhoty a nějaký ty vršky.“ Odlišně odpověděl Luboš. „No nevěděl jsem o tom hlavu ani patu, až když jsem se ptal, proč jsou takhle rozlišený, tak mi bylo řečeno, že sestry jsou modrý a žlutý jsou nějaký ty zdravotnice nebo ty pomocnice nebo jak se to jmenuje a fialový, že byly uklízečky.“

V souvislosti s tím jsme podali doplňující otázku, zdali jsou informanti schopni na první pohled poznat, že se jedná o sestru, a ne o jiný zdravotnický personál. „Já jo.“ (Sára). „Asi jo, asi jo. Teoreticky když vím, že ošetřovatelky mají žlutou barvu a sestry zelenou nebo modrou, tak to dokážu odlišit, ale není to pro mě důležité.“ (Jakub). „Asi jo, co se týče lékařů, tak ty furt nosí bílé pláště nebo chodí v bílém, takže se to snad rozeznat dá.“ (Vlasta). Jiný názor měla Anna. „Myslím, že není pro pacienty lehké je rozeznat.“ Stejného názoru byl také Pavel. „Já myslím, že se to nechá i splést, pokud mají bílé a ti doktoři taky.“

Podkategorie: Vzdělávání

Tato podkategorie nám přiblížila pohled informantů na vzdělávání sester. Zajímalo nás, jestli se podle nich vzdělávání nějakým způsobem změnilo a co si o této proměně myslí. Překvapilo nás, že většina informantů věděla, že pro výkon povolání sestry je potřeba vysoké, či vyšší zdravotnické školy. „Dneska jsou tam většinou ty, já nevím těch bakalářů, většina vysokoškoláků. Dneska i ty záchranáři nebo ty zdravotní bratři to jsou všechno středoškoláci bakaláři, co tam byli.“ (Luboš) „Dřív měla sestra čtyři roky

a teďka jsou to čtyři roky základ a pak se vlastně přidávají další na to, aby byla nějaká vyšší, a když má víc tak nejvyšší.“ (Pavel). *„No všiml jsem si ze zpráv. Po sestřích se teď vyžaduje vysoká škola.*“ (David). *„Tak určitě. Teďko je to studium pro zdravotní sestry delší a asi náročnější. Dřív stačily čtyři roky s maturitou. A dnes to tak není.*“ (Sára). *„Sestrám už moc nestačí střední škola. Hodně z nich jde na vysokou školu.*“ (Jiří). Našli se ale i informanti, kteří o potřebě vysokoškolského vzdělání nevěděli. *„No dělají si zdravku, ale to víte, děvče, za nás, kdo měl zdravku byl jedničkář. Teď chtějí i tamty od Ukrajiny. To nechápu, snad se toho nedožiju (směje se). Nechtěj to tyhlecty mladý dělat. To víte, je to práce, náročná práce to je.*“ (Marie). *„Tak studujou, studujou, chodí na výcviky. Dřív to studium asi nebylo potřeba, to mohl dělat kde kdo, teď musíte mít maturitu.*“ (Josef). *„Teď se požaduje bakalář a dřív stačila střední zdravotnická škola. Ale myslím si, že by se měli ve zdravotnictví ty sestry vzdělávat pořád. Protože ta medicína ta jde pořád dopředu, a tak si myslím, že by teda měla i ta sestra se dál sebevzdělávat prostřednictvím nějakých kurzů nebo školení.*“ Odlišně odpověděla Jana. *„No, vzdělávání sester se asi mění. Sestry jsou na vyšší úrovni, ale na druhou stranu, jsou zase sestřičky, který řeknou já jsem vysokoškolák a tohle dělat nebudu, a to není dobře. Sestra je pořád sestra. Nemělo by se rozlišovat. Může mít asi jinou funkci, ale neměly by se povyšovat.*“

S touto souvislostí jsme se informantů ptali, co si o těchto změnách myslí. Objevila se odpověď, že vysokoškolské vzdělání je potřeba z důvodu obsluhy nových přístrojů. *„Tak zase je to ta doba se mění, je modernější. Jsou nový přístroje, který vyžadují jinej přístup a jinou pečlivost. Je to zase složitější a ty sestry na to musí mít vzdělávání, aby to mohly obsluhovat.*“ (Luboš). *„Podle mě by se měli vzdělávat i ty, co tam jsou třicet let. Pořád přichází novinky a musí to prostě umět, šáhnout na přístroj, vědět jak na něj a tak.*“ (Vilém). Podobně odpověděla také Anna. *„Myslím si, že vzhledem k novým přístrojům, které jsou třeba obsluhovat a je to náročné, tak je to na místě.*“ *„Nedokážu říct, jestli je to dobře nebo ne, nejsem odborník. Ale jelikož jak jsem říkal, že jde vše dopředu, přijde mi v pořádku, že to chce mít někoho, kdo zase potřebuje ty věci líp znát, aby je mohl použít. Ale na druhou stranu, ty sestry, co nemají vzdělání můžou mít zkušenosti zas třeba.*“ (David). Jiří se zmínil o zodpovědnosti sester. *„Musí být více vzdělané, protože mají větší zodpovědnost a také vykonávají více důležitou a náročnou práci a více se přibližují svojí práci doktorům.*“ Dle Pavla vyšší vzdělávání sester přispívá k vyšší úrovni zdravotnictví. *„Je tam snaha,*

aby se co nejvíce udělalo pro pacienty, aby to zdravotnictví bylo na trošku vyšší úrovni, než bylo dříve, aby ty lidi byli vzdělanější a zároveň taky aby byli schopný dělat tu práci, aby zvládali víc práce a taky jinou.“ Odlišně odpověděla Vlasta. *„Já jako laik to nedokáži nějak posoudit, proto si o tom nemyslím nic. Nemám žádné vzdělání, co se týče zdravotnického charakteru, takže nevím, co se ty žáci naučili za ty čtyři roky na střední škole a co se naučí teď plus ještě na tom bakaláři. Pak když mají nějakou specializaci, tak by měli dál ty vědomosti prohlubovat, ale do jaké míry, to nedokážu posoudit.“* Také Sáry odpověď byla odlišná. *„Tak asi na nějaký ty oddělení by to ani nemuselo být. Ale určitě to není špatný. Myslím si, že sestry, co dělají na složitějších odděleních to výhodný je. Ale nechápu, proč by to měly mít všechny sestry.“*

Podkategorie: Kompetence

V této podkategorii jsme během rozhovorů zjišťovali, zda informanti vědí, co to znamená kompetence. Většina odpovědí se svým obsahem blížila správné definici. *„Že je sestra kompetentní k tomu, aby podala lék, který vám předepíše lékař, aby vám dala injekci nebo odebrala krev.“* (Vlasta). *„Tak kompetence znamená, když to převedeme na sestru, tak co ona může dělat s tím pacientem, co ona sama může určovat, co s tím pacientem bude.“* (Jakub). *„Kompetentní je člověk, který je kompetentní k nějakému úkolu, je schopný ten úkol zvládnout, má na to vzdělání, má nějakou praxi a je schopný určitý úkon udělat.“* (Pavel). *„Kompetence je, když může někdo vykonávat nějakou činnost.“* (Jiří). *„No kompetence je to, že má prostě nějaký rozhodování, který může. No je to tak, že má někdo moc rozhodnout nebo že má nějaký systém, nějakou pravomoc.“* (Luboš). Byli ale informanti, kteří pojem nedokázali vysvětlit nebo nevěděli, co znamená. *„Kompetence je jak kdyby nějaká úroveň vzdělání té sestry, ale nevím to jistě.“* (Olina). *„Ne, to nevím, co je to?“* (Marie). *„Ne, to nevím.“* (Josef). *„To nevím.“* (Luděk).

Ve zmíněné podkategorii jsme od informantů chtěli slyšet, jestli sestry dříve vykonávaly něco jiného než v současnosti. Odpovědi se v některých případech opakovaly. *„Myslím, že dnes vykonávají více práce. Mají více volné ruce a doktoři jim více důvěřují“* (Jiří). *„Dělají teď více odbornou práci.“* (Anna). *„Asi dělají víc, jak je to vše nový. Ale zase před tím, měli práci s jinejma věcmi, třeba uklízely.“* (Luděk). O úklidu se zmínili i další informanti. *„Možná jsou teďka profesionálnější, pracují na profi úrovni. Že dřív ta sestra v nemocnici dělala od uklízečky až po doktora. Nevím, jak je to teď“*

s magistrama, ale že to odpadlo. Že sestřička, když přijde do práce, nemusí uklidit celý oddělení, protože na to jsou úklidové firmy a odpadlo jí to a může se na ní dívat víc jako na profesionálku. A dřív dle mého nevěděl pacient, jestli mu jde sestra píchnout injekci nebo jestli mu vytře podlahu. Což je si myslím o hodně lepší. Je mi to příjemnější, když dělá to, co má a né, že mu vytře a pak mi jde dát injekci.“ (Jana). Podobně odpověděla Karla. „Dřív i ty sestry uklízely od toho je uklízečka nějaká, já nevím, jestli ještě to pořád děláte uklizení těch stolků. A převlíkání, mytí stolků to dělaly většinou učenký a sestry.“ „Jako dřív ty sestry vytíraly nebo to jo. Když jsme byli třeba. Vytíraly, povlíkaly postele. Dneska jsou tam ty pomocnice, nebo jak se jmenujou a ty se spíš zabývají tímhle tím jo. Protože dneska jich tam je jako málo. Dřív bylo deset sester na patře a dnes jich tam je třeba šest jo. Takže ty nemají čas na to.“ (Luboš). Někteří informanti nedokázali problematiku posoudit. „Asi nedokážu posoudit, mám pocit, že snad dělají vše, co dělaly i kdysi, nebo ne?“ (Jindřiška). Situaci nedokázala posoudit ani Vlasta. „Ne, to nedokáži posoudit, myslím si, že co se týče zdravotnických věcí, tak to dělají stejně a teďka, když už jsou tam ty ošetřovatelky, tak ty dělají ty podřadnější práce, jako jsou mísy, obědy a tak dál. Co se týče zdraví, tak to dělají ty sestry a tu špinavou práci dělají ošetřovatelky, to je ale můj názor.“ „To nedokážu říct, nevím, u praktickýho lékaře dělá to samý a v nemocnici si myslím, že vykonávají velkou část tý práce kolem toho pacienta, řekl bych veškerou práci kolem toho pacienta. Ale nedokážu říct, jestli je to jiný, než dřív.“ (Jakub). Dle Mileny dělají sestry to samé. „Ne, ne. Dělají to samé.“

Podkategorie: Prestiž povolání

Každé povolání má svou prestiž. Zajímalo nás, jestli naši informanti profesi sestry berou jako prestižní či nikoliv. Dle většiny odpovědí jsme došly k tomu, že povolání sestry je prestižní. „Přijde.“ (Josef). Stejně jak Josef odpověděla i Lucie. „Ano, jedná se o odborníky v oboru.“ (Pavel). „Řekla bych, že je to svým způsobem prestižní zaměstnání.“ (Vlasta). Jana se v rozhovoru zmínila o tom, že ačkoliv se jedná o prestižní povolání, není tak pojmáno veřejností. „Jo docela jo, náročné studium, práce skoro pořád pod tlakem, přesnost, jde tam o lidský život, ale není to tak vnímaný veřejností.“ Podobně odpověděl i Jakub. „Jak se to veme. Přijdou mi jiné profese, kde se studuje také vysoká škola prestižnější. Je to dle mého takhle i braný veřejností.“ „Povolání sestry

by si zasloužilo větší prestiž.“ (Sára). Marie nahlédla do minulosti. „Dřív bylo povolání sestry asi víc prestižní, než je dnes.“ Luboš odpověděl odlišně. „No. Pro mladý lidi to asi moc prestižní jako není, když je málo sester.“ „Moc ne, je to profese jako záslužná, ale prestižní mi nepřijde.“ (Mirek).

7. Kategorie: Ošetřovatelství současnosti

V této kategorii jsme identifikovaly tři podkategorie. Jedna se zabývala zkušenostmi našich informantů s poskytovateli zdravotnické péče a druhá se zabývala důvěrou k personálu. Jak sám název kategorie napovídá, náš rozhovor směřoval k ošetřovatelství 21. století. Ptali jsme se informantů, co se jim vybaví, pod tímto pojmem. Odpověď, která se nejvíc opakovala se týkala náročné práce sester. „Náročná práce sester.“ (David). „Napadne mě těžká práce.“ (Vilém). „Že to nemaj nic jednoduchýho, lidi přibejvají a ty sestry to maj vlastně všechno na hrbu a je jich málo hlavně.“ (Luboš). „Zdravotní sestry a jejich náročná práce.“ (Vlasta). „Napadne mě péče sester v nemocnici.“ (Lucie). Stejně odpověděla také Anna nebo Sára. Jediné Jindřišce se vybavil přístup sester „Přístup sester. Jsou takový lepší. Snaží se pomáhat a uklidňovat.“ Dále se odpovědi lišily. „Je to asi rozmanitý obor, který se zajímá o nemocného člověka.“ (Hana). Jiří se zmínil o moderním přístupu. „Asi moderní přístup k ošetřování pacientů.“ „Co mě napadne? No, tak asi ošetřovatelství, péče na úrovni, šikovné sestry i doktoři.“ (Mirek). V rozhovorech jsme měli odpovědi, které reagovaly na situaci dnešních dní. „Teď je celé zdravotnictví zahrnuté koronavirusem. Ten se mi vybaví.“ (Sára). „Že je v tom bordel“ (Luděk). Odpovědět nedokázal Josef „Nevím, to nedokážu odpovědět.“

Podkategorie: Zkušenosti s poskytovateli zdravotnické péče

Naši informanti se nám rozpovídali o jejich zkušenostmi se zdravotnickým personálem. Z větší části jsme se setkali se pozitivními zkušenostmi. „Myslím si, že od doktorů i sester dostáváme dobrou péči.“ (Olina). „Personál byl profesionální, ale zároveň byl vstřícný ke všem věcem, které jsem potřeboval.“ (Jiří). „Já jsem spokojenej, doktor mladej, vše řekl, jak bude, sestry pečovaly skvěle.“ (Jakub) „Když to vezmu na ambulance, které teď navštěvuji, tak tam mi je fajn. Jsou to všechno lékaři, které jsem si dobrovolně

vybrala a už k nim chodím pár let.“ (Milena). Anně přijdou zdravotničtí pracovníci současnosti odměřenější. „Asi je to pořád taky takové stejné, možná v těch nemocnicích se liší zdravotníci, že jsou takoví rychlejší, rychleji se rozhodnou, jsou odměřenější, nezajímají se zas tolik.“ Mirek by uvítal více péče od lékařů. „Sestry dobrý, doktoři záleží, kdo přišel do služby. Moc jsem je tam dlouho neviděl, jo, to bylo takový spíš vždy překontrolování.“ (Mirek). Jana našla u poskytovatelů zdravotnické péče tuto mezeru. „Že to občas není úplně takový, jaký bych si to představovala. Třeba mám akutní potíže a jsou oddělení, které mě nevezmou. Můžu to klidně jmenovat. Mám potíže s páteří a na neurologii mě prostě nevezmou, protože řeknou, že mají moc pacientů. Mám vyrážku, na kožním mě nevezmou, protože jsem se neobjednala.“

Podkategorie: Důvěra k personálu

V této podkategorii jsme se zabývali tím, jak informanti důvěřovali při hospitalizaci personálu. Odpovědi byly celkem jednoznačné, jelikož naši informanti zdravotníkům důvěřovali. „Řekla bych, že ano.“ (Anna). „Jasně, že jo, já tomu nerozumím, tak jim věřím.“ (Mirek). „Ano, personálu jsem důvěřoval a nadále důvěřuji.“ (Jiří). „Když jsem tam byla ze začátku, tak jsem byla tak malá, že jsem důvěřovala. Když dospělá, tak jo, určitě důvěřovala.“ (Jana). Podobně odpověděla i Olina, Karla, Vilém, David, Sára, Jakub nebo Pavel. Tříkrát se opakovala odpověď, že pacientům nic jiného nezbyvalo. „Musela jsem, nic jiného mi nezbyvalo. Nebyl žádný nojtbuk tam, jak si to naklikáte a přečtete si, co jak. Co prostě sestra dřív řekla, to bylo svaté a platilo to a bylo to tak. Autorita, jak bych řekla.“ (Marie). „Jo, co jinýho mi zbývalo.“ (Luboš). Stejně tak odpověděl i Luděk. Lucie nám popsala její nedůvěru k jedné ze sester. „Důvěřovala, jen jedna sestřička byla taková zmatečná, tak ty sem nedokázala věřit tolik.“ Podobnou zkušenost měla i Milena. „První dva dny ne, to vše ale kvůli panu doktorovi. Poté si mou důvěru získaly sestry i ostatní lékaři.“

S touto souvislostí jsme se našich informantů ptali, zda důvěřují sestřím současnosti nebo důvěřovali spíš těm dříve. Nejvíce se vyskytovaly odpovědi, ve kterých pacienti uvedli, že nelze říci, kterým sestřím více věřit. „To se nedá takhle říct, jestli je sestra lepší teďka. Je to o lidech, a jak ten člověk jako ta sestra na vás působí, tak na vás působí i celé zařízení, máte ten subjektivní pocit.“ (Vlasta). Podobně odpověděla také Anna. „Důvěřuji stejně. Vždycky je to o těch sestřích, na které narazíte.“ „No to taky záleží

na konkrétní osobě.“ (Sára). „No to vám nevím, důvěřuji sestřám obou kategorií.“ (Lucie). „Důvěřuji všem sestřám, mladejm i starejm.“ (Luděk). „To je asi stejný. Jsou sestry, kterým bych nedůvěřovala tenkrát, ale i teď. Takže bych řekla, že je to stejný. Když mají lidskej přístup, je to milejší, než když vás sestra nabere napoprvé, ale skoro vás u toho zmlátí. Vždy je to o důvěře k člověku.“ (Jana). Podobně odpověděl třeba i David, Vilém, Josef, Marie nebo Olina. Našli se i informanti, kteří důvěřují spíš sestřám dnes z důvodu vyššího vzdělání. „Důvěřuji jim více dnes. Cítím, že když jsou více vzdělané, že k nim mám větší důvěru.“ (Jiří). „No tak teď je sestra vzdělanější, to je jasný. Teď je to o ničem jiným než to bejvalo dřív. To byly obyčejný ženský, když se to tak vezme. Dneska už jsou vzdělanější. No důvěřuju spíš těm dneska, tý dnešní moderní no.“ (Karla) „Dnes. Je to způsobený tím, že jsou vzdělanější a asi že maj i novější postupy, díky kterým se o ty pacienty staraj líp.“ (Jakub). Podobně odpověděla i Milena. Odlišně odpověděla Hana. „Spíš dřívě, protože jsem byla malá, neznalá a důvěřovala jsem každému. Nyní už vím, že každý člověk nemusí být správný a nemusí k tomu bejt a dělat tu práci správně, to jako laik teda nepoznám. Snažím se ale věřit.“

8. Kategorie: Budoucnost

V této kategorii jsme se zabývali budoucností ošetrovatelské péče. Blíže jsme se zaměřili na postoj ke zvýšení kompetencí, řešení nedostatku sester a zvýšení prestiže tohoto zaměstnání. Nejprve náš dotaz mířil k tomu, co by měly sestry do budoucna změnit. Nejčastěji informanti odpovídali, že měnit nic nemusí. „Myslím, že pokud budou milé, jako jsem zažil já, tak se nemusí měnit nic. To, že jsou na vás milý, když potřebujete, beru jako důležité.“ (Jiří). „Já si myslím, že když tu práci budou vykonávat, jak jí vykonávají, že je to úplně v pořádku. Nemyslím si, že by bylo potřeba něco měnit.“ (Jakub). „Ať jsou takový, jaký jsou.“ (Josef). „Nemusí nic měnit.“ (Luděk). Dále se odpovědi týkaly jejich chování. „Asi chování, ty, které se nechovají tak, jak by se chovat měly.“ (Vlasta). „Hlavně stačí, když budou empatické k těm pacientům, to je nejdůležitější. Aby chápaly, že ten starý člověk, který leží a bohužel neslyší a že se mu musí říct něco dvakrát. Chápu, že to asi někdo nevydrží nervově, to je samozřejmé. Ale bylo by to optimální, aby s těma lidma vycházely, co nejlépe. Musí počítat taky s tím, že se lidé v nemocnici bojí a mělo by se pro ně udělat maximum, aby se ten strach nějak zlikvidoval, aby trošku pomohli s tím, to je asi nejdůležitější.“

(Pavel). „*To je o jednotlivci, některé nemusí měnit vůbec nic, jsou to dobré duše, které svou práci dělají srdcem a rozumem. Jiné jsou znuděné tím, že něco musí vůbec dělat, a když se jich dovolíte na něco zeptat, nedej bože, abyste něco potřebovala. Ať si každá z nich uvědomí, proč to dělají a jestli to dělat chtějí.*“ (Milena). „*Tak aby byly vždy vstřícný, já chápu, že někdy jsou naštvaní, ale by byly vždy vstřícný a asi budou dělat pořád to samý si myslím, že sestra bude pořád sestra, tak aby byla milá a vstřícná.*“ (Jana). Někteří pacienti nám sdělili, že by sester mohlo být do budoucna více. „*Sestry, já nevím, co by změnilo, ale měly by je posílit, je totiž na ně záhul, furt je jich tam málo. Jsou tam teď jako lidi, co jsou těžce nemocní po těžkých operacích a já nevím, musej k nim jít třeba desetkrát jo, jsou tam lehký případy, kde kterejm jdou třeba třikrát, ale jak říkám, jsou lidi, co vyžadují péči větší a fakt jako čas nemají. Vlastně maj furt dvanáctky, jedou pořád na dvanáctkách, a když někdo vypadne, to vlastně táhnou, je toho na ně dost.*“ (Luboš). Podobně odpověděla také Jindřiška. „*Mohlo by jich být víc, aby třeba v nemocnici měly víc času na pacienty. Ale to musí rozhodovat někdo jinej. Pak by si mohly víc povídat s pacientama.*“ „*Nic mě nenapadá.*“ (Anna). Stejně tak odpověděl i Vilém.

Podkategorie: Zvýšení kompetencí

Naši informanti v této podkategorii řešili zvýšení kompetencí. Zjistili jsme, jestli by pro ně bylo přínosné, kdyby sestry mohly předávat informace o stavu jejich blízkých. Nejčastěji nám odpovídali, že by se jim tato kompetence líbila a byla pro ně přínosem. „*Když byl otec v nemocnici, nebylo jednoduché nějaké informace získat, dovolat se doktorovi. Trvalo to dlouho. Sestry nic říkat nemohly, tak by se mi to hodilo.*“ (Anna). „*Manželka by to tehdy myslím uvítala.*“ (Vilém). „*Ano, bylo.*“ (Jindřiška). „*Doktor má hodně práce, sestry jsou na oddělení, tak by informace podávat mohly.*“ (Luboš). Jana tvrdila, že je to padesát na padesát. „*Nesmí to a ani dřív to nesměly. Asi by to lidi uvítali, ale sestra by měla na starost zase další věc a nemohla by ten čas věnovat péči o pacienta. Takže padesát na padesát.*“ Podobně odpověděla také Karla. „*Byla by to pro sestry práce na víc, ale když byla dcera v nemocnici, tak doktor neměl moc čas, tak by to ta sestra mohla říct, stejně to ví.*“ Dle Marie to může zůstat tak, jak je to nastavené. „*Hele, když se něco děje, tak si na doktora počkáte, nechala bych*

to tak, jak je.“ Jeden z informantů odpověděl, že mu to je jedno. *„Je mi to jedno, já stejně rodně vždy řekl, co mi je“* (Josef).

Podkategorie: Řešení nedostatku sester

Zdravotnictví trpí nedostatkem sester, proto jsme chtěli od účastníků výzkumu slyšet, jak sestry získat. Odpovědi byly různé. *„Věřím, že když se o tomto povolání bude hezky mluvit a budou vážený, že to naláká nové lidi.“* (Vlasta). *„Mluvit o důležitosti týchle profese s mladými, ukazovat na to, co je na ní dobrýho.“* (Jana). *„Asi by se měly dělat nějaké akce, kde by ty studenty lákali a vše jim tam ukázali a tak, je to těžký, tuhle práci nemůže dělat každej.“* (Hana). *„Ukazovat, jak ta práce je dobrá, lákat je na to hezký, co jim ta práce může dát.“* (Pavel). Luděk, by lákal nové sestry na benefity. *„Nějaké asi benefity, který budou stát fakt za to.“* Někteří informanti sami nevěděli. *„Sama nevím, to musí někdo ze shora, ty na to musej mít snad hlavy.“* (Jindřiška). *„Nevím.“* (Sára).

Podkategorie: Zvýšení prestiže

Pacienti odpovídali na otázku, jak zvýšit prestiž profese sestry. Nejčastěji se opakovala odpověď, že by se měly zvýšit platy nebo že by se o práci sestry mělo více mluvit. *„Zvýšit platy, dát třeba do televize, co všechno během dne ta sestra dělá, ukázat to jo, kdo nebyl v nemocnici, tak si nedokáže představit, co ta sestra tam dělá. Já to taky sám nevěděl do té doby.“* (Jakub). *„Dát jim peníze i třeba volno, co si zaslouží a mluvit o nich podobně jako o lékařích, nedávat ty stupidní seriály, kde se sestry promenádují ve střevecích, pak si lidi myslí, co to neznaj, že je to takováhle komedie.“* (Luděk). *„Já bych řekla, že by měly dát větší platy, měly by se zamyslet, a měly by zjistit, že ta práce je potřeba, že za chvíli se o nás tady bude starat nevím kdo.“* (Jindřiška). O větším platu se zmínil také Luboš. *„Dát jim za tu práci víc peněz.“* V rozhovoru se objevovaly i další názory. *„Dala bych to každému zkusit, a to by koukali všící.“* (Marie). *„Sestry by se měly ozvat a ukázat, že si zaslouží víc, než teď tady u nás maj a nemyslím jen výplatu.“* (Hana). *„Zajistit ty sestry a vážit si jejich práce a nenechat je utýct.“* (Olina).

6 Diskuze

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, k jakým změnám v ošetrovatelské péči došlo ve 21. století z pohledu pacientů. Také bylo naším cílem popsat faktory, které tyto změny ovlivnily, a rovněž popsat to, jak pacienti ošetrovatelskou péči 21. století hodnotí. Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky. K tomu, abychom dosáhli stanovených cílů a odpovědí na výzkumné otázky, jsme zrealizovali kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s informanty.

Na základě našich výsledků jsme došli k závěru, že naší hybnou kategorií byl vědeckotechnický pokrok. Není to jen z důvodu, že ošetrovatelská péče 21. století má možnost využívat nespočet odborných pomůcek, nových materiálů a přístrojů. Tato zmíněná kategorie zasahuje do většiny našich analyzovaných kategorií. Do organizace zdravotnických zařízení spadají nejen úpravy pokojů, čekáren či ordinací, ale mluvíme také o zásahu ve smyslu poskytované péče nebo frekvence návštěv a kontaktu se zdravotníky. V dnešní době internetu, sociálních sítí a mobilů je spojení se zdravotníkem jednoduché, ale nese s sebou i určité problémy. O této problematice je možné dočíst se v knize Sociální média v klinické praxi, kterou napsal Meskó (2013). Autor zde mluví o informačním znečištění. Pacienti vyhledávají informace z neověřených zdrojů, a následně těmito odkazy argumentují lékařům. Mimo to píše o tom, že čím dál tím více pacientů vyžaduje virtuální konzultace e-mailem či rozhovorem. Zmiňuje se o tom, že se v tomto případě už jedná o poskytování zdravotnické péče. Zůstává však otázkou, zda to je či není *lege artis*. Dnes je pacientům poskytována velice kvalitní zdravotnická péče. I přes to mají pacienti stále vyšší nároky nejen na sestry, ale také na další zdravotnický i nezdravotnický personál. Lidé dnešní moderní doby požadují stále víc.

Proměnu můžeme vnímat i v oblasti komunikace, kdy se pacienti nebojí po sestrách vyžadovat někdy nemožné, a mnohdy s nimi hovoří nezdvořilou až agresivní formou. Agresivní forma je dle Kristové (2008) charakteristickým atakem vůči působícímu podnětu. Proto Tutková (2007) označuje schopnost zdravotníka dobře komunikovat za jednu z nejdůležitějších dovedností. Při ošetrovatelské péči je velmi důležitá komunikace s nemocným. Komunikace v minulosti probíhala dle výsledků naprosto stejně, jako probíhá nyní. Mění se pouze témata, která se mohou týkat aktuálního dění ve společnosti. Informanti byli s komunikací se sestrou spokojeni. Během dne sestra

s pacientem komunikovala v průměru okolo 10–15 minut. Je tato doba dostačující? Nedostatečný čas věnovaný komunikaci může souviset i s nedostatkem zdravotnického personálu, jelikož sestra má na starost více pacientů, a komunikaci se tak nestíhá naplno věnovat. Z toho logicky plyne, že je čas pro komunikaci kratší. O problému nedostatku sester se v tiskové zprávě opakovaně zmiňuje ČAS (2018). Nedostatek sester s sebou nese negativní důsledky v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Z výsledků vyplynulo, že dialog probíhal právě během samotné ošetrovatelské péče. Pacienti se sestrami probírali to, jak se cítili, ale také se zajímali o to, jaké mají např. zájmy. Došlo také k tomu, že se ošetrovatelský personál bavil mezi sebou a nemocný byl pouhým posluchačem. To lze označit za neprofesionální až neetický přístup. Ve výzkumu od Morongové (2015) se celkem 31,5 % (počtem 63) pacientů občas setkalo s tím, že se sestra chovala tak, jako kdyby tam pacient nebyl přítomen.

Vědecko-technický pokrok se promítá i ve vzdělávání sester. Sestrám se zvyšují kompetence, obsluhují řadu náročných přístrojů, a k tomu potřebují patřičnou odbornost. Dle Plevové et al. (2018) je vědecko-technický pokrok označen za jeden z určujících determinantů vývoje vzdělávání všeobecných sester. Rošková (2013) se ve své publikaci zmiňuje o tom, že se demograficky snižuje počet narozených dětí, ale zato se zvyšuje počet chronicky starších. Je nutné podotknout, že vzhledem k těmto demografickým skutečnostem by se ošetrovatelská péče současnosti měla více soustředit do oblastí komunitní péče. Tam sestra pracuje ve většině případů sama v terénu, což znamená, že by se měla umět rozhodovat, a k tomu je opět potřeba kvalitní profesní připravenost. O tom, že se v dnešní době čím dál tím více sester přesouvá z nemocnic do terénní péče, hovoří Staňková (2000). Zmiňuje se o tom, že sestry péči provádějí samostatně, a pečují o choré v domácnostech. Mimo to tedy vzdělané sestry zvyšují prestiž této profese. Dle výzkumu veřejného mínění, o kterém hovoří Tuček (2019), si sestra drží bronzovou příčku hned za lékaři, a patří tak mezi nejprestižnější profese. Dle našeho názoru k prestiži přispíval povinný registr. Dříve bylo patrné, jak se sestry doškolují, a také měly motivaci se vzdělávat. V dnešní době se to neví, a i přes to, že je povinnost se celoživotně vzdělávat, je otázkou, jak zodpovědně k tomu někteří jedinci přistupují. O registru a jeho přínosu se zmiňuje Kutnohorská (2010), která svými poznatky koresponduje s naším názorem. Rovněž Hofštetrová – Knotková (2007) píše o tom, že registr zajišťoval kvalitní zdravotnickou péči a podporoval rozvoj ošetrovatelské profese.

Mezi změny z pohledu pacienta, které v ošetrovatelství nastaly, patří modernizace, která se na zdravotnických zařízeních promítá především vizuálně. Účastníci našeho výzkumu si těchto změn hodně povšimli. Prostředí na ně má značný vliv, rovněž se zmiňují o investicích, které pocítují. O těch se zmiňuje také tisková zpráva MZ ČR (2015), která píše o tom, že vládní kabinet měl naplánováno do roku 2020 provést několik investic do přímo řízených organizací. Modernizace a dostupné trendy dle nejčastějších odpovědí však také souvisí s výbavou ordinací, čekáren a moderními pomůckami. Z hlediska historie byly zmíněny skleněné injekční stříkačky, klasické rtuťové teploměry a rtuťové tonometry. I tyto pomůcky se dle informantů změnilly. Nejčastěji informanti zmiňovali možnost jednorázových pomůcek, které sestry v dnešní době mohou při poskytování ošetrovatelské péče využívat. O jednorázových pomůckách, které do této moderní doby patří, hovoří Francová (2012), která zmiňuje, že dnešní pokroková doba je obklopena jednorázovými pomůckami. Dodává, že tyto pomůcky nejen že ušetří čas, ale jsou využita praktická hygienická balení. Já sama pocítuji jednorázové pomůcky jako jednu ze skvělých možností dnešní doby. Sestře nejen ulehčí práci, ale také v některých případech ochrání pacienta od možných nákaz. Na druhou stranu do jisté míry souhlasím s jednou z našich informantek, která tvrdila, že jí tento způsob přijde nešetrný k životnímu prostředí. Jako důvod uvedla nemalé množství odpadního materiálu, které tak použitím jednorázových pomůcek vzniká. Z výzkumu od Blažkové (2016) je patrné, že největší část zdravotnického odpadu tvoří právě papírové a lepenkové obaly, které spadají pod komunální odpad.

Dle našich výsledků dříve neměli zdravotničtí pracovníci takovou možnost využívat elektroniku k jejich práci. V současné době je dle výsledků našeho výzkumného šetření zřejmé, že je tato možnost dostupná, a ulehčuje tak každodenní náročnou práci sester. S tím se shoduje i Koubová (2017), která tvrdí, že MZ ČR zavádí elektronizaci, aby se personálu od administrativy ulehčilo. Já osobně s tímto souhlasím a jsem pro to, aby se do počítačů přesunula i část ošetrovatelské dokumentace.

Podíváme-li se do čekárny, tak informanti zmínili, že se usazují na komfortnější lavice či židle, než tomu bylo v předchozích letech. Popisovali také příjemnější prostředí, které je způsobeno barevnou malbou, designem, obrazy či záclonou v okně. Ve výzkumu od Vagnerové (2006) pacienti rovněž zmiňovali, že příjemné vybavení čekárny tvoří propagační a reklamní materiály, obrazy na zdi a další vybavení. I v této místnosti se objevila technika, kterou je např. televize, která pacientům zkracuje dobu čekání.

Dle informantů je v čekárnách nespočet reklamních materiálů, které dovedou nemocného jak zabavit, tak například i poučit. Dle Havlové (2011) by si ale zdravotnický odborník měl v tomto směru dát pozor, jaké informační materiály ve své čekárně má. Pozornost by měl hlavně věnovat tomu, aby se neobjevovaly letáky s propagací léků na předpis. Ačkoliv většina informantů zmínila modernizaci, tak si myslím, že ne všechny čekárny jsou moderně vybavené, ba naopak mi přijde, že v některých zdravotnických zařízeních se zastavil čas a čekací místnost je stále neútluná a tmavá. Samozřejmě jsou ale i čekárny, které jsou velice moderní a příjemné. S tímto názorem se shodovali někteří informanti, a náš názor se tak potvrdil. Ve výsledcích byl zmíněn systém, který v čekárně lépe organizuje vstup do ordinace lékaře. Na mysli měli informanti terminál, který nejen že funguje jako pořadník, ale dokáže rovněž identifikovat zdravotní kartu pojištěnce. Ve výzkumu od Horského (2015) vnímá 100 % respondentů automatický čekací systém jako přínosný.

Když jsme se ve výzkumu zaměřili na nemocniční pokoj, většina informantů, která zažila v minulosti hospitalizaci, uváděla, že pokoje měly bílé zdi, kovové nenastavitelné postele s proleženou matrací, oprýskané jídelní stolečky u lůžka, a toaleta společně se sprchou byla na chodbě pro všechny. Porovnáme-li tento výsledný popis s naší částí teoretické práce, musíme souhlasit. V díle od Rozsypalové et al. (2006) jsme se dočetli, že pokoj pro nemocné byl opatřen kovovou postelí s bíle natřenými trubkami, prohnutou drátěnkou a proleženou matrací. Do toho počet sociálních zařízení neodpovídal počtu pacientů. Byla kupříkladu dostupná jen jedna vana. Dle našeho názoru pobyt v lůžku musel být nekomfortní. V této souvislosti jsme zjistili, že většina informantů v minulosti byla na pokoji s vyšším počtem pacientů, než je dnešní standard. Průměrně z výsledků vychází, že na pokojích v minulosti leželo kolem 6 až 8 nemocných. To nás vede k tomu názoru, že ošetrovatelský personál neměl snadný přístup k lůžku, tzn. ze tří stran, lůžka nemohla být od sebe ani dostatečně vzdálená, tudíž hrozila například i větší možnost nozokomiální nákazy. Na základě této souvislosti se informanti zmiňovali o narušeném osobním prostoru nebo třeba o nepříjemném pocitu z nemocničního prostředí. S tímto naším výsledkem souhlasí i výzkum Weberové (2013), kde 55 % respondentů uvedlo, že na hospitalizaci je nejtěžší zvládnout cizí prostředí, ale také neznámé lidi. V dnešní době dle standardu MZ ČR (2004) pro standardní lůžkovou stanicí platí, že čtyřlůžkové pokoje i sociální zařízení musí být navrženo tak, aby se pokoje daly rozdělit na dva dvoulůžkové. Mimo to je minimální vzdálenost mezi lůžky 70 cm

a vzdálenost mezi lůžkem a stěnou musí být 120 cm. Každý pacient musí mít také dle tohoto standardu uzamykatelnou skříňku. Tuto proměnu udávali i naši informanti. Standard tedy částečně souhlasí s našimi výsledky. Při hospitalizaci ve 21. století se pacienti setkali se 3 až maximálně 5 nemocnými na jednom pokoji. Ve většině případů měli sociální zařízení přímo na pokoji, televizi, uzamykatelnou osobní skříňku a vychvalovali také barevnou malbu a celkovou útulnost. Díky těmto okolnostem pokoje na informanty působily příjemným dojmem. Tento fakt lze potvrdit výzkumem Šancové (2008), kde 73,3 % respondentů uvedlo, že se na pokoji během hospitalizace cítili příjemně.

Jako pozitivní změnu informanti hodnotili proměnu sesterské uniformy. Změna se jim líbila z důvodu zajištění vyššího komfortu sestry při práci. S tímto výsledkem souhlasíme, avšak musíme podotknout, že ačkoliv jsou uniformy praktické, ne vždy jsou z kvalitního materiálu, a ne vždy je o ně postaráno tak, jak by si uniforma sestry zasloužila. Dle našeho názoru by měla uniforma u sestry podněcovat hrdost na svou profesi a její vzhled by měl být díky ní reprezentativní. O nekvalitním materiálu se zmiňuje i Brabcová (2013), která píše, že látky, ze kterých jsou pracovní oděvy šité, nejsou tolik kvalitní. To, čím se oděv lišil, dokázali informanti velice dobře popsat. Zmiňovali modré šaty s bílou zástěrou, bílý čepce, odznak. O bleděmodrých šatech a čepci se zmiňuje i Brabcová (2013). Dle informantů uniforma dříve takový komfort nezajišťovala. Dle Brabcové (2013) se kdysi dbalo především na praktičnost uniformy. Vrátime-li se k uniformě současnosti, zajímalo nás, jestli informanti dokáží rozeznat sestru na první pohled. Uniformy jsou možná ještě více praktické a komfortní, ale velice se podobají oděvu, který nosí lékaři, a není lehké odlišit zdravotnického pracovníka od nezdravotnického. Bylo překvapením, že většina našich informantů odpověděla, že sestru rozeznat dokážou. Ke stejnému výsledku došla ve své práci i Tobišková (2017). Avšak ve výzkumu Hendrychové (2006) je patrné, že 38,2 % respondentů zmínilo, že to dokáží pouze občas. K tomuto výsledku se přikláníme. Jsou zdravotnická zařízení, kde se dodržuje rozlišení personálu podle barev, ale není to pevně stanovená podmínka na uniformu. Dostaneme-li se do soukromých klinik, barvy jsou různé. O této skutečnosti se opět zmiňuje Brabcová (2013), která píše o tom, že existují různé typy uniforem různých pastelových barev, a že odlišnost lékaře a sestry díky tomu pak není jednoduchá.

Další změna, která z rozhovorů vyplynula, se týká řešení zdravotních problémů našich pacientů. Informanti si povšimli, že navzdory od minulosti jsou jejich záležitosti řešeny přímo u praktického lékaře. Tím myslíme, že je lékaři ihned neposílají do nemocničních zařízení. Tento fakt dle našeho názoru souvisí se schopností rozhodování. S našimi výsledky souhlasí i Šonka (2013), který uvádí, že 80 % pacientů vyřeší svůj zdravotní problém se svým praktickým lékařem a zbylých 20 % potřebuje další odborníky. Dále dodává, že jsou země, kde je zdravotnictví natolik vyspělé, že 95 % skončí pouze v rukou praktika.

Ošetrovatelská péče mimo jiné prošla také změnou ve vzdělávání sester. Ošetrovatelství vzdělané sestry potřebuje. Po přijetí zákona 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 se kvalifikace všeobecné sestry přesunula na vysoké školy a vyšší odborné školy zdravotnické. Z výsledků našeho výzkumného šetření lze usoudit, že naši informanti si jsou této změny vědomi. Většina z nich označila, že je potřeba úspěšné absolvování zmiňovaných škol. Ve výzkumu Skulové (2019) vyšlo, že 69,78 % (tj. 790) respondentů souhlasí se vzděláváním sester na vysokých školách. I mezi našimi informanty se našli zastánci vysokoškolského vzdělávání sester. Dle nich údajně vysokoškolské vzdělávání přispívá k vyšší úrovni poskytované péče, a tím k vyšší úrovni zdravotnictví.

První setkání nemocného se zdravotnickým pracovníkem je důležité (Chrobák, 2007). Z našich výsledků vyšlo, že většina našich informantů se poprvé se zdravotnickým pracovníkem setkala v dětství v rámci preventivní prohlídky. To ve velké většině vzbudilo pocit strachu. Tento jev dle nás stále přetrvává a zdá se nám přirozený, ale myslíme si, že v dnešní době ustrašených dětských pacientů ubývá. Z velké části jsou dětská oddělení plná veselých barev, hraček, obrázků, sestřiček a lékařů v obrázkových uniformách, které na malého pacienta z hlediska psychiky působí kladně. Náš názor lze podložit studií od Salmela et al. (2010), kde děti popsaly předměty, které v nemocnici zmírňují jejich strach. Děti uvedly hračky a další předměty, které se jim v nemocnici líbily. O strachu dětí u lékaře se zmiňuje také Vymětal (2003). Mluví o tom, že se jedná o zobecněnou dětskou zkušenost, kdy lékař způsobuje bolest a ani jeho matka ho před ním neochrání. Když se Gottwaldová ve svém výzkumu zeptala rodičů předškolních dětí, z čeho si myslí, že mají obavy mimo domov a mateřskou školu, tak se lékař vyskytl na druhém místě.

Z našich výsledků vyplynulo, že až na jednu pacientku si každý z našich informantů zažil hospitalizaci, a velká část z nich s ní měla pozitivní zkušenosti. Stejně tak ve výzkumu Uttendorfské (2008) byli respondenti při hospitalizaci spokojeni. Troufneme si říci, že spokojenost pacientů je do jisté míry indikátorem kvalitní zdravotnické péče. S tímto souhlasí i Ondriová et al. (2013). Autorky uvádí, že sledování spokojenosti je zpětná vazba nejen pro zdravotnický personál, ale také management zdravotnických zařízení. V našem výzkumu se informanti zmínili o pozitivní zkušenosti s managementem, zmínili dobrou organizaci a dobrý chod nemocnice. Negativní zkušenosti s hospitalizací našich informantů mohly souviset s nedostatkem informací a s nedostatkem času. Každý nemocný očekává, že dostane od pracovníků dostatečné informace o tom, co se s ním bude dít, jak bude léčba probíhat apod. V případě, že se mu těchto informací nedostalo, to na něj působí negativně. Ve výzkumu Hoškové (2010) se dočteme, že to, jaký rozsah informací lékař poskytne, je v jeho rukou, nebo také to, že při předávání informací hraje významnou roli komunikace. Ve výsledcích jí pak 75 % respondentů uvedlo, že o svém zdravotním stavu a léčbě byli dostatečně informováni. Zjistilo se ale, že pacienti daným informacím mnohdy nerozuměli.

S ambulantní péčí naši informanti byli spokojeni, ale i nespokojeni. Nespokojenost se z většiny týkala především dlouhého čekání na vyšetření. Velká část informantů v rozhovoru odpověděla, že doba, na kterou byli k odborníkovi objednaní, se nedodrží, a na vyšetření mnohdy dlouho čekali. Když tuto skutečnost porovnáme z hlediska minulosti, informanti nevyloučili, že by se dřív u lékařů nečekalo, ale čekání je tolik netížilo. Možná to je i tím, že si pacienti dříve mezi sebou více povídali. Z toho plyne, že je pak ani tolik netrápilo čekání. V současné době už není tolik pacientů, co by konverzaci vyhledávalo. Dnes má každý v ruce telefon, kterým si krátí dlouhé chvíle. Naopak ve výzkumu serveru Ordinace.cz, o kterém se zmínila Havlová (2011), vyšlo, že i když pacienti u svého lékaře čekají kolem jedné hodiny, tolik jim to nevadí. Výzkum od Vagnerové (2006) ale toto tvrzení vyvrátil, protože 40 % dotazovaných respondentů uvedlo, že narůstající doba čekání v nich vyvolává nervozitu. Osobně si myslíme, že ne vždy je lehké dodržet přesnou hodinu objednání. Během dne mohou nastat situace, které harmonogram rozhodí. Z hlediska proměny respondentům přijde v současnosti poskytovaná péče stejná, jako byla dřív.

Všeobecná sestra má své kompetence stanovené dle vyhlášky č. 252/ 2019 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Sestra vykonává řadu činností. Např. hodnotí ošetrovatelské poruchy, pečuje o zavedené katétry, analyzuje a hodnotí kvalitu týkající se bezpečnosti při ošetrovatelské péči, zajišťuje stálou připravenost pracoviště, podává léčivé přípravky. Z našich výsledků sestra v nemocnici prakticky měří teplotu, odebírá krev, pečuje o hygienu, nosí jídlo, dává injekce a infuze, stará o převazy, vyptává se na to, jak se pacienti cítí. Stejně tomu je tak v ambulantní péči. Informanti uvedli, že tam sestry toho moc nedělají. Všimli si, že odebírají krev, měří tlak, asistují lékařům, ale spíš se věnují administrativě. Možná je to také tím, kolik prostoru lékař sestře nechá. Dle našeho názoru by to tak být nemělo. Z uvedeného mi přijde, jak kdyby díky administrativě, která je s tím spojená, pacienti sestru v ambulanci pocítovali jako administrativní sílu. Na tuto problematiku již zareagovalo MZ ČR chce ve zdravotnictví zaměstnat administrativní pracovníky, kteří budou sestřím a lékařům pomáhat s administrativou. Tímto chce MZ ČR umožnit personálu mít více času na pacienta. Tento fakt jsme se dočetli v tiskové zprávě, kterou napsala Štěpányová (2019). Můžeme si však klást otázky, zda bude tato novinka fungovat, a také zda ji ocení zdravotnický personál.

Dle Vitošové (2007) by sestra s lékařem měli mít mezi sebou vztah plný důvěry a respektu k práci toho druhého. Rovněž by měli umět mezi sebou komunikovat. Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplynulo, že informanti viděli mezi komunikací sestry a lékaře jakousi sjednocenost a souhru. Popsali tedy ideální stav. Všimli si třeba i toho, že v dnešní době se nevyskytuje mezi lékařem a sestrou vztah nadřízeného a podřízeného. Lasotová (2009) ve svém výzkumu dala hodnotit sestřím do dvou nemocnic to, jak jsou spokojeny s komunikací mezi jimi a lékařem. Použila k tomu škálu -3 (nejhorší) až 3 (výborné). Výslednou známku byla 2. V jedné z nemocnic tuto známku určilo 40 % sester (tj. 20) a ve druhé 15 % (tj. 30). Z toho plyne, že vnímání našich informantů je souhlasné s výsledky zmíněného výzkumu.

Komunikace sestry a rodiny hospitalizovaného je velice důležitá. Rodina, která navštěvuje pacienta během hospitalizace, vyhledává jakékoliv informace o stavu nemocného. Často se však na zdravotní stav ptá sester, které ke sdělování informací nejsou kompetentní. Většina našich informantů si povšimla toho, že když chtěla rodina po sestře informace, tak ta je nasměrovala za lékařem. To je zcela správně, protože jak se můžeme dočíst v publikaci Zacharové a Šimíčkové – Čížkové (2011), sestra nesmí poskytovat informace o průběhu léčby a zdravotním stavu

nejen rodině nemocného, ale ani nemocnému. Na druhou stranu by měla sestra rodině poskytovat takové informace, na které má právo. S tím naše výsledky nesouhlasily.

V našem výzkumném šetření dokázali informanti rozlišit práci sestry od práce ošetřovatelky. Tvrdili, že sestry jsou ty, které vykonávají odbornou práci a specializované úkony např. odběry krve, rozdávání léků, podávání injekcí, převazy. Ošetřovatele správně přiřadili péči o hygienu nemocného, podávání stravy, stlaní lůžka. S tímto dle vyhlášky č. 252/ 2019 Sb. lze souhlasit, jelikož ošetřovatelka provádí činnosti spojené se základní ošetřovatelskou péčí. Dle nás je práce ošetřovatelek velice přínosná a důležitá. Bohužel je rovněž jako práce sestry nedocenená.

Ošetřovatelská péče se dobou mění. Zajímalo nás, v čem se proměnila a v čem konkrétně je ve 21. století jiná. Z výsledků našeho zkoumání lze vydedukovat, že dnešní práce sester je více odborná a vysoce profesionální. Dříve měly sestry na starost i úklid, což na pacienty nepůsobilo profesionálním dojmem. Je to pochopitelné, že v člověku vyvolá nejistotu to, když jim sestra přišla píchnout injekci, a vzápětí jim v pokoji vytřela podlahu. O této problematice se zmínila i Henderson (1995), která tvrdí, že by sestra neměla uklízet. V knize od Vytejškové (2011) se dočteme, že v dnešní době mají úklid na starosti úklidové firmy nebo pomocný personál. S výsledkem našeho výzkumného šetření tak souhlasíme.

Řekne-li se ošetřovatelství současnosti, tak se většině našich informantů vybavila sestra a její náročná práce. Práce sester byla vždy náročná, ale v současnosti se stále více rozšiřují medicínské a ošetřovatelské poznatky. S tím souvisí i vyšší nárok na sestry. To, že je tato profese náročná, můžeme doložit výzkumem od Ploché (2012), která ve svém výzkumu zjistila, že 52,74 % (tj. 77) respondentů označilo práci sestry za velmi těžkou. S výsledky našeho výzkumu tedy souhlasí. Při poskytování ošetřovatelské péče sestra narušuje intimní zónu pacienta. To potvrzuje Ledererová (2014), která píše o tom, že intimní zóny můžeme chápat jako prostory pacientovy duše. K tomu, aby toto narušení zón proběhlo co nejcitlivěji a nejlépe, je potřeba pacienta důvěra k sestře. Z našich výsledků vyšlo, že pacienti sestrám vždy důvěřovali, a důvěřují i nyní ve 21. století. S touto souvislostí z výzkumu vyšlo, že na pacienty sestry současnosti nepůsobí ani více ani méně důvěrně. Rovněž ve výzkumu Morongové (2015) vyšlo, že 52,5 % (tj. 105) pacientů sestrám důvěřovalo.

Dle našeho názoru je povolání sestry prestižní. Je však zřejmé, že se vyskytuje řada problémů, které s touto profesí souvisí. I naši informanti označili ošetrovatelské povolání za prestižní. Tento výsledek lze potvrdit výzkumem z června roku 2019, o kterém se zmiňuje Tuček (2019). Veřejnost ČR umístila sestru na bronzovou příčku z celkových 26 povolání. Podle našich informantů by se tato prestiž dala ještě více zvýšit. Sestrám by se měly zvýšit platy, mělo by se o důležitosti této profese více mluvit, nebo by se mělo povolání sestry reálněji napodobovat v televizních seriálech. Ve výzkumu Jurčkové (2015) respondenti rovněž uvedli, že sestry by se v očích veřejnosti mohly více vyzdvihnout, když bude veřejnost o této profesi lépe informována. Odpovědělo tak 33 % (tj. 52) respondentů. Osobně si myslím, že práce sestry je silně ovlivněna médií. Televize nevrhá na práci sestry dobré světlo. Každou chvíli někdo mluví o tom, jak sestra musela k soudu, jak mají sestry nízký plat, případně v jak náročném prostředí pracují. Mimo to se objevují stále nové seriály se zdravotnickou tematikou, které jsou nereálné. Naopak to pěkné, co by měly veřejnosti ukazovat, zcela chybí. Touto problematikou se zabývala již zmíněná Jurčková (2015) a došla k výsledku, že 42 % (tj. 68) respondentů odpovědělo, že je filmy a seriály se zdravotnickou tematikou neovlivňují. Náš názor se tedy nepotvrdil.

Z výsledků výzkumného šetření lze shrnout, že proměna ošetrovatelské péče je z velké míry zapříčiněna vědecko-technickým pokrokem.

Závěr

Tato diplomová práce se věnovala proměně ošetrovatelské péče ve 21. století očima pacienta. Historie ošetrovatelství je velice pestrá a ukrývá v sobě mnoho mezníků, které utvořily takovou péči, které se nám dostává dnes. Tyto změny se dotýkají i přímo pacientů. Byly stanoveny celkem tři cíle diplomové práce. Prvním bylo zjistit, k jakým změnám v ošetrovatelské péči došlo ve 21. století z pohledu pacientů. Druhým bylo popsat faktory, které ovlivnily změny ošetrovatelské péče. Posledním bylo popsat, jak pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči ve 21. století.

Na základě analýzy získaných informací byly cíle naplněny a můžeme konstatovat, že faktorem, který ovlivnil změny v ošetrovatelské péči, je vědecko-technický pokrok. Informanti viděli jako největší proměnu nové vybavení zdravotnických zařízení, nové pomůcky a moderní přístroje. Jako změnu zmínili i vysokoškolské vzdělávání sester, které jim přijde jako vhodné a potřebné. Informanti hodnotili ošetrovatelskou péči jako vysoce profesionální, odbornou a náročnou. Uvědomovali si, že jsou na sestry kladeny čím dál tím větší nároky. Profesi označili jako prestižní, ale zároveň uvedli, že by o ní veřejnost měla být více informovaná.

Výsledky výzkumného šetření bych ráda využila ve vzdělávání budoucích praktických sester, kterému se věnuji. Mimo to jsme zareagovali na podnět našich informantů a oslovili Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester s návrhem, jak bychom chtěli zvýšit povědomí veřejnosti o profesi všeobecné sestry a zároveň přispět k zájmu studentů o tento obor. Získali jsme a předložili jsme krátké výpovědi sester (viz Příloha č. 6) o všedních dnech v zaměstnání. Získané výpovědi jsou zaměřené na to, v čem je ošetrovatelství 21. století jedinečné, co si představí, řekne-li se ošetrovatelská péče současnosti, a v čem je pro ně povolání sestry krásné. Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester se zapojil do projektu Nursing Now, kde je jako jeden z cílů šířit u veřejnosti povědomí o tomto smysluplném povolání. Proto se nám spolek jevil jako nejlepší partner k šíření této myšlenky. K tomuto podnětu nás inspirovalo dílo Sestry vzpomínají od Rozsypalové et al. (2006). V době dokončování diplomové práce jsme získali od SVVS kladné stanovisko (viz Příloha č. 7).

Závěrem bych chtěla sdělit, že ošetrovatelská péče bude čelit dalším pokrokům a novinkám, jelikož vědu a techniku nezastavíme. Je nutno podotknout, že s touto souvislostí se budou nároky na ošetrovatelský personál opět zvyšovat, a i pacienti budou

více nároční. Můžeme si však přát, aby si veřejnost uvědomila důležitost tohoto povolání a více si vážila náročné práce sester. Na ošetrovatelské péči je potřeba stále pracovat, aby byla čím dál tím víc kvalitnější a účelná. Čeká nás ještě dlouhá cesta k dokonalosti...

Seznam použité literatury

1. ANASTASSIADOU, H., 2006. Mentorská činnost v klinické praxi. In: ARCHALOUSOVÁ, A. (eds). *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství: Sborník příspěvků I. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, s. 5-9. ISBN 80-7248-388-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestra – lékař*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 126 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
3. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., 2010. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*. 12(1), 20-33. ISSN 1212-4117.
4. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ I., 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. 11(1), 252-256. ISSN 1212-4117.
5. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
6. BEŇADIKOVÁ, D., RAPČÍKOVÁ T., 2009. Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 19(12), 28-30. ISSN 1210-0404.
7. BLAŽKOVÁ, A., 2016. *Zhodnocení způsobů nakládání s odpady ve zdravotnictví*. Brno. Bakalářská práce. UAKE MENDELU.
8. BRABCOVÁ, S., 2013. Vznik a vývoj ošetřovatelských uniforem. *Sestra*. 23(5), 24-27. ISSN 1210-0404.
9. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer. 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

10. BURIÁNEK, J., 2008. *Sociologie*. 3.vydání. Praha: Fortuna, 2008. 144 s. ISBN 978-80-7373-028-4.
11. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
12. CASTLEDINE, G., 2000. A comparative analysis of the relationships between nursing service, education and finance. *Nurse Education Today*. 20(1), 45-51, doi:10.1054/nedt.2000.0447.
13. ČERNÁ, B., 2020. *Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století* [online]. České Budějovice: Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester [cit.2020-06-1]. Dostupné z: <https://www.svvs.cz/udalosti/205-promena-osetrovatelske-pece-ve-21-stoleti>.
14. Dějiny zdravotnictví V., 1959. *Zdravotnická pracovnice*. 9, 439-442. ISSN 0049-8572
15. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ L., 2012. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra*. 22(10), 29-30. ISSN 1210-0404.
16. DUBOIS, C. et al., 2006. *Human resources for health in Europe*. New York: Open University Press. 273 s. ISBN 978-03-352-1855-4.
17. EDWARDS, S., D., 2001. *Philosophy of Nursing: An Introduction*. United Kingdom: Red Globe Press. 224 p. ISBN 978-0-333-74991-1.
18. EINES, T., F., DALE, K., Y., 2015. Challenges in the standardization of nursing education in Europe: A literature study focusing on the implementation of qualification frameworks. *Nordic Journal of Nursing Research*. 35(4), 235-240, doi:10.1177/0107408315592768.

19. FARKAŠOVÁ, D., 2006. Ošetrovatelství – teorie. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
20. FENG, D. et al., 2017. Job satisfaction mediates subjective social status and turnover intention among Chinese nurses. *Nursing & Health Sciences*. 19(3), 388-392, doi:10.1111/nhs.12357.
21. FRANCOVÁ, M., 2012. Jednorázové pomůcky ve zdravotnictví. *Sestra*. 22(4), 41. ISSN 1210-0404.
22. GOTTWALDOVÁ, E., 2017. Strach u dětí předškolního věku. Hradec Králové. Bakalářská práce. PDF UHK.
23. GRAČKO, M., 2012. Muž v profesi sestry. *Sestra*. 22(1), 21-22. ISSN 1210-0404.
24. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.
25. HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z., 2009. Stres a jak ho zvládat ve zdravotnictví. In: JIRKOVSKÝ, D. (eds). *Sborník příspěvků z odborné konference Cesta k modernímu ošetrovatelství XI*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 68-72. ISBN 978-80-87347-02-7.
26. HANZLÍKOVÁ, A., 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta. 156 s. ISBN 978-80-8063-360-8.
27. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-717-8303-x.
28. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

29. HAŠKOVCOVÁ, H., PAVLICOVÁ, J., 2013. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. 121 s. ISBN 978-80-7492-063-9.
30. HAVELKOVÁ, K., 2017. Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. *Florence*. 13(9), 30-31. ISSN 1801-464X.
31. HAVLOVÁ, K., 2011. *Výzkum: Češi jsou zvyklí čekat hodinu u lékaře, moc jim to nevadí* [online]. Zdravotnictví a medicína [cit.2020-05-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/vyzkum-cesi-jsou-zvykli-cekat-hodinu-u-lekare-moc-jim-to-nevadi-457126>.
32. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
33. HENDERSON, V., 1995. *Základní principy ošetrovatelské péče*. S.I.: Mezinárodní rada sester. 41 s. ISBN neuvedeno.
34. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
35. HENDRYCHOVÁ, V., 2006. *Úprava a vzhled sestry jako součást nonverbální komunikace s pacientem*. Hradec Králové. Bakalářská práce. LFHK CUNI.
36. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2014. Motivace studentů „nezdravotníků“ ke studiu ošetrovatelství. *Florence*. 2014, 10(7-8), 32-34. ISSN 1801-464X.
37. HLINOVSKÁ, J., 2008. Proč vlastně chci být sestrou? *Sestra*. 18(6), 25. ISSN 1210-0404
38. HOFŠTETROVÁ-KNOTKOVÁ, M., 2006. Něco málo o historii vzdělávání a registrace. *Florence*. 2(12), 15. ISSN 1801-464X.

39. HOFŠTETROVÁ-KNOTKOVÁ, M., 2007. Registrace – základ účinné regulace nelékařských profesí. *Florence*. 3(1), 15. ISSN 1801-464X.
40. HORSKÝ, M., 2015. *Systém pro správu pacientů čekajících na ošetření u praktického lékaře*. Brno. Diplomová práce. FEKT VUT.
41. HOŠKOVÁ, P., 2010. *Informovanost klientů/ pacientů a rodinných příslušníků* [online]. *Zdravotnictví a medicína* [cit.2020-05-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/informovanost-klientu-pacientu-a-rodinnych-prislusniku-449665>.
42. HRMO, R., TUREK, I., 2003. *Klíčové kompetence I*. Bratislava: Slovenská technická univerzita. 178 s. ISBN 80-227-1881-5.
43. HUBOVÁ, V., MICHÁLKOVÁ, H., 2012. Historie vzdělávání všeobecných sester. *Sestra*. 22(2), 21. ISSN 1210-0404.
44. CHROBÁK, L., 2007. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-1309-0.
45. CHVÁTALOVÁ, H., 2009. Ženy, které měnily zdravotnictví. *Florence*. 5(9), 17. ISSN 1801-464X.
46. *ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*, ©2017. [online]. ČAS [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>
47. IVANOVÁ, K. et al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.
48. JANDÁČKOVÁ, J., 2017. Největší předsudky o práci sester. *Zdravotnictví a medicína*. 27(1) 29. ISSN 2336-2987.

49. JANOŠKOVÁ, H., 2005. Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví. *Sestra*. 15(11), 22-23. ISSN: 1210-0404.
50. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
51. JIRKOVSKÝ, D., ARCHALOUSOVÁ A., 2004. Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské unii. *Vojenské zdravotní listy*. 73(1), 20-23. ISSN 0372-7025.
52. JURČEKOVÁ, K., 2015. *Práce všeobecné sestry očima veřejnosti*. Zlín. Diplomová práce. FHS UTB.
53. KAFKOVÁ, V., 1992. *Z historie ošetřovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
54. KOUBOVÁ, M., 2017. *Jak ulehčit sestram práci? Spíš než změnou vzdělávání redukcí papírování a funkčními ošetřovatelskými týmy* [online]. Zdravotnický deník [cit.2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/04/jak-ulehcit-sestram-praci-spis-nez-zmenou-vzdelavani-redukci-papirovani-funkcnimi-osetrovatelskymi-tymy/>.
55. KRAUSOVÁ, K., 2010. Historie českého ošetřovatelství do roku 1989. *Florence*. 6(3), 11-13. ISSN 1801-464X.
56. KRISTOVÁ, J., 2008. *Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním* [online]. Bratislava: Stredná zdravotnícka škola Strečnianska [cit.2020-05-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-sestry-s-pacientem-s-agresivnim-chovanim-398385>.
57. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

58. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-802-4732-244.
59. LASOTOVÁ, K., 2009. *Komunikace mezi sestrami a lékaři*. Zlín. Bakalářská práce. FHS UTB.
60. LÁVIČKOVÁ, J., 2006. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. 16(4), 30-31. ISSN 1210-0404.
61. LEDEREROVÁ, K., 2014. *Komunikace ve zdravotnictví* [online]. Praha: Nemocnice Na Homolce [cit.2020-05-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-ve-zdravotnictvi-473723>.
62. MAŇHALOVÁ, J., 2018. *Podporujeme vysokoškolské vzdělávání sester* [online]. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta [cit.2020-04-14]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/podporujeme-vysokoskolske-vzdelavani-sester-486889>.
63. MARKOVÁ, E., 2012. Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství. *Kontakt*. 2012, 14(2), 129-136. ISSN 1212-4117.
64. MARKOVÁ, E., VAŇKOVÁ, M., 2010. Ošetrovatelství jako ženská práce? In: JIRKOVSKÝ, D. (eds). *Sborník příspěvků z odborné konference Cesta k modernímu ošetrovatelství XII*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 22-24. ISBN 978-80-87347-03-4.
65. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. Podnět k zamyšlení nad procesem realizace. In: ARCHALOUSOVÁ, A. (eds). *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: sborník příspěvků Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita, s. 91-93. ISBN 978-80-7248-413-3.

66. MESKÓ, B., 2013. *Social Media in Clinical Practice*. London: Springer. 168 p. ISBN 978-1-4471-4306-2.
67. MÍČKOVÁ, I., 2009. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*. 19(12), 44-45. ISSN 1210-0404.
68. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2013. Dualita kvalifikační přípravy všeobecných sester v ČR. *Medicína pro praxi*. 10(11-12), 401-402. ISSN 1214-8687.
69. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*. 16(2), 130-142. ISSN 1212-4117.
70. MILLER, B., 2017. Nurses in the Know: The History and Future of Advance Directives. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 22(3), 1, doi:10.3912/OJIN.Vol22No03PPT57.
71. MISHRA, S., 2015. Respect for nursing professional: Silence must be heard. *Indian Heart Journal*. 67(5), 413-415, doi: 10.1016/j.ihj.2015.07.003.
72. MORONGOVÁ, A., 2015. Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
73. MOUNT, B., C., 2003. Existential suffering and the determinants of healing. *European Journal of Palliative Care*. 12(3), 42. ISSN 1479-0793.
74. MUROŇOVÁ, M., 2015. Je zdravotnictví perspektivní firma? *Medical Tribune*. 11(13), A6. ISSN 1214-8911.
75. MUSILOVÁ, K., 1999. Československé sestry a International Council of Nurses – historický pohled. *Revue ošetrovatelstva a laboratorních metodik*. 5(3), 103. ISSN 1335-5090.

76. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: bílá kniha*. 2001. Praha: Tauris. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
77. NERUDOVÁ, I., 2009. Cesta k ošetrovatelství – péče o člověka. In: JIRKOVSKÝ D. (eds). *Sborník příspěvků z odborné konference Cesta k modernímu ošetrovatelství XI*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 73-77. ISBN 978-80-87347-02-7.
78. NORMAN, M., 2015. The image of community nursing: implications for future student nurse recruitment. *British Journal Of Community Nursing*. 20(1), 8-12, doi:10.12968/bjcn.2015.20.1.12.
79. *Nursing Now Campaign*, ©2020. [online]. WHO [cit.2020-04-14]. Dostupné z: https://www.who.int/hrh/news/2018/nursing_now_campaign/en/.
80. O'LYNH, CH., E., TRANBARGER, R., E., 2007. *Men in nursing*. New York: Springer Publishing Company. 344 p. ISBN 978-80-826-1022-18.
81. ONDRIOVÁ, I. et al., 2013. *Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče* [online]. Prešov: Fakulta zdravotnických odborov Prešovskej univerzity [cit.2020-05-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pece-468686>.
82. PETRUSEK, M. et al., 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. 1627 s. ISBN 80-7184-311-3.
83. PIROGOV, N., I., 1961. Pirogov a ošetrovatelská péče. *Zdravotnická pracovnice*. 11, 665. ISSN 0049-8572.
84. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

85. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita. 120 s. ISBN 978-80-736-8506-5.
86. PLOCHÁ, Š., 2012. *Pohled laické veřejnosti na profesi všeobecná sestra*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZČU.
87. POHLOVÁ, A., 2008. Osobnosti u zrodu profesionálního ošetrovatelského vzdělávání. *Sestra*. 18(4), 17-18. ISSN 1210-0404.
88. *Projekt Nursing Now ČR*, ©2017. [online]. ČAS [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/projekt-nursing-now>.
89. PROŠKOVÁ, E., 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*. 6(10), 3-4. ISSN: 1801-464X.
90. PROŠKOVÁ, E., KONEČNÁ, J., 2015. Vývoj vzdělávání zdravotních sester 1 díl. *Florence*. 9(6), 42-46. ISSN 1801-464X.
91. ROŠKOVÁ, S., 2013. Vzdělávání v ošetrovatelství. *Sestra*. 23(4), 17-18. ISSN 1210-0404.
92. ROZSÍVALOVÁ, E., 1966. K počátkům výuky ošetrovatelství v Praze. *Praktický lékař*. 46(2), 75-76. ISSN 0032-6739.
93. ROZSYPALOVÁ, M. et al., 2006. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetrovatelství*. Praha: Grada. 86 s. ISBN 80-247-1503-1.
94. SALMELA, M. et al., 2010. Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*. 66(6), 1222-1231, doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x

95. SEHNALOVÁ, J., 2015. Akceptování kompetencí sester v praxi. *Zdravotnictví a medicína*. 2015(1), 28-29. ISSN 2336-2987.
96. SKULOVÁ, K., 2019. *Vzdělávání sester*. Brno. Diplomová práce. PED MUNI.
97. *Standard pro standardní lůžkovou stanici*, 2004. [online]. MZ ČR. [cit.2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=5189&typ=application/pdf&nazev=Standard%20-%20L%C5%AF%C5%BEkov%C3%A1%20stanice.pdf>.
98. STAŇKOVÁ, M., 2000. Obrázky z historie českého ošetrovatelství. *Sestra*. 10(3), 5-6. ISSN 1210-0404.
99. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 50 s. ISBN 80-7013-368-6.
100. STEELE, N., M., 2017. A Time to Celebrate: Florence Nightingale. *Urologic Nursing*. 37(2), 57-59. doi:10.7257/1053-816X.2017.37.2.57.
101. STRAUSS A., L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. 200 s. ISBN 80-85834-60-x.
102. ŠAMAJ, M., MIKŠOVÁ, Z., 2013. *Analýza stavu nelékařských zdravotnických povolání v ČR: (hodnocení a doporučení pracovní komise MZ ČR k transformaci NLZP v ČR)*. Olomouc: Univerzita Palackého. 102 s. ISBN 978-80-244-3860-3.
103. ŠANCOVÁ, P., 2008. *Prostředí nemocnice*. Praha. Bakalářská práce. 1.LF UK.

104. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H., 2004. *Sestra: o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 141 s. ISBN 80-7013-407-0.
105. ŠLOSARČÍK I., KASÁKOVÁ, Z., 2013. *Instituce Evropské unie a Lisabonská smlouva*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-3567-2.
106. ŠONKA, P., 2013. *Od obvodáka k plně kompetentnímu praktickému lékaři* [online]. Přeštice: Výbor SPL ČR [cit.2020-05-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-obvodaka-k-plne-kompetentnimu-praktickemu-lekari-473043>.
107. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
108. ŠTĚPÁNYOVÁ, G., 2019. *Administrativní pracovník uleví lékařům a sestřám od administrativy* [online]. MZ ČR. [cit.2020-05-09]. Dostupné z: https://mzcr.cz/unie/dokumenty/administrativni-pracovnik-ulevi-lekarum-a-sestram-od-administrativy_18185_1.html.
109. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T., 2007. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI. 57 s. ISBN 978-80-735-7268-6.
110. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
111. TALIÁN, F., 1999. *Standard středoškolského odborného vzdělávání*. Praha: Fortuna. 128 s. ISBN 80-7168-604-2.

112. *Tisková zpráva Strategické investice*, 2015. [online]. MZ ČR [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=23942&typ=application/msword&nazev=TZ_Strategick%C3%A9%20investice_20.8.2015.doc.
113. TOBIŠKOVÁ, P., 2017. *Úprava sester očima pacientů*. Pardubice. Bakalářská práce. FZS UPCE.
114. TÓTHOVÁ, V., 2007. Vysokoškolský studijní obor všeobecná sestra – možnost studia, změny kurikula, srovnání se zahraničím. In: *II. Mostecké dny sester: "Od Florence Nightingelové k současnosti, aneb, Ošetřovatelství s novou tváří."* Most: Nemocnice Most ve spolupráci s Českou asociací sester. 6-8 s. ISBN 80–239–6603–0.
115. TÓTHOVÁ, V., SVĚŘÁKOVÁ, M., 2010. Neorientujeme se pouze na výkon, ale především na člověka. *Zdravotnické noviny*. 59(24), 24-27. ISSN 1805-2355.
116. TRAVELBEE, J., 1971. „On the Griddle“. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2(8), 56-57. ISSN 0031-5990.
117. TSCHUDIN, V., 2003. *Approaches to ethics: nursing beyond boundaries*. New York: Butterworth-Heinemann. 138 s. ISBN 0-7506-5326-4.
118. TUČEK, M., 2019. *Prestiž povolání – červen 2019* [online]. Centrum pro výzkum veřejného mínění [cit.2020-04-14]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4986/f9/eu190724.pdf.
119. TUTKOVÁ, J., 2007. *Komunikace sestra – pacient* [online]. Ostrava: Městská nemocnice [cit.2020-05-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-sestra-pacient-285309>.
120. UTTENDORFSKÁ, M., 2008. *Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako jeden z ukazatelů kvality zdravotní péče*. Brno. Bakalářská práce. MED MUNI.

121. VAGNEROVÁ, Z., 2006. *Prostředí čekárny*. Praha. Bakalářská práce. 1.LF UK.
122. Věstník MZ ČR č. 9/2004, 2004. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 7, s. 2-8. ISSN 1211-0868.
123. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
124. VITOŠOVÁ, M., 2007. *Komunikace mezi sestrou a lékařem* [online]. Ostrava: Městská nemocnice Ostrava [cit.2020-05-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-mezi-sestrou-a-lekarem-305671>.
125. VORLÍČKOVÁ, H., 2005. Evropský zápisník. *Florence*. 1(10), 5-6. ISSN: 1801-464X.
126. VUČKOVÁ, J., 1995. *Ošetřovatelství I*. Praha: Fortuna. 109 s. ISBN 80-7168-210-1.
127. Vyhláška č. 252/ 2019, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2019. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 2450-2456. ISSN 1211-1244.
128. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN: 80-7178-740-X.
129. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
130. WAGNEROVÁ, R., 2007. *Jak šel čas: očima sestry Růženy Wagnerové*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 82 s. ISBN 978-80-7013-461-0.

131. WEBEROVÁ, D., 2013. *Psychologie nemocničního prostředí*. Praha. Bakalářská práce. BIVŠ.
132. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
133. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
134. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
135. Zákon č. 201/ 2017 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), 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244.
136. Zákon č. 284/2018 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 zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2018. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 4946-4949. ISSN 1211-1244.
137. 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), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 5206-5247. ISSN 1211-1244.
138. ZELINKA, P., 2014. *Historie ošetrovatelských škol* [online]. Pardubice: Pardubická krajská nemocnice [cit.2020-04-14]. Dostupné z:

<https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/historie-osetovatelskych-skol/>.

139. ZORMANOVÁ, L., 2014. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4590-9.
140. ŽIAKOVÁ, K., et al., 2005. *Ošetrovatelství: konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita. 234 s. ISBN 80-7368-068-8.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Historické literární prameny ošetřovatelské péče

Příloha č. 2 – Historické pomůcky

Příloha č. 3 – Šablona rozhovor

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha č. 5 – Otevřené kódování

Příloha č. 6 – Výstup diplomové práce

Příloha č. 7 – Zveřejnění výstupu diplomové práce na webu SVVS

Příloha č. 1 – Historické literární prameny ošetrovatelské péče



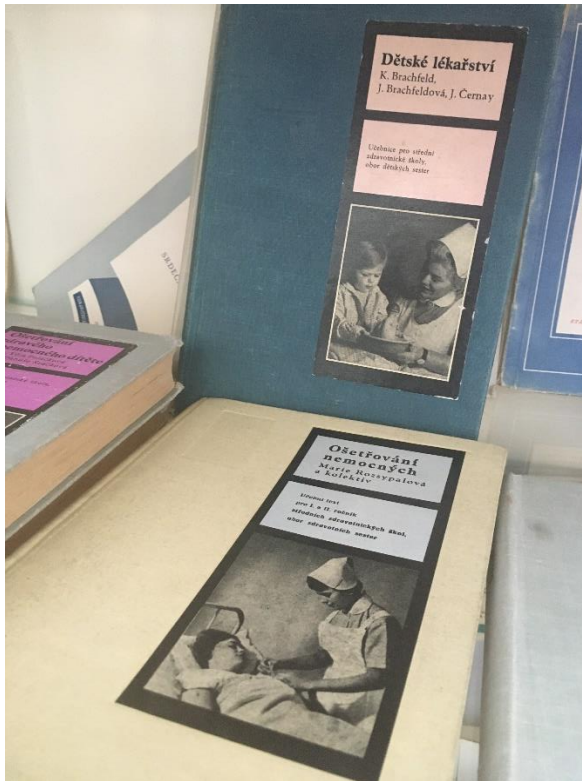
Obrázek 1 Časopis zdravotnická pracovníce

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020)



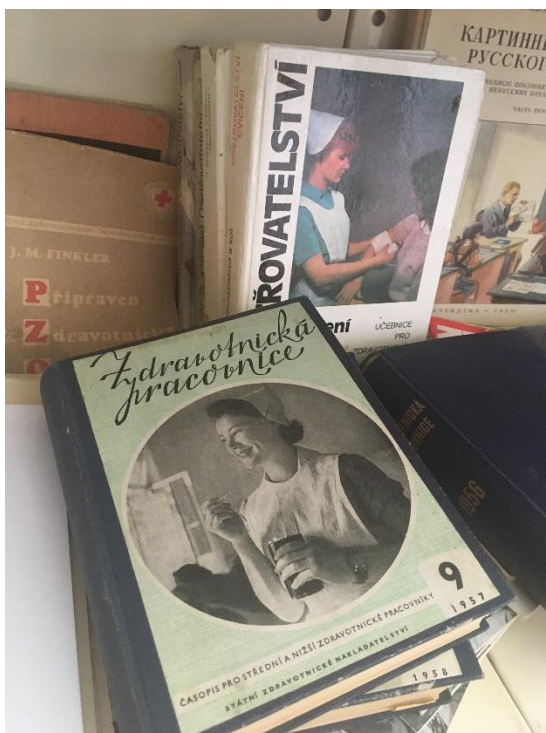
Obrázek 2 Učebnice ošetrovatelství – část první

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020).



Obrázek 3 Učebnice ošetrovatelství – část druhá

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020).



Obrázek 3 Učebnice ošetrovatelství – část třetí

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020).

Příloha č. 2 – Historické pomůcky



Obrázek 4 Pomůcky – část první

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020).



Obrázek 5 Pomůcky – část druhá

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020).



Obrázek 6 Pomůcky – část třetí

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020).



Obrázek 7 Pomůcky – část čtvrtá

Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2020).

Příloha č. 3 – Šablona rozhovor

Obecné:

- 1) Pohlaví informanta:
- 2) Věk informanta:
- 3) Charakterizovat, kde informant žije (bydlí) + občanskou vybavenost:

Zaměření na zdravotnická zařízení:

- 4) Vyjmenujte mi prosím zdravotnická zařízení ve vašem okolí.
- 5) Jak často tato zdravotnická zařízení navštěvujete?
- 6) Jak máte zdravotnická zařízení daleko, jak se tam dopravujete? Dopravoval jste se dříve jiným způsobem?

Zaměření na ošetrovatelskou péči:

- 7) Co Vás napadne, když se řekne ošetrovatelství současnosti?
- 8) Byl/a jste za svůj život hospitalizovaná/aný? Kdy to cca bylo? Pamatujete si něco z hospitalizace?
- 9) Jak se o vás staraly sestry? Popište mi celkově zkušenosti se zdravotníky.
- 10) Důvěřoval/a jste personálu?
- 11) Jaké máte zkušenosti s hospitalizací?
- 12) Jak jste se dříve cítil/a při ambulantní péči? A jak se cítíte v současnosti?

Zaměření na prostředí zdravotnických zařízení:

- 13) Jak byste zhodnotil/a prostředí zdravotnických zařízení?
- 14) Jak se Vám jevíly čekárny dříve a dnes?
- 15) Co se změnilo v ordinaci? Jaké změny pociťujete? A liší se chování zdravotníků?
- 16) Vzpomeňte si na první dojem, když jste vstoupil/a do nemocničního pokoje, zanechalo to ve Vás něco?
- 17) Kolik pacientů s Vámi bylo pokoji?
- 18) Jak se na pokoji cítil/a a proč?
- 19) V čem se to podle Vás na pokoji dřív a dnes liší?

Zaměření na pomůcky:

- 20) Všiml/a jste si jaké pomůcky používaly sestry?
- 21) Vidíte vývoj, co se změnilo ohledně pomůcek? Na mysli máme přístroje, materiály, jehly...
- 22) Jak se Vám líbí proměna sesterské uniformy? Co na ní říkáte? Co se dle Vás změnilo?

Zaměření na sestry:

- 23) Dokázal/a byste rozlišit odbornost sestry a ošetrovatelky?
- 24) Změnila se ve Vašem pohledu sestra jako taková? Porovnáte-li současnost a minulost? Popište.
- 25) Všimáte si, jestli sestry dělaly dříve něco jiného, než dnes?
- 26) Víte, co jsou to kompetence?

- 27) Všiml/a jste si změn ve vzdělávání sester? O jaké změny se jedná? Popište mi je.
Co si o těchto změnách myslíte?
- 28) Kdy jste přišel poprvé do styku se sestrou/lékařem?
- 29) Při jaké příležitosti to bylo?
- 30) Jak to na Vás působilo?
- 31) Popište, co se dle Vás na sestře mění, cokoliv od doby, kdy jste přišel/la poprvé do styku se sestrou.
- 32) O co u Vás pečovaly sestry během hospitalizace? Zkuste porovnat minulost a současnost.
- 33) A o co pečují či pečovaly sestry v ambulantním provozu? Zkuste porovnat minulost a současnost.
- 34) Zkuste si vzpomenout, v čem došlo dle Vás k největšímu pokroku v ošetrovatelské péči.
- 35) Důvěřoval jste sestram spíš dříve nebo dnes? A čím je to způsobené?

Zaměření na komunikaci:

- 36) Kolik času sestry strávily tím, že si s Vámi povídaly?
- 37) O čem si sestry s Vámi povídaly?
- 38) Všiml jste se komunikace mezi sestrou a rodinou?
- 39) Všiml jste se komunikace mezi sestrou a lékařem?

Zaměření na budoucnost, závěr:

- 40) Co by se Vám líbilo, kdyby sestry do budoucna změnily?
- 41) Co si myslíte, že ovlivňuje změny v ošetrovatelství?
- 42) Bylo by pro Vás přínosné, kdyby mohly sestry sdělovat informace například rodině? Tím myslím, v jakém stavu je pacient, co se třeba s ním děje?
- 43) Přijde vám tato profese jako prestižní?
- 44) Co by se mělo zlepšit, aby tato profese prestižní byla?
- 45) Jak by se dle vás měly zajistit na pracovištích sestry?

Zdroj: Vlastní výzkum (2020).

Příloha č. 4 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, /vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit, k jakým došlo proměnám v ošetrovatelství z pohledu pacienta, jak pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči 21. století nebo co dle pacientů způsobuje změny v ošetrovatelství. Výzkum bude realizován pomocí rozhovoru. Vaše odpovědi budou nahrané na diktafon a následně přepsané. Celkem rozhovor zabere max. 40 minut Vašeho času. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika. Za riziko považujeme například to, že by Vás někdo mohl na základě zveřejněného úryvku našeho rozhovoru rozpoznat. Mezi výhody řadíme možnost zamyslet se nad problematikou a změnou ošetrovatelské péče, která neodmyslitelně patří nejen k nemocniční péči.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studentky: _____

Příloha č. 5 – Otevřené kódování

Ty sestry, jak která no. U některých to šlo, byly milý, některý byly protivný, jak jsem říkala, třeba s tím čajem. Doktoři byli hodní, na vizitě se vždy zajímali, ale neměli na nás, co jsme byli na pokoji moc času. Když pak za mnou přišla rodina a ptali se mě, co mi řekl doktor na vizitě, tak jsem se toho od něj moc nedozvěděla, jen něco napsal vždy do desek a odešel. Tak se ho pak ptal dycky syn, jak na tom jsem. A to je pravda, že to mu řekl vždycky. Asi na to není čas vybavovat se s pacientama před ostatníma pacientama.

Důvěřovala jste personálu?

Ale jo, to jsem jim zas věřila.

A jak se tam o vás personál staral?

Ostatní personál se staral hezky, chodily tam takový mladý holky, nevím, jestli medičky nebo stážisti, ale byli moc milé a snažily se vše vysvětlit a bylo vidět, že je ta práce zajímavá a baví. Ještě byly nadšený, což se nedalo říct o některých sestřičkách nebo doktorech. Ti byli občas zaneprázdnění a pospíchali, aby vše měli hotový.

A jak se cítíte při ambulantní péči?

Na ambulanci mi vadí, že musím vždy dlouho čekat, nikdy nejdu objednaná na čas. Sedím v čekárně vždycky celý dopoledne, tak je to takový nepřjemný, to čekání. Vlastně ani nevím, proč tam objednávají pacienty na určitéj čas, když se to skoro nikdy nedodrží. Přitom jsem vevnitř chvíli a zase jdu domů, nejdlejší je to čekání, než samotný vyšetření.

Zaměření na prostředí zdravotnických zařízení:

Když byste měla zhodnotit, jak vypadá prostředí zdravotnického zařízení?

Jsou teď hodně předělávané. Hezčí.

Když ještě zůstaneme u ambulanci, jak se vám líbí čekárny dnes? A jaké byly ty v minulosti?

Tak čekárny se docela zlepšily, jsou takový útulnější, řekla bych. Je tam víc letáček, časopisů, člověk se může zabavit. A taky jsem si všimla, že jsou třeba někde ve vokenech záclonky nebo závěsy a je i vymalováno příjemnou uklidňující barvou.

A změny v ordinaci nějak pocítujete??

Ordinace jsou vybavenější modernějšími přístroji, jsou taky pěkně vymalované, celkově působí pěkně.

Vzpomeňte si na první dojem, když jste vstoupila do nemocničního pokoje, co vás tam zaujalo?

Kdysi bylo na pokojích víc lidí, než je teď a působili to stísněně. A je vidět, že se některý pokoje zrenovovaly a působí přívětivějším dojmem, třeba už jen tím, jak se pokoj vymaloval.

A kolik pacientů s vámi bylo na pokoji?

No kdysi nás tam bylo šest, když jsem byla s těma kyčlema a musím říct, že to nebylo moc příjemný, ale aspoň se zatahovala ta plenta u postele, aby na mě ten pacient, co ležel vedle, neviděl.

A teď mi řekněte, jak jste se na tom pokoji cítila?

První dny na pokoji mi trvalo, než jsem si zvykla, pak už to bylo lepší, člověk si asi zvykne na vše.

Obrázek 8 Otevřené kódování – část první

Zdroj: Vlastní výzkum (2020).

V čem se to podle vás na pokoji dřív a dnes liší?

Menší počty lidí na nich jsou a jsou lépe vymalované.

KÓD: PROMĚNA POKOJE

Zaměření na pomůcky:

Všimla jste si jaké pomůcky používaly sestry?

KÓD: POMŮCKY SESTER

Jééé, tak to už moc nevím, asi takový ty klasický, co sestry mají (smích).

A vidíte nějaký vývoj, co se týče pomůcek? Na myslí mám přístroje, materiály, jehly...

Je to modernější, rychleji to dostane výsledky ty přístroje.

KÓD: VÝVOJ POMŮCEK

A co říkáte na proměnu sesterské uniformy? Líbí se vám? Co myslíte, že se změnilo?

Sestry vypadají víc, jako kdyby byli normálně oblečení, myslím si, že to na tu psychiku taky má vliv. Ale třeba vím od svého muže, že jemu se ty oblečky předtím líbily (smích). Ty jejich šaty a zástěry, čepičky ve vlasech.

KÓD: PROMĚNA SESTERSKÉ UNIFORMY

Zaměření na sestry:

Dokázala byste rozlišit odbornost sestry a ošetrovatelky?

KÓD: ODBORNOST

Ošetrovatelka jen pečuje o ty pacienty, třeba doprovází na záchod, stele postele, sestra odebírá krev, měří tep a tak podobně. Liší se ta náročnost práce.

Změnila se ve vašem pohledu sestra jako taková? Porovnáte-li současnost a minulost? Jak?

To nevím. Neřeknu.

KÓD: PROMĚNA SESTRY

Všimáte si, jestli sestry dřív dělaly něco jiného, než dělají dnes?

Asi nedokážu posoudit, mám pocit, že snad dělají vše, co dělaly i kdysi, nebo ne?

Víte, co jsou to kompetence?

KÓD: PRÁCE SESTRY DŘÍV A DNES

To, co sestry umí a dělají.

KÓD: KOMPETENCE

Všimla jste si změn ve vzdělávání sester? O jaké změny se jednalo? Popište mi je. Co si o těchto změnách myslíte?

O vzdělávání sester moc nevím, ale sousedky vnučka to studuje na ty vysoký, to dřív nebylo, je to chytrá holka. Dřív asi tak chytrý nebyly nebo nevím.

KÓD: VZDĚLÁVÁNÍ SESTER

Kdy jste přišel/la poprvé do styku se sestrou/lékařem?

No poprvé to bylo asi, když jsem se narodila a to už je hodně dlouho (smích). Jinak pak v průběhu svého života několikrát.

KÓD: PRVNÍ STYK SE ZDRAVOTNÍKEM

Při jaké příležitosti to bylo?

Prevence, běžný ošetření, porody.

KÓD: PŘÍLEŽITOST STYKU SE ZDRAVOTNÍKEM

Jak to na Vás působilo?

Obrázek 9 Otevřené kódování – část druhá

Zdroj: Vlastní výzkum (2020).

Příloha č. 6 – Výstup diplomové práce

*Zdravotně sociální fakulta
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*

Výstup diplomové práce

Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století očima pacienta

Autorka: Bc. Barbora Černá

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, PhD.

Diplomová práce nesoucí název Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století očima pacienta se věnovala změnám ošetrovatelské péče současnosti z pohledu pacienta, a také faktorům, které tyto změny ovlivňují. Rovněž jsme se v práci zabývali tím, jak pacienti péči sester hodnotí.

Jelikož právě probíhá po celém světě kampaň Nursing Now, o které se v této diplomové práci zmiňujeme, jsme zvolili výstup, který na tuto osvětu reaguje. Jako jeden z cílů tohoto projektu je představit veřejnosti práci sester, a zvýšit tak této profesi prestiž. V souvislosti s tím putovala po České republice výstava nazvaná „Jsem sestra.“ Tyto fotografie plné emocí pořídil světoznámý fotograf Jindřich Štreita. Garantem této vernisáže se stal Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester v čele s prezidentkou Mgr. Janou Maňhalovou, Ph.D.

V našem kvalitativním výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů jsme došli k tomu, že proměna ošetrovatelské péče v současnosti je dána především vědecko-technickým vývojem. Když se nad tím zamyslíme, tak zjišťujeme, že vývoj, věda a technika se v ošetrovatelství odráží čím dál tím více, a díky tomu nám přináší spousty novinek. Ty se týkají nejen vzdělávání všeobecných sester, objevují se však také v pomůckách, které sestry používají, v uniformách, které na sobě nosí, ale také v pohledu veřejnosti na sestru. Lidé na toto překrásné povolání mnohdy nepohlíží tak, jak bychom si my sestry představovaly. Tato skutečnost vyplynula i z našeho výzkumného šetření. A to i přes to, že informanti ve většině případů povolání sestry označili za prestižní. Poukazovali také na nedostatek sester. Proto nás zajímal jejich názor a chtěli jsme vědět, jak současnou situaci řešit. Co udělat pro to, aby bylo více sester? Jak nalákat mladé lidi ke studiu? Jak získat profesi sestry zaslouženou prestiž? V odpovědích informantů se nejčastěji objevila odpověď: „*mělo by se o práci sestry více mluvit.*“ Proto jsme se rozhodli tímto výstupem práci sestry přiblížit, a to nejen veřejnosti, ale také možným uchazečům o studium tohoto oboru.

K realizaci nás inspirovala kniha *Sestry vzpomínají* od autorek Rozsypalové Marie, Svobodové Hany a Zvoníčkové Marie z roku 2006. V části této publikace se nachází výpovědi sester. Čtenář se může tak během čtení dostat do zdravotnického prostředí a ponořit se do smyslu této profese. O něco podobného bychom se rádi pokusili i my. Navrhujeme Spolku vysokoškolsky vzdělaných sester v rámci projektu Nursing Now vydat publikaci či brožuru výpovědí sester 21. století. Sestry by se ve své výpovědi měly

zamyslet nad tím, čím je ošetrovatelská péče současnosti jiná, čím je jejich povolání krásné, a taktéž čtenáři popsat všední den v sesterské uniformě.

Jako vzor níže zasíláme anonymní výpovědi tří sester, které se rozhodly dobrovolně přispět svými zkušenostmi a myšlenkami. Byla jim přidělena fiktivní jména.

Výpovědi sester (jsou přepsány autenticky bez jazykové úpravy)

Lucie

„Ve zdravotnictví pracuji přes 30 let. V nemocnici jsem začínala těsně po škole jako vykulená sestřička s čepečkem na hlavě, bílé zástěrce a spoustou ideálů. Ideály, čepeček a zástěrku odvál čas a mně zůstaly vzpomínky na prima kolektiv, kdy ještě holky držely při sobě, navzájem si pomáhaly a nikdo si nedokazoval, jak je lepší než ti druzí. Neměly jsme žádné pomůcky – pleny, jednorázové rukavice, podložky, polohovačky, elektrické postele, monitory, jednorázové stříkačky, kanyly, infuzní pumpy – prostě nic z toho, co se v dnešním provozu považuje za samozřejmost. Stříkačky a jehly se denně sterilizovaly na klinice, všechno jsme si připravovaly samy na nočních, motaly tamponky, skládaly obvazový materiál, připravovaly rukavice ke sterilizaci. Když se objevila buničina nebo zázračný perlan – to byl svátek. Ve službě na denní byly dvě sestry, jedna sanitárka a staniční na 30 pacientů. A na noční musela 30 lidí zvládnout 1 sestra, a to i v případě příjmových služeb a bez ohledu na stav pacientů.

Přesto bych tuto práci neměnila ani tehdy, a ani teď. Později jsem pracovala i na ambulanci a v domově pro seniory, ale po dlouhých letech jsem opět chtěla do nemocnice. To jsem již měla vystudované Bc. i Mgr., a tudíž jsem si docela věřila. Ale začátky byly i tak nelehké. Infuzní pumpy si dělaly, co chtěly, kanylky nechtěly spolupracovat, a ráno 20 odběrů po noční mi také dávalo zabrat.

Ošetrovatelství 21. století? Spousta techniky, jednorázových pomůcek, důraz na odbornost, nelogičnost ve vzdělávání sester a stanovení kompetencí, ale také posílení postavení sester v týmu a vysoké nároky na odbornost. Sestra již není pouze ošetrovatelka, ale musí být i psycholog, umět komunikovat s rodinami nemocných, s pacienty samotnými, a současně být specialistou ve svém oboru. A v neposlední řadě pokud nemáte určitou fyzickou, naběhaný nějaký ten kilometr, tak ve službě vše hravě doženete - vzpírání, běhání a posilování je na standardním oddělení docela dost. Pokud

toto sestra zvládne, pak se jí práce stane potěšením a troufám si tvrdit, že i celoživotním posláním.

A běžný den sestry? Budík mě vytáhl z postele po páté a téměř ještě ve snu vyrážím na denní. Při příchodu na oddělení pohledem ode dveří zjišťuji, co nového na oddělení. A hned se na mě vrhá noční směna, celá lačná předáváním služby a hlavně toho, aby mohla co nejdříve domů doplnit spánkový deficit. Předávka je důkladná, všichni pacienti hezky jeden po druhém. Na službě jsme 2 všeobecné sestry, 2 praktické sestry, 3 sanitárky a jedna staniční. Takže, zdá se, docela husto. Ale hned po předávce fofrem na úpravy, a já s praktickou vyrážím na ranní léky, měření glykemií a tlaků. Následuje rychlá konzultace s lékařem, a vrhám se na infuze. Mezitím volají z ambulancí, a kdo je volný, odváží pacienty na výkony, po výkonech zase vozí zpět na oddělení. Blíží se 8:30 a lékaři se již sápu na teplotky a chtějí s nimi pracovat také. Tím nastává čas na krátkou svačinku. Tedy pokud zrovna neběžím někam s někým na vyšetření nebo nehvízdá jedna pumpa za druhou nebo se nedělají nějaké výkony přímo na oddělení. Nicméně téma dne je opět zákeřný virus a řeší se rozmístění pacientů a organizace práce. Blíží se jedenáctá hodina, za dopoledne jsem rozhodila spoustu infuzí, pomohla nakrmit několik pacientů, obrátila nespočet pacientů, odvezla a přivezla, změřila, zapsala, protože co je psáno, je dáno... Konečně získávám teplotky opět zpět a můžu se s kolegyní vrhnout na polední léky, zkontrolovat, co nám lékaři poměnili, a nastává opět oběd, krmení, polohování, výkony, infuze, vizity. Na náš oběd dochází až o půl druhé. To už je jídlo hezky uleželé, vlažné, a tím odpadá i riziko popálení personálu. Ve dvě hodiny dorazila z banky krev na transfuzi, tak hezky všechno nachystat, zavolat lékaře. Takže polední pauza končí. Zase mi berou teplotky. Pak punkce ascitu, přepíchnutí několika kanyl, polohování, příjmy, odchody, změna ordinací... A také už je skoro 16 hodin, takže naředit antibiotika, rozdat, a také začít pracovat na dokumentaci. Ale to má z části na starosti praktická kolegyně, tak si bere papíry tentokrát ona. A v 17 hodin opět léky, večere, krmení, polohování, hygieny. Rychle dokončit administrativu, ať máme co večer předávat a není v tom chaos. A jejda, samozřejmě: je 18 hodin, ve dveřích příjem z Urgentu. Prostě klasika a kolotoč zase začíná.

Po 19. hodině je vše předáno a já se ploužím do šatny, pak najít auto (parkuji pokaždé jinde) a pak hurá domů. A zítra noční. No a tak je to pořád dokola s maličkými změnami,

jako je například školení, exitus, agresivní pacient, v dobách bez viru soustava návštěv...někdy je služba klidnější, ale někdy není ani čas jít na WC.

Nicméně toto povolání jsem si zvolila v podstatě již v mateřské školce a neměnila bych ani za nic. Vždy jsem se snažila o „své“ pacienty starat co nejlépe, a nejvíce mě potěší upřímné poděkování a jejich úsměv na tváři. “

Veronika

„Můj den v práci je super, úžasný, ale někdy příšerný, že odjíždím domů se slzami v očích. Někdy je to nápor po psychické i fyzické stránce. Pracuji v třísměnném provozu, tudíž dělám noční a denní. Střídáme se v 6 hodin. Musím vstávat v půl 5, abych byla včas v práci, a to nemluvím tom, že některé mé kolegyně vstávají ještě dřív, aby stihly dojet do práce. Vstávání je moje noční můra. Tak tedy před 6 hodinou si předáme s kolegyněmi službu, řekneme si, co je nového s našimi pacienty, co se dělo přes noc. Někdy si říkám, že by bylo dobré si udělat deníček, kde bychom si zapisovaly takové kuriozity s pacienty. Ráno jdeme celá tlupa na ranní hygienu. Pracuji na interním oddělení, kde většina lidí není schopných si dojet do koupelny nebo na záchod, a to máme na každém pokoji samostatnou koupelnu (což jsme jediný na celém baráku, kdo má koupelnu na pokoji, a někdy zbytečně).

Když bych se měla zamyslet nad ošetřovatelstvím v dnešní době, tak jde hodně dopředu, jsou různé nové možnosti, to je fajn, ale už nikdo nevidí, že to padá na naši hlavu, a někdy nám ta technika i novinky práci ztěžují. Je toho hodně nového, a ne všechny sestry jsou technicky zdatné. Taky jsou nároční pacienti, co hodně vyžadují. Ne vždy je čas na to jim poskytovat takovou míru péče, kterou vyžadují. Možná kdyby bylo více personálu, tak by se to dalo...Možná kdyby byl někdo jako já a pochopil až s časem, co vše tato práce obnáší a našel v ní to hezké.

V deváté třídě, když jsem si vybírala střední školu, jsem neměla ponětí, že něco takového existuje. Ani jsem netušila, že budu mít nakonec vysokou školu, která je teď po sestřích vyžadována. Netušila jsem ani, že budu muset mýt lidi na posteli, měnit jim pleny (plné pleny), převazovat ošklivé rány (někdy i s červy), čuchat smrady od bezdomovců, natož je umýt, přebrat jejich pokálený věci, čelit hnusným urážkám, když jsou lidi zmatení nebo se někomu něco nelíbí, co má jak dělat, nebo vidět umírání člověka nebo smrt.

Když mám zrovna ten hrozný den v práci, kdy toho je hodně, říkám si, proč jsem sem chodila, proč jsem si nevybrala něco jiného, říkám si "maminko kdybys viděla, co dělám". Ale není vždy tak hrozný den, ale většinou ano. Všichni říkají, že je to poslání dělat s nemocnými. Žádný poslání to není. Je to jako každá jiná práce, jen jinak náročná. Ano, jsou i jiný oddělení, kde to není takhle náročné, kde dostanete i možná větší výplatu za méně práce, ale tam, kde jsem, se mi líbí, kolektiv máme úžasný, a při této práci je to potřeba. Největší dar je, když vám pacienti říkají milá slova, jak jste úžasná, krásná, neustále se na vás usmívají, děkují za pomoc, vidíte, že vám jsou vděční, že jste jim pomohli od té bolesti, od toho utrpení. Je super vidět progres nemoci, když k vám přivezou ve velmi špatném stavu pacienta a on domů odejde po svých, řekne vám, že vám moc děkuje, že jste úžasní a že nikdy na vás nezapomene, že se vám to vrátí na dětech. Vždy mám slzy v očích, protože si k nim najdu takový menší vztah.

Mám na starosti dva pokoje, kde na každém pokoji jsou 4 lidi. Přes noc mám na starosti celé oddělení s jednou sanitářkou, kde je 22 lidí, a udělat vše, co musím, je někdy nadlidské, že si poté přijdu jako superman, když odcházím ze směny.

Uděláme hygienu, rozdáme léky, infuze, změříme tlaky (ještě, že máme digitální tlakoměry, jinak bych je měřila přes hodinu, to dřív nebylo, a jsem ráda, nikdy mi měřit tím klasickým moc tlakometrem nešlo), uděláme převazy a čekáme na lékaře, až udělají vizity. Někdy jim to trvá dlouho, protože to jsou většinou lékařky po škole a čekají na vedoucí lékařku, až jim to zkontroluje. Lékaři to mají těžký, nemají tam ani pořádně od koho by se učili. Všichni ti starší, zkušenější lékaři jsou pryč a až se ti mladí zaučí, tak jdou pryč na ambulanci. A takhle tento proces se opakuje. Někdy musíme kontrolovat, co jak napíšu, protože oni chudáci nevědí, i když tohle by asi normální člověk nechtěl a neměl vědět. To podle mě dřív nebylo, dřív byli myslím ti doktoři více na oddělení a neutíkali po zaškolení pryč. V čase oběda rozdáme obědy, to dělají sanitáři a my jim pomáháme krmit, pokud pacienti nejsou soběstačný. Mezitím jezdí různě na vyšetření. Někdy si říkáme, že až my budeme ve věku babičky, tak do nemocnice vůbec nevezeme, protože nás nenechají umřít. Umřít je velmi smutná věc pro okolí, ale ani nevíte, jaká to musí být úleva pro toho člověka. Takže my ve 21. století je vyšetřujeme všude možně, až se stává to, že když přišli s nemocným srdíčkem, tak odejdou s nemocnými střevy. To je způsobené tím, jak dnes jsou různé zobrazovací metody, které dřív nebyly tak spolehlivé, a snad vše se dá vyšetřit a zjistit. Je jasné, že starý člověk nebude úplně zdravý. Někdy ty vyšetření jsou dobrá věc, ale musíme umět zvážit, zda to má cenu.

V průběhu dne plníme ordinace lékařů – a že toho není málo. Dřív se sice lidi tak moc nevyšetřovali a umírali dřív, ale nyní mají brát tisíc prášků denně, jsou zdeptaný, že mají různé nemoci. Dřív se smrt brala úplně normálně, že nadešel čas, bez trpění a doma, ale nyní mi přijde, že je to něco strašného, konec v nemocnici. Možná by se měly více rozrůst mobilní hospice.

Za celou směnu se třeba ani nestihnu naobědvat, také se to pěkně odráží na mé postavě. Jíst pravidelně nelze, a to se snažím. O tom, že chodíme na tři denní za sebou, ani nemluví. Dvanáct hodin na nohou je vážně záhul. Nechápu, jak mé starší kolegyně vypráví, když začínaly v nemocnici, tak si tam stihly vyprat, upéct buchty, vylouskat ořechy. Bylo více personálu? Méně pacientů? Méně nemocí? Méně vyšetření? Nestojím za tím, abychom v práci seděli za kafičkem a vyprávěli si, ale ráda bych byla, abychom se alespoň mohli najíst v pravidelný čas. Stejně si neumím představit, že bych dělala něco jiného, a svoji práci miluju.“

Katka

„Jmenuji se Katka a jsem všeobecná sestra na interní klinice. Na tomhle oddělení dělám již 7 let a práce mě i přes to, jaká je náročná, baví a naplňuje. Když porovnáám ošetrovatelskou péči, kterou poskytujeme pacientům teď v roce 2020, myslím si, že šla hodně dopředu. Netvrdím, že dřív byla péče špatná, ale dnes je takových možností, po kterých můžeme na oddělení sáhnout. Což je super. Stačí se podívat na to, jakou máme dostupnost třeba pomůcek k polohování pacienta. Nebo kolik máme možností použít přípravků u hygieny. Jsou i zdvihače, které nám pomůžou nehybného pacienta přizvednout, a my tak pod ním můžeme vyměnit prádlo. Když sloužíme někdy třeba i ve dvou, tak tuto věc oceníme. Dřív jsme pacienty tahali na prostěradlech nebo podložkách, prostě je to pokrok a já jsem zvědavá, kam až se dostane. Pevně věřím, že se nějakých super novinek ještě dočkám.

Profese sestry je krásná, když jdu z náročné služby, často na ni nadávám, možná ji i proklínám, ale to je jenom chvilkové. Líbí se mi to, že můžu pomoc druhému. Líbí se mi, že třeba pacienta rozesměju, nebo mu pomůžu přetrpět hospitalizaci u nás.

Když bych vám měla popsat můj den, tak je to někdy síla. Vstávám v půl 5, abych na poslední chvíli překontrolovala svačiny v lednici. Pak vyrážím. V půl šestý jsem

už u hlavní brány nemocnice a vytahuju čip, kterým nás zaměstnavatel kontroluje, spíš teda příchody, odchody. Někdy mě pozdraví pár lidí, co jdou taky do práce, a někdy ne. Když přijdu na oddělení, hned co otevřu dveře, cítím odér, který je charakteristický našemu oddělení. Převezmu si službu a jdu na pacienty. Mám na starosti tři pokoje, někdy to je i 8 pacientů. Postarám se se sanitárkami o hygienu, všechny omyjeme, když je potřeba, přebalíme. To je u nás potřeba na interně často. Převlečeme postele, usteleme. Připravíme pacienty k tomu, že bude snídaně. Jako sestra u nás snídani nedávám, ale už připravuju ordinace, co mám od doktorů. Většinou to jsou infuze, inzulin, antibiotika. Vše si naložím na vozík, ve kterém jsou třeba i léky, a postupně pacienty obcházím. Ptám se jich na vše možné, poměřím si jejich tlaky, dostanou léky, nebo třeba právě tu infuzi a tak. Tohle mi zabere jak kdy, někdy ale i přes hodinu, protože ne vždy je funkční kanyla a ne vždy má pacient takový žíly, jaký jsme viděli v učebnici anatomie. Když přijdu pak na vyšetřovnu, většinou tam jsou už doktoři, a při rychlé vizitě obejdu pacienty s nimi znovu. U někoho třeba se ještě přidá něco, jako infuze nebo lék, tak se opět musím vracet na vyšetřovnu a zpátky. Naběhám se. Někdy naordinují i různé vyšetření, třeba RTG nebo SONO, tak to je zase papírování. Když během dopoledne toto vše pomine, tak se vrhám na dokumentaci. Vždy si k tomu udělám kafe a během přípravy kávy se zakousnu do snídaně. Pak dlouho píšu, někdy odběhnu, když je potřeba někde pomoci sanitárkám. My je máme moc šikovné. Hodně práce zvládnou. Pak je oběd, musím zase splnit ordinace, podat léky, infuze, antibiotika, dát něco od bolesti. Když zavírám poslední dveře od pokoje, těším se na oběd. Naše jídelna není zrovna špičková, ale je fajn na chvíli z oddělení odejít. Vždy si říkám, jak vypnu, ale ani u toho jídla nevypnu, myslím, co je všechno třeba, promítám si, jestli jsem třeba na něco nezapomněla. Vracím se na oddělení. Někdy je po obědě klid, někdy není, záleží, jaký je den, jaká je sorta pacientů. Občas zvoní zvonky kvůli naplněné pleně, zvracení, bolesti. Než odejde staniční, což je kolem půl 3, tak ještě uděláme převazy. Někdy jsou to převazy docela náročný a ne po obědě vhodný, ale to k té práci prostě patří. Hovor sester totiž vede vždy víte k čemu, k tomu hnědému v tý pleně. Jsme na to zvyklé a nerozhodí nás to. Když odejde staniční a nevolaj nám akutní příjem, začne rozvolnění atmosféry. S holkama se smějeme, vtipkujeme a očekáváme první návštěvy. Vždy se dohadujeme, jestli dostaneme něco dobrýho. Nás sestry potěší, když rodina nese krabici s dortem nebo s pár chlebičkama. Pomalu si zase připravuju ordinace, za chvíli taky přijde doktor a zase vše obejdeme, odpoledne je tam jen služba, tak když není problém, tak je to v celku rychlý. Blíží se podvečer, rozdám opět všechny

ordinace. Sanitárky připravují večere, posazujeme pacienty, upravujeme jejich „rozhrabaná“ lůžka... Už se těším domů. Myslím na děti, na to, co musím doma udělat, na to, že musím uvařit, aby rodina měla večeři. Když se blíží půl 6 večer, přichází noční služba, smějeme se, říkáme si zážitky, předáváme si u čaje nebo kávy pacienty. Jakmile padne 18:00, padám. Doslova někdy na pusu... Ale prostě padám domů, zapnu si v autě rádio a je mi dobře. Pomohla jsem lidem, dostala jsem za to od nich pohlazení nebo třeba úsměv... Nedovedu si představit, že bych dělala něco jiného. Zítra jdu ráno zase do služby.“

Příloha č. 7 – Zveřejnění výstupu diplomové práce na webu SVVS

The screenshot shows the website of the Society of Higher Education Nurses (SVVS). The header includes the SVVS logo, a search bar, and a navigation menu with items like 'KDO JSME', 'CO DĚLÁME', 'ČLENSTVÍ', 'SYMPATIZANTI', 'AKTUALITY', 'KONTAKTY', 'ARCHIV', and 'PŘIHLÁŠENÍ'. The 'AKTUALITY' menu item is highlighted. Below the navigation, there is a breadcrumb trail: 'Aktuality / Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století'. The main content area features a red header bar with the title 'PROMĚNA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE 21. STOLETÍ'. The author is listed as 'Autorka: Bc. Barbora Černá'. The text of the article discusses the current state of nursing, the 'Nursing Now' campaign, and the importance of the profession. It mentions a photo exhibition 'I am a sister' and the role of the SVVS president, Mgr. Janou Maňhalovou, Ph.D. The article also references a qualitative research study and a book 'Sestry vzpomínají' by Rozsypalová Marie, Svobodové Hany, and Zvoníčkové Marie from 2006.

Obrázek 10 Výstřižek z webu SVVS

Zdroj: ČERNÁ, B., 2020. *Proměna ošetrovatelské péče ve 21. století* [online]. České Budějovice: Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester [cit.2020-06-1]. Dostupné z: <https://www.svvs.cz/udalosti/205-promena-oseetrovatelske-pece-ve-21-stoleti>.

Zkratky

Aj. – A jiné

Apod. – A podobně

CM – centimetr

CRP – C-reaktivní protein

CSc. – Kandidát věd

Č. – Číslo

ČAS – Česká asociace sester

ČR – Česká republika

ČSR – Československá republika

EHS – Evropské hospodářské společenství

EKG – Elektrokardiogram

EU – Evropská unie

FF UK – Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

Např. – Například

Ph.D. – Doktor filozofie

PhDr. – Doktor filozofie

Prof. – Profesor

RTG – Rentgen

Sb. – Sběrka zákonů

SONO – Ultrazvukové vyšetření

Tzn. – To znamená

Tzv. – Tak zvaný

SZŠ – Střední zdravotnická škola

WHO – World Health Organization

ICN – International Council of Nurses

SVVJ – Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester