

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Sociální role: Sestra

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Dita Nováková, DiS., R.N.

Autor práce:

Iva Smyčková

2006

Abstract

The nursing profession is one of the professions where the attribute “social”, i.e. related to interpersonal relations, is inseparable as in this profession the nurse meets a number of people, affects a number of people and influences a number of people by her behaviour. By fully exercising her profession she can use her influence in favour of many matters, especially for the benefit of her clients.

Along with the development in the nursing and health care, the profession of a nurse has recently undergone many changes which also are viewed as a cause of conversion in the assessment and view of nurses in the society, they should enhance the importance and strengthen the position of nurse in the nursing care.

The aim of the work was to determine how the status and role of nurses are assessed by the society as a whole, how the position and role of nurses are assessed by patients and how the nurses themselves assess their role and position. On the basis of our experience the following hypotheses were defined:

Hypothesis 1: The general public views nurses positively.

Hypothesis 2: The general public underestimates nurses.

Hypothesis 3: Patients view nurses positively.

Hypothesis 4: Patients regard the work of nurses.

Hypothesis 5: Nurses underestimate their role in their care of patients.

To verify the hypotheses the method of qualitative research was chosen. The collection of data was realised by means of two anonymous questionnaires; the first of them was aimed at nurses and the second one at both in-patients and out-patients. The research team was composed of three groups. Nurses from hospitals in České Budějovice and Tábor were assembled in the first group, finally amounting to 76 nurses. The second group was formed of just hospitalised respondents, and the final number of persons taking part in the research was 42 persons. The third group was formed of outpatients, the final number of whom amounted to 40 participants.

In the research the first, third and fourth hypothesis were confirmed, the second and fifth hypotheses remained unconfirmed. It follows from the results that the assumed differences in the assessment of work of nurses made by inpatients and outpatients were

negligible; we can state that both groups highly regard the work of nurses. We have also found out that most nurses are aware of the importance of their role and they do not underestimate their mission. In the work we have examined several areas closely connected with the profession of a nurse. As a result, we obtained an interesting comparison of the lay view of nurses and the nurses' view of themselves. While the importance of a nurse's role is perceived by the two groups in an approximately same way, the nurses themselves view their status and image lower than it is perceived by the general public.

It appears from the results that the general public's perception of nurses is positive, laics see the nurses' profession as a difficult one and they respect those who exercise it. Nurses too realise the importance of their role. However they underestimate their social status, and in most cases they are aware of the changes their profession is going through.

The work can serve as an impulse to contemplate, especially for nurses themselves, who can this way assure of the general public's positive approach toward them, realise their qualities and defects and evaluate their areas of improvement.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

14. 5. 2007

.....

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové za laskavý přístup, věnovaný čas a cenné připomínky při zpracovávání bakalářské práce.

Motto:

Přesto

Lidé jsou nerozumní, nelogiční a sebestřední.

Přesto je miluj.

Jestliže děláš něco dobrého, lidé tě budou napadat,

že máš sobecké a postranní motivy.

Přesto dělej dobré věci.

Když máš úspěch, získáš falešné přátele a opravdové nepřátele.

Přesto se snaž uspět.

To dobré, co konáš, bude už zítra zapomenuto.

Přesto konej dobro.

Poctivost a upřímnost tě činí zranitelným.

Přesto usiluj o poctivost a upřímnost.

Co tě stálo léta práce, může být přes noc ztraceno.

Přesto pokračuj v usilovné práci.

Lidé často potřebují pomoc, ale když jim pomůžeš, obrátí se proti tobě.

Přesto lidem pomáhej.

Dávej světu to nejlepší, co máš, a dostaneš ránu do zubů.

Přesto dávej světu to nejlepší, co máš.

(Tato báseň visí v Dětském domově v Indii ve městě Shishu Bhavan u Kalkaty. Její autorkou je Matka Tereza.)

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1. Změny v profesi sestry v rámci změn ve zdravotnictví a v ošetrovatelství.....	5
1.1.1. Změny v pojetí sester.....	5
1.1.2. Změny ve vzdělávání sester.....	5
1.2. Funkce a role sestry	7
1.2.1. Definice funkce a role	7
1.2.2. Ošetrovatelka	8
1.2.3. Komunikátorka	8
1.2.4. Edukátorka	8
1.2.5. Poradkyně	9
1.2.6. Advokátka	9
1.2.7. Nositelka změn	9
1.2.8. Manažerka	9
1.2.9. Výzkumnice	10
1.3. Pozice a image sestry	10
1.4. Sestra jako jedna z pomáhajících profesí	11
1.5. Požadavky na osobnost a profesionalitu sestry	11
1.5.1. Obecné předpoklady	11
1.5.2. Celoživotní vzdělávání	12
1.5.3. Holistický pohled na pacienta	13
1.5.4. Adaptace	13
1.5.5. Hodnotový systém	13
1.5.6. Etické normy	14
1.5.7. Profesionální deformace	14
1.5.8. Syndrom vyhoření	14
1.5.9. MBI (Maslach Burnout Inventory)	15
1.5.10. Duševní zdraví sestry	16

1.5.11. Evalvace a devalvace	16
1.6. Vztah sestra – pacient	17
1.6.1. Komunikace s pacientem	17
1.6.2. Empatie	18
1.6.3. Pravdivost	18
1.6.4. Role sestry na konci pacientova života	19
1.6.5. Postavení moci ve vztahu sestry a pacienta	19
1.7. Vztah sestra – lékař	20
1.8. Vztah sestra – sestra	21
1.8.1. Mobbing	21
1.8.2. Bossing	22
1.9. Důvody k výkonu profese sestry	22
1.9.1. Touha pomáhat lidem	22
1.9.2. „Spasitelský komplex“	22
1.9.3. Setkání se s nemocí ve svém okolí	23
2. Cíle práce a hypotézy	24
2.1. Cíle práce	24
2.2. Hypotézy	24
3. Metodika	25
3.1. Metoda výzkumu	25
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	25
4. Výsledky	26
5. Diskuze	64
6. Závěr	73
7. Seznam použité literatury	75
8. Klíčová slova	78
9. Přílohy	79

Úvod

Sestra patří mezi profese, ke kterým přívlastek sociální, tedy týkající se společenských vztahů, neodmyslitelně patří. V rámci své práce se setkává s řadou lidí, na řadu lidí působí a řadu lidí svým chováním ovlivňuje. Plnohodnotným výkonem svého povolání může tento svůj vliv využívat ku prospěchu mnoha věcí, a především ku prospěchu svých klientů.

Profese sestry prochází v poslední době řadou změn, spolu s celým oborem ošetrovatelství, a to díky vývoji ve vědě a medicíně, společenským změnám, hlubšímu propracovávání teorie ošetrovatelství, intenzivnímu výzkumu v mnoha oblastech i úpravě legislativy.

Spolu se změnami v profesi by mělo docházet ke změně nazírání společnosti na pozici a úlohu sester, zvyšování společenské prestiže a hodnocení, a též ke změně pohledu sester na sebe samé, a z této změny plynoucí posílení sebevědomí a sebedůvěry, uvědomění si významu vzdělávání a výzkumu, zkvalitňování systému ošetrovatelské péče. Při celém obrodném procesu v oboru ošetrovatelství je důležitá především ochota změny přijímat, otevřenost novým poznatkům spolu s chutí změny uskutečňovat.

S flexibilním přijímáním nových věcí souvisí uvědomování si věcí stávajících. Sestra by si měla být vědoma své hodnoty a svých funkcí, které plní a měla by plnit, jen tak může tyto funkce naplno vykonávat, a tím budovat svou pozici a image.

Sestra patří do profesí pomáhajících, a proto jsou kladeny vyšší nároky na její osobnost i profesionalitu. Tyto požadavky se uplatňují jak v jejím vztahu k pacientům, tak stejně i k lékařům a ostatním členům multidisciplinárního zdravotnického týmu.

Jako se vyvíjí profese sestry, prochází vývojem i každá jednotlivá sestra, měl by jí proto být dán prostor pro rozvoj a růst jejích schopností formou vhodného způsobu vzdělávání, pozitivní motivace a umožnění autentické seberealizace.

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila na základě zkušeností s nižším sebehodnocením sester, jejich neuvědomováním si vlastní potřeby a důležitosti v procesu péče o pacienta, nízkou připraveností pro změny a ochotou je přijímat,

negativního přístupu k vyššímu vzdělávání a podceňování sester ze strany lékařů. Myslím si, že sestry potřebují zjišťovat, jak jsou hodnoceny, a tím připravovat půdu pro vyšší hodnocení ze strany klientů, kolegů i sebe samých.

1. Současný stav

1.1. Změny v profesi sestry v rámci změn ve zdravotnictví a v ošetrovatelství

1.1.1. Změny v pojetí sester

V souvislosti se změnami ve zdravotnictví i v ošetrovatelské profesi na úrovni státní i mezinárodní dochází přirozeně i k proměně chápání a realizace postavení sestry. Utváření ošetrovatelství jako vědní disciplíny ovlivňuje i roli sestry. Sestra se má více podílet na rozhodování a plánování zdravotní péče na všech jejích úrovních, více se orientovat na podporu zdraví a péči v komunitním ošetrovatelství.

Není mnoho profesí, které by v posledním období prošly tolika změnami jako povolání sestry. Dosažení požadovaného standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester nové vědomosti a širší spektrum poznatků v mnoha oblastech.

Mělo by docházet a již dochází k formování autonomních, kreativních, sebevědomých a vzdělaných profesionálek, které budou nejen přijímatelkami, ale také vyvolavatelkami pozitivních a progresivních změn.

Změna pojetí sestry se projevuje i v kladení důrazu na její samostatnost. Dřívější výchova sester měla za cíl učinit z nich pokorné a poslušné členky týmu, plnící především příkazy lékařů a samy mající jen velmi omezenou možnost rozhodování. Dříve ego sestry ustupovalo do pozadí, zatímco nyní se posiluje. Sestry jsou vedeny tak, aby obstály ve značně spleťtém terénu mezilidských vztahů a dokázaly si poradit s moderní technikou (5, 25).

1.1.2. Změny ve vzdělávání sester

Se změnou pozice sestry v současném ošetrovatelství souvisí i změny ve vzdělávání a přípravě na výkon profese. Postupně se mění přístup, koncepce i věk vzdělávaných. Vzhledem k odlišnosti kvality vzdělávání sester v jednotlivých zemích evropského regionu se stává naléhavou potřeba sjednotit a zlepšit systém vzdělávání, aby sestry mohly v zemích EU zastávat plně kvalifikované profesní postavení (2,28).

Oblast pregraduálního a postgraduálního vzdělávání sester upravuje zákon č. 96/2004 Sb. (viz příloha č. 4) tak, aby byla v souladu s direktivami a doporučeními Evropské unie.

Dle vzoru evropské unie se opustil dřívější středoškolský způsob vzdělávání sester. Způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se v současnosti získává absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo nejméně tříletého studia oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Pod pojmem vysokoškolské vzdělávání sester v ČR rozumíme bakalářské studium k získání způsobilosti, bakalářské rozšiřující studium pro již kvalifikované sestry, navazující studium magisterské a doktorandské. K postkvalifikačnímu studiu patří také specializační studium a certifikované kurzy, kdy se sestry mohou specializovat v akreditovaném specializačním studijním programu a absolvovat certifikovanou přípravu v akreditovaném certifikovaném kurzu (2, 4).

Při tomto způsobu platí, čím vyšší je stupeň univerzitního vzdělání, tím výraznější je specializovaná orientace. V magisterském studiu převládá diferencovaná orientace na specializovanou oblast činnosti – řízení, učitelství, intenzivní péče, gerontologie, komunitní péče atd.; doktorandské studium se zužuje především na přípravu k vědecké činnosti sester (12).

Ke vzdělávání sester patří též jejich kontinuální vzdělávání, které vyplývá z povinnosti zdravotnických pracovníků prohlubovat si stále své vědomosti a dovednosti (4).

Význam vzdělání roste v mnoha profesích. Společnost vytyčuje kvalifikační požadavky na zastávání určitých profesních funkcí, což je typické i pro zdravotnictví. Vzdělání člověka obohacuje, umožňuje mu dovést získané znalosti a dovednosti na vyšší úroveň.

Hlavním důvodem pro změny ve vzdělávání sester je však již výše zmíněná proměna medicíny, celého zdravotnictví a tím i ošetrovatelské profese. Mění se odborné aktivity sester, jejich kompetence i odpovědnost. Sestra se stává stále více samostatným odborníkem, specialistou na uspokojování potřeb nemocného (12).

Pro systém vzdělávání upravený díky vysokoškolskému vzdělávání pro vyšší věkovou hranici, než tomu bylo doposud, mluví fakt, že sestra by měla, aby mohla kvalitně vykonávat svou práci, být sociálně zralá, což se projeví nejen ve vztahu k pacientům, ale také ve vztahu k ostatním členům ošetrovatelského týmu a vztahu k vlastní práci. Předpokladem sociální zralosti je již prvotní rozhodnutí pro výkon zdravotnického povolání, kdy plnoletý a dospělý člověk má již více vědomých zkušeností a toto rozhodnutí může učinit zodpovědněji (6).

Problematika vzdělávání sester je jednou z klíčových oblastí jejich dalšího profesního růstu. Charakter práce v rámci ošetrovatelství nutně vyžaduje jejich celoživotní vzdělávání. Sestry se musí nejen seznamovat s nejnovějšími poznatky týkajícími se oboru jejich působení, ale také být schopné je uplatnit ve své práci.

Věk sester je významným faktorem při rozhodování, jakou formu celoživotního vzdělávání si zvolí. Mladší sestry dávají přednost vysokoškolskému studiu, zatímco starší sestry se rozhodují pro školicí akce, odborné stáže, kongresy a konference (2).

1.2. Funkce a role sestry

Každá sestra vědomě či nevědomě zastává v rámci své profese řadu funkcí. Kvalita jejich plnění závisí na tom, zda si sestra připouští jejich existenci a význam.

Jednotlivé profesní role se spolu navzájem prolínají a doplňují a jejich plnění klade požadavky nejen na profesní způsobilost sester, ale také na jejich osobnostní předpoklady.

Sestra ve své pozici může a měla by vystupovat jako ošetrovatelka, komunikátorka, edukátorka, poradkyně, advokátka, nositelka změn, manažerka a výzkumnice (5, 16).

1.2.1. Definice funkce a role

Funkce je „způsob chování systému zaměřeného k nějakému úkolu či účelu“ (8, str. 173).

Role je „chování, které je pro jedince v určitém postavení vhodné a žádoucí; předpokládaný způsob chování jedince v určité sociální situaci, pro které je dána konkrétní společenská norma“ (8, str. 512).

1.2.2. Ošetřovatelka

Je to základní a hlavní role každé sestry, z níž všechny další vychází a o její existenci musí být přesvědčeny všechny sestry.

Neobsahuje ovšem jen základní ošetřovatelské činnosti, při nichž uplatňuje elementární poznatky a dovednosti, jako je např. podávání léků, odběr biologického materiálu, plnění lékařských ordinací, nýbrž také „mateřský“ přístup k pacientovi a péči, která s ním souvisí (16).

1.2.3. Komunikátorka

I v ošetřovatelství, stejně jako ve všech pomáhajících profesích, je v první řadě zapotřebí účinné mezilidské komunikace, a to na všech vztahových úrovních – mezi sestrami a pacienty, sestrami a dalšími osobami podílejícími se na léčbě i mezi sestrami navzájem. Komunikace se uplatňuje při všech fázích ošetřovatelského procesu a její správné a účelné používání napomáhá sestře při všech jejích činnostech.

Do oblasti komunikace patří rovněž zdravotnická dokumentace, která obzvlášť vyžaduje stručnost a srozumitelnost (16).

1.2.4. Edukátorka

Role edukátorky je interaktivním procesem mezi sestrou a pacientem, a zahrnuje obdobné fáze jako proces ošetřovatelský – posuzování, plánování, realizaci a vyhodnocení. Tato funkce klade na sestru požadavky především při podpoře a uchovávání pacientova zdraví, kdy má sestra možnost formovat chování a konání pacienta vztahující se k této oblasti (5, 16).

1.2.5. Poradkyně

Sestra pomáhá pacientovi poznat psychické či sociální problémy a vyrovnat se s nimi, poskytuje citovou a psychologickou podporu, rozvíjí lepší mezilidské vztahy, pozitivně ovlivňuje každodenní těžkosti (16).

1.2.6. Advokátka

V roli advokátky sestra obhajuje pacientova práva, což zahrnuje zájem o celkovou situaci pacienta, rozpoznání jeho skutečných potřeb, zjištění účinku změny pacientovy situace na jiné, seznámení pacienta s jeho právy v jednotlivých situacích a poskytnutí všech potřebných informací a v neposlední řadě podpora pacienta v jeho rozhodnutích. Toto obsahuje i respektování pacientova názoru, též za okolnosti, kdy sestra považuje jeho rozhodnutí za nesprávné (16).

1.2.7. Nositelka změn

V této funkci sestra uplatňuje svou schopnost podnítit či pomoci jiným provést změny v sobě samých nebo v systému. Každá sestra se stává nositelkou změn při realizaci ošetrovatelského procesu, kdy napomáhá pacientovi rozhodnout se pro změnu, uskutečnit ji a uplatnit při zlepšování svého zdraví. Bez probíhajících změn by se ošetrovatelství stalo stagnující profesí (5,16).

1.2.8. Manažerka

Sestra v rámci ošetrovatelské péče řídí jednotlivce, rodiny i komunity. Jako manažerka také pověřuje ošetrovatelskými činnostmi jiné sestry a pomocné síly, dohlíží na ně a vyhodnocuje výsledky.

Sestra zde plní funkci dle svého postavení a typu organizace. Důležitou roli hraje její autorita a zodpovědnost. V rámci svých kompetencí uplatňuje delegování pravomoci, tedy pověřuje jiné osoby zodpovědností za plnění úloh (16).

1.2.9. Výzkumnice

Každá sestra se může účastnit výzkumu v ošetrovatelském oboru v rámci svých možností a stávajících příležitostí. Základním krokem v této oblasti je uvědomovat si hodnotu a význam výzkumu v ošetrovatelství (16).

1.3. Pozice a image sestry

S pojmem profesní role sestry souvisí i pozice, kterou tato profese zaujímá, tedy místo ve společnosti a v sociálním systému, v němž působí. Profesi a profesní role ovlivňuje jejich image, komplex názorů, pocitů a postojů společnosti k nim (5).

Pozice formální je „místo jedince ve formální struktuře daného sociálního systému“. Pozice sociální je „místo jedince v sociálním systému“ (8, str. 445).

Image je „souhrn dynamických postojů, představ, očekávání, záměrných dojmů a mínění o určité osobě; představa hodnoty, kterou jedinec přisuzuje sobě či druhým, přičemž platí, že čím vyšší image, tím vyšší sebeúcta, vyšší sebedůvěra a pravděpodobnost vyšší úspěšnosti“ (8, str. 224).

Není bez zajímavosti, že pozice sestry v porovnání s jinými povoláními bývá hodnocena celkem vysoko, zatímco celková image připisovaná společností není příliš pozitivní. Transformace českého zdravotnictví ovšem vyžaduje také změnu image ošetrovatelství jako profese a sestry jako rovnocenné partnerky v ošetrovatelském týmu (5, 21).

S image sestry úzce souvisí její sebevědomí a to, jak se vnímá ona sama. Změna a zvýšení image sester usnadní zajištění jejich rovnocenného, partnerského místa v multidisciplinárním týmu a účast na rozhodujících funkcích ovlivňujících profesi i zdravotnictví jako takové (21).

Společnost se často na poslání sester dívá zúženým pohledem, vnímá je nejednou jen jako užitečné pomocníky lékařů. Laici a často i zdravotníci si neuvědomují, že se medicína stále mění a s ní i její funkce, což vyžaduje přestavbu úkolů jednotlivých členů zdravotnického týmu (12).

V zemích západní Evropy je společenské postavení sestry vyšší než u nás. Je to dáno již zaběhnutým systémem moderního vzdělávání určeného k výchově

samostatných a aktivních sester, s přesně vymezenými kompetencemi a orientací na ošetrovatelské problémy. Sestra je vnímána jako partner lékaře, ne jeho podřízený, jak tomu bývá ještě ve velké míře u nás (6).

1.4. Sestra jako jedna z pomáhajících profesí

Profese sestry patří spolu s lékaři, pedagogy, psychology, sociálními pracovníky a dalšími do tzv. pomáhajících profesí, tedy povoláních, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Na rozdíl od jiných hraje v těchto profesích kromě potřebné odbornosti velmi podstatnou roli i další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. I jiné profese se odehrávají v neustálém kontaktu s lidmi (úředník, manažer...), ale od pracovníků se neočekává osobní vztah, stačí, když jednají v souladu s konvencí. Pomáhající pracovník přichází často do styku s lidmi v obtížném postavení, kteří zpravidla potřebují více než pouhou slušnost, ale i přijetí, spoluúčast, vyslechnutí, porozumění apod.

Specifita vztahu pomáhajícího pracovníka a jeho klienta vnáší do jejich kontaktu potřebu atmosféry důvěry, bezpečí a přijetí. Bez ní se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí. S tímto výkonem se spokojuje pracovník tzv. neangažovaný, který si pomáhající složku své profese plně neuvědomuje, či kterému je tato složka lhostejná.

Naopak tzv. angažovaný pracovník je se svou profesí natolik ztotožněn, že si tuto její dimenzi nejen uvědomuje, ale pomáhání často naplňuje smysl jeho života a vyjadřuje jeho poslání (15).

1.5. Požadavky na osobnost a profesionalitu sestry

1.5.1. Obecné předpoklady

Sestra se v rámci své profese setkává každodenně s řadou lidí a mnohé z nich svým jednáním nějakým způsobem ovlivňuje. Jsou na ni proto z určitého hlediska kladeny vyšší požadavky, co se týče kvality její osobnosti, povahových rysů a sociálních předpokladů (15).

Předpokladem úspěšné práce sestry je pacientova důvěra vůči ní. Důvěru si získá skrze vlastnosti, které u ní pacient postřehne, a díky nimž si ji zařadí jako „dobrého člověka“. Tyto vlastnosti představují především čestnost, poctivost, schopnost sebekritiky, svědomitost, ochota, ohleduplnost, pozornost, slušnost, vlídnost, citlivost, upřímnost a pravdomluvnost. Jednání sestry na ni prozradí, kdo je a o co jí při její práci jde. Pacient velmi ocení především laskavé jednání, které se projevuje úctou a přijetím.

Povolání sestry vyžaduje také zdravé sebevědomí charakterizované sebedůvěrou, sebeúctou, přiměřenou skromností. Povýšenost i poníženost ztěžují její výkon. Jestliže si je sestra jistá, že je tím člověkem, kterým by měla být, přistupuje s větším klidem k druhým lidem – pacientům i kolegům. Jisté nároky jsou kladeny také na autoregulační vlastnosti týkající se temperamentu a citové oblasti, jako je sebeovládání, trpělivost, přiměřená citovost. Vítána je veselost a smysl pro humor.

Nemalou roli při působení na okolí sehrává také vnější vzhled sestry. Upravenost, čistota a tělesná svěžest působí pozitivně, zanedbaný zevnějšek vzbuzuje nedůvěru.

Mezi profesionální vlastnosti sestry patří samozřejmě i odborná připravenost, s níž úzce souvisí služební povinnost, jako je povinná mlčenlivost. Důležité jsou též tzv. pracovní vlastnosti, především smysl pro povinnost, svědomitost, tvořivost, přesnost a dochvilnost, organizační schopnosti. Sestra si musí plně uvědomovat důsledky všeho svého jednání pro zdraví a život nemocného (7, 17).

1.5.2. Celoživotní vzdělávání

Pro udržení a další rozvoj profesionality sestry je nezbytné celoživotní vzdělávání, které představuje v první řadě trvalý aktivní zájem o novinky ve své profesi a jejich aktivní vyhledávání, jakož i snaha je uplatňovat ve své praxi. S tím souvisí i znalosti a dovednosti v oblasti výzkumu, jenž je důležitou složkou moderní vzdělanosti (23).

Na sestru je také více či méně kladen nárok všeobecného rozhledu. Pacienty bývají lidé různých profesí a zájmů a sestra by při kontaktu s nimi měla vykazovat určitou úroveň slovní zásoby a znalostí politického, sociálního a kulturního dění (24).

1.5.3. Holistický pohled na pacienta

Současné ošetrovatelství pohlíží, a takový pohled zdůrazňuje a požaduje také od sester, na člověka jako na bytost bio-psycho-sociálně-duchovní. Chápe tak člověka jako celek, ne jako soubor částí, a žádnou z jednotlivých složek neupřednostňuje. Tento celostní, holistický přístup se uplatňuje při veškeré ošetrovatelské péči a vychází z něj i systém ošetrovatelských modelů a diagnóz (5,11).

1.5.4. Adaptace

Podmínkou úspěšnosti a spokojenosti v povolání je dobrá profesionální adaptace, což v povolání sestry představuje především překonání počátečního hlubokého prožívání mnohých zatěžujících událostí, s nimiž se ve své práci setkává. Je třeba je prožívat přiměřeně a bez traumatizujícího vlivu. Musí získat určitý stupeň emocionální odolnosti a naučit se neztotožňovat se s pacientem přespříliš. Této adaptace se dosáhne rychleji a snáze, je-li motivací pro volbu povolání hluboký zájem a znalost jeho náplně (7).

1.5.5. Hodnotový systém

Jednou z oblastí, které mají vliv na osobnost sestry a také o ní vypovídají, je její hodnotový systém, tedy seřazení hodnot, které jedinec uznává, dle významnosti.

Hodnoty sestrou uznávané lze rozlišit na osobní a profesní. Osobní hodnoty jsou ty, které měla ještě před začátkem vykonávání své profese, později si mohla vytvořit hodnoty nové, ovlivněné výkonem svého povolání. Oba druhy jsou v úzkém vzájemném vztahu a mohou být i totožné. Jejich totožnost sestře ztvárnění profesní role usnadňuje.

Mezi obvykle nejčastější osobní hodnoty patří rodinná soudržnost, sebeocenení, zdraví, láska, bezpečí, mír, smysl pro humor, finanční zabezpečení atd.

Profesní ošetrovatelské hodnoty mají vztah k zodpovědnosti a soucitu. Zahrnují především úctu k člověku, dobročinnost, pravdomluvnost, spolehlivost a spravedlnost (16).

1.5.6. Etické normy

Sestra by také měla zachovávat určité etické normy, a to jednak všeobecné, uznávané společností, a jednak dané v její profesi, uložené etickým kodexem sestry (viz příloha č. 3). Cílem etických kodexů v ošetrovatelství je tvořit základ pro regulaci vztahů mezi účastníky ošetrovatelského procesu, vytvářet standardy pro potrestání sestry, která se proviní proti etickým požadavkům, ale také pro ochranu nespravedlivě obviněné sestry, sloužit pro orientaci absolventek v profesionální ošetrovatelské praxi a pomáhat veřejnosti porozumět profesionální péči sestry.

Během své každodenní praxe se sestra setkává i s etickými problémy. Jejich řešení je často náročné a také klade požadavky na sestřinu osobnost. Může jít o péči o pacienty s AIDS či dalšími závažnými chorobami a rizika jejich přenosu na sestru, problematiku potratů, zatajení důležitých informací či ukončení léčby udržující život. Právě zde je sestře nápomocen etický kodex, dále zkušenosti a odborný rozhled (16).

1.5.7. Profesionální deformace

Při delším vykonávání svého povolání může u sestry dojít k profesionální deformaci, při níž vidí pacienta jen jako případ, chybí jí psychologický přístup, ztrácí lidskou účast i zájem o pacienta, vzniká u ní citová lhostejnost a otupělost. Může vzniknout z vědomí moci nad pacientem, příčinou bývá zklamání a rozčarování z povolání (7).

S profesionální deformací úzce souvisí syndrom vyhoření.

1.5.8. Syndrom vyhoření

Při výkonu povolání sestry, stejně jako u všech pomáhajících profesí, k němu může dojít a též i dochází.

Lze ho definovat jako „ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí“ (8, str. 586). Je to soubor příznaků projevujících se nedostatkem až ztrátou energie potřebné pro výkon profese, kdy je pracovník frustrován, reaguje podrážděně, nedůvěřivě a depresivně, je apatický a celkově vyčerpaný (11).

Můžeme ho sledovat na třech úrovních. Na psychické, kde se projevuje jako pocit celkového vyčerpání, ztráta motivace, depresivní ladění, pocity smutku a frustrace, projevy cynismu a negativismu. Na fyzické úrovni se objevuje rychlá unavitelnost, bolesti hlavy, poruchy spánku a krevního tlaku. Na úrovni sociální lze pozorovat výraznou tendenci redukovat kontakt s klienty, často i kolegy, zjevnou nechuť k vykonávané profesi a nízkou empatii (19).

Vyhoření je dynamický proces s jednotlivými fázemi. Na počátku je většinou velké nadšení pro svou práci, vysoké pracovní nasazení až opomíjení osobního života, zpravidla spojené s nepřiměřenými očekáváními. Poté se objevuje fáze stagnace, kdy nadšení vyhasíná, dostavuje se vyčerpání, práce ztrácí svou přitažlivost a smysl. Následuje frustrace až apatie, kdy narůstají potíže na pracovišti a nezdárka i v osobním životě. Poslední fází je intervence, která znamená řešení situace – může to být změna vztahu k práci a okolí, až změna zaměstnání (11).

Rizikové faktory tohoto jevu tvoří především pracovní přetížení, nepravidelný pracovní rytmus, zvýšený stres a vysoká míra zodpovědnosti, problematické vztahy s nadřízenými a na pracovišti.

Při snaze o snižování výskytu syndromu vyhoření je důležitá zejména prevence. Podstatnou roli hraje profesní růst a další vzdělávání pracovníků, vytváření podmínek pro efektivní týmovou práci, odpovídající finanční ohodnocení, delegace pravomocí z nadřízených na podřízené, morální ocenění za práci. Nezanedbatelnou část prevence tvoří též složky osobního života sester – zdravá životospráva, věnování se svým koníčkům a samozřejmě uspokojivý rodinný život (19).

1.5.9. MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

Pod touto zkratkou se skrývá dotazník používaný v zahraničních studiích ke sledování syndromu vyhoření u zdravotnických profesí. Má tři faktory: dva negativně laděné pocity, emocionální vyčerpání a pocity odosobnění v práci, a jeden laděný pozitivně – osobní uspokojení z práce. U otázek respondenti zaznamenávají číslce na sedmibodové stupnici podle síly pocitů (1 – vůbec až 7 – silně). U nás se s ním pracuje minimálně (14).

1.5.10. Duševní zdraví sestry

Pro správný výkon své profese i pro splnění výše nastíněných požadavků je pro sestru důležitý kromě tělesného zdraví i stav zdraví duševního. Sestra by při péči o pacienty neměla opomíjet péči o sebe samu, která je stejně důležitá, neboť necítí-li se sama dobře, není schopna řádně pečovat o druhé.

O tento druh zdraví by sestra měla taktéž aktivně pečovat, forem a metod je mnoho a výběr je individuální, nicméně obecně lze doporučit: vytvářet si zdravé pracovní a rodinné zázemí, dodržovat přestávky na odpočinek, dodržovat pitný režim, preferovat zdravou výživu, dodržovat pravidelný pohyb, dostatečně spát, udělat si čas na kulturu, nepřepínat své síly, nepodceňovat se (17, 24).

1.5.11. Evalvace a devalvace

K mezilidským vztahům a tedy i vztahům mezi sestrou a jejím okolím neododdělitelně patří i tyto dva pojmy. Evalvací rozumíme „zvyšování hodnoty druhého člověka“, sdělení kladného hodnocení druhé osobě, to, co posiluje její kladné sebepojetí a sebevědomí. Do jejích projevů patří laskavé a uctivé jednání s druhým člověkem, příkladem může být uznání toho, co udělal, vyslechnutí ho, zastání se ho, jestliže je mu křivděno, pochválení ho.

Naproti tomu devalvace znamená „snižování hodnoty druhé osoby“, jak v očích druhých lidí, tak i v očích jejích. Svými slovy, mimoslovními projevy i činy tak snižujeme jeho sebepojetí i sebevědomí. Příkladem je znevažování toho, co dělá, jeho přezírání, pomlouvání, urážení, až fyzické napadání.

Sestra by měla do svého chování více či méně cíleně zařazovat prvky evalvace, která je velmi důležitá zejména při komunikaci s nemocnými. Pacienti potřebují ve svém často nemohoucím postavení posilovat sebevědomí, jsou také nezdědka citlivější na projevy druhých lidí vůči nim. Naopak devalvačního jednání, které zbytečně zraňuje a narušuje vzájemné vztahy, by se sestra měla důsledně vyvarovat (17).

1.6. Vztah sestra – pacient

1.6.1. Komunikace s pacientem

V tomto vztahu jsou snad na komunikaci sestry kladeny největší nároky. Pacient více než kdo jiný vnímá citlivě i složky komunikace nonverbální. Sestra by tedy při styku s ním měla zvláště dbát na své mimoslovní projevy, uvědomovat si je a umět je korigovat.

Sestra by si při kontaktu s pacientem měla uvědomovat, že jeho chování může být ovlivněno jeho současným fyzickým i psychickým stavem, stejně jako nepřírodným prostředím, ve kterém se nachází.

Vliv na pacienta a tím i vliv na jeho vztah ke zdravotnickému personálu mohou mít i jeho rodinní příslušníci. Jejich postoj k léčbě může být zdrojem konfliktu mezi všemi zúčastněnými.

Na sestru je v tomto vztahu kladen nárok „profesionality“. Sestra by měla vycházet vstříc všem pacientovým potřebám, doprovázet ho při všem, co prožívá, ale zároveň si zachovat emocionální vyrovnanost, aby byla nadále schopna věnovat se každodenním povinnostem svého povolání s potřebným nasazením. Je třeba uchránit se dvěma extrémům, přespřílišné účasti s pacientem a naopak netečnosti a emocionální nezúčastněnosti. Vodítkem může být sestře etický kodex Práva pacientů a dále některé důležité psychologické poznatky týkající se mezilidských vztahů.

Pro profesionální vztah sestry k pacientovi je důležitá komunikace opírající se o asertivitu, při níž dochází k emoční pohodě obou partnerů v dialogu. Pro interakci s pacientem je nutné vyjasnit postavení zdravotníka a zároveň jednat laskavě. Sestra by se měla pokoušet dívat se na věc z pozice pacienta, jednat s ním trpělivě a s úsměvem. K potřebným komunikačním praktikám patří přímý pohled a dobrý oční kontakt, věnování plné pozornosti, nepřerušování pacienta, používání otevřených otázek, užívání neverbálních signálů pozornosti, povzbuzení pacienta k otázkám aj. Každý má k těmto dovednostem blíže nebo dále, je proto užitečné prostudovat si odbornou literaturu či využít možnosti vzdělávacího kurzu v této oblasti.

Sestra, která dovede dobře komunikovat, si snáze získá důvěru pacienta, který se jí ochotněji svěří se svými tužbami, obavami a bolestmi, a ona má lepší možnost vcítit se do toho, co právě prožívá a jak se staví ke své chorobě (26, 27).

1.6.2. Empatie

Vedle komunikace je základní dovedností sestry pro správný výkon jejího povolání umění vcítit se do druhých, tedy empatie, i když nelze říct, že by to byly dvě oddělené dovednosti, naopak spolu úzce souvisí. Má-li sestra v sobě schopnost empatie, snáze si dovede uvědomit, že každý člověk je individuální a originální bytost, a proto je důležité mu projevit úctu za každých okolností a neomezovat ho zaběhnutým řádem zdravotnického zařízení a nevnučovat mu vlastní představy a názory. Dovede si představit, co by v dané situaci potřebovala ona, jak by se cítila, co by jí vadilo, či naopak pomohlo. Sestra by měla svého pacienta vnímat jako rovnocenného partnera, především však jako člověka, ne jako věc, předmět své péče. Měla by si uvědomit, že choroba pacientovi neubírá ani v nejmenším jeho lidství a že se na jeho místě může kdykoliv octnout i ona sama (17, 27).

1.6.3. Pravdivost

Právo pacienta na pravdivé a srozumitelné informace o svém zdravotním stavu je všeobecně známé, přesto realita jeho akceptování bývá různá. Sestra by měla umět posoudit míru informovanosti pacienta a vhodným způsobem ji v odpovídající míře zajistit, uvědomit si, že dostatečné množství informací pacienta o své diagnóze je základem pro jeho dobrou spolupráci s ošetrovatelským týmem a pro úspěch celého ošetrovatelského plánu tak, aby všichni společně mohli pracovat na naplňování pacientových realistických očekávání (18).

Hlavní odpovědnost v této oblasti leží na bedrech lékaře, nicméně sestra zde též plní své úkoly. Sestra může zajišťovat vhodnou atmosféru pro lékařova sdělení, připravovat ho, či s ním následně probrat dopady rozhovoru. Měla by vědět, zda je pacient informován, a přiměřenými způsoby ověřovat, nakolik podaným informacím rozumí (10).

1.6.4. Role sestry na konci pacientova života

Mezi povinnostmi sestry vyplývající z jejího vztahu k pacientovi patří také vyprovodit ho až k posledním chvílím jeho života. Každá sestra při vstupu do výkonu svého povolání počítá, že se se smrtí bude stýkat častěji, a také se v praxi s ní více nebo méně, dle své specializace, setkává. Pro její profesionální rozvoj v této oblasti je důležitý především vlastní vyrovnání se s touto skutečností a uvědomování si vlastní smrtelnosti, dále naučit se respektovat postoj, jaký si zvolí sám pacient, umět s ním o smrti hovořit i neodporovat jeho nadějím.

Právě v posledních dnech pacientova života je způsob komunikace nejen obzvlášť důležitý, ale také velmi obtížný. Při jeho správném užití má sestra jedinečnou možnost zjistit, jak pacient svou situaci prožívá a jaké jsou jeho vlastní potřeby, a hlavně ho podpořit a být mu nablízku, zvláště nemá-li oporu v rodině (13).

Sestra by měla znát fáze psychické odezvy na závažné onemocnění dle Elisabeth Kübler-Rossové, umět a především se snažit rozpoznat, v jaké fázi se pacient nachází. Její snahou by mělo být pochopit a akceptovat pacientovo chování, udělat co nejvíce pro to, aby proces vyrovnávání se s vážnou nemocí vyústil do fáze smíření. Sestra by si měla uvědomit, že zvýšenou pozornost v takové situaci vyžadují i pacientovi nejbližší, a věnovat jim svou péči a pomoc (11).

Nejen sestra, ale celý ošetrovatelský tým by měl zvážit, zda by pacient nemohl prožít poslední chvíle v domácím prostředí, popř. v prostředí, na takové situace vhodně uzpůsobeném, tedy v hospici. Neboť i přes sebelepší péči a snahu zdravotnického personálu pacient v posledních dnech potřebuje především své blízké, a strohé nemocniční prostředí většinou bližšímu kontaktu s nimi nebývá příznivě nakloněno. Z velké části závisí též v těchto chvílích na komunikaci s pacientovou rodinou, na ochotě zdravotnického personálu přiblížit jim problematiku pacientova ošetřování a možnosti jeho řešení (13).

1.6.5. Postavení moci ve vztahu sestry a pacienta

Ve vztahu sestry k pacientovi se svým způsobem objevuje i určitá moc nad ním, sestra může zasahovat do mnoha procesů, které se kolem pacienta odehrávají, a je často

zprostředkovatelkou dějů pacienta se týkajících. Postavení sestry a zároveň postavení pacienta v jeho nemoci základní stupeň moci samy určují, a záleží na každé sestře, do jaké míry si svou moc nad pacientem uvědomuje a jak ji využívá.

Mocenské postavení sestry je spíše přítěží, poněkud narušuje vytvoření vztahu mezi ní a pacientem. Sestra by si měla tuto dimenzi svého postavení uvědomovat a umět ji korigovat ve prospěch navázání vhodného vztahu s pacientem. Neměla by vyjadřovat vůči němu nadřazenost a využívat svého postavení k manipulaci s ním.

Důsledkem mocenského chování sestry může být pacient zcela neangažovaný v procesu své léčby, necítící zodpovědnost za své zdraví, s pocity méněcennosti a nepotřebnosti, pasivně plnící uložené úkoly a stavící se do úlohy podřízeného (15).

1.7. Vztah sestra – lékař

Spolu s proměnou profese sestry pomalu dochází i k proměně vztahu mezi sestrou a lékařem. Ze vztahu podřízeného se stává, nebo by se alespoň měl stávat, vztah rovnocenný, partnerský.

Typy interakcí mezi sestrou a lékařem můžeme členit na ty, ve kterých se sestra lékaři podřídí a o ničem nerozhoduje, ty, kdy sestra nepřímo ovlivňuje rozhodovací proces a ty, v nichž sestra neskryvá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně s lékařem komunikuje.

Vztahy sester a lékařů nelze generalizovat, vstupují do nich, tak jako do všech vztahů na pracovištích, osobnostní charakteristiky jednotlivců. Ovšem každodenní interakce mezi sestrami a lékaři silně ovlivňují pracovní morálku sester (3).

Výzkumem pracovních vztahů sester bylo zjištěno, že hlavní příčinu problémů ve vztahu sestry a lékaře tvoří nervozita nebo napětí plynoucí z nadměrného pracovního přetížení lékaře či sestry. Dalšími příčinami bývá narušování kompetencí sestry jejím pověřováním úkoly spadajícími do kompetencí někoho jiného, narušování organizace práce sestry neplánovanými zásahy a též podceňování práce sestry ze strany lékařů (1).

Strategie pro zlepšení vztahů mezi sestrami a lékaři spočívá ve vytváření více příležitostí pro spolupráci prostřednictvím společných seminářů, zvýšení dostupnosti vzdělávacích programů se zaměřením na zlepšení týmové práce a konečně v

aktivnějším přístupu řídicích pracovníků při předcházení potenciálních konfrontací souvisejících s personálním obsazením (3).

1.8. Vztah sestra – sestra

Vztahy na pracovišti, a tedy i vztahy mezi sestrami, svým způsobem též ovlivňují činnost a ošetrovatelskou péči jednotlivých sester. Tyto vztahy mohou mít mnoho podob: od dobrých až vynikajících po problematické, špatné, až vysloveně nepřátelské. Mohou se objevovat i specifické formy násilí, tzv. mobbing či bossing (9).

1.8.1. Mobbing

Termínem mobbing se označuje psychické týrání na pracovišti, tedy zneužívající chování projevující se ve slovech, činech i gestech a poškozující osobnost a její důstojnost. Dochází k němu mezi pracovníky stejné kategorie. Agrese většinou bývá nepřímá, neprobíhá otevřeně, proto obrana je obtížná.

Agresorem může být jednotlivec nebo skupina, kteří cílevědomě útočí na postiženého alespoň jedenkrát týdně. Spouštěcím mechanismem pro mobbing je konflikt, forma interakce, při které účastníci vnímají druhou stranu jako překážku při dosahování svých cílů; může ho vyvolat odlišnost jedince, pouhá závist, osobní nepřátelství či vzájemná řevnivost. Zda konflikt vyústí až do mobbingu, závisí na podmínkách – prostředí i účastnících. Již na počátku je vhodný rychlý a šetrný zásah vedoucího.

Mobbing vystavuje postiženého extrémnímu sociálnímu stresu a často vede k tělesnému i duševnímu vyčerpání, jeho následky mohou být psychické i psychosomatické.

Prostor pro vznik konfliktů a následného mobbingu vytváří vysoké pracovní zatížení a špatná organizace práce, stereotypně se opakující pracovní činnosti, přemíra požadavků a vypjatá atmosféra na pracovišti.

Obrana proti mobbingu spočívá v prvé řadě v jeho prevenci, kterou představuje především efektivní, správné a důsledné řízení práce na všech stupních. Proti již existujícímu mobbingu se lze bránit za pomoci ostatních kolegů a nadřízeného, kdy je

potřeba dát agresorovi jasně najevo, že jeho poškozující jednání není přípustné (9, 20, 22).

1.8.2. Bossing

Bossing je forma násilí, kdy nadřízený napadá jednu nebo více podřízených osob, často ty, které se nějakým způsobem staví jeho autoritě. Zde lze hovořit o zneužití moci, na podřízené je činěn nátlak, že musí plnit dané úkoly, pokud si chtějí místo udržet. Autor bossingu užívá zpravidla svých poškozujících strategií s větší razancí, než ten, kdo mobbuje, což mu umožňuje jeho postavení. Také obrana bývá obtížnější, neboť nikdo se zpravidla postiženého díky obavám o své vlastní postavení nechce zastat (9, 22).

1.9. Důvody k výkonu profese sestry

Povolání sestra stejně jako všechny pomáhající profese přináší většinou svým vykonavatelům zisk, který se neměří výší platu. Důvody k jejich výkonu tedy nebývají materiální, přesto mohou být značně rozdílné. Názory lidí „z druhé strany“ na pohnutky pracovníků pomáhajících profesí k výkonu svého povolání bývají směsicí obdivu a podezření, většinou ovlivněné zkušenostmi s jejich konkrétními zástupci (25).

1.9.1. Touha pomáhat lidem

Prvotní a základní pohnutkou pro výkon nejen profese sestry, ale i ostatních pomáhajících profesí, je touha pomáhat lidem, jak vyplývá i z jejich označení. Tento motiv však sám může mít pro svůj zrod různé příčiny, samostatné nebo spolu související (25).

1.9.2. „Spasitelský komplex“

Pod tímto pojmem se rozumí „potřeba dodat váhu své osobnosti prostřednictvím pomoci druhým, získat důležitost a často i smysl vlastní existence“ (25, str. 20). Pomoc druhému člověku se pak stává manipulací, neoprávněným uplatňováním své moci nad

druhým. Sestra s tímto komplexem většinou od výkonu svého povolání odchází, ale může také v průběhu dozrát k partnerství a spolupráci (25).

1.9.3. Setkání se s nemocí ve svém okolí

Při rozhodování stát se sestrou může sehrát velkou roli zkušenost s nemocí z vlastní rodiny či blízkého okolí. Když člověk pozná utrpení zblízka a zjistí, že může být nemocnému nějak užitečný, většinou se přestane bát. Silným motivem bývá vlastní hospitalizace v dětském věku a zkušenost s laskavým přístupem sester, které se tak stávají pro dítě vzorem (25).

Znakem správné volby povolání sestry je to, zda v práci nachází radost, uspokojení a seberealizaci (7).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Na začátku byly stanoveny tři cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak jsou hodnoceny postavení a role sester společností jako celkem.

Cíl 2: Zjistit, jak hodnotí postavení a role sester pacienti.

Cíl 3: Zjistit, jak hodnotí své postavení a roli sestry.

2.2. Hypotézy

Na základě představ o dané problematice byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Laická veřejnost pohlíží na sestry pozitivně.

Hypotéza 2: Laická veřejnost sestry nedoceňuje.

Hypotéza 3: Pacienti pohlíží na sestry pozitivně.

Hypotéza 4: Pacienti si práce sester cení.

Hypotéza 5: Sestry svou úlohu v péči o pacienta podceňují.

3. Metodika

3.1. Metoda výzkumu

Ke splnění cílů práce a ověření hypotéz bylo použito kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí dvou druhů dotazníku, jednoho určeného pro sestry a druhého pro nehospitalizované i hospitalizované laiky. (viz příloha č. 1 a 2)

Dotazník pro sestry obsahoval 20 otázek, dotazník pro nehospitalizované i hospitalizované respondenty otázek 15. Oba dotazníky byly anonymní, obsahovaly otázky uzavřené, otevřené a polootevřené. Některé otázky v obou dotaznících byly shodné, určené pro vzájemné srovnání.

Výsledky výzkumu byly znázorněny v grafech.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

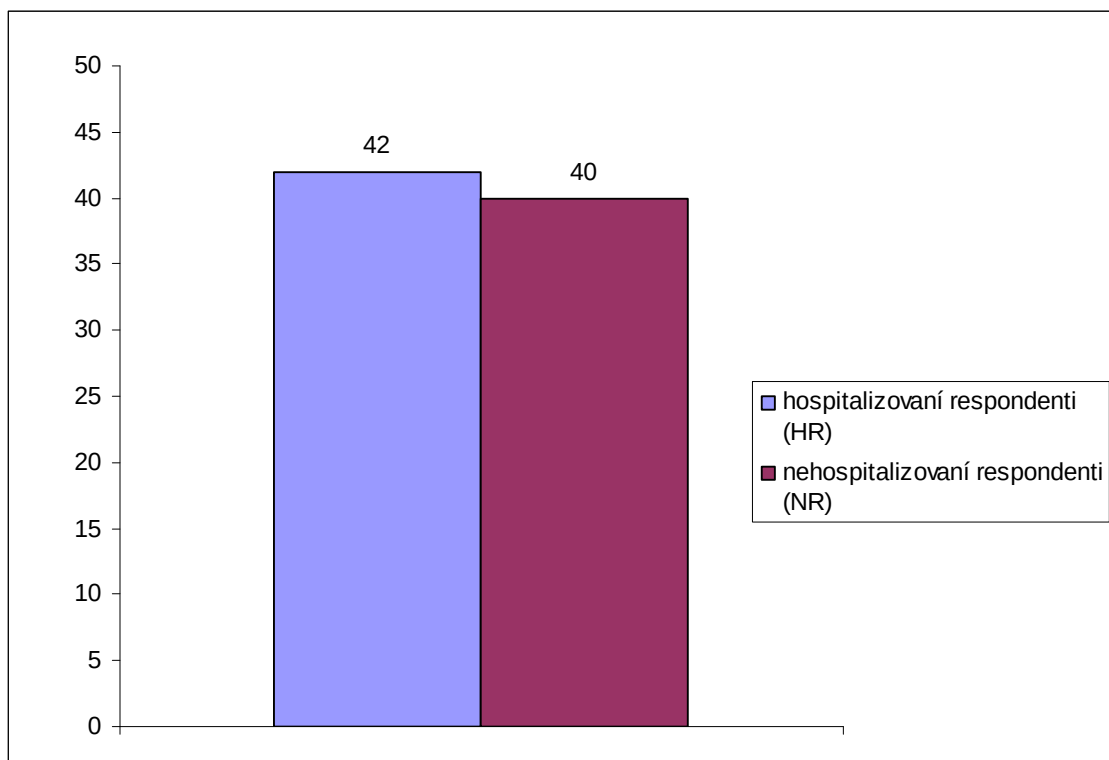
Výzkumný soubor práce tvořily tři skupiny. První skupinu tvořily sestry, osloveny byly sestry pracující v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Tábor, a.s. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavních sester. Bylo rozdáno 100 dotazníků, vráceno jich bylo 76, konečný výzkumný soubor sester tvořilo 76 sester, návratnost byla 76%.

Druhou skupinou byli právě hospitalizovaní pacienti, rozdáno bylo 50 dotazníků, vráceno jich bylo 50, pro neúplnost bylo vyřazeno 8 dotazníků, konečný výzkumný soubor ze skupiny pacientů tedy tvořilo 42 respondentů, návratnost byla 84%. Při grafickém znázornění odpovědí dotazovaných bylo použito označení „hospitalizovaní respondenti“ (HR).

Třetí skupinu tvořili zástupci z řad laické veřejnosti, výběr byl náhodný, podmínkou byl věk 18 – 75 let, nezdravotnická profese. Rozdáno bylo 50 dotazníků, z nichž vrácených bylo 40, konečný výzkumný soubor ze skupiny nehospitalizovaných respondentů tvořilo 40 osob, návratnost byla 80%. Tato skupina byla při grafickém zpracování výsledků označena „nehospitalizovaní respondenti“ (NR).

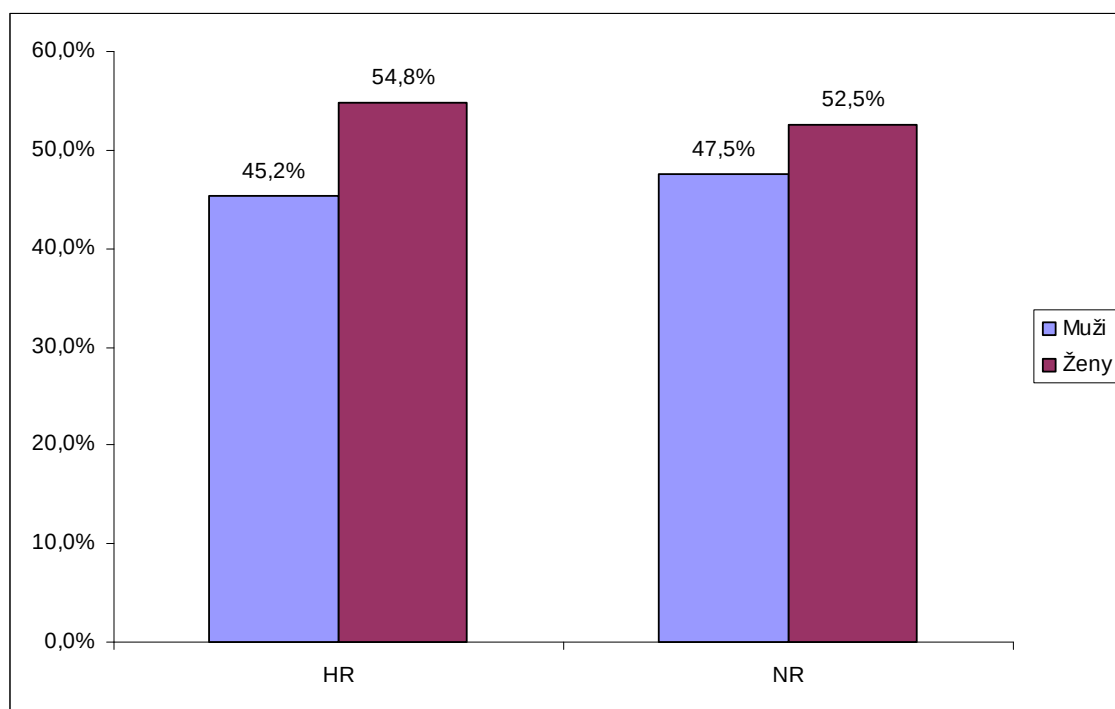
4. Výsledky

Graf 1 Počet hospitalizovaných a nehospitalizovaných laických respondentů



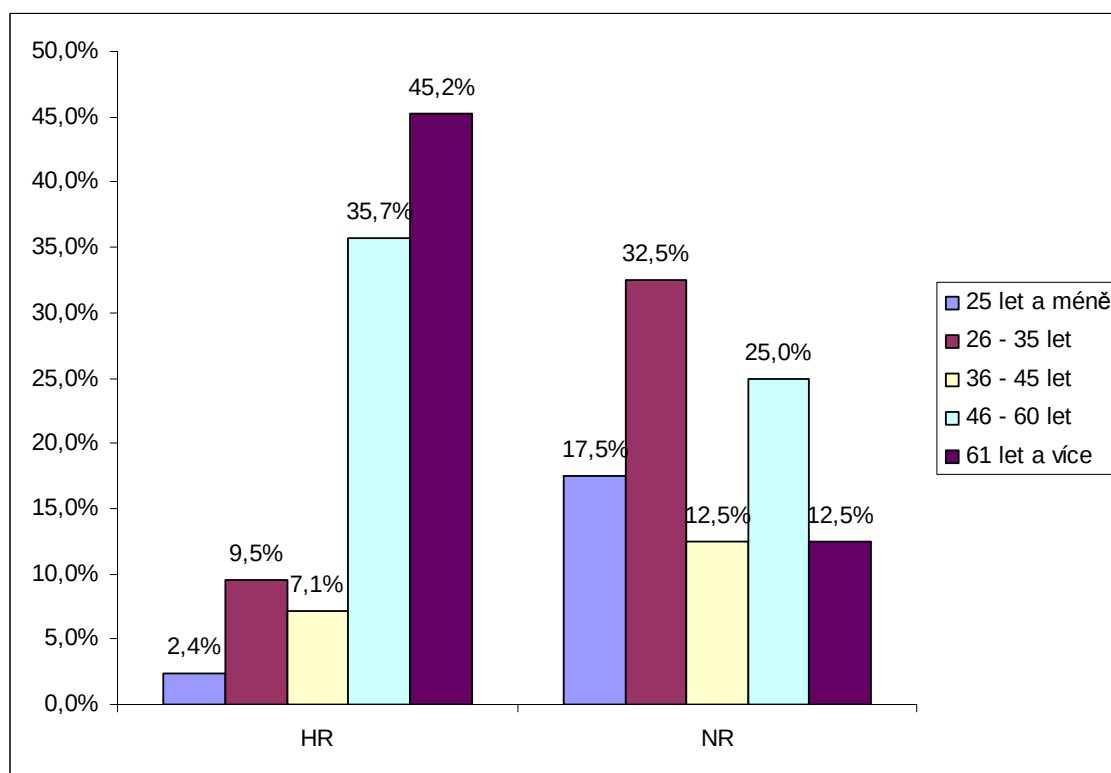
Celkový počet 82 respondentů (100%) z řad laické veřejnosti tvořilo 42 hospitalizovaných respondentů (HR) a 40 nehospitalizovaných respondentů (NR).

Graf 2 Pohlaví laických respondentů



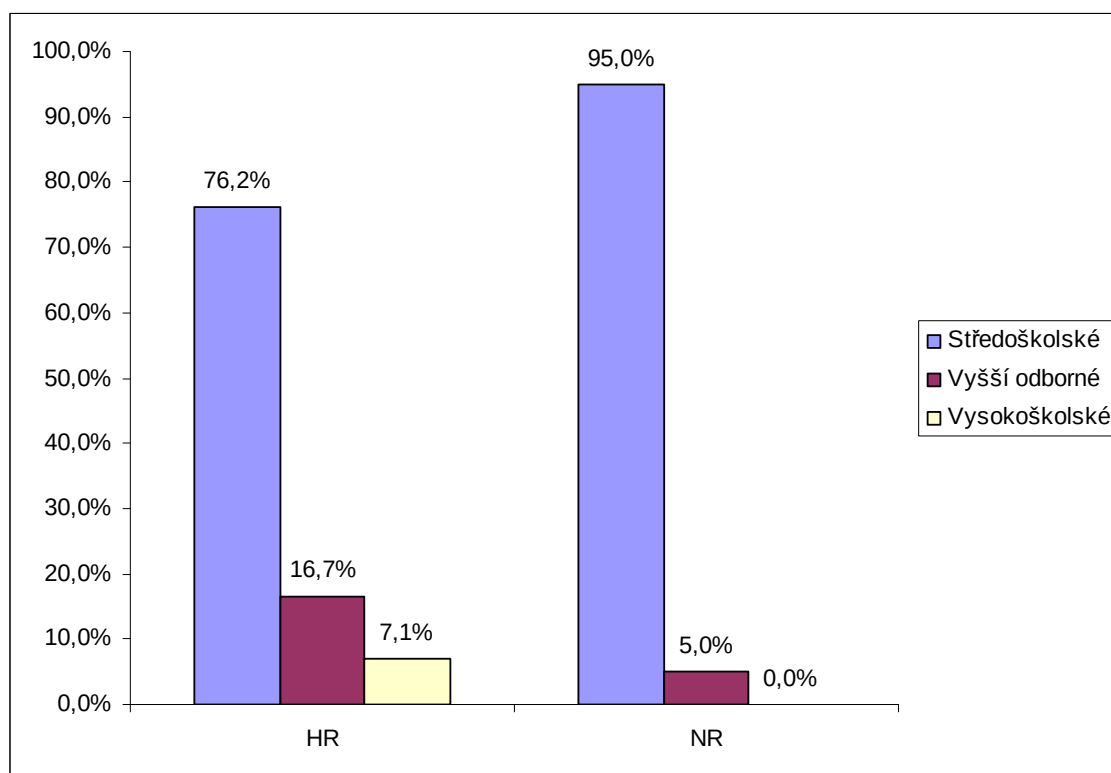
Hospitalizované respondenty tvořilo 19 mužů (45,2%) a 23 žen (54,8%), nehospitalizované respondenty 19 mužů (47,5%) a 21 žen (52,5%).

Graf 3 Věk laických respondentů



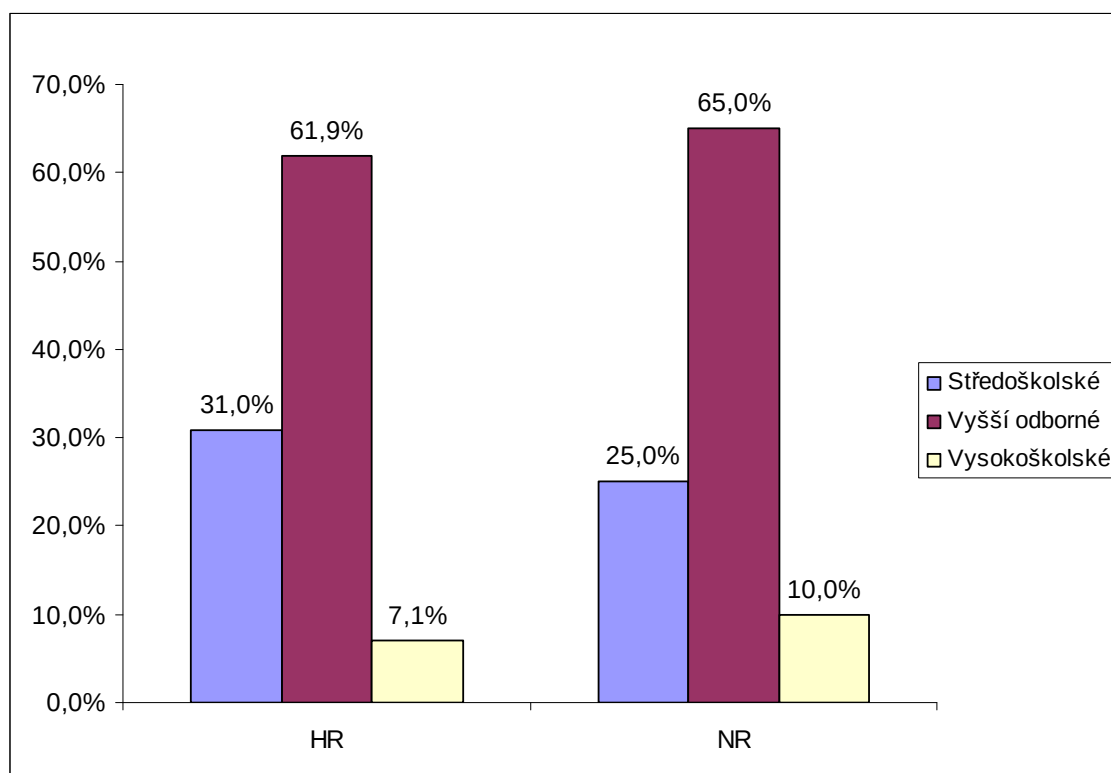
Ze 42 hospitalizovaných respondentů byl 1 (2,4%) ve věku 25 let a méně, 4 (9,5%) ve věku 26 – 35 let, 3 (7,1%) ve věku 36 – 45 let, 15 (35,7%) ve věku 46 – 60 let a 19 (45,2%) ve věku 61 let a více. Ze 40 nehospitalizovaných respondentů bylo 7 (17,5%) ve věku 25 let a méně, 13 (32,5%) ve věku 26 – 35 let, 5 (12,5%) ve věku 36 – 45 let, 10 (25,0%) ve věku 46 – 60 let a 5 (12,5%) ve věku 61 let a více.

Graf 4 Jaké vzdělání mají sestry nejčastěji dle názoru laických respondentů



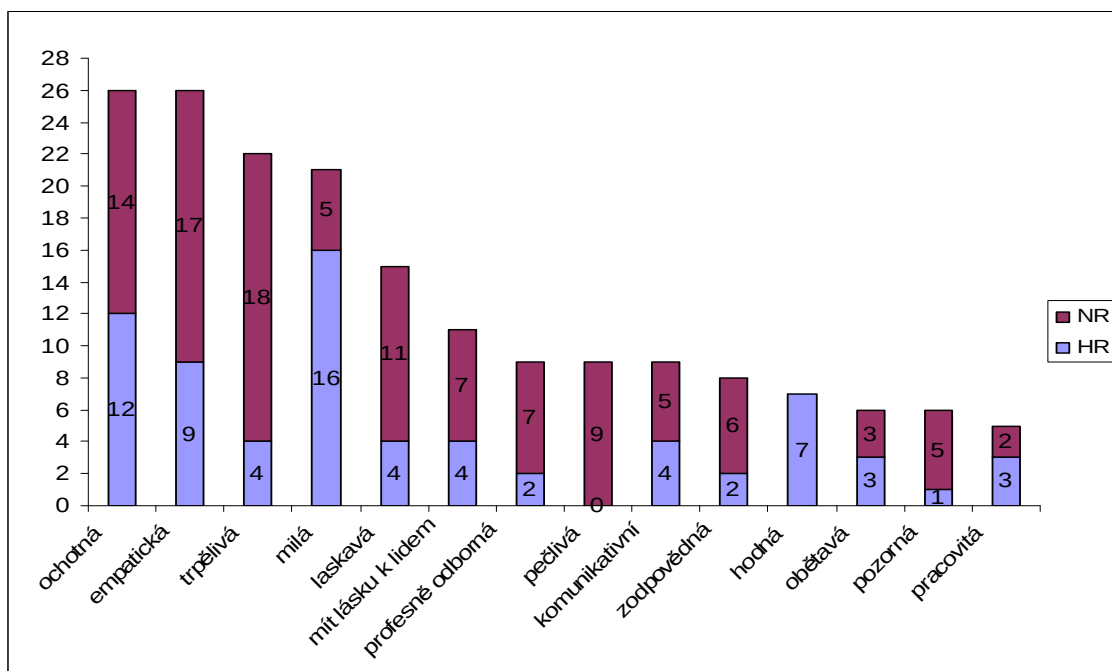
Na otázku „Jaké vzdělání mají podle Vás sestry nejčastěji?“ odpovědělo z řad hospitalizovaných respondentů 32 (76,2%) středoškolské, 7 (16,7%) vyšší odborné a 3 (7,1%) vysokoškolské. Z nehospitalizovaných respondentů odpovědělo 38 (95,0%) středoškolské, 2 (5,0%) vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání neuvedl žádný respondent.

Graf 5 Jaké vzdělání by měly mít sestry dle názoru laických respondentů



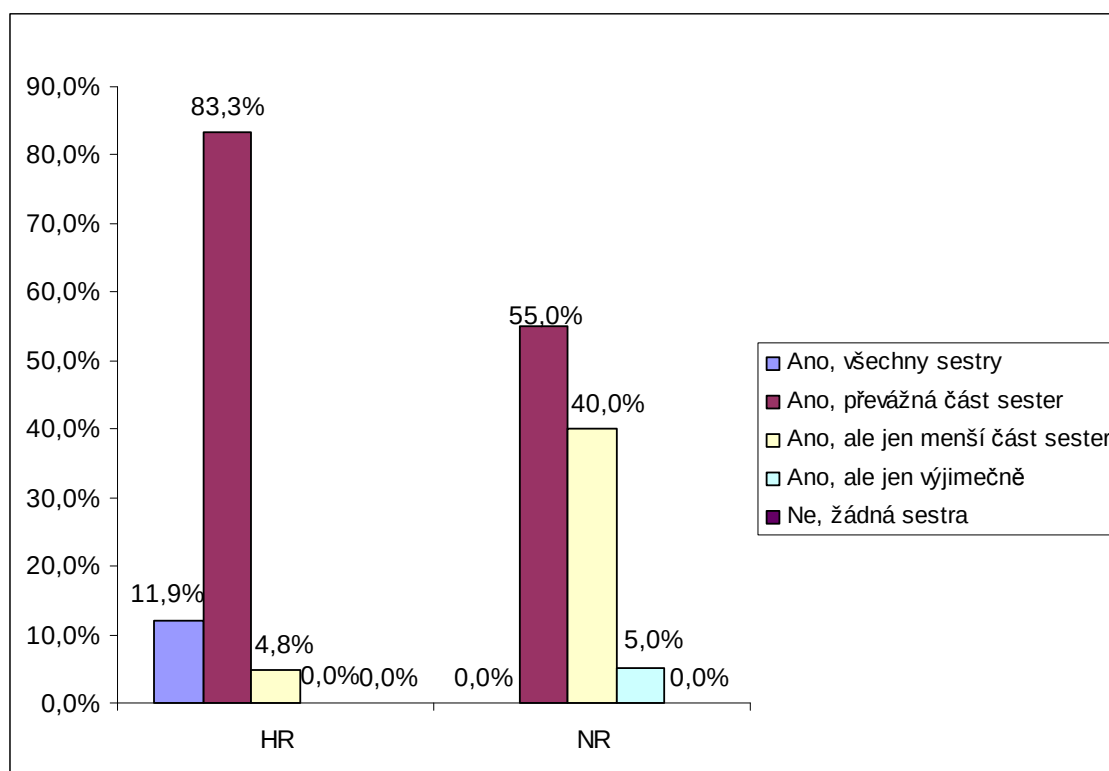
Na otázku „Jaké vzdělání by podle Vás měla mít sestra?“ odpovědělo z hospitalizovaných respondentů 13 (31,0%) středoškolské, 26 (61,9%) vyšší odborné a 3 (7,1%) vysokoškolské. Z nehospitalizovaných respondentů odpovědělo 10 (25,0%) středoškolské, 26 (65,0%) vyšší odborné a 4 (10,0%) vysokoškolské.

Graf 6 Jaká by měla být sestra dle laických respondentů – nejčastější odpovědi



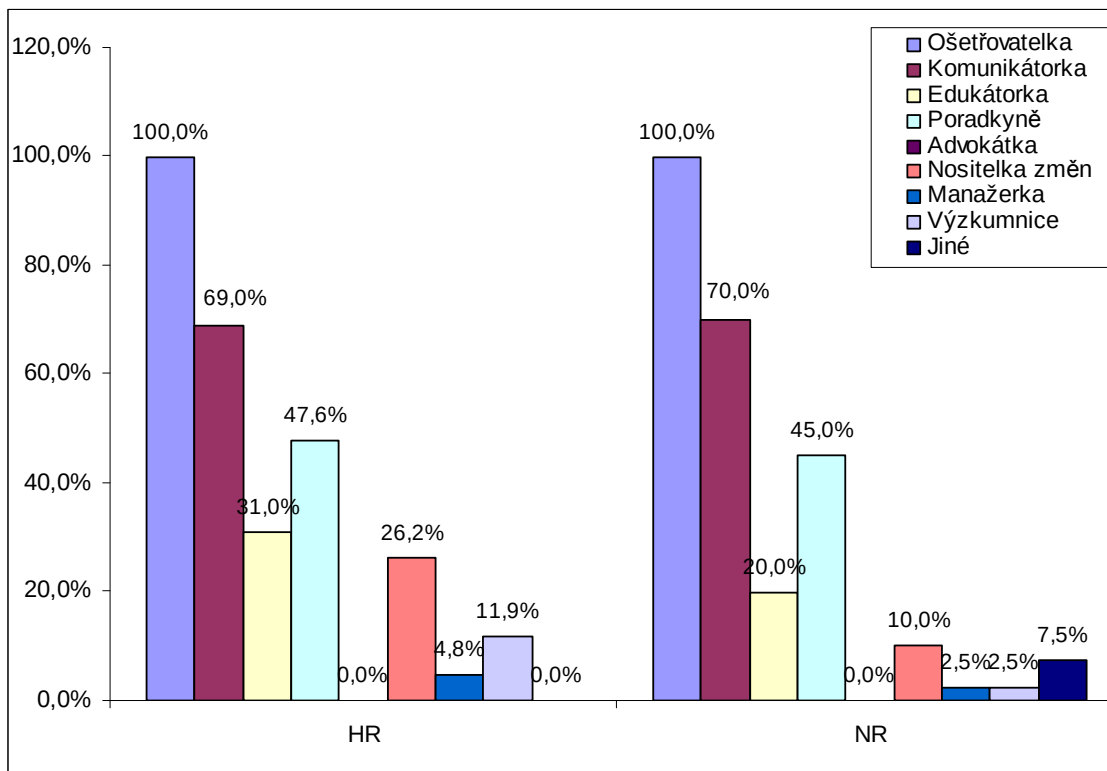
Na otázku „Jaké vlastnosti by podle Vás měla mít sestra?“ uvedli hospitalizovaní respondenti nejčastěji, že by sestra měla být „milá“ (16), dále „ochotná“ (12), „empatická“ (9), „hodná“ (7), „trpělivá, laskavá, komunikativní a mít lásku k lidem“ (4), dále být „obětavá a pracovitá“ (3), „profesně odborná a zodpovědná“ (2) a „pozorná“ (1). Nehospitalizovaní respondenti nejčastěji uváděli, že by sestra měla být „trpělivá“ (18), „empatická“ (17), dále „ochotná“ (14), „laskavá“ (11), „pečlivá“ (9), „profesně odborná a mít lásku k lidem“ (7), též být „zodpovědná“ (6), „milá, komunikativní a pozorná“ (5), „obětavá“ (3) a „pracovitá“ (2). Z méně častých odpovědí se u hospitalizovaných respondentů objevilo „slušná a usměvavá“ (2), také „starostlivá, hezká, všestranná, tolerantní, veselá a umět naslouchat“ (1). Nehospitalizovaní respondenti v malé míře uvedli „spolehlivá, morálně zásadová, rozhodná, důsledná a mít ráda svou práci“ (3), dále „veselá, vyrovnaná, upřímná, vytrvalá, nebrat si vše příliš osobně, mít smysl pro pořádek a povinnosti a umět se odpoutat od svých starostí“ (2), „tolerantní, umět naslouchat, mít pevné nervy, být praktická a schopná efektivní relaxace“ (1).

Graf 7 Názor laických respondentů, zda sestry mají takové vlastnosti, jaké mají mít



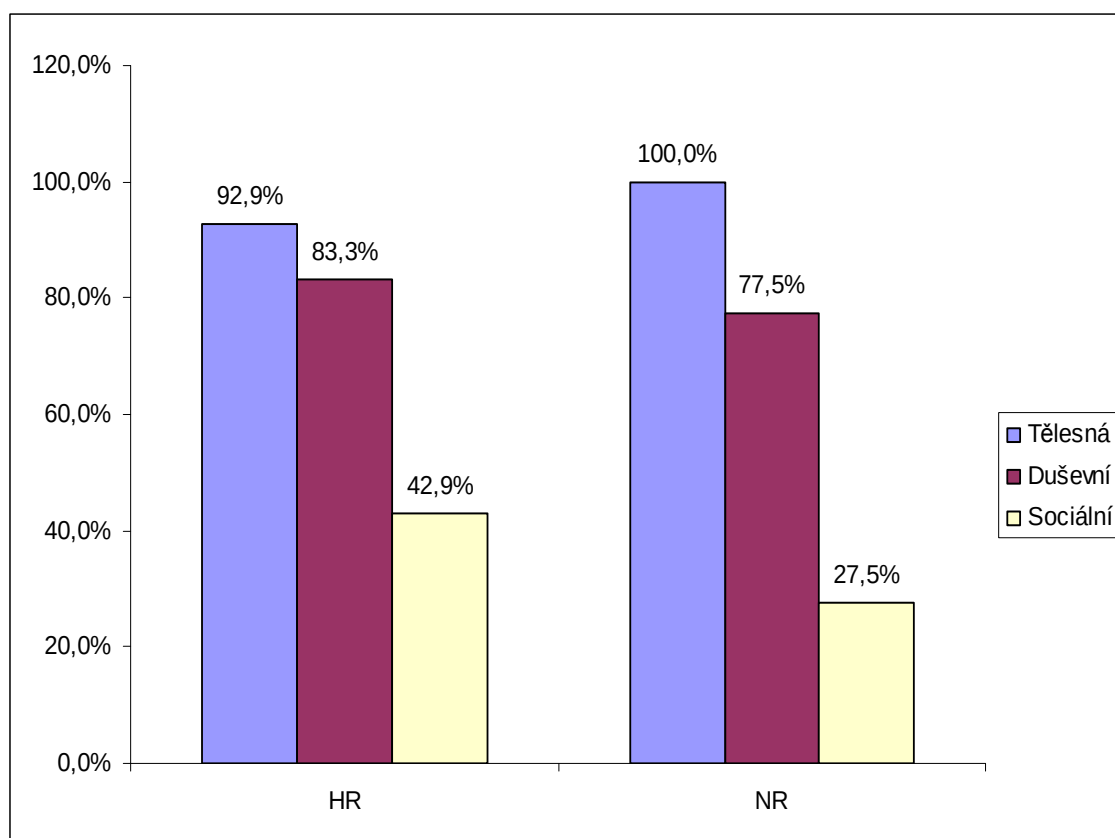
Na otázku „Myslíte si, že sestry tyto vlastnosti (viz předchozí graf) mají?“ uvedlo z řad hospitalizovaných respondentů 5 (11,9%) „ano, všechny sestry“, 35 (83,3%) „ano, převážná část“, 2 (4,8%) „ano, ale jen menší část“ a nikdo neodpověděl „ano, ale jen výjimečně“ či „ne, žádná sestra“. Z nehospitalizovaných respondentů nikdo neodpověděl „ano, všechny sestry“, 22 (55,0%) „ano, převážná část“, 16 (40,0%) „ano, ale jen menší část“, 2 (5,0%) „ano, ale jen výjimečně“ a nikdo „ne, žádná sestra“.

Graf 8 Funkce, které zastává sestra dle názoru laických respondentů



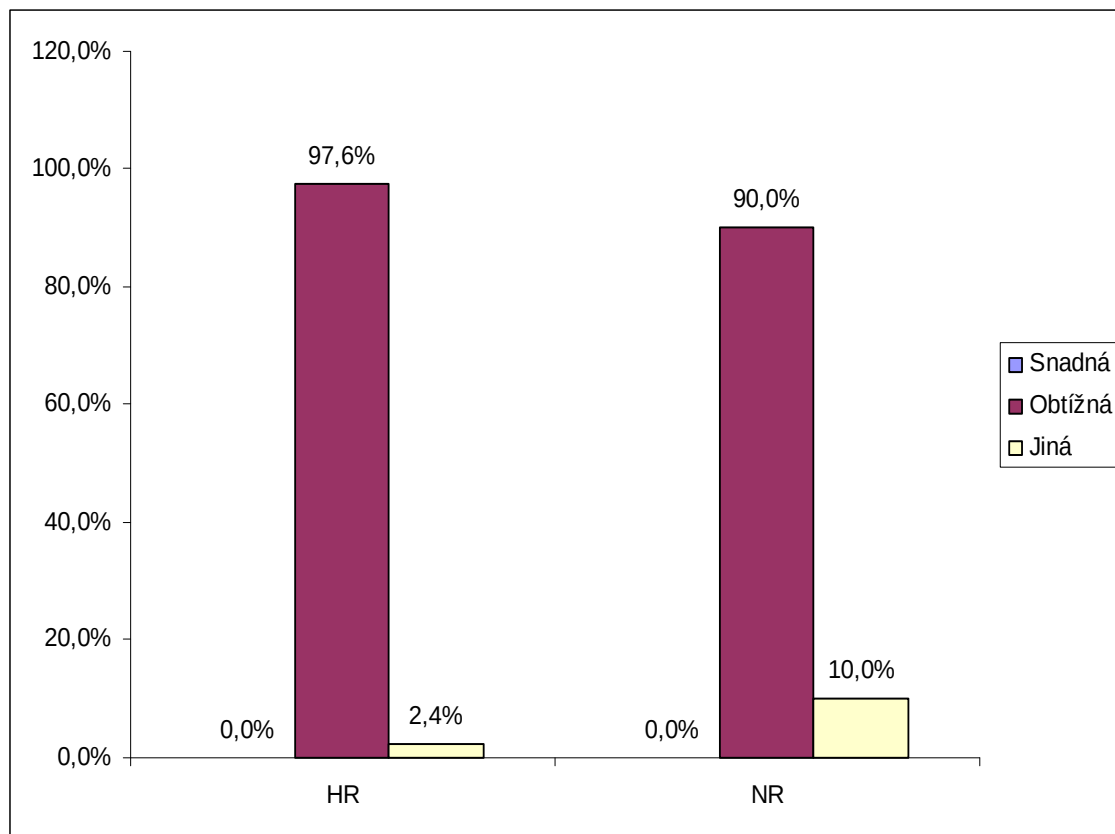
Na otázku „Jaké z následujících funkcí sestra zastává?“, kde mohli respondenti označit více odpovědí, z hospitalizovaných respondentů uvedlo 42 (100%) „ošetřovatelku“, 29 (69,9%) „komunikátorku“, 13 (31,0%) „edukátorku“, 20 (47,6%) „poradkyni“, 0 „advokátku“, 11 (26,2%) „nositelku změn“, 2 (4,8%) „manažerku“, 5 (11,9%) „výzkumnici“ a 0 „jinou funkci“. Z nehospitalizovaných respondentů označilo 40 (100%) „ošetřovatelku“, 28 (70,0%) „komunikátorku“, 8 (20,0%) „edukátorku“, 18 (45,0%) „poradkyni“, 0 „advokátku“, 4 (10,0%) „nositelku změn“, 1 (2,5%) „manažerku“, 1 (2,5%) „výzkumnici“ a 3 (7,5%) uvedlo „jinou funkci“, a to „psycholožka“, „průvodkyně“ a „pomocník lékaře“.

Graf 9 Úrovně, na kterých pečuje sestra o pacienta dle laických respondentů



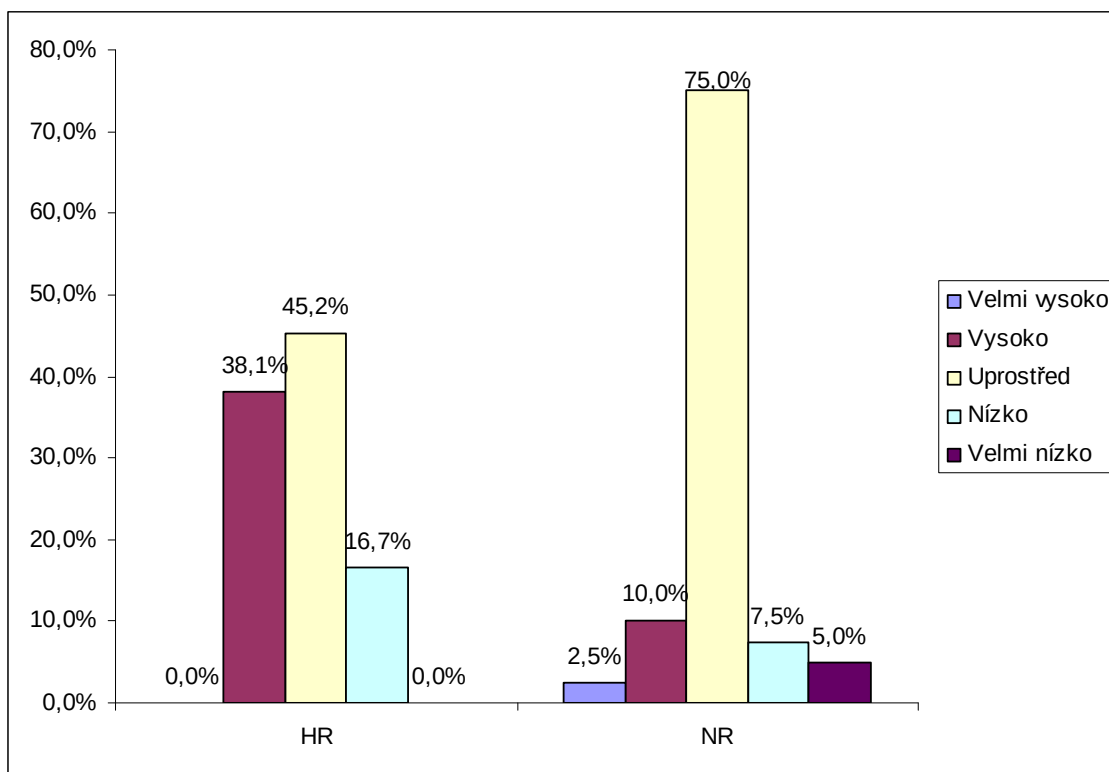
Na otázku „Na jakých úrovních sestra pečuje o pacienta?“, kde mohli respondenti uvést více odpovědí, z hospitalizovaných respondentů odpovědělo 39 (92,9%) na tělesné úrovni, 35 (83,3%) na duševní úrovni a 18 (42,9%) na sociální úrovni. Z nehospitalizovaných respondentů uvedlo 40 (100,0%) úroveň tělesnou, 31 (77,5%) duševní a 11 (27,5%) úroveň sociální.

Graf 10 Jaká je profese sestry dle názoru laických respondentů



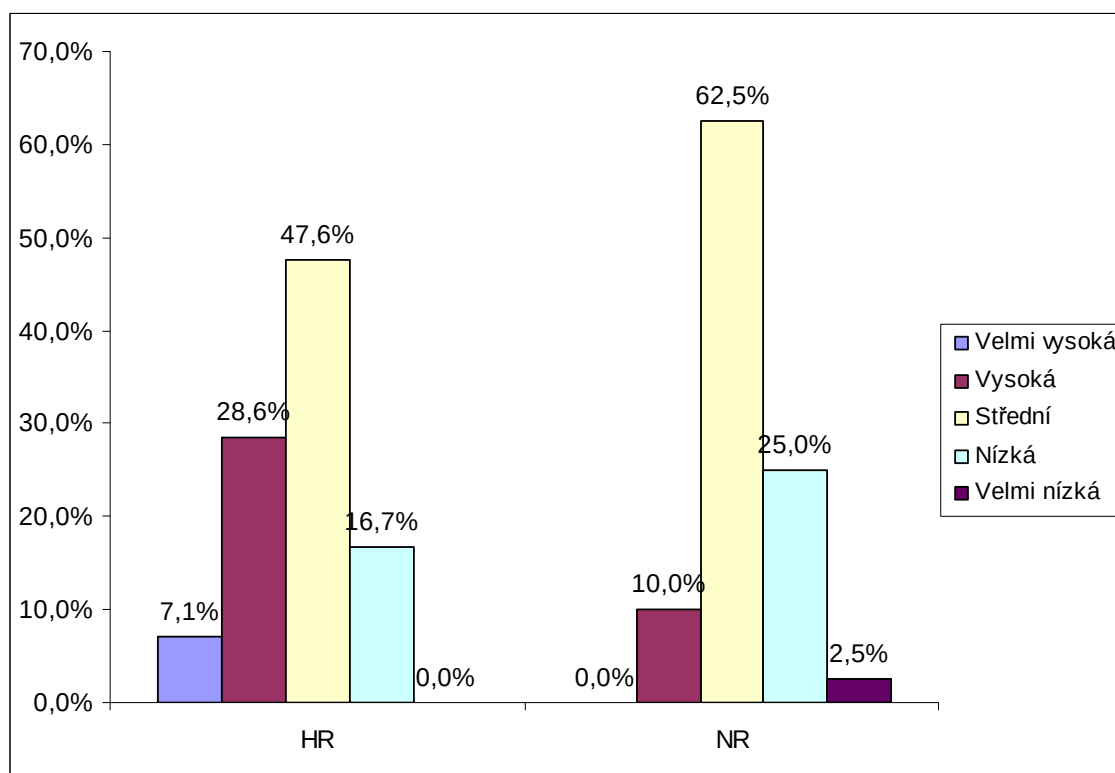
U otázky „Profese sestry je podle Vás:“ nikdo z hospitalizovaných respondentů neoznačil odpověď „snadná“, 41 respondentů (97,6%) odpovědělo „obtížná“, 1 (2,4%) uvedl vlastní odpověď: „velmi obtížná“. Z nehospitalizovaných respondentů neoznačil nikdo odpověď „snadná“, 36 (90,0%) odpovědělo „obtížná“ a 4 respondenti (10,0%) uvedli vlastní odpověď: „velmi obtížná“ (3) a „středně obtížná“ (1).

Graf 11 Kde je pozice sester v porovnání s ostatními povoláními dle názoru laických respondentů



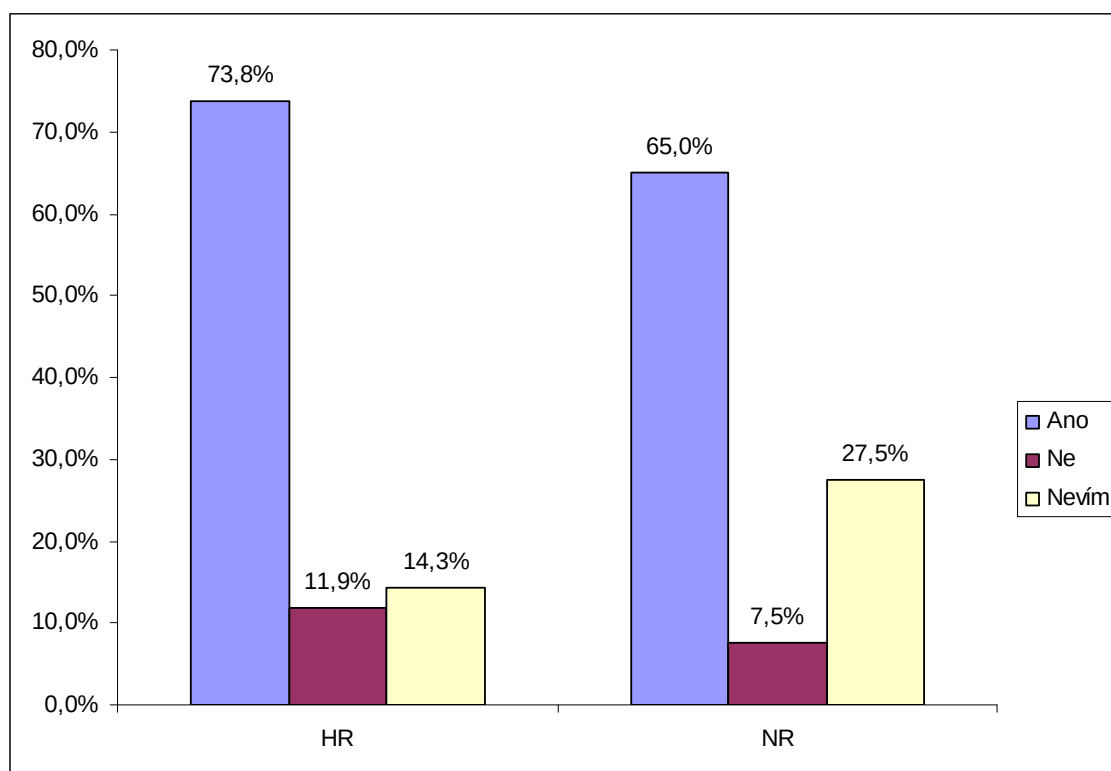
U otázky „Pozice sester v porovnání s ostatními povoláními je dle Vás:“ neuvedl z řad hospitalizovaných respondentů nikdo odpověď „velmi vysoko“, 16 osob (38,1%) uvedlo „vysoko“, 19 (45,2%) „uprostřed“, 7 (16,7%) „nízko“ a nikdo neuvedl „velmi nízko“. Z nehospitalizovaných respondentů uvedlo 1 (2,5%) „velmi vysoko“, 4 (10,0%) „vysoko“, 30 (75,0%) „uprostřed“, 3 (7,5%) „nízko“ a 2 (5,0%) „velmi nízko“.

Graf 12 Jaká je image sester dle laických respondentů



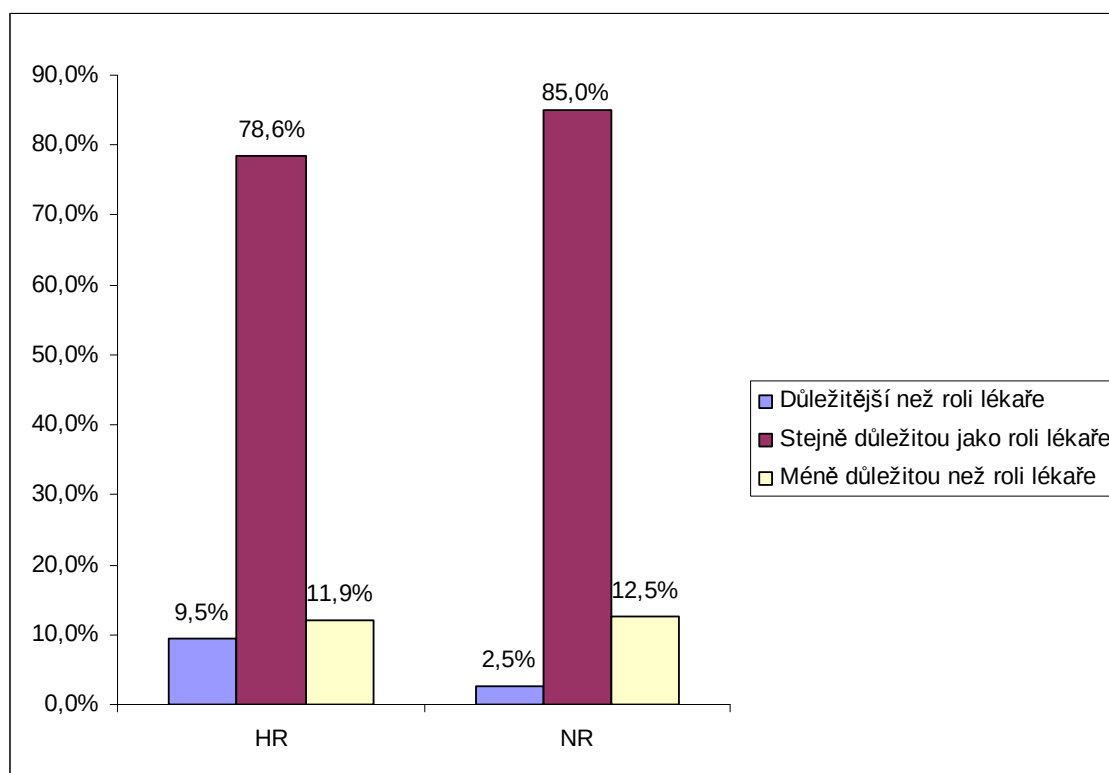
U otázky „Image sester (tedy komplex názorů, pocitů a postojů společnosti k sestrám) je dle Vás:“ označilo z řad hospitalizovaných respondentů 3 (7,1%) odpověď „velmi vysoká“, 12 (28,6%) „vysoká“, 20 (47,6%) „střední“, 7 (16,7%) „nízká“ a nikdo neuvedl „velmi nízká“. Z nehospitalizovaných respondentů neuvedl nikdo „velmi vysoká“, 4 (10,0%) odpověděli „vysoká“, 25 (62,5%) „střední“, 10 (25,0%) „nízká“ a 1 (2,5%) „velmi nízká“.

Graf 13 Názor laických respondentů, zda mají pacienti právo zúčastnit se všech rozhodnutí, která se týkají jim poskytované zdravotní péče



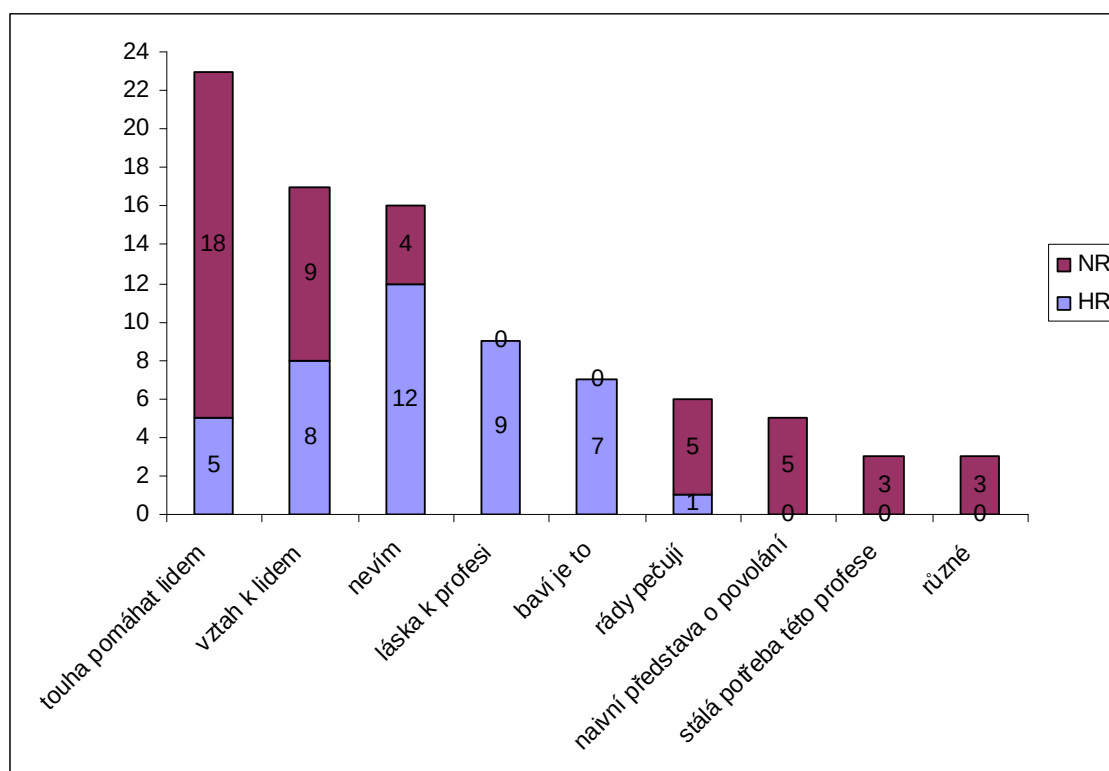
Na otázku „Myslíte si, že pacienti mají právo zúčastnit se všech rozhodnutí týkajících se jim poskytované zdravotní péče?“ odpovědělo ze souboru hospitalizovaných respondentů 31 (73,8%) ano, 5 (11,9%) ne a 6 (14,3%) nevím. Z nehospitalizovaných respondentů ano odpovědělo 26 osob (65,0%), ne 3 (7,5%) a nevím 11 osob (27,5%).

Graf 14 Jak vnímají laičtí respondenti roli sestry v péči o pacienta



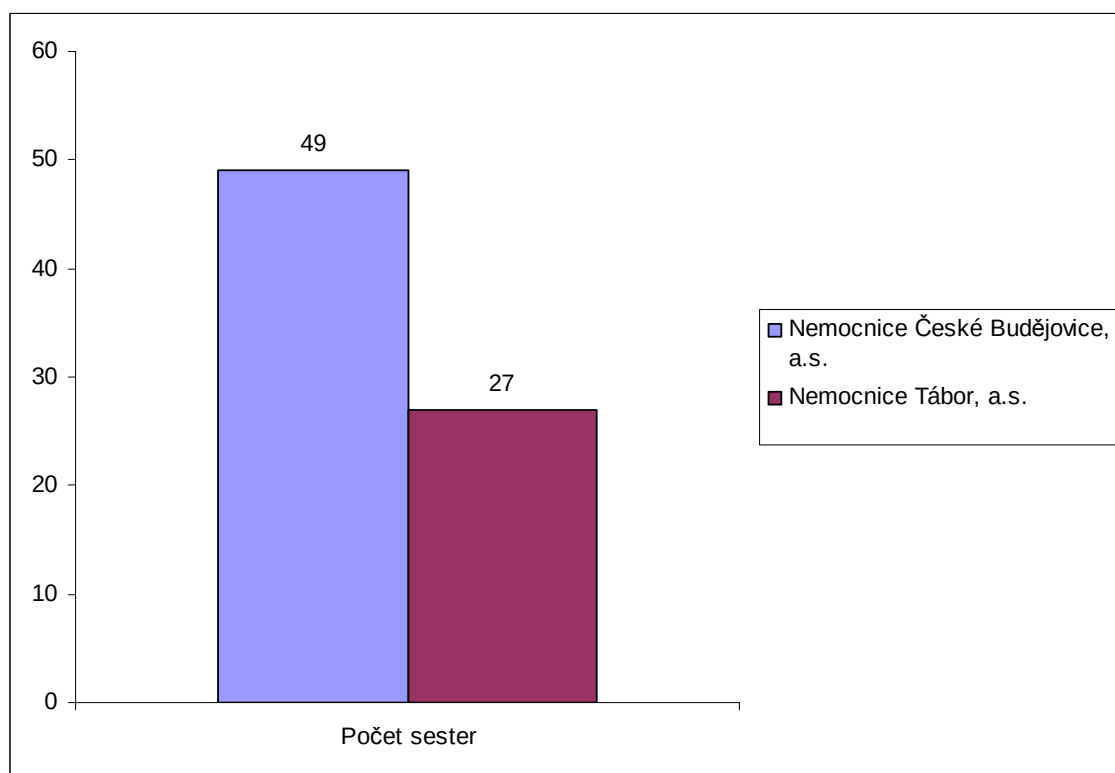
U otázky „Roli sestry v péči o pacienta považujete za:“ z hospitalizovaných respondentů označily 4 osoby (9,5%) odpověď „důležitější než roli lékaře“, 33 (78,6%) „stejně důležitou jako roli lékaře“ a 5 (11,9%) „méně důležitou než roli lékaře“. Z nehospitalizovaných respondentů zhodnotila roli sestry v péči o pacienta za „důležitější než roli lékaře“ 1 osoba (2,5%), „stejně důležitou jako roli lékaře“ 34 osob (85,0%) a „méně důležitou než roli lékaře“ 5 osob (12,5%).

Graf 15 Proč sestry dle názoru laických respondentů vykonávají svou profesi – nejčastější odpovědi



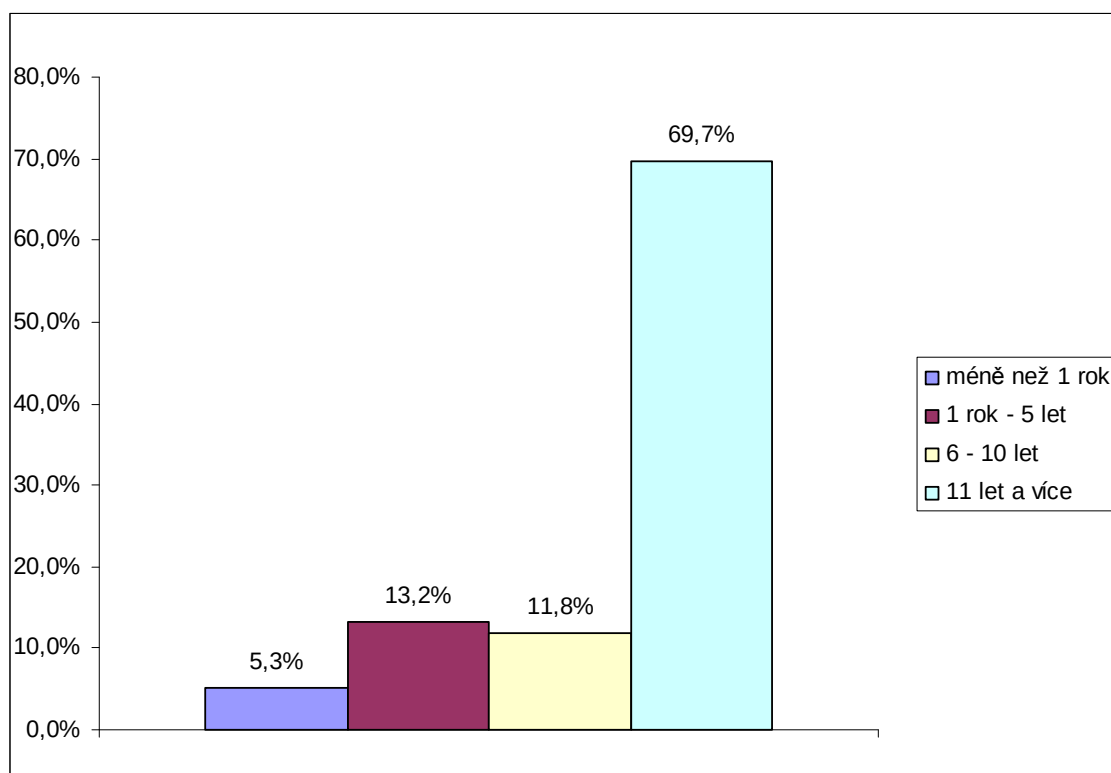
Na otázku „Co si myslíte, že vede sestry nejčastěji k tomu, že vykonávají svou profesi?“ udalo nejvíce osob z hospitalizovaných respondentů odpověď „nevím“ (12), dále „láska k profesi“ (9), „vztah k lidem“ (8), „baví je to“ (7), „touha pomáhat lidem“ (5) a „rády pečují“ (1). 2 osoby uvedly „naplnění životního poslání“. U nehospitalizovaných respondentů se nejčastěji objevila odpověď „touha pomáhat lidem“ (18), dále „vztah k lidem“ (9), „rády pečují“ a „naivní představa o povolání“ (5), „nevím“ (4), „stálá potřeba této profese“ a „různé důvody“ (3). Méně časté byly odpovědi „potřeba být užitečná“, „rodinné dispozice“, „potřeba vydělávat“ a „nedostanou se na jinou školu“ (2), dále „zajímavá práce“, „zájem o zdravotnictví“, „nedostatek jiných pracovních příležitostí“ a „snaha zmenšit utrpení“ (1).

Graf 16 Poměr sester respondentek



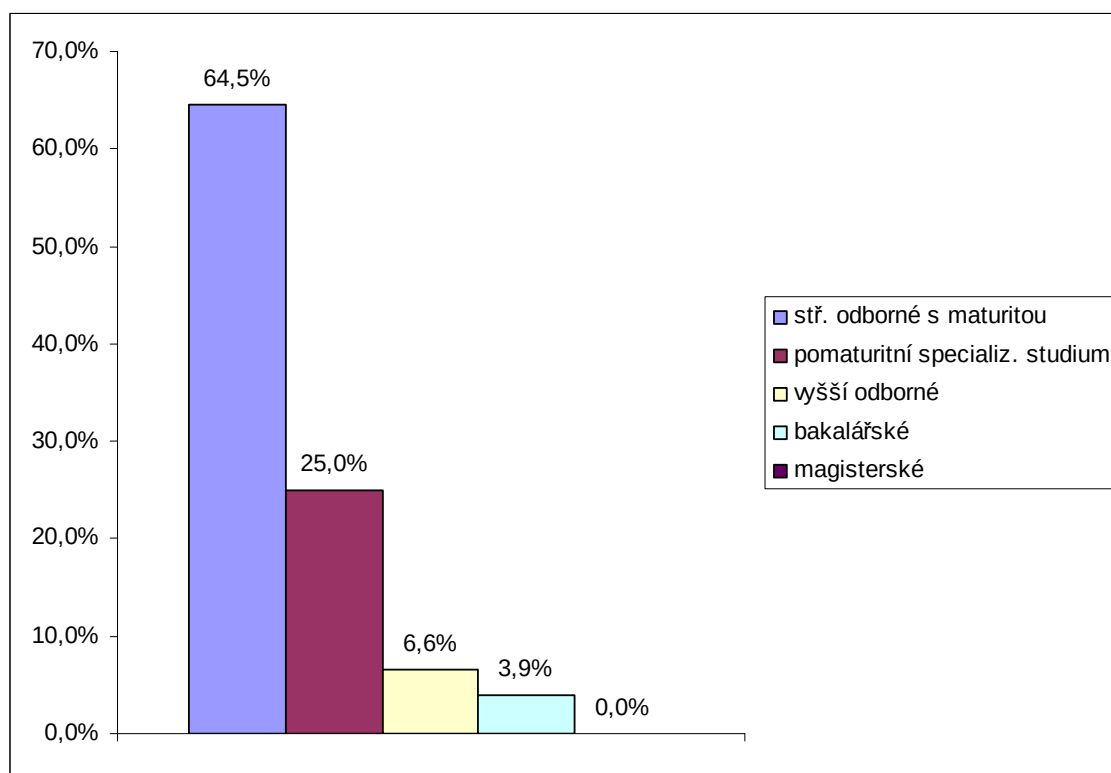
Celkový počet 76 respondentek (100%) tvoří 49 sester z Nemocnice České Budějovice, a.s. a 27 sester z Nemocnice Tábor, a.s.

Graf 17 Délka praxe sester respondentek



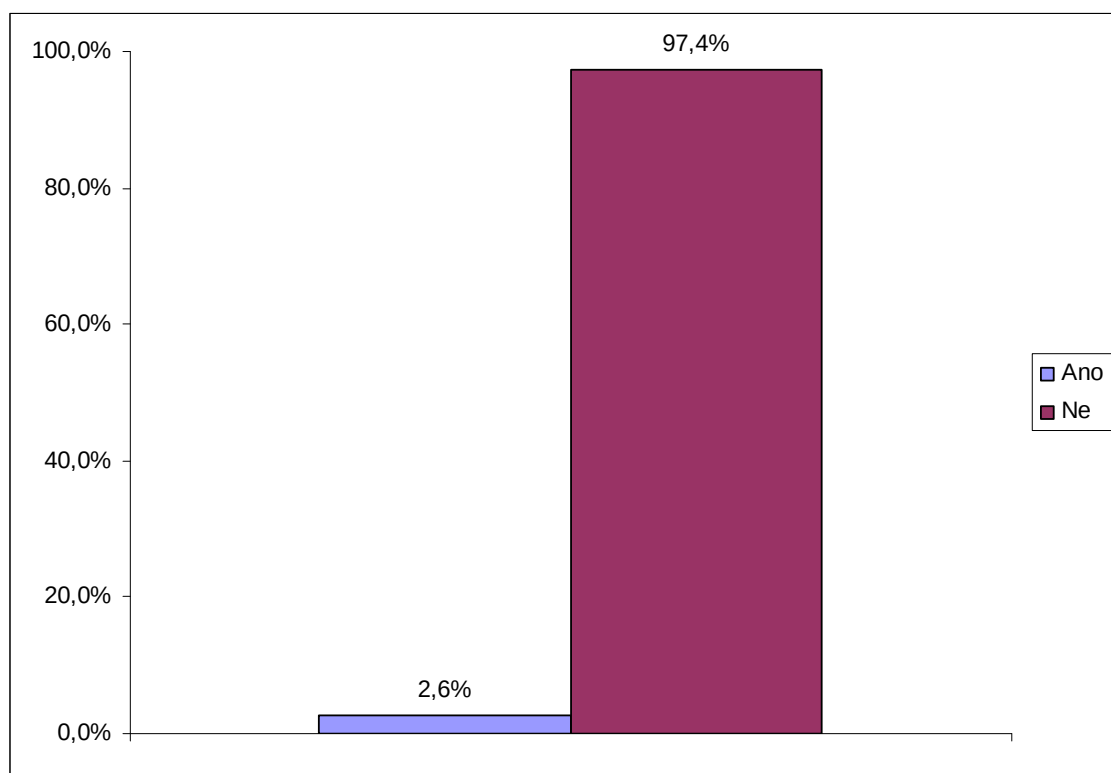
Z celkového počtu sester (76) pracují méně než 1 rok 4 sestry (5,3%), 1 rok – 5 let pracuje 10 sester (13,2%), 6 – 10 let pracuje 9 sester (11,8%) a 11 let a více pracuje 53 sester (69,7%).

Graf 18 Vzdělání sester respondentek



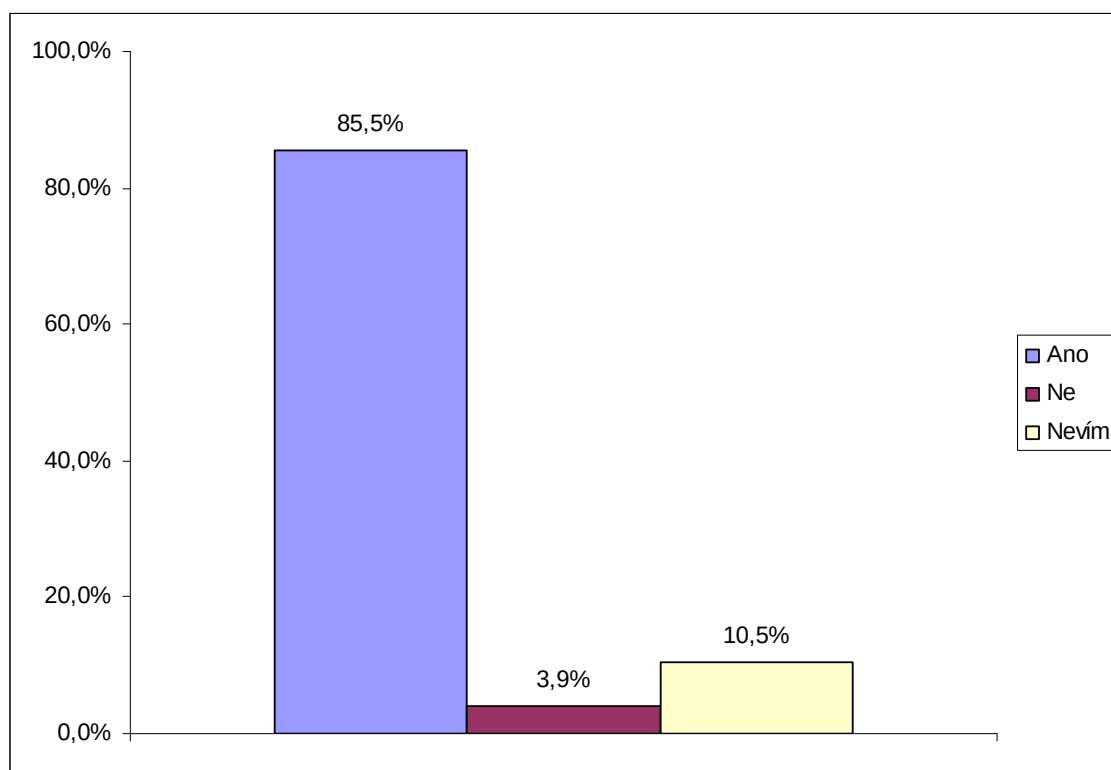
Z celkového počtu sester (76) má jako nejvyšší dosažený stupeň vzdělání 49 (64,5%) středoškolské vzdělání, 19 (25,0%) pomaturitní specializační studium, 5 (6,6%) vyšší odborné, 3 (3,9%) bakalářské a žádná sestra neabsolvovala magisterské studium.

Graf 19 Odpovědi sester na otázku, zda v současné době studují



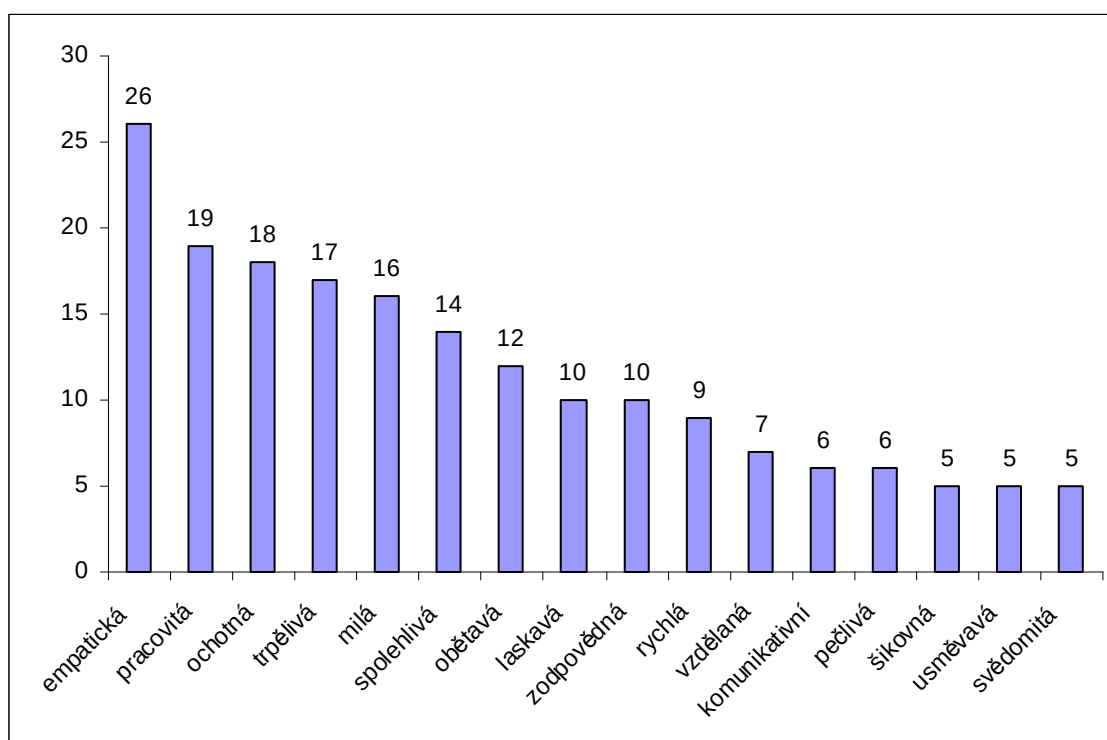
Na otázku „Studujete nyní?“ odpověděly ano 2 sestry (2,6%), a uvedly bakalářské kombinované studium, ne odpovědělo 74 sester (97,4%).

Graf 20 Názor sester, zda je v jejich profesi důležité celoživotní vzdělávání



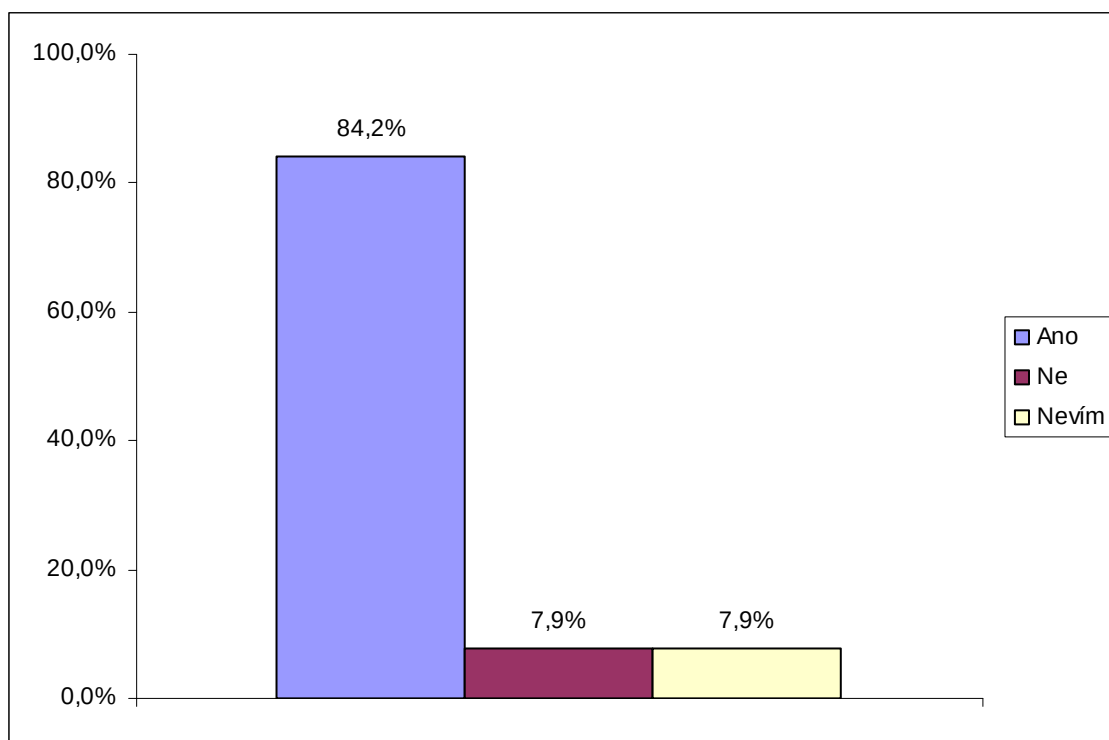
Na otázku „Myslíte si, že je v profesi sestry důležité celoživotní vzdělávání?“ odpovědělo ano 65 sester (85,5%), jako důvod uvedly nejčastěji „nové poznatky a rozvoj“ (36, tj. 55,4%), dále „zvyšování úrovně péče“ (10, tj. 15,4%), 19 sester (29,2%) důvod neuvedlo. Ne odpověděly 3 sestry (3,9%), jako důvod uvedly „praxe je mnohem důležitější“. Odpověď nevím zvolilo 8 sester (10,5%).

Graf 21 Jaká by měla být sestra dle názoru sester – nejčastější odpovědi



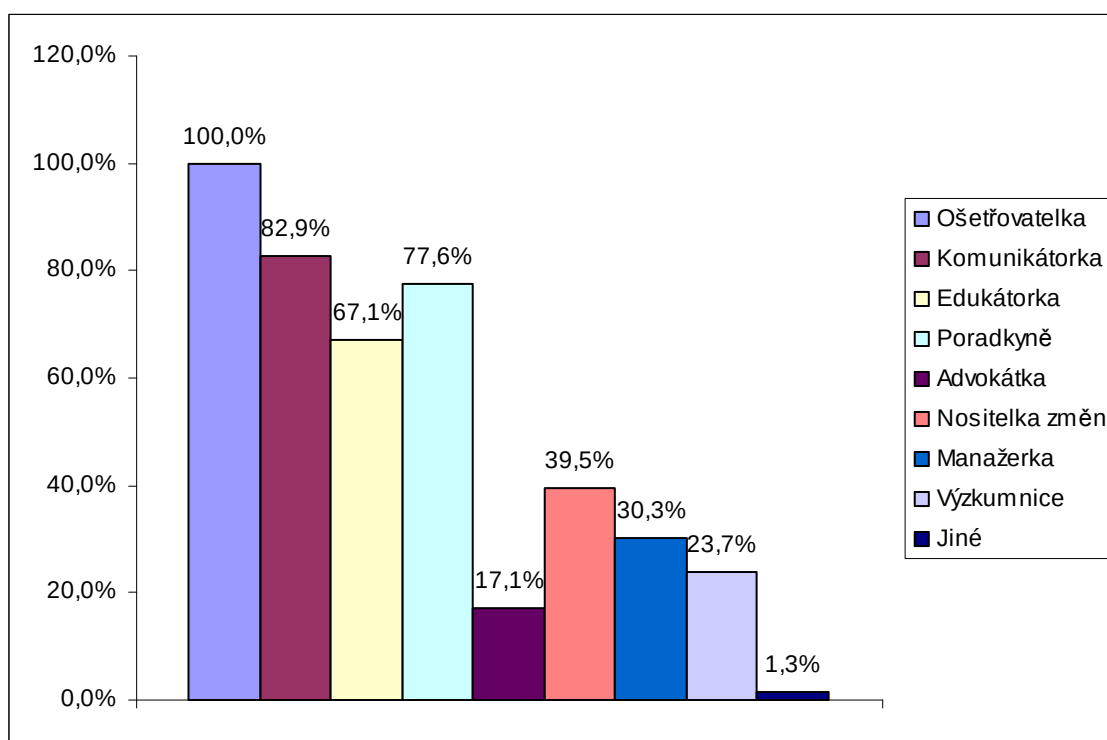
Na otázku „Jaké vlastnosti by podle Vás měla mít sestra?“ sestry nejčastěji uvedly, že by sestra měla být „empatická“ (26), dále „pracovitá“ (19), „ochotná“ (18), „trpělivá“ (17), „milá“ (16), „spolehlivá“ (14), „obětavá“ (12), „laskavá“ a „zodpovědná“ (10), „rychlá“ (9), „vzdělaná“ (7), „komunikativní“ a „pečlivá“ (6), „šikovná“, „usměvavá“ a „svědomitá“ (5). Méně často se objevilo „slušná“ a „inteligentní“ (4), „praktická“ (3), „zdatná“, „cílevědomá“, „pravdomluvná“, „ctižádostivá“, „upřímná“, „psychicky vyspělá“, „hodná“, „tolerantní“ a „mít organizační schopnosti“ (2), též „vyrovnaná“, „vnímavá“, „skromná“, „profesionální“, „rozhodná“, „diplomatická“, „vtipná“, „flexibilní“, „nesobecká“, „asertivní“, „upravená“, „společenská“, „mít pevné nervy“ a „mít úctu k lidem“ (1).

Graf 22 Názor sester, zda mají pacienti právo zúčastnit se všech rozhodnutí, která se týkají jim poskytované zdravotní péče



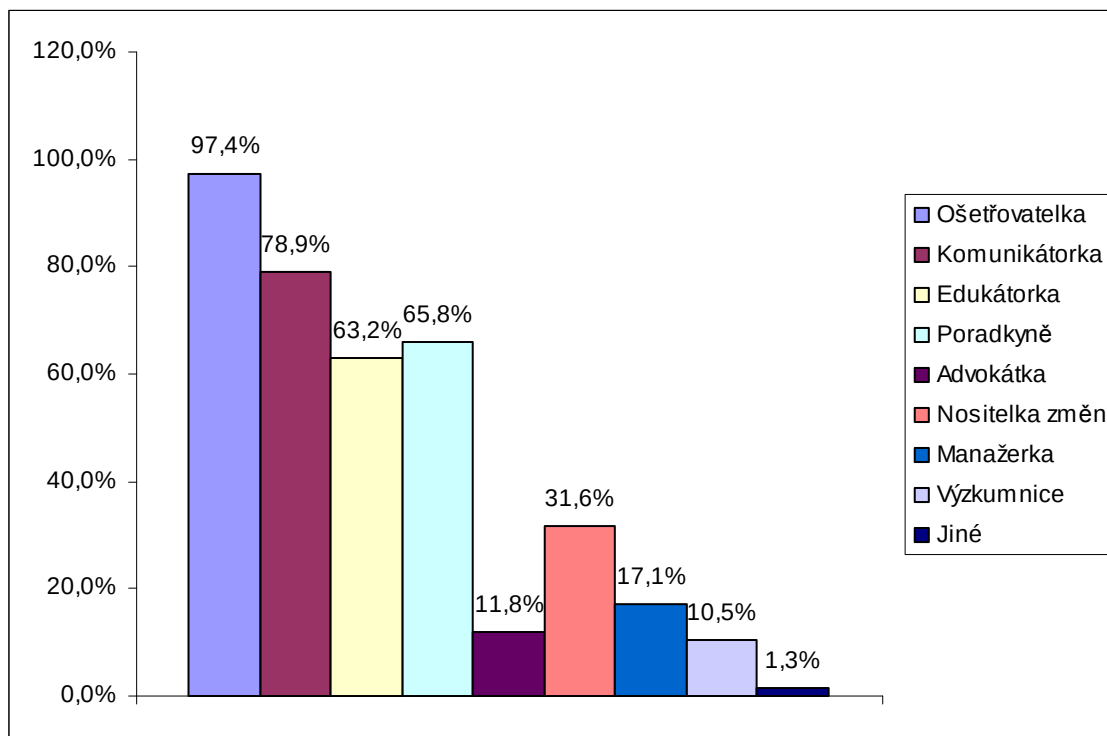
Na otázku „Myslíte si, že pacienti mají právo zúčastnit se všech rozhodnutí týkajících se jim poskytované zdravotní péče?“ odpovědělo 64 sester (84,2%) ano, 6 sester (7,9%) ne a 6 (7,9 %) zvolilo odpověď nevím.

Graf 23 Funkce, které zastává sestra dle názoru sester



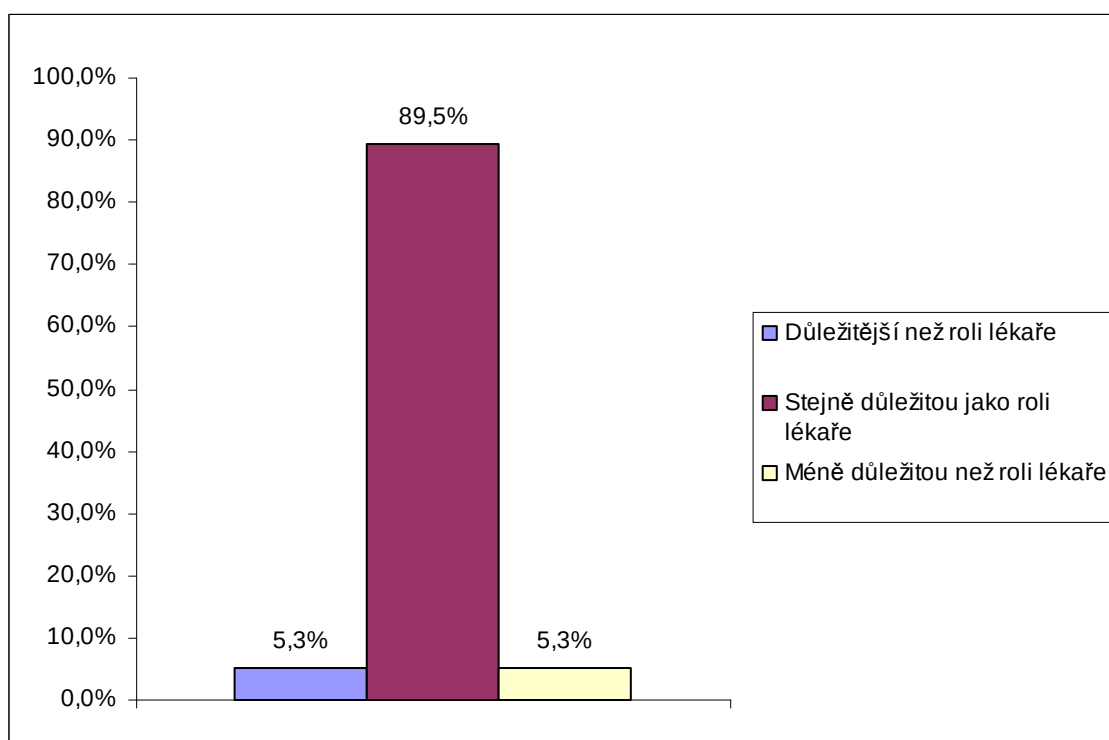
U otázky „Jaké funkce sestra zastává?“, kde mohly respondenty označit více odpovědí, zvolilo 76 sester (100,0%) odpověď „ošetřovatelka“, 63 (82,9%) „komunikátorka“, 51 (67,1%) „edukátorka“, 59 (77,6%) „poradkyně“, 13 (17,1%) „advokátka“, 30 (39,5%) „nositelka změn“, 23 (30,3%) „manažerka“, 18 (23,7%) „výzkumnice“ a 1 sestra (1,3%) uvedla „psycholožka“.

Graf 24 Funkce, které zastávají sestry respondentky



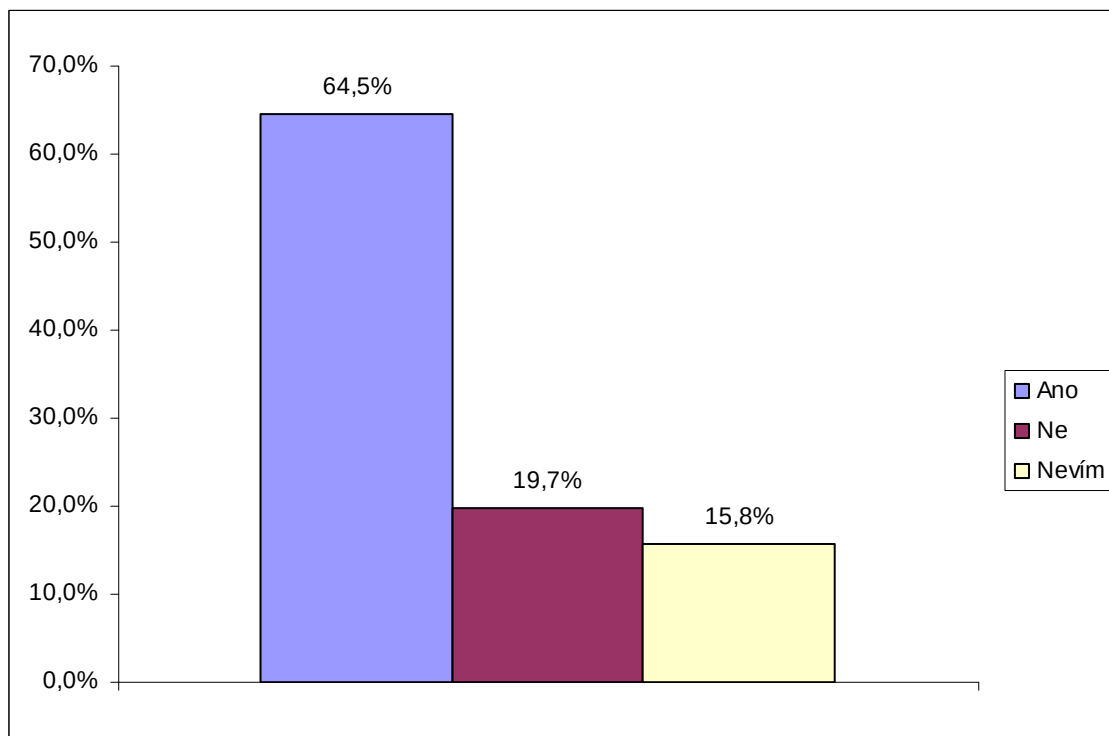
U otázky „Jaké z těchto funkcí (viz předchozí otázka) zastáváte Vy?“, kde sestry mohly uvést více odpovědí, označilo 74 sester (97,4%) „ošetřovatelka“, 60 (78,9%) „komunikátorka“, 48 (63,2%) „edukátorka“, 50 (65,8%) „poradkyně“, 9 (11,8%) „advokátka“, 24 (31,6%) „nositelka změn“, 13 (17,1%) „manažerka“, 8 (10,5%) „výzkumnice“ a 1 sestra (1,3%) uvedla „psycholožka“.

Graf 25 Jak vnímají sestry svou roli v péči o pacienta



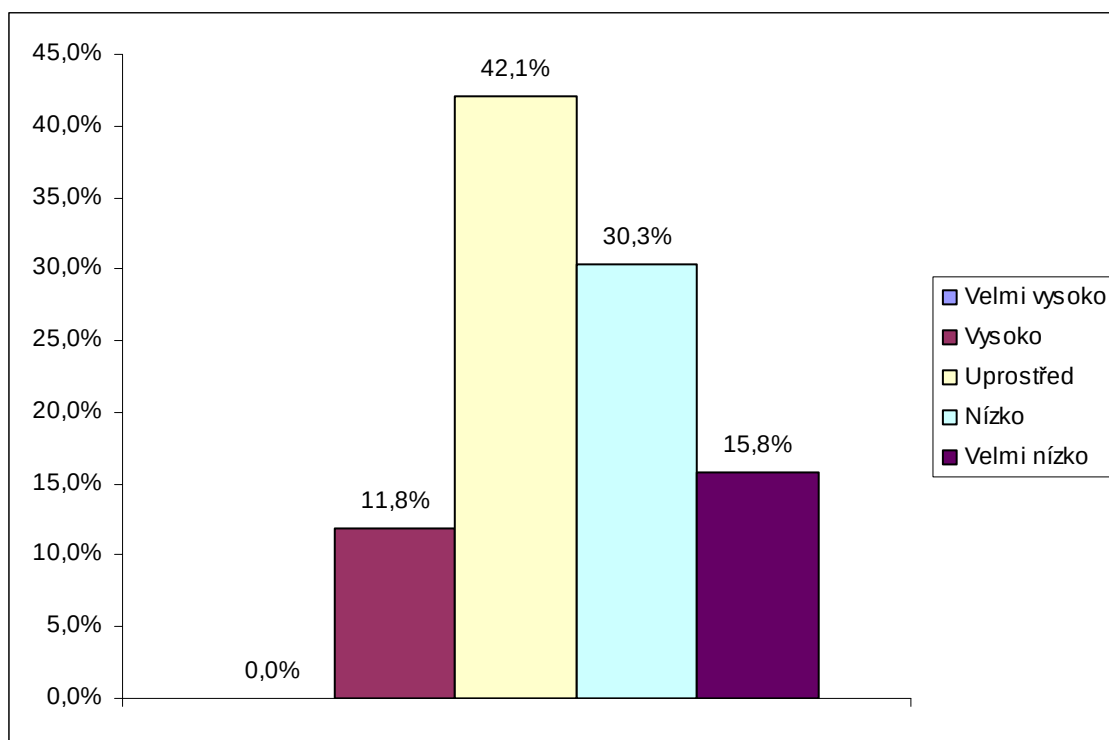
Na otázku „Svou roli v péči o pacienta považujete za:“ zvolily 4 sestry (5,3%) odpověď „důležitější než roli lékaře“, 68 sester (89,5%) odpověď „stejně důležitou jako roli lékaře“ a 4 sestry (5,3%) odpověď „méně důležitou než roli lékaře“.

Graf 26 Odpovědi sester, zda cítí osobní odpovědnost za zdraví pacienta



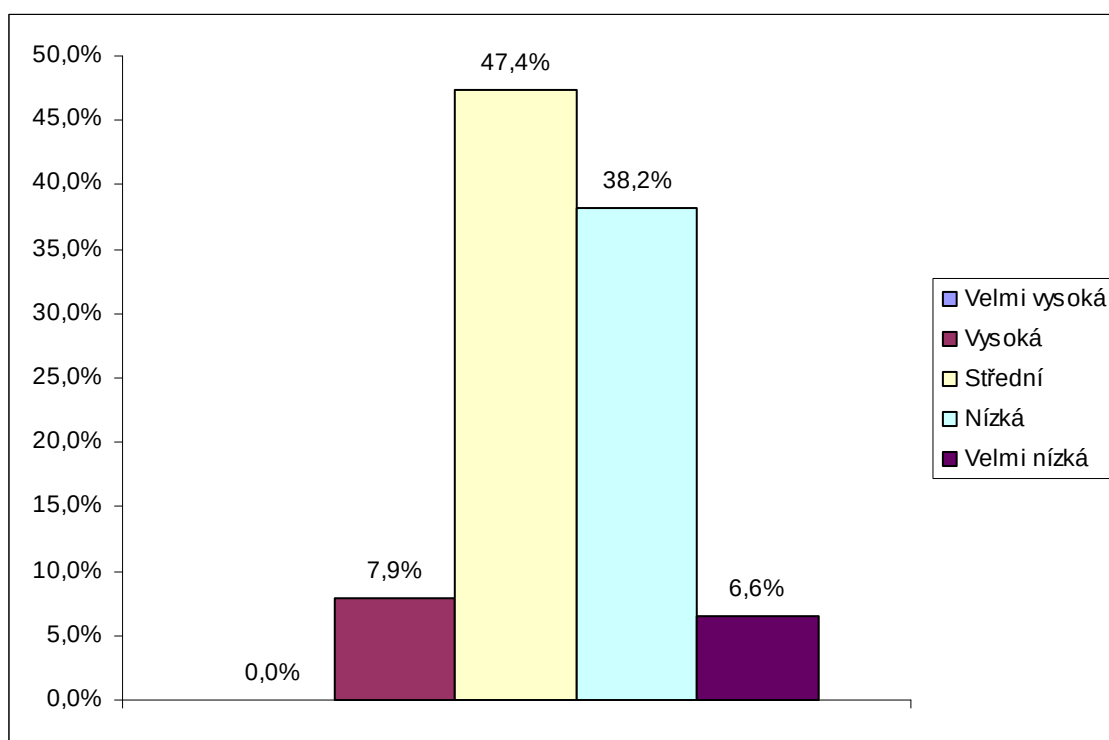
Na otázku „Cítíte osobní odpovědnost za zdraví pacienta?“ odpovědělo 49 sester (64,5%) ano, 15 sester (19,7%) ne a 12 sester (15,8%) nevím.

Graf 27 Kde je pozice sester v porovnání s ostatními povoláními – dle názoru sester



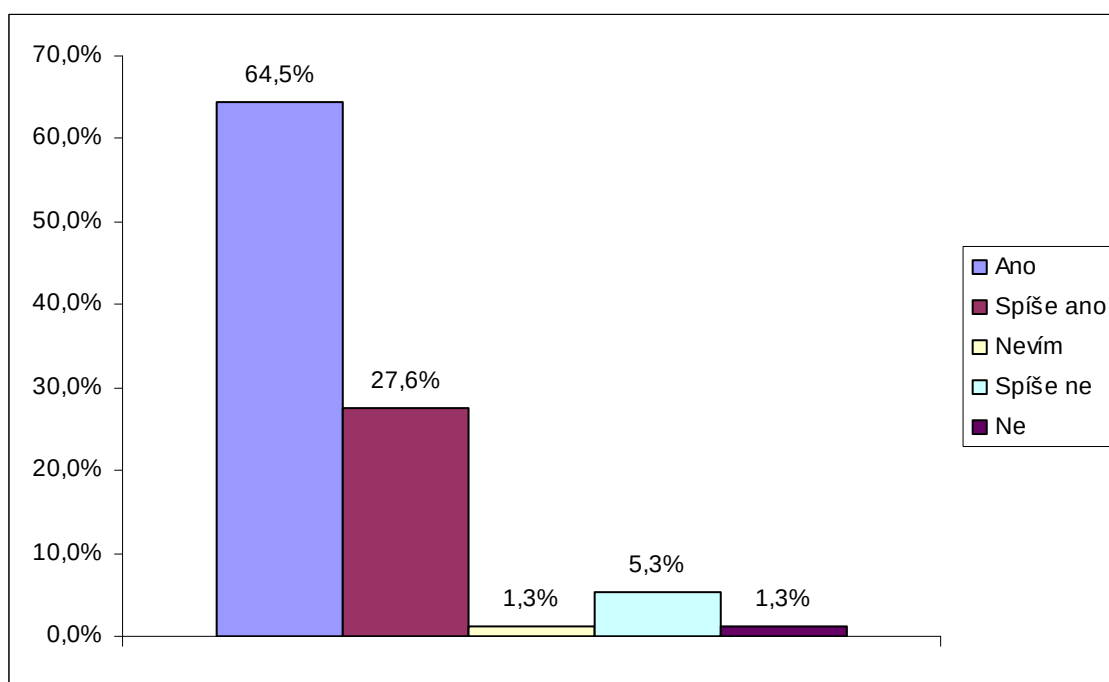
Na otázku „Pozice sester v porovnání s ostatními povoláními je dle Vás:“ neuvědla žádná sestra „velmi vysoko“, 9 (11,8%) odpovědělo „vysoko“, 32 (42,1%) „uprostřed“, 23 (30,3%) „nízko“ a 12 (15,8%) „velmi nízko“.

Graf 28 Jaká je image sester dle sester



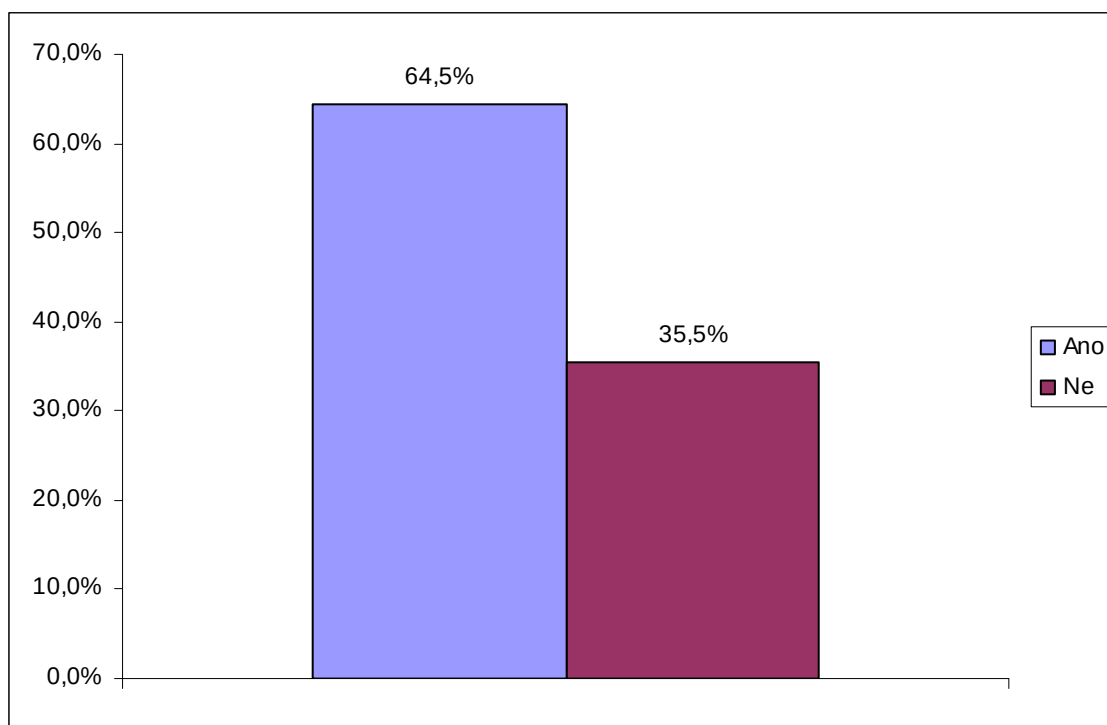
Na otázku „Image sester (tedy komplex názorů, pocitů a postojů společnosti k sestráům) je dle Vás:“ neodpověděla žádná sestra „velmi vysoká“, 6 (7,9%) uvedlo „vysoká“, 36 (47,4%) „střední“, 29 (38,2%) „nízká“ a 5 (6,6%) „velmi nízká“.

Graf 29 Informovanost sester o pojmu „syndrom vyhoření“



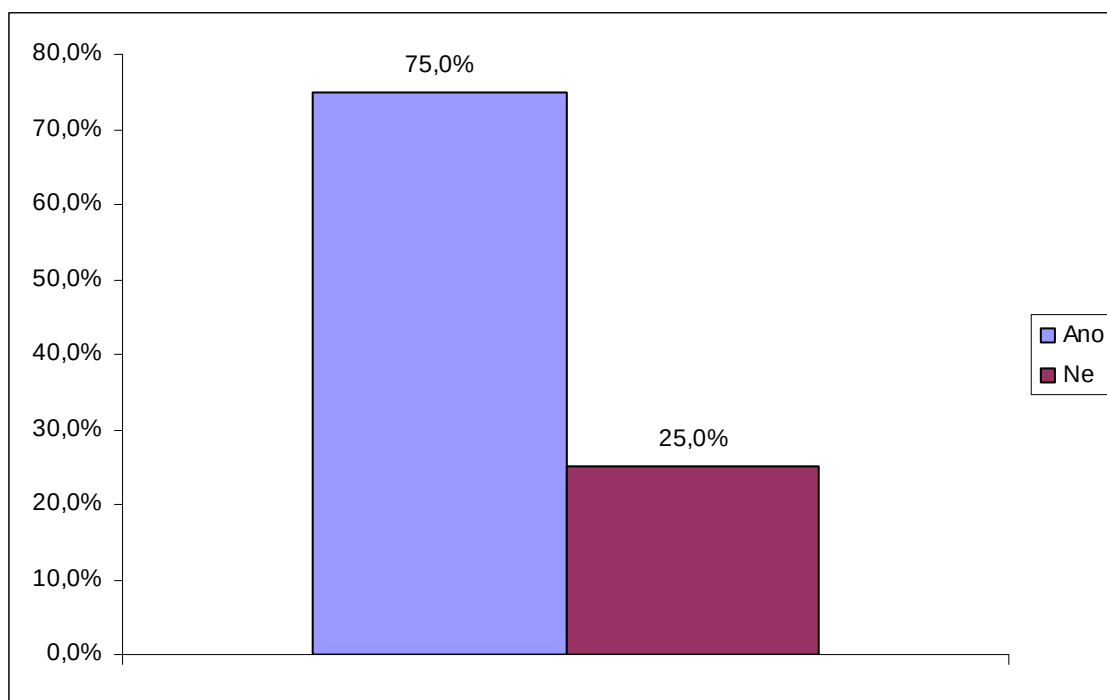
Na otázku „Jste dostatečně informována o pojmu „syndrom vyhoření?“ odpovědělo 49 sester (64,5%) ano, 21 (27,6%) spíše ano, 1 (1,3%) nevím, 4 (5,3%) spíše ne a 1 (1,3%) ne.

Graf 30 Odpovědi sester, zda u sebe někdy pozorovaly příznaky syndromu vyhoření či jeho zvýšeného rizika



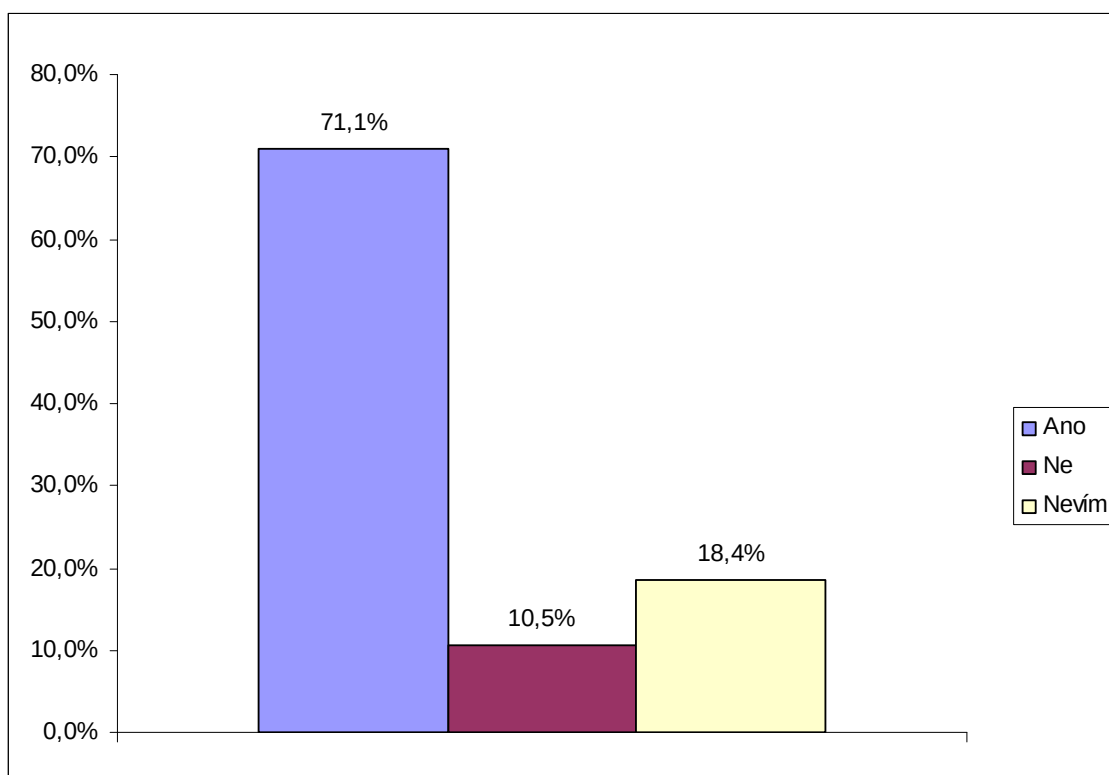
Na otázku „Pozorovala jste na sobě někdy příznaky syndromu vyhoření či jeho zvýšeného rizika?“ uvedlo 49 sester (64,5%) odpověď ano, 27 (35,5%) ne.

Graf 31 Odpovědi sester, zda někdy pozorovaly příznaky syndromu vyhoření či jeho zvýšeného rizika na jiné sestře



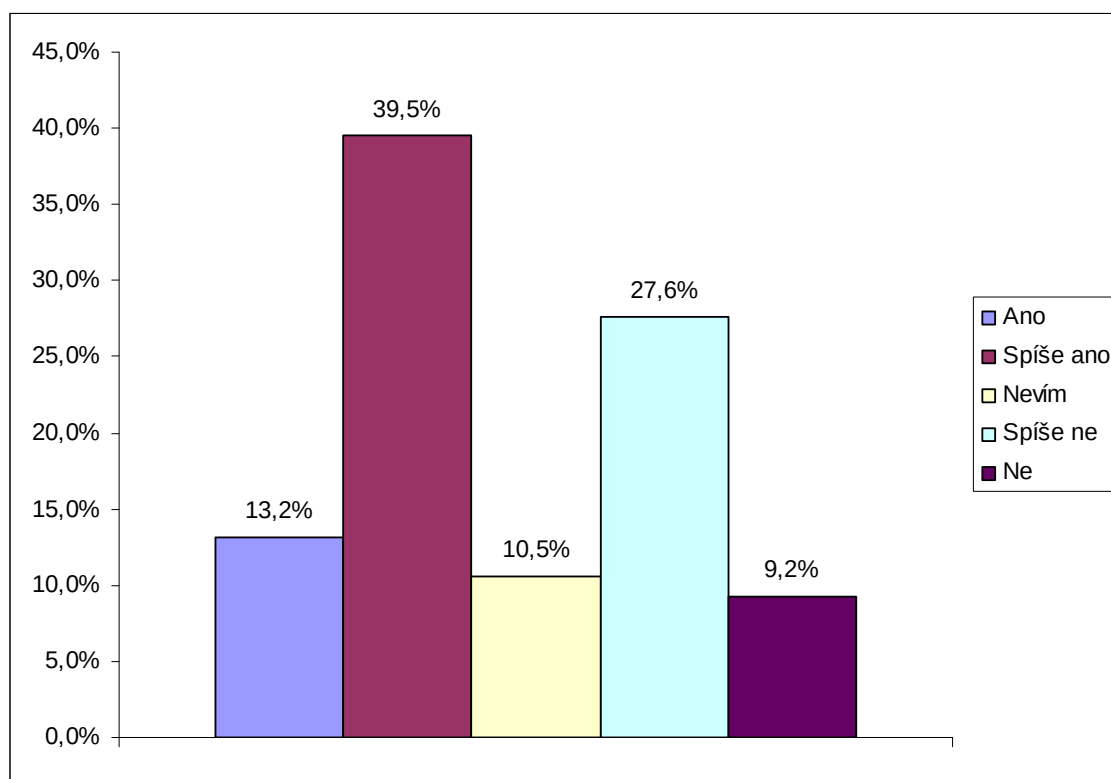
Na otázku „Pozorovala jste někdy příznaky syndromu vyhoření či jeho zvýšeného rizika na jiné sestře?“ odpovědělo 57 sester (75,0%) ano a 19 sester (25,0%) ne.

Graf 32 Názory sester, zda se s medicínou mění i funkce sestry



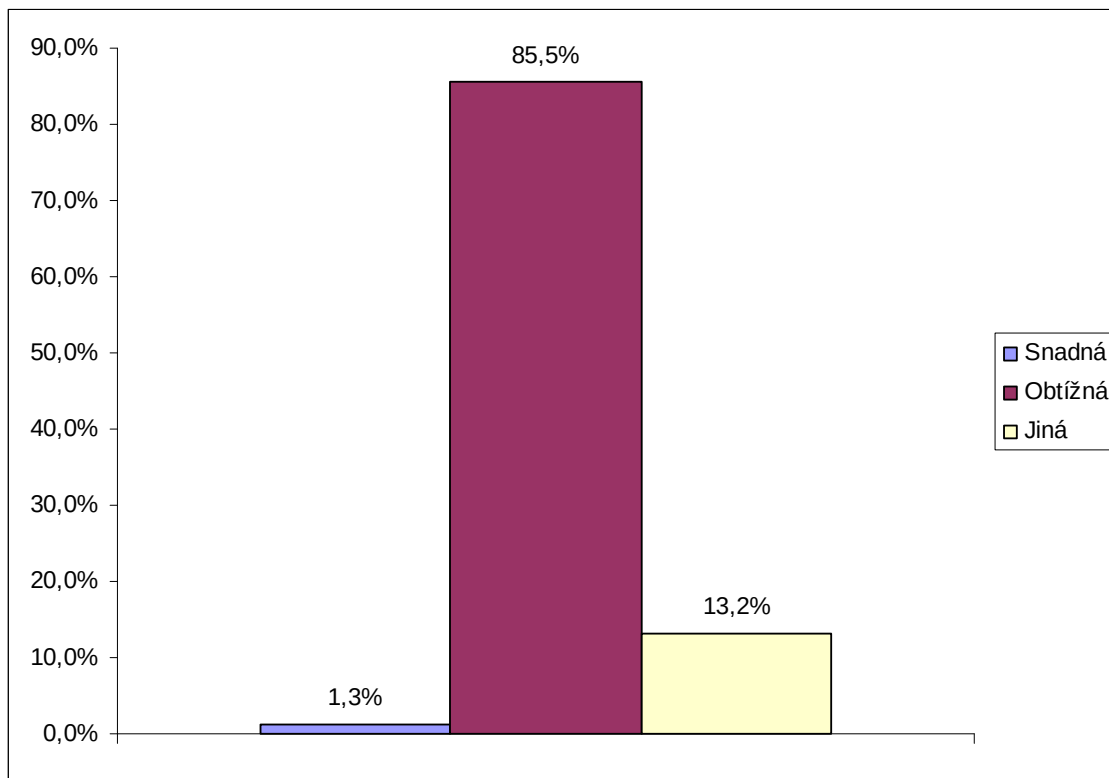
Na otázku „Souhlasíte s tvrzením, že „s medicínou se mění i funkce sestry“?“ odpovědělo 54 sester (71,1%) ano, 8 (10,5%) ne a 14 (18,4%) nevím.

Graf 33 Zklamala sestry realita jejich profese?



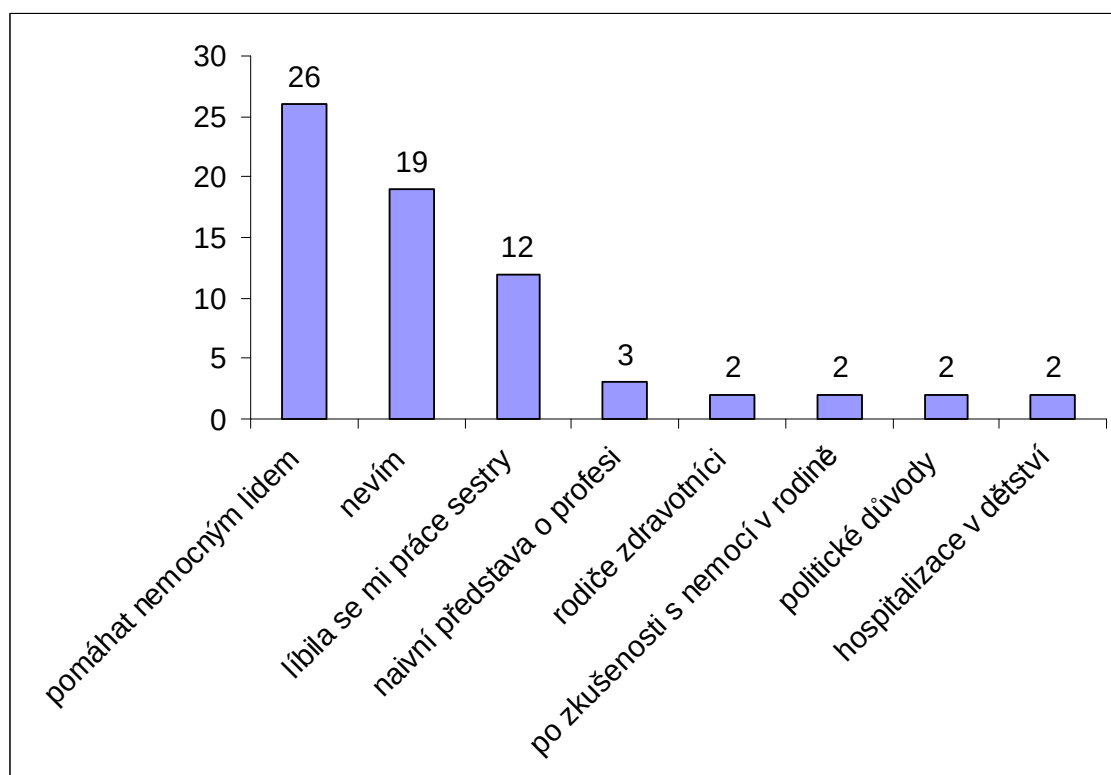
Na otázku „Zklamala Vás realita profese sestry?“ odpovědělo 10 sester (13,2%) ano, 30 (39,5%) spíše ano, 8 (10,5%) nevím, 21 (27,6%) spíše ne a 7 (9,2%) ne.

Graf 34 Jak sestry hodnotí svou profesi



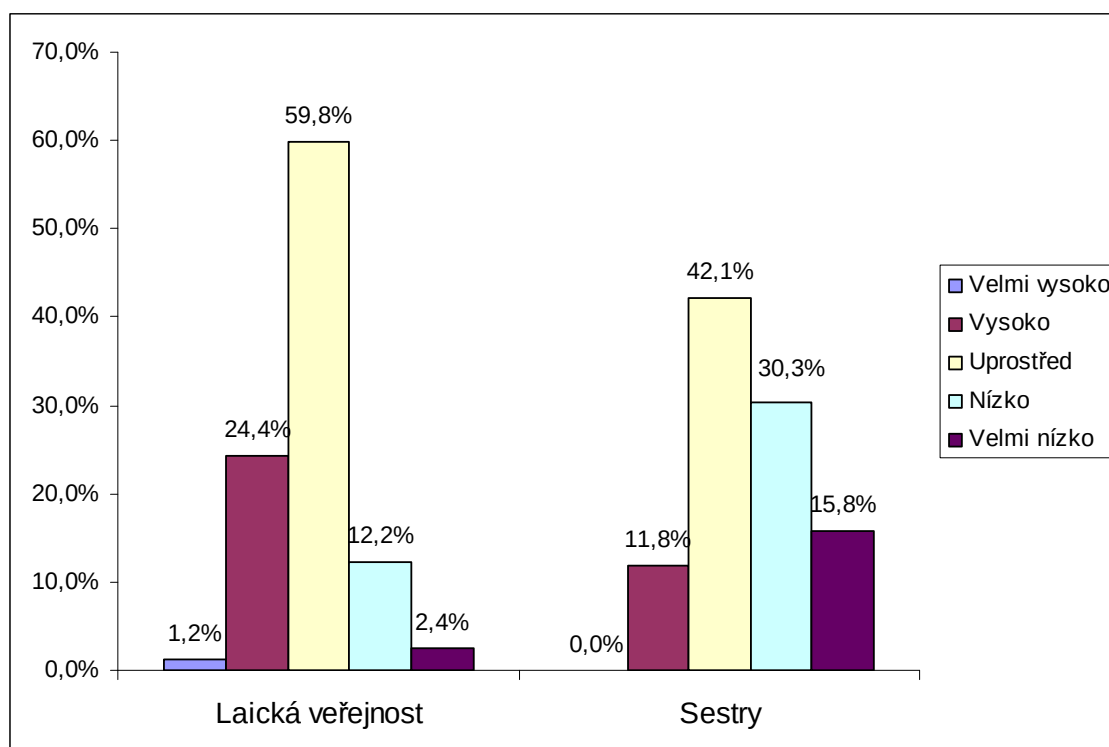
U otázky „Profese sestry je podle Vás:“ označila 1 sestra (1,3%) odpověď „snadná“, 65 sester (85,5%) „obtížná“ a 10 sester (13,2%) uvedlo „jiná“, a to „psychicky náročná“ (6), „fyzicky náročná“ (4), „velmi zodpovědná“ a „nedocenená“ (3), „velmi náročná“, „velmi zajímavá“, „málo placená“ a „důležitá“ (1).

Graf 35 Proč sestry vykonávají svou profesi – nejčastější odpovědi



Na otázku „Proč jste se stala sestrou?“ nejčastěji sestry uvedly jako důvod „touha pomáhat nemocným lidem“ (26), „nevím“ (19), „líbila se mi práce sestry“ (12), „naivní představu o profesi“ (3), „rodiče byli zdravotníci“, „po zkušenosti s nemocí v rodině“, „z politických důvodů“ a „hospitalizace v dětství“ (2). Jako méně časté důvody se objevily „být užitečná“, „nevzali mě na zdravotní laborantku“, „líbila se mi uniforma sestry“, „zájem o zdravotnictví“, „rozhodnutí rodičů“ a „nejlepší cesta při výběru povolání“ (1).

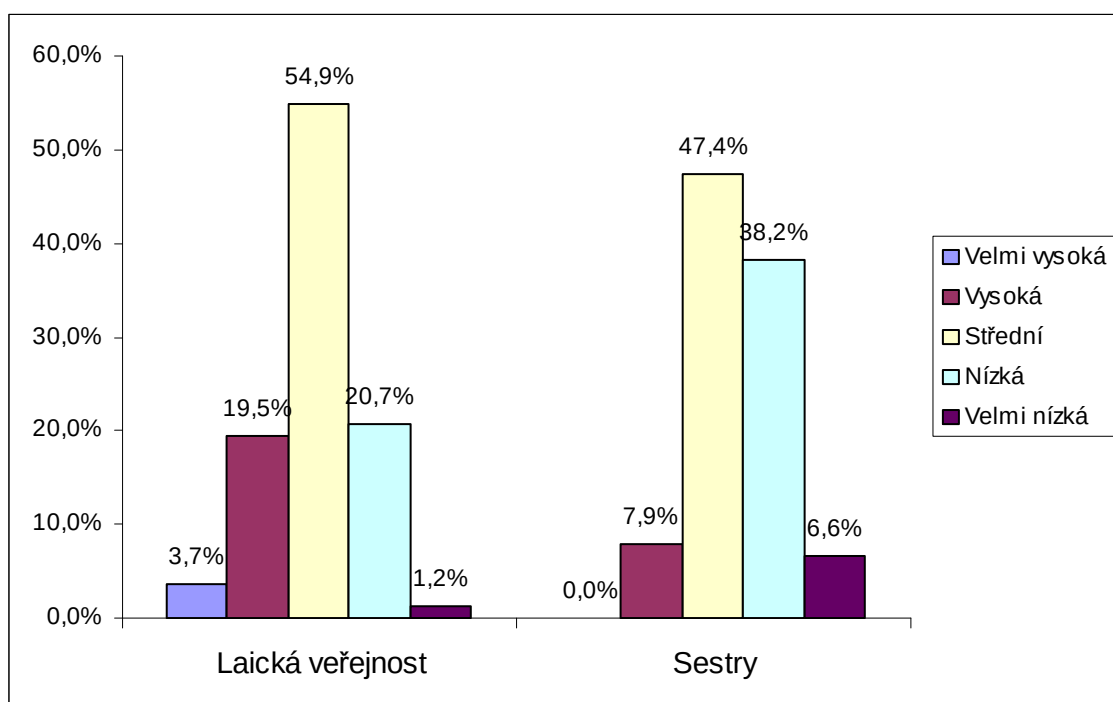
Graf 36 Srovnání, jak hodnotí pozici sester v porovnání s ostatními povoláními laická veřejnost a jak sestry



Ze souboru laické veřejnosti, který tvořilo 82 osob (100,0%), zhodnotila pozici sester „velmi vysoko“ 1 osoba (1,2%), „vysoko“ 20 osob (24,4%), „uprostřed“ 49 osob (59,8%), „nízko“ 10 osob (12,2%) a „velmi nízko“ 2 osoby (2,4%).

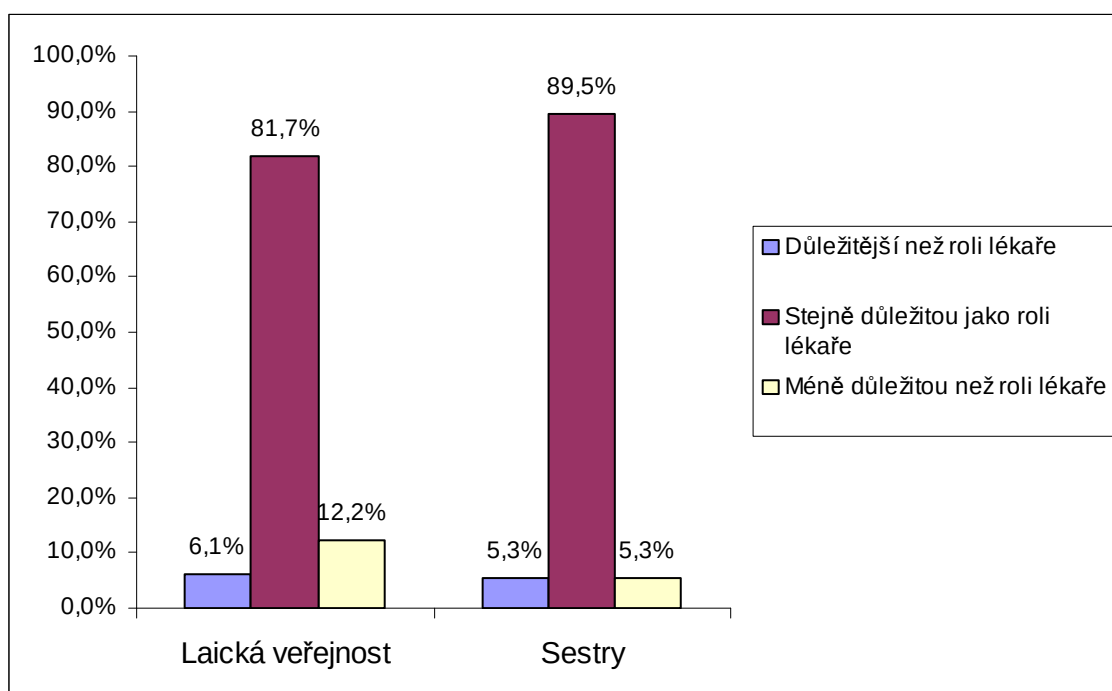
Ze souboru sester, který tvořilo 76 sester (100,0%), nezhodnotila pozici sester „velmi vysoko“ žádná sestra, „vysoko“ ji zhodnotilo 9 sester (11,8%), „uprostřed“ 32 sester (42,1%), „nízko“ 23 sester (30,3%) a „velmi nízko“ 12 sester (15,8%).

Graf 37 Srovnání, jaká je image sester dle názoru laiků a sester



Z celkového počtu respondentů z řad laické veřejnosti (82 osob – 100,0%) zhodnotily image sester jako „velmi vysokou“ 3 osoby (3,7%), jako „vysokou“ osob 16 (19,5%), „střední“ 45 osob (54,9%), „nízkou“ 17 osob (20,7%) a „velmi nízkou“ 1 osoba (1,2%). Ze souboru sester respondentek (76 sester – 100,0%) nezhodnotila image sester jako „velmi vysokou“ žádná sestra, jako „vysokou“ ji zhodnotilo 6 sester (7,9%), „střední“ 36 sester (47,4%), „nízkou“ 29 sester (38,2%) a „velmi nízkou“ 5 sester (6,6%).

Graf 38 Srovnání, jak vnímají roli sestry v péči o pacienta laici a jak sestry



Ze souboru 82 laiků (100,0%) zhodnotilo roli sestry v péči o pacienta jako „důležitější než roli lékaře“ 5 osob (6,1%), jako „stejně důležitou s rolí lékaře“ 67 osob (81,7%) a jako „méně důležitou než roli lékaře“ 10 osob (12,2%).

Ze souboru 76 sester (100,0%) zhodnotily roli sestry v péči o pacienta jako „důležitější než roli lékaře“ 4 sestry (5,3%), jako „stejně důležitou s rolí lékaře“ 68 sester (89,5%) a jako „méně důležitou než roli lékaře“ 4 sestry (5,3%).

5. Diskuze

Oba druhy dotazníků, použitých při našem výzkumu, byly rozděleny na dvě části. První část tvořily identifikační otázky, část druhou otázky odvíjející se od našeho tématu. Identifikačními otázkami na začátku dotazníků byly zjištěny základní informace o členech výzkumného souboru a byla tak poskytnuta možnost ověření jejich vzájemné odlišnosti důležité pro objektivní výsledky výzkumu.

Soubor sester tvořilo 64,5% sester z Nemocnice České Budějovice, a.s. a 35,5% sester z Nemocnice Tábor, a.s. Sester s kratší praxí než 1 rok bylo 5,3%, s praxí v rozmezí 1 roku až 5 let bylo 13,2%, s délkou praxe mezi 6 a 10 lety 11,8% a s praxí delší nad 10 let 69,7%. Sester s nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání středním odborným s maturitou bylo 64,5%, s pomaturitním specializačním studiem 25,0%, s vyšším odborným vzděláním 6,6%, s vysokoškolským bakalářským vzděláním 3,9% a s vysokoškolským magisterským vzděláním 0,0%.

Soubor hospitalizovaných respondentů tvořilo 45,2% mužů a 54,8% žen. Ve věku 25 let a méně bylo 2,4%, ve věkovém rozmezí 26 – 35 let bylo 9,5%, věkovou skupinu mezi 36 a 45 lety tvořilo 7,1%, ve věku 46 – 60 let bylo 35,7% a respondentů s 61 lety a více bylo 45,2%.

Soubor nehospitalizovaných respondentů byl sestaven z 47,5% mužů a z 52,5% žen. Věkovou skupinu do 25 let včetně tvořilo 17,5%, ve věku 26 – 35 let bylo 32,5% respondentů, věkové rozmezí 36 a 45 let tvořilo 12,5%, ve věku 46 – 60 let bylo 25,0% a věkovou skupinu nad 60 let tvořilo 12,5% respondentů.

Cíly práce bylo zjistit, jak jsou hodnoceny postavení a role sester společností jako celkem (C1), zjistit, jak hodnotí postavení a role sester pacienti (C2) a zjistit, jak hodnotí své postavení a roli sestry (C3).

Za hypotézy práce bylo stanoveno, že laická veřejnost pohlíží na sestry pozitivně (H1), ale sestry nedoceňuje (H2), pacienti pohlíží na sestry pozitivně (H3) a práce sester si cení (H4) a sestry svou úlohu v péči o pacienta podceňují (H5).

K ověření první hypotézy nám vyšly výsledky ze spolu souvisejících otázek, jaké vlastnosti by měla mít sestra a jak velká část sester těmito vlastnostmi disponuje.

Nehospitalizovaní respondenti nejčastěji uváděli, že by sestra měla být trpělivá, empatická, ochotná, laskavá a pečlivá (viz graf 6). Nejvíce těchto respondentů uvedlo, že tyto vlastnosti má převážná část sester (55,0%), méně často se objevil názor, že tyto vlastnosti má jen menší část sester (40,0%) a nejméně se objevila odpověď, že sestry tyto vlastnosti mají jen výjimečně (5,0%), nikdo neodpověděl, že tyto vlastnosti mají všechny sestry (viz graf 7). Dále nám o ověření první hypotézy vypovídaly odpovědi na otázku, jaké jsou dle respondentů pozice sester v porovnání s ostatními povoláními a image sester. Nejvíce respondentů uvedlo, že si myslí, že pozice sester stojí uprostřed (75,0%), méně, že pozice sester je vysoko (10,0%), že pozice sestry je nízko, uvedla ještě menší část respondentů (7,5%), a nejméně, že pozice sestry je velmi nízko (5,0%) či velmi vysoko (2,5%) (viz graf 11). Image sester hodnotila největší část nehospitalizovaných respondentů jako střední (62,5%), v menší míře se objevil názor, že image sester je nízká (25,0%), ještě méně respondenti hodnotili image sester jako vysokou (10,0%) a nejméně jako velmi nízkou (2,5%), jako velmi vysokou ji z této skupiny nehodnotil nikdo (viz graf 12). Poslední otázkou ověřující první hypotézu byl dotaz na názor respondentů, proč sestry vykonávají svou profesi. Nejvíce z nich jich uvedlo touhu pomáhat lidem (45,0%), v menší míře se objevil jako důvod vztah k lidem (22,5%) a třetí nejčastější odpověď byla naivní představa o povolání (12,5%) či, že rády pečují (12,5%) (viz graf 15).

První hypotéza, že laická veřejnost pohlíží na sestry pozitivně, se nám tímto potvrdila. Pro její lepší zhodnocení by však dle mého názoru bylo dobré srovnat ještě výsledky odpovědí nehospitalizovaných respondentů s odpověďmi na tytéž otázky respondentů hospitalizovaných, které nám též poslouží k ověření hypotézy třetí.

Na otázku, jaké vlastnosti by měla mít sestra a jak velká část sester tyto vlastnosti má, hospitalizovaní respondenti nejčastěji uváděli, že by sestra měla být milá, ochotná, empatická a hodná (viz graf 6). Když tyto odpovědi srovnáme s odpověďmi nehospitalizovaných respondentů, zjistíme, že jsou podobné, snad jen hospitalizovaní respondenti kladou větší důraz na celkově pozitivní přístup sestry, zatímco nehospitalizovaní respondenti se snaží více pojmenovat jednotlivé vlastnosti. 83,3% hospitalizovaných respondentů uvedlo, že tyto vlastnosti má převážná část sester, 11,9%

uvedlo, že je mají všechny sestry a 4,8% uvedla, že jen menší část sester. Nikdo neuvedl, že je sestry mají jen výjimečně (viz graf 7). Jestliže porovnáme odpovědi HR s odpověďmi nehospitalizovaných respondentů, vidíme již markantnější rozdíl. Ačkoliv nejvíce respondentů z obou skupin uvedlo, že požadované vlastnosti má převážná část sester, u hospitalizovaných respondentů tento názor měla takřka většina, zatímco u nehospitalizovaných respondentů také velká část odpověděla, že tyto vlastnosti má pouze menší část sester, a objevil se též názor, že sestry potřebné vlastnosti mají jen výjimečně. Naopak část hospitalizovaných respondentů vyslovila názor, že tyto vlastnosti mají všechny sestry.

Podíváme-li se na další otázky, a sice jaké jsou dle názoru hospitalizovaných respondentů pozice sester v porovnání s ostatními povoláními a image sester, shledáme, že největší část hospitalizovaných respondentů odpověděla, že pozice sester je uprostřed (45,2%), jen o něco málo menší část vysoko (38,1%) a nejmenší část nízko (16,7%), nikdo neuvedl velmi vysoko či velmi nízko (viz graf 11). Zde při srovnání se skupinou nehospitalizovaných respondentů opět najdeme rozdíly. U obou skupin se nejčastěji objevilo hodnocení pozice sester uprostřed, ale u nehospitalizované části laické veřejnosti v mnohem větší míře, zatímco velká část hospitalizovaných laiků hodnotila pozici sester též vysoko. Zároveň se však u nich objevil častěji názor o pozici sester nízko a vůbec se nevyskytl extrém hodnocení velmi vysoko či velmi nízko. Image sester hodnotilo nejvíce hospitalizovaných respondentů jako střední (47,6%), dále jako vysokou (28,6%), menší část jako nízko (16,7%) a nejméně jako velmi vysokou (7,1%), jako velmi nízko ji nehodnotil nikdo (viz graf 12). Při srovnání s nehospitalizovanými respondenty shledáme, že obdobné bylo hodnocení image jako střední, ale jinak se hospitalizovaná část laiků více klonila k hodnocení vysoké a velmi vysoké, zatímco nehospitalizovaní respondenti volili častěji hodnocení nízké či velmi nízké image.

Poslední otázkou umožňující nám srovnání pohledu hospitalizovaných a nehospitalizovaných laiků na sestry, je dotaz na domnělý nejčastější důvod výkonu profese sestrami. Hospitalizovaní respondenti nejčastěji uvedli odpověď nevím (28,6%), jinak se objevili důvody láska k profesi (21,4%), vztah k lidem (19,0%), že je to baví

(16,7%) a touha pomáhat lidem (11,9%) (viz graf 15). Při pohledu na odpovědi nehospitalizovaných respondentů na stejnou otázku zjišťujeme, že nehospitalizovaní laici odpověď nevím uvedli jen výjimečně, mnohem častěji za důvod označili touhu pomáhat lidem a lásku k profesi neuvedli vůbec. Důvod vztah k lidem byl u obou skupin co do četnosti srovnatelný, skupina nehospitalizovaných laiků uvedla celkově širší výčet důvodů.

Při souhrnném srovnání odpovědí hospitalizovaných a nehospitalizovaných respondentů na otázky týkající se jejich pohledu na sestry můžeme říci, že obě skupiny hodnotí sestry celkově pozitivně, shodně se největší část domnívá, že potřebné vlastnosti má převážná část sester, pozici a image sester považují za střední, důvody, proč sestry vykonávají svou profesi, uvedla většina laiků pozitivní.

Můžeme tedy konstatovat, že se nám potvrdila i třetí hypotéza, že pacienti pohlíží na sestry pozitivně. Z výzkumu nám však vyšlo, že hospitalizovaná část laiků hodnotí sestry ještě o něco pozitivněji, než nehospitalizovaní laici.

Pro zhodnocení druhé hypotézy nám posloužily mimo jiné odpovědi nehospitalizovaných respondentů na otázky, jaké vzdělání mají sestry podle nich nejčastěji a jaké vzdělání by sestra měla mít. 95,0% respondentů uvedlo, že sestry mají nejčastěji vzdělání středoškolské, 5,0% uvedlo vyšší odborné a vysokoškolské neuvedl nikdo (viz graf 4). Na následující otázku odpovědělo 65,0% respondentů, že sestry by měly mít vzdělání vyšší odborné, 25,0% respondentů uvedlo vzdělání středoškolské a 10,0% vysokoškolské (viz graf 5). Další otázkou vztahující se k druhé hypotéze byl dotaz, jaké funkce sestra dle respondentů zastává. Na výběr, ze kterého mohli respondenti označit více odpovědí, měli dotazovaní výčet funkcí sestry, jež uvádějí ve svých publikacích autorky Farkašová i Kozierová (5, 16), a mohli také uvést funkce jiné. 100,0% respondentů označilo funkci „ošetřovatelka“, 70,0% „komunikátorka“, 45,0% „poradkyně“, 20,0% „edukátorka“, 10,0% „nositelka změn“, 2,5% uvedlo funkce „manažerka“ a „výzkumnice“, nikdo neuvedl funkci „advokátka“ a 7,5% uvedlo „jiné“ funkce, a to psycholožka, průvodkyně a pomocník lékaře (viz graf 8). Dále nám o výsledku druhé hypotézy vypovídají odpovědi na otázku, na jakých úrovních sestra pečuje o pacienta. 100,0% nehospitalizovaných respondentů uvedlo úroveň tělesnou,

77,5% i úroveň duševní a 27,5% také úroveň sociální (viz graf 9). Dalším dotazem majícím souvislost s druhou hypotézou bylo, zda je profese sestry snadná, obtížná či jiná (tj. respondenti mohli vyjádřit jinými slovy než oběma předchozími). 90,0% nehospitalizovaných laiků označilo profesi sestry za obtížnou, 10,0% za jinou, a to 3x za velmi obtížnou, 1x za středně obtížnou, nikdo ji neoznačil za snadnou (viz graf 10). Poslední otázkou sloužící k ověření druhé hypotézy byl dotaz, jak vnímají respondenti roli sestry v péči o pacienta. 85,0% nehospitalizovaných laiků ji považuje za stejně důležitou jako roli lékaře, 12,5% za méně důležitou než roli lékaře a 2,5% za důležitější než roli lékaře (viz graf 14).

Pro posouzení druhé hypotézy ještě více než v předchozím případě potřebujeme ke srovnání i odpovědi hospitalizovaných respondentů, a tím též současné zhodnocení hypotézy čtvrté.

Na otázku, jaké mají sestry nejčastěji vzdělání, uvedlo 76,2% hospitalizovaných laiků středoškolské, 16,7% vyšší odborné a 7,1% vysokoškolské (viz graf 4). Při srovnání s odpověďmi nehospitalizované části laické veřejnosti shledáme, že většina respondentů z obou skupin sice uvádí vzdělání středoškolské, u hospitalizovaných laiků se však ve vyšší míře objevuje i vzdělání vyšší odborné a dokonce u malé části i vzdělání vysokoškolské. Na následující otázku, jaké vzdělání by sestry měly mít, odpověděla největší část hospitalizovaných respondentů vyšší odborné (61,9%), menší část středoškolské (31,0%) a malá část vysokoškolské (7,1%) (viz graf 5). Srovnáme-li tyto odpovědi s těmi, které uvedli nehospitalizovaní laici, zjistíme, že podobná část obou skupin si myslí, že sestry by měly mít vzdělání vyšší odborné, ale hospitalizovaní respondenti si v o něco vyšší míře než nehospitalizovaní myslí, že by jim stačilo vzdělání středoškolské, zatímco nehospitalizovaná část laiků uvedla o něco častěji zase vzdělání vysokoškolské. Nicméně rozdíly v odpovědích u této otázky jsou jen nepatrné.

U otázky, jaké funkce sestra zastává, uvedlo 100,0% hospitalizovaných respondentů „ošetřovatelka“, 69,0% „komunikátorka“, 47,6% „poradkyně“, 31,0% „edukátorka“, 26,2% „nositelka změn“, 11,9% „výzkumnice“, 4,8% „manažerka“ a nikdo neuvedl funkci „advokátka“ či jinou funkci (viz graf 8). Při srovnání těchto odpovědí s těmi, které uvedli nehospitalizovaní respondenti, vidíme, že jsou obdobné,

pouze hospitalizovaní laici uváděli některé funkce častěji, zvláště ty, které nehospitalizovaní laici uvedli v jen malé míře (nositelka změn, výzkumnice, manažerka).

Další otázkou, která nám slouží k ověření čtvrté hypotézy, je, na jakých úrovních sestra pečuje o pacienta. Překvapivě jen 92,9% hospitalizovaných respondentů uvedlo úroveň tělesnou, 83,3% úroveň duševní a 42,9% úroveň sociální (viz graf 9). Při porovnání s výsledky téže otázky nehospitalizovaných respondentů shledáváme, že ač malá část hospitalizovaných laiků pro nás nevysvětlitelně neuvedla vůbec úroveň tělesnou, celkově hospitalizovaní respondenti ve vyšší míře uváděli i úroveň duševní a sociální, než jak tomu bylo u respondentů nehospitalizovaných.

U otázky, jaká je dle respondentů profese sestry, uvedla převážná část hospitalizovaných laiků obtížná (97,6%) a malé procento uvedlo jiná (2,4%), a to velmi obtížná, nikdo neuvedl snadná (viz graf 10). Srovnáme-li tyto odpovědi s odpověďmi nehospitalizovaných laiků, shledáme, že se takřka neliší.

A u poslední otázky vztahující se k čtvrté hypotéze, jak vnímají respondenti roli sestry v péči o pacienta, odpovědělo 78,6% hospitalizovaných laiků, že ji považují za stejně důležitou jako roli lékaře, 11,9% méně důležitou než roli lékaře a 9,5% za důležitější než roli lékaře (viz graf 14). Při srovnání s odpověďmi nehospitalizovaných respondentů zjistíme, že se liší v malé míře tím, že hospitalizovaní laici o nízké procento více uvedli, že roli sestry v péči o pacienta považují za důležitější než roli lékaře.

Popsané výsledky nám myslím dostatečně potvrzují hypotézu čtvrtou, že pacienti si práce sester cení. Máme-li rozhodnout o hypotéze druhé, myslím, že rozdíly mezi odpověďmi hospitalizovaných a nehospitalizovaných laiků nejsou natolik dostatečné, abychom mohli říct, že hospitalizovaná část laické veřejnosti si sester cení, zatímco nehospitalizovaná část je nedoceňuje. Pro podpoření tohoto názoru svědčí i fakt, že při ověřování první a třetí hypotézy jsme též měli určité rozdíly mezi odpověďmi obou skupin, a přesto jsme oba pohledy nazvali pozitivními. Konečně můžeme podotknout, že odpovědi, které nám pomohly potvrdit v první a třetí hypotéze pozitivní pohled na sestry, částečně souvisí i s oceněním práce sester, a tedy nás též

vedou k názoru, že obě skupiny respondentů si cení práce sester obdobně. Na základě těchto úvah bychom mohli prohlásit, že hypotéza druhá, která předpokládá, že laická veřejnost sestry nedoceňuje, se nám nepotvrdila.

Pro ověření hypotézy páté nám především poslouží výsledky ze čtyř otázek položených sestrám v dotazníku. U první otázky, jaké funkce sestra zastává, kde měly sestry na výběr odpovědi stejné, jaké mohli vybírat laici ve svém dotazníku, označilo 100,0% sester „ošetřovatelka“, 82,9% „komunikátorka“, 77,6% „poradkyně“, 67,1% „edukátorka“, 39,5% „nositelka změn“, 30,3% „manažerka“, 23,7% „výzkumnice“, 17,1% „advokátka“ a 1,3% uvedlo funkci jinou, a sice psycholožka (viz graf 23). Na podobnou, ale konkrétnější otázku, jakou z těchto funkcí zastává přímo sestra respondentka, 97,4% sester uvedlo funkci „ošetřovatelka“, 78,9% „komunikátorka“, 65,8% „poradkyně“, 63,2% „edukátorka“, 31,6% „nositelka změn“, 17,1% „manažerka“, 11,8% „advokátka“, 10,5% „výzkumnice“ a 1,3% psycholožka (viz graf 24). Když srovnáme výsledky dvou tak podobných otázek, zjistíme, že sestry sice víceméně uznávají ve většině alespoň některé z uvedených funkcí jako funkce sestry, samy se ale cítí být jejich vykonavatelkami již méně. Největší rozdíl mezi tím, že sestry tyto funkce uznávají, ale samy je dle svého názoru nevykonávají, jsme zaznamenali u funkcí „manažerka“, „výzkumnice“ a „poradkyně“. Zároveň je však patrné, že sestry všechny funkce uváděly ve vyšší míře, než jak tomu bylo u laiků, můžeme tedy říci, že jsou si svých rolí vědomy více, než jak jim je přiznává jejich okolí, snad je to též tím, že jsou s jejich terminologií více seznámeny.

Na další dotaz, jak sestry vnímají svou roli v péči o pacienta, odpovědělo 89,5% sester, že ji považují za stejně důležitou jako roli lékaře, a stejné procento (5,3%) uvedlo, že ji vnímají jako důležitější než roli lékaře, či naopak méně důležitou než roli lékaře (viz graf 25). Při srovnání těchto odpovědí s odpověďmi laiků jako celku, shledáme, že sestry svou roli hodnotí jako stejně důležitou s rolí lékaře ve vyšším procentu, než laici, u nichž se častěji objevil názor, že je role sestry méně důležitá než role lékaře (viz graf 38).

Na otázku, zda sestry cítí osobní odpovědnost za zdraví pacienta, 64,5% sester odpovědělo ano, 19,7% ne a 15,8% nevím (viz graf 26).

Po zhodnocení těchto výsledků můžeme dle mého názoru konstatovat, že se nám pátá hypotéza, která předpokládá, že sestry svou úlohu v péči o pacienta podceňují, nepotvrdila.

O tom, jak hodnotí sestry celkově své postavení, nám vyšly výsledky z odpovědí na otázky, jak vnímají pozici sester v porovnání s ostatními povoláními a jak image sester. Zde při srovnání s odpověďmi laiků vidíme výrazně nižší hodnocení sester sebe samých (viz graf 36 a 37). Tyto výsledky můžeme srovnat s faktem, který ve své publikaci uvádí Farkašová, a sice, že pozice sester bývá hodnocena celkem vysoko, zatímco image sester vnímána jako nižší (5, str. 129). V našem výzkumu se toto nepotvrdilo, rozdíly mezi vnímanou pozicí a image jsou nepatrné.

U méně stěžejních otázek souvisejících však s naším tématem jsme zjistili, že většina sester (85,5%) považuje ve své profesi za důležité se celoživotně vzdělávat (viz graf 20). Jako hlavní vlastnosti, které by sestra měla mít, sestry nejčastěji uvedly empatii (34,2%), pracovitost (25,0%), ochotu (23,7%), trpělivost (22,4%) a milý přístup (21,1%) (viz graf 21). Kromě pracovitosti tedy vlastnosti, které uvedli nejčastěji i laici (viz graf 6). Zde se názor shoduje též s výzkumem provedeným mezi sestrami, jaké vlastnosti sester by přály svým blízkým umístěným v domově důchodců, který uvádí Kopřiva, pouze odbornost se v našich výsledcích objevuje v menší míře (15, str. 15).

Sestry se ve většině (84,2%) domnívají, že pacient má právo zúčastnit se všech rozhodnutí týkajících se jemu poskytované zdravotní péče (viz graf 22), stejného názoru je i většina hospitalizovaných (73,8%) a nehospitalizovaných (65,0%) laiků (viz graf 13).

Většina sester (64,5%) je dostatečně informována o pojmu „syndrom vyhoření“ (viz graf 29), většina sester (64,5%) na sobě někdy příznaky tohoto syndromu či jeho zvýšeného rizika pozorovala (viz graf 30) a většina (75,0%) tyto příznaky či zvýšené riziko pozorovala též na jiné sestře (viz graf 31).

Převážná část sester (71,1%) souhlasí s tvrzením, že „s medicínou se mění i funkce sestry“ (viz graf 32).

Na otázku, zda je zklamala profese sestry, nejvíce sester odpovědělo spíše ano (39,5%), dále spíše ne (27,6%), menší část odpověděla ano (13,2%), dále nevím

(10,5%) a nejméně sester odpovědělo ne (9,2%) (viz graf 33). Zde je výsledek dobré srovnat s podobným výzkumem uveřejněným v časopise Sestra (25, str. 21), kde však sestry měly na stejnou otázku výběr pouze ze tří odpovědí a rozdíl mezi odpověďmi ano a ne je tak markantnější (ano 67%, ne 25%, nevím 13%).

Většina sester (85,5%) označila svou profesi za obtížnou (viz graf 34), výsledek je srovnatelný s odpověďmi laiků (viz graf 10).

Jako důvody, proč se staly sestrou, sestry nejčastěji uvedly touhu pomáhat nemocným lidem (34,2%), odpověď nevím (25,0%) a že se jim práce sestry líbila (15,8%) (viz graf 35). Při srovnání s odpověďmi laiků na související otázku, vidíme, že názor laiků je tedy téměř shodný s realitou (viz graf 15).

Uskutečněním našeho výzkumného šetření a zpracováním jeho výsledků se nám podařilo splnit cíle práce, zjistit, jak hodnotí sestry laická veřejnost a jak se sestry vnímají samy. Na základě toho se nám potvrdily tři hypotézy, že hospitalizovaná i nehospitalizovaná laická veřejnost vnímá sestry pozitivně a hospitalizovaní laici si práce sester cení. Dvě zbylé hypotézy byly popřeny, shledaly jsme, že práce sester si cení i nehospitalizovaní laici a sestry svou úlohu v péči o pacienta nepodceňují.

6. Závěr

Práce „Sociální role: Sestra“ měla za cíl zjistit hodnocení profese sester laiky a zároveň sestrami. Tento cíl se nám podařilo splnit, měli jsme dostatek materiálu pro posouzení a porovnání, jak hodnotí sestry laická veřejnost, hospitalizovaní laici i jak se hodnotí samy sestry.

První stanovená hypotéza, že laická veřejnost pohlíží na sestry pozitivně, se nám potvrdila. Na ni navazující druhá hypotéza, že laická veřejnost sestry nedoceňuje, se nepotvrdila, neboť názor nehospitalizovaných i hospitalizovaných laiků se ukázal jako srovnatelný. Hypotéza třetí, která předpokládala, že pacienti pohlíží na sestry pozitivně, se nám potvrdila, stejně tak hypotéza čtvrtá, již byl vyjádřen názor, že pacienti si práce sester cení. Pátá hypotéza, že sestry svou úlohu v péči o pacienta podceňují, se nám nepotvrdila, shledali jsme, že většina sester si je vědoma významu své role.

Prací jsme zmapovali vícero zajímavých oblastí úzce souvisejících s profesí sestry, při výzkumu jsme vycházeli z její teoretické části. Přínos práce vidím především v propojení části teoretické základny oboru ošetrovatelství s praxí, zhodnocení jejího širšího povědomí u sester vykonávajících každodenně svou profesi. Vyšlo nám zajímavé srovnání laického pohledu na sestry a pohledu sester na sebe samé. Zatímco důležitost sesterské role hodnotí obě skupiny přibližně stejně, svou pozici a image vnímají sestry nižší, než jak ji hodnotí laická veřejnost. Pozoruhodná je též shoda názoru laiků, proč sestry vykonávají svou profesi, s reálnými důvody, které uváděly sestry.

Z výsledků nám tedy vyplynulo, že celkový pohled veřejnosti na sestry je pozitivní, laici si práce sester cení, ať ji zrovna potřebují nebo ne. Profesi sester hodnotí jako obtížnou, chápou její důležitost a váží si těch, kteří ji vykonávají. Sestry si důležitost své role rovněž uvědomují, přesto se cítí někdy nedoceněny, snad zbytečně moc své společenské postavení podceňují a ve většině jsou si vědomy změn, kterými jejich profese prochází.

Práce může posloužit jako podnět pro zamyšlení samotným sestrám, laikům zajímavajícím se o sesterskou profesi i studentům ošetrovatelských oborů. Sestry se díky

ní mohou přesvědčit o pozitivním přístupu laické veřejnosti k nim, uvědomit si své kvality i nedostatky, zhodnotit oblasti, ve kterých by mohlo dojít k zlepšení.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
2. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, s. 13. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. Vztah sestra – lékař. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 2, s. 11. ISSN 1210-0404.
4. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teórie*. Přel. V. Tóthová. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
5. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 135 s. Edícia učebníc pre stredné zdravotnícké školy. ISBN 80-8063-086-0.
6. FRIEDLOVÁ, K., ANASTISSIADOU, H. Pojetí ošetrovatelství u nás a v zahraničí. In: MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Galén, 2000, s. 27-29. ISBN 80-86257-21-5.
7. GULÁŠOVÁ, I. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 6, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
8. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
12. JURÁSKOVÁ, D., PACOVSKÝ, V. Vysokoškolsky vzdělané sestry. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 6, s. 39. ISSN 1210-0404.
13. KLEVETOVÁ, D. Důstojný konec života v domácím prostředí. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 26. ISSN 1210-0404.
14. KOCMANOVÁ, A. Syndrom vyhoření. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 12, s. 20-22. ISSN 1210-0404.
15. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2004. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
16. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
17. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
18. MARKOVÁ, M., VÍTOVÁ, V. Pravda u lůžka terminálně nemocného. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 25. ISSN 1210-0404.
19. NOVOTNÁ, H., HLAVÁČOVÁ, M. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 36-37. ISSN 1210-0404.

20. ONDRIOVÁ, I. et al. Hrozí mobbing ve zdravotnickém zařízení? *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 12, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
21. PRUDÍKOVÁ, O. Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 21. ISSN 1210-0404.
22. SÝKOROVÁ, A. Zapomeňme na mobbing, buďme hodní! *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 1, s. 16. ISSN 1210-0404.
23. ŠIMEK, J. Image sestry – Sociálně psychologické aspekty sesterské profese. In: MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Galén, 2000, s. 119-121. ISBN 80-86257-21-5.
24. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 20. ISSN 1210-0404.
25. ŠULISTOVÁ, J. Touží sestry po moci? *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 11, s. 20- 21. ISSN 1210-0404.
26. VACHOVÁ, J. Obtížný pacient. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 5, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
27. VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry...máme v sobě empatii? *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 11, s. 23. ISSN 1210-0404.
28. VÖRÖSOVÁ, G., MESÁROŠOVÁ, J. Vzdělávání sester v období vstupu do EU. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 18. ISSN 1210-0404.

8. Klíčová slova

Funkce sestry

Image sestry

Pomáhající profese

Pozice sestry

Vztah sestra - lékař

Vztah sestra – pacient

Vztah sestra - sestra

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro sestry

Příloha č. 2: Dotazník pro hospitalizované a nehospitalizované respondenty

Příloha č. 3: Etický kodex sester

Příloha č. 4: Zákon č. 96/2004 Sb., část

Příloha č. 1: **Dotazník pro sestry**

Vážená sestro,

jmenuji se Iva Smyčková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Pro uskutečnění výzkumu své bakalářské práce na téma *Sociální role: Sestra* Vás prosím o spolupráci vyplněním následujícího anonymního dotazníku.

Děkuji

Iva Smyčková

U všech otázek prosím označte zakroužkováním alespoň jednu odpověď, popř. napište odpověď vlastními slovy.

1. V jaké nemocnici pracujete?
 - a) Nemocnice České Budějovice, a.s.
 - b) Nemocnice Tábor, a.s.
2. Jak dlouho vykonáváte povolání sestry?
 - a) méně než 1 rok
 - b) 1 rok – 5 let
 - c) 6 – 10 let
 - d) 11 let a více
3. Jaký máte nejvyšší dosažený stupeň vzdělání?
 - a) střední odborné vzdělání s maturitou
 - b) pomaturitní specializační studium
 - c) vyšší odborné vzdělání
 - d) bakalářské vysokoškolské studium
 - e) magisterské vysokoškolské studium
4. Studujete nyní?
 - a) Ano, uveďte prosím, o jaký typ studia se jedná:
 - b) Ne
5. Myslíte si, že je v profesi sestry důležité celoživotní vzdělávání?
 - a) Ano – uveďte prosím proč:
 - b) Ne – uveďte prosím proč:
 - c) Nevím
6. Jaké vlastnosti by podle Vás měla mít sestra? (prosím vypište)
.....
.....
.....

7. Myslíte si, že pacienti mají právo zúčastnit se všech rozhodnutí týkajících se jim poskytované zdravotní péče?
a) Ano b) Ne c) Nevím
8. Jaké funkce sestra zastává? (můžete označit více odpovědí)
a) Ošetřovatelka
b) Komunikátorka
c) Edukátorka
d) Poradkyně
e) Advokátka
f) Nositelka změn
g) Manažerka
h) Výzkumnice
i) Jiné (uveďte)
9. Jaké z těchto funkcí zastáváte Vy? (můžete označit více odpovědí)
a) Ošetřovatelka
b) Komunikátorka
c) Edukátorka
d) Poradkyně
e) Advokátka
f) Nositelka změn
g) Manažerka
h) Výzkumnice
i) Jiné (uveďte)
10. Svou roli v péči o pacienta považujete za:
a) Důležitější než roli lékaře
b) Stejně důležitou jako roli lékaře
c) Méně důležitou než roli lékaře
11. Cítíte osobní odpovědnost za zdraví pacienta?
a) Ano b) Ne c) Nevím
12. Pozice sester v porovnání s ostatními povoláními je dle Vás:
a) Velmi vysoko
b) Vysoko
c) Uprostřed
d) Nízko
e) Velmi nízko

13. Image sester (tedy komplex názorů, pocitů a postojů společnosti k sestrám) je dle Vás:

- a) Velmi vysoká
- b) Vysoká
- c) Střední
- d) Nízká
- e) Velmi nízká

14. Jste dostatečně informována o pojmu „syndrom vyhoření“?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

15. Pozorovala jste na sobě někdy příznaky syndromu vyhoření či jeho zvýšeného rizika?

- a) Ano
- b) Ne

16. Pozorovala jste někdy příznaky syndromu vyhoření či jeho zvýšeného rizika na jiné sestře?

- a) Ano
- b) Ne

17. Souhlasíte s tvrzením, že „s medicínou se mění i funkce sestry“?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Zklamala Vás realita profese sestry?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

19. Profese sestry je podle Vás:

- a) Snadná
- b) Obtížná
- c) jiná, prosím napište:

20. Proč jste se stala sestrou?

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 2: Dotazník pro hospitalizované a nehospitalizované respondenty

Vážená/ý paní/pane,
jmenuji se Iva Smyčková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Pro uskutečnění výzkumu své bakalářské práce na téma *Sociální role: Sestra* Vás prosím o spolupráci vyplněním následujícího anonymního dotazníku.

Děkuji

Iva Smyčková

U všech otázek prosím označte zakroužkováním alespoň jednu odpověď, popř. napište odpověď vlastními slovy.

1. Jste:
 - a) Muž
 - b) Žena
2. Kolik je Vám let?
 - a) 25 let a méně
 - b) 26 – 35 let
 - c) 36 – 45 let
 - d) 46 – 60 let
 - e) 61 let a více
3. Jste v současné době hospitalizován/a?
 - a) Ano
 - b) Ne
4. Jaké vzdělání mají podle Vás sestry nejčastěji?
 - a) Středoškolské
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské
5. Jaké vzdělání by podle Vás měla mít sestra?
 - a) Středoškolské
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské
6. Jaké vlastnosti by podle Vás měla mít sestra? (prosím vypište)
.....
.....
.....

7. Myslíte si, že sestry tyto vlastnosti mají?
- a) Ano, všechny sestry
 - b) Ano, převážná část sester
 - c) Ano, ale jen menší část sester
 - d) Ano, ale jen výjimečně
 - e) Ne, žádná sestra tyto vlastnosti nemá
8. Jaké z následujících funkcí sestra zastává? (můžete označit více odpovědí)
- a) Ošetrovatelka
 - b) Komunikátorka
 - c) Edukátorka
 - d) Poradkyně
 - e) Advokátka
 - f) Nositelka změn
 - g) Manažerka
 - h) Výzkumnice
 - i) Jiné (uveďte)
9. Na jakých úrovních sestra pečuje o pacienta? (můžete označit více odpovědí)
- a) Tělesná
 - b) Duševní
 - c) Sociální
10. Profese sestry je podle Vás:
- a) Snadná
 - b) Obtížná
 - c) jiná, prosím napište:
11. Pozice sester v porovnání s ostatními povoláními je dle Vás:
- a) Velmi vysoko
 - b) Vysoko
 - c) Uprostřed
 - d) Nízko
 - e) Velmi nízko
12. Image sester (tedy komplex názorů, pocitů a postojů společnosti k sestrám) je dle Vás:
- a) Velmi vysoká
 - b) Vysoká
 - c) Střední
 - d) Nízká
 - e) Velmi nízká

13. Myslíte si, že pacienti mají právo zúčastnit se všech rozhodnutí týkajících se jim poskytované zdravotní péče?

a) Ano b) Ne c) Nevím

14. Roli sestry v péči o pacienta považujete za:

- d) Důležitější než roli lékaře
- e) Stejně důležitou jako roli lékaře
- f) Méně důležitou než roli lékaře

15. Co si myslíte, že vede sestry nejčastěji k tomu, že vykonávají svou profesi?

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č.3: Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Úvod

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

Kodex ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články kodexu

1. Sestry a lidé / občané

Sestra má profesní odpovědnost především vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Osobní informace o pacientovi chrání sestra jako důvěrné a tyto informace sděluje dalším lidem pouze po pečlivé úvaze.

Sestra je spolu se společností odpovědná za zahájení a podporu aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich práce / praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za svou ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným studiem.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra se při poskytování péče stará o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a jejich povolání

Sestra hraje rozhodující roli při určování a realizaci přijatelných norem klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování slušných/spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra udržuje vztahy spolupráce se svými spolupracovníky z oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra podnikne odpovídající kroky, aby ochránila občany, když je jejich péče ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

http://www.cnna.cz/doc/mezinarodni_organizace/icn_kodex.php?PHPSESSID=19da061ca108fbc6f9a05ccd341afa03

© 2005 ČAS, Powered by [Venturia s.r.o.](#)

15.3.2007

HLAVA II
ZÍSKÁVÁNÍ ZPŮSOBILOSTI ZDRAVOTNICKÉHO
PRACOVNÍKA

Díl 1

Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického
povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti

§5

**Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné
sestry**

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,

b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,

c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

(2) Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle věty první se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření.

(3) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.

HLAVA V FORMY VZDĚLÁVÁNÍ

Díl 2

Celoživotní vzdělávání

§53

(1) Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

(2) Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.

§54

(1) Formy celoživotního vzdělávání jsou

- a) specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka,
- b) certifikované kurzy,
- c) inovační kurzy,
- d) odborné stáže v akreditovaných zařízeních,
- e) účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích,
- f) publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo obdobného pracovního vztahu, nebo
- g) samostatné studium odborné literatury.

(2) Za celoživotní vzdělávání se pro účely tohoto zákona považuje také studium navazujících vysokoškolských studijních programů. Navazujícím vysokoškolským studijním programem se rozumí akreditovaný doktorský studijní obor, magisterský studijní obor nebo akreditovaný bakalářský studijní obor, u nichž je podmínkou předchozí absolvování akreditovaného zdravotnického studijního oboru nebo oboru střední zdravotnické školy poskytujícího odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

(3) Celoživotní vzdělávání podle odstavce 1 písm. a) a b) uskutečňují akreditovaná zařízení; ostatní formy celoživotního vzdělávání podle odstavce 1 mohou zabezpečovat zdravotnická zařízení nebo jiné fyzické nebo právnické osoby, včetně právnických osob v působnosti jiných resortů než ministerstva.

(4) Účast na celoživotním vzdělávání podle odstavce 1 písm. a) až e) se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu.

(5) O účasti v jednotlivých formách celoživotního vzdělávání podle odstavce 1 písm. a) až e) pořadatel provede záznam do průkazu odbornosti.

(6) Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání se prokazuje na základě kreditního systému. Prováděcí právní předpis stanoví počet kreditů forem celoživotního vzdělávání podle odstavce 1 písm. c) až f) a podle odstavce 2. Počet kreditů získaných absolvováním specializačního vzdělávání, modulu vzdělávacího programu oboru specializačního vzdělávání nebo certifikovaného kurzu je součástí vzdělávacího programu.

(7) Získání stanoveného počtu kreditů je podmínkou

- a) pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle hlavy VI,
- b) pro přihlášení se k atestační zkoušce (§56 odst. 6 a §60).

Díl 3

Specializační vzdělávání

§55

Specializační vzdělávání a specializovaná způsobilost

(1) Úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou získává zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání a psycholog a logoped [§43 odst. 2 písm. a) body 1 a 2] odbornou a současně specializovanou způsobilost k výkonu příslušného zdravotnického povolání.

(2) Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků uvedených v hlavě II dílu 1 je upraveno v §56. Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků uvedených v hlavě II dílu 2 je upraveno v §57.

(3) Specializační vzdělávání uskutečňuje akreditované zařízení podle vzdělávacího programu.

§56

Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné způsobilosti

(1) Vzdělávací program specializačního vzdělávání se skládá z modulů. Modulem se rozumí ucelená část vzdělávacího programu s počtem kreditů stanoveným vzdělávacím programem. Za modul se považuje také certifikovaný kurz (§61), pokud je uveden ve vzdělávacím programu.

(2) Vzdělávací program stanoví délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých vzdělávání probíhá. Dále stanoví teoretické znalosti a praktické dovednosti vyplývající z jednotlivých modulů, popřípadě další požadavky pro získání specializované způsobilosti. Vzdělávací program obsahuje seznam doporučené studijní literatury a charakteristiku činností absolventů specializačního vzdělávání stanovenou pro jednotlivé moduly. Vzdělávací program může také stanovit vstupní požadavky.

(3) Do splněného počtu hodin stanovených vzdělávacím programem se započte nejvýše 15% omluvené absence z hodin praktického vyučování a omluvená absence z hodin teoretického vyučování.

(4) Do specializačního vzdělávání se započtou moduly, které účastník specializačního vzdělávání absolvoval v rámci jiného specializačního vzdělávání, a certifikované kurzy, pokud jsou součástí vzdělávacího programu daného specializačního oboru.

(5) Do specializačního vzdělávání může být započtena část dříve absolvovaného studia, pokud odpovídá vzdělávacímu programu. O započtení rozhoduje na žádost účastníka specializačního vzdělávání ministerstvo.

(6) Podmínkou přihlášení se k atestační zkoušce je získání počtu kreditů stanoveného vzdělávacím programem a absolvování modulů, které jsou ve vzdělávacím programu označeny jako povinné.

(7) Ministerstvo může rozhodnout o přiznání specializované způsobilosti v oboru specializace absolventům akreditovaného doktorského nebo magisterského studijního oboru navazujícího na zdravotnický bakalářský nebo magisterský studijní obor, pokud odpovídá příslušnému vzdělávacímu programu specializačního vzdělávání vydaného ministerstvem.

§57

Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné a specializované způsobilosti

(1) Vzdělávací program specializačního vzdělávání stanoví počet kreditů získaných splněním studijních podmínek za 1 rok specializačního vzdělávání, celkovou délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, zejména délku povinné praxe v oboru, a výuková pracoviště, na kterých praxe probíhá. Dále stanoví požadavky na teoretické znalosti a praktické dovednosti, absolvování vzdělávacích akcí, kurzů, seminářů, stáží a další požadavky pro získání specializované způsobilosti. Vzdělávací program obsahuje seznam doporučené studijní literatury a charakteristiku činností absolventů specializačního vzdělávání.

(2) Specializační vzdělávání se uskutečňuje formou

a) celodenní průpravy, při které účastník specializačního vzdělávání věnuje této praktické a teoretické výuce čas v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době,⁶⁾ nebo

b) externí průpravy, která se liší od celodenní průpravy pouze tím, že doba určená na praktické zdravotnické činnosti může být zkrácena nejvýše na polovinu doby stanovené pro celodenní průpravu. Úroveň této průpravy nesmí být nižší než u celodenní průpravy. Za kvalitu a dodržení celkové délky externí průpravy, která nemůže být kratší než u celodenní průpravy, odpovídá akreditované zařízení.

(3) Do doby specializačního vzdělávání se započte i doba pracovní neschopnosti a doba rodičovské dovolené, pokud tato doba přerušení výkonu zdravotnického povolání nečinila v úhrnu více než 14 týdnů v kalendářním roce. Vojenská činná služba se započítává, byla-li vykonávána v příslušném oboru specializačního vzdělávání.

(4) Do specializačního vzdělávání může být započtena část dříve absolvovaného studia, pokud odpovídá vzdělávacímu programu. O započtení rozhoduje na žádost účastníka specializačního vzdělávání ministerstvo.

(5) Do specializačního vzdělávání může být započtena i odborná praxe, popřípadě její část, absolvovaná

a) v jiném oboru specializace, pokud odpovídá příslušnému vzdělávacímu programu,

b) v cizině, pokud odpovídá příslušnému vzdělávacímu programu.

O započtení rozhoduje na žádost účastníka specializačního vzdělávání ministerstvo.

(6) Specializační vzdělávání probíhá při výkonu příslušného povolání zdravotnického pracovníka.

(7) Ministerstvo může rozhodnout o přiznání specializované způsobilosti v oboru specializace absolventům akreditovaného doktorského studijního oboru navazujícího na zdravotnický magisterský studijní obor, pokud odpovídá příslušnému vzdělávacímu programu specializačního vzdělávání vydanému ministerstvem.

§58

Zařazení zdravotnických pracovníků do specializačního vzdělávání

(1) Žádost o zařazení do oboru specializačního vzdělávání podává uchazeč ministerstvu.

(2) Součástí žádosti jsou úředně ověřené kopie dokladů o získané odborné způsobilosti, popřípadě o získané specializované způsobilosti (§60) nebo zvláštní odborné způsobilosti (§64), a průkaz odbornosti. Cizí státní příslušníci přikládají k žádosti rozhodnutí ministerstva o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání na území České republiky.

(3) Při splnění podmínek stanovených v odstavci 2 ministerstvo zařadí uchazeče do specializačního vzdělávání do 30 dnů po obdržení žádosti a zároveň uchazeči oznámí termín začátku vzdělávání.

§59

Průběh specializačního vzdělávání

(1) Akreditované zařízení odpovídá za průběh specializačního vzdělávání; pokud se na specializačním vzdělávání podílí více akreditovaných zařízení, odpovídá za plán a organizaci praktické i teoretické výuky účastníka specializačního vzdělávání akreditované zařízení určené ministerstvem v akreditaci.

(2) Akreditované zařízení přidělí každému účastníkovi specializačního vzdělávání školitele, který je zaměstnancem akreditovaného zařízení. Školitelem může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, který je zapsán v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (§72).

(3) Školitel průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti účastníka vzdělávání a vypracovává plán školicích akcí, které má účastník vzdělávání v průběhu přípravy absolvovat.

(4) Účastník specializačního vzdělávání je v rámci tohoto vzdělávání povinen absolvovat odbornou praxi na pracovišti akreditovaného zařízení v rozsahu určeném příslušným vzdělávacím programem. Školitel započte dosud absolvovanou odbornou praxi, pokud splňuje požadavky stanovené vzdělávacím programem. Na průběh celé odborné praxe dohlíží školitel.

§60

Atestační zkouška

(1) Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou (dále jen "atestace") před oborovou atestační komisí podle zkušebního řádu stanoveného prováděcím právním předpisem. Oborové atestační komise zřizuje ministerstvo jako svůj poradní orgán. Členy oborových atestačních komisí jmenuje a odvolává ministr zdravotnictví na návrh profesních sdružení, odborných společností a akreditovaných zařízení.

(2) Ministerstvo vydá zdravotnickým pracovníkům, kteří úspěšně vykonali atestaci, diplom o specializaci v příslušném oboru.

Díl 4
Certifikovaný kurz

§61

(1) Absolvováním certifikovaného kurzu se získává zvláštní odborná způsobilost pro úzce vymezené činnosti.

(2) Certifikovaný kurz provádí akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu certifikovaného kurzu.

(3) Vzdělávací program stanoví celkovou délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých probíhá, popřípadě další požadavky pro získání způsobilosti. Vzdělávací program obsahuje seznam doporučené studijní literatury a činnosti absolventů certifikovaného kurzu. Vzdělávací program může také stanovit vstupní požadavky.

(4) Do splněného počtu hodin stanovených vzdělávacím programem se započte nejvýše 15% omluvené absence z hodin praktického vyučování a omluvená absence z hodin teoretického vyučování.

(5) Do vzdělávání v certifikovaném kurzu akreditované zařízení započte část dříve absolvovaného studia, pokud odpovídá vzdělávacímu programu.

§62

(1) Žádost o zařazení do certifikovaného kurzu podává uchazeč akreditovanému zařízení.

(2) Součástí žádosti jsou úředně ověřené kopie dokladů o získané odborné způsobilosti, popřípadě o získané specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti, a průkaz odbornosti (§65). Cizí státní příslušníci přikládají k žádosti rozhodnutí ministerstva o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání na území České republiky.

(3) Při splnění podmínek stanovených v odstavci 2 akreditované zařízení zařadí uchazeče do certifikovaného kurzu do 1 měsíce po obdržení žádosti a zároveň uchazeči oznámí termín začátku vzdělávání. Akreditované zařízení současně seznámí uchazeče s organizací certifikovaného kurzu a s požadavky na úspěšné absolvování certifikovaného kurzu.

§63

(1) Za průběh certifikovaného kurzu odpovídá akreditované zařízení.

(2) Účastník certifikovaného kurzu je v rámci tohoto vzdělávání povinen absolvovat odbornou praxi na pracovišti akreditovaného zařízení v rozsahu určeném příslušným vzdělávacím programem. Akreditované zařízení započte dříve absolvovanou odbornou praxi, pokud splňuje požadavky stanovené vzdělávacím programem.

§64

O úspěšném absolvování certifikovaného kurzu vydá akreditované zařízení certifikát, který má platnost pro Českou republiku. V certifikátu jsou uvedeny činnosti, k nimž absolvent certifikovaného kurzu získal zvláštní odbornou způsobilost.