

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra řízení a supervize  
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Ilona Jukličková

**Profesní ideál sester a jeho proměny**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce:  
doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 2. 1. 2017

Bc. Ilona Jukličková

### **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc., za odborné vedení diplomové práce. Děkuji také všem respondentkám za jejich čas a vstřícný přístup a mé rodině za trpělivost a pochopení.

## OBSAH

<b>Abstrakt</b> .....	<b>6</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1. Ideální sestra – profesní atributy a vývoj pojetí</b> .....	<b>10</b>
1.1 CHARITATIVNÍ OŠETŘOVÁNÍ VE STŘEDOVĚKU .....	10
1.2 IDEÁL NA POČÁTKU ÉRY PROFESIONÁLNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ .....	11
1.3 IDEÁL NA PŘELOMU 19. A 20. STOLETÍ .....	14
1.4 IDEÁL V PRVNÍ POLOVINĚ 20. STOLETÍ .....	15
1.5 VLIVY NA IDEÁL SESTRY V DOBĚ MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ .....	16
1.6 VÝVOJ POJETÍ IDEÁLU SESTRY – SHRNUÍ .....	18
<b>2. Vývoj ideálu sestry v Československu a v České republice</b> .....	<b>20</b>
2.1 ČESKOSLOVENSKO V OBDOBÍ 1918–1948 .....	20
2.2 OŠETŘOVATELSTVÍ PO ROCE 1948 .....	21
2.3 OŠETŘOVATELSTVÍ PO ROCE 1989 .....	24
2.4 SHRNUÍ .....	26
<b>3. Pojetí ideálu sestry optikou různých generací sester</b> .....	<b>28</b>
3.1 VETERÁNKY .....	28
3.2 SILNÉ POVÁLEČNÉ ROČNÍKY .....	29
3.3 GENERACE X .....	30
3.4 GENERACE Y .....	30
3.5 POJETÍ IDEÁLU OPTIKOU RŮZNÝCH GENERACÍ SESTER – SHRNUÍ .....	31
<b>4. Současné pojetí ideálu sestry</b> .....	<b>34</b>
4.1 KŘESŤANSKÉ KOŘENY .....	34
4.2 PROTESTANTSKE PRACOVNI HODNOTY .....	35
4.3 KVALITNI VZDELANI .....	36
4.4 VEDECKE POJETI MODERNIHO OSETROVATELSTVI .....	36
4.5 SOUCASNE POJETI IDEALU SESTRY – SHRNUÍ .....	39
<b>5. Profesní ideál sestry optikou etických kodexů</b> .....	<b>40</b>
5.1 PROFESNI IDEAL SESTRY – SHRNUÍ .....	42
<b>6. Prestiž profese zdravotní sestry</b> .....	<b>44</b>
6.1 PRESTIZ POVOLANI .....	44
6.2 PRESTIZ OSETROVATELKY V HISTORICKEM KONTEXTU .....	44
6.3 VYZKUMY VEŘEJNEHO MINENI .....	45
6.4 PRESTIZ POHLEDEM SESTER .....	45
6.5 PRESTIZ SESTER V ZAHRANIČI .....	46
6.6 PRESTIZ PROFESE ZDRAVOTNI SESTRY – SHRNUÍ .....	46
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>47</b>
<b>7. Metodologie výzkumu</b> .....	<b>47</b>
7.1 CILE VYZKUMU A VYZKUMNE OTAZKY .....	47
7.2 KVALITATIVNI VYZKUMNA STRATEGIE .....	47
7.3 ZPRACOVANI DAT .....	48
7.4 VYZKUMNY VZOREK .....	49

7.5 ROLE VÝZKUMNÍKA .....	50
7.6 INFORMACE O RESPONDENTECH.....	50
7.7 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	52

## **8. Výsledky a interpretace ..... 53**

8.1 PŘEDSTAVA IDEÁLU SESTRY V DOBĚ STUDÍ .....	53
8.2 IDEÁLNÍ SESTRA OČIMA PARTICIPANTEK V SOUČASNOSTI .....	57
8.3 JAK SE S OHLEDEM NA PROFESNÍ IDEÁL HODNOTÍ RŮZNÉ GENERACE SESTER? .....	73
8.3.1 <i>Generační stereotypy</i> .....	74
8.3.2 <i>Vliv reformy zdravotnického vzdělávání na generační vztahy</i> .....	74
8.3.3 <i>Rivalita – praxe vs. tituly</i> .....	76
8.4 PRESTIŽ POVOLÁNÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY A VNÍMÁNÍ VLIVŮ NA NI.....	81

## **ZÁVĚR ..... 86**

## **SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ ..... 89**

## **SEZNAM PŘÍLOH ..... 96**

PŘÍLOHA 1 – ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ.....	I
PŘÍLOHA 2 – ETICKÝ KODEX SESTER VYPRACOVANÝ MEZINÁRODNÍ RADOU SESTER .....	IV
PŘÍLOHA 3 – VŠEOBECNÁ SESTRA.....	VI
PŘÍLOHA 4 – ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT .....	VIII
PŘÍLOHA 5 – TABULKA POVOLÁNÍ DLE PRESTIŽE .....	X
PŘÍLOHA 6 – INFORMOVANÝ SOUHLAS .....	XI

## Abstrakt

Tato práce se zabývá proměnami ideálu zdravotní sestry v kontextu historického vývoje, společenských změn a dalších vlivů. U těch máme na mysli zejména reformy vzdělávání, nové biomedicínské poznatky, vliv médií nebo generačních rozdílů sester. Cílem této diplomové práce je porovnat ideál sestry v odborné literatuře s tím, jakou mají ony samy představu o vlastním profesním ideálu. Konkrétně pak, jaké hodnoty tento ideál v jejich očích reprezentují, zda se jejich představa mění s věkem a jak souvisí s vnímáním prestiže povolání zdravotní sestry samotnými sestrami.

Teoretická část je rozdělena do kapitol popisujících profesní charakteristiku ideální sestry z poznatků odborné literatury, které zároveň tematicky korelují s kapitolami ve výzkumné části a představují vývoj ideálu sestry od počátků křesťanství do současnosti. Porovnáva rozdily v pojetí tohoto ideálu mezi západní Evropou a českými zeměmi v průběhu 20. století, a to v kontextu společenských změn a změn v ošetrovatelském vzdělávání. Dále na základě dostupných výzkumů srovnává vnímání tohoto ideálu u čtyř generací aktivně pracujících sester.

Praktická část zkoumá, jakou mají samy sestry představu o svém profesním ideálu. S pomocí výzkumu zároveň zjišťuje jejich motivaci ke studiu zdravotnické školy, generační stereotypy způsobené mj. rozdílným vzdělávacím systémem a vnímání prestiže vlastního povolání. Prezentované výsledky jsou následně porovnávány s poznatky z české i zahraniční literatury uvedené v teoretické části.

Klíčová slova: profesní ideál sestry, vývoj pojetí ošetrovatelského ideálu, generační stereotypy sester, ošetrovatelské vzdělávání, kvalitativní výzkum

## **Abstract**

This thesis deals with the changes in the concept of the ideal characteristics of a nurse in the context of historical development, social changes and other factors. These include mainly an educational reform, new biomedical findings and the influence of the media along with generational differences in nurses. This thesis aims at comparing the ideal characteristics of a nurse as portrayed in professional literature with ideas which nurses have themselves about their own desired professional characteristics. Specifically, it concentrates on what values these ideal characteristics represent in their eyes, whether their ideas change with age and how this relates to the perception of the prestige of the nursing profession by nurses themselves.

The theoretical part is divided into chapters describing the ideal professional characteristics of a nurse based on the findings acquired from professional literature, whose topics also correlate with chapters in the research part and represent the development of the “model” nurse concept from the beginnings of Christianity to the present day. It assesses the differences in the concept of this ideal in Western Europe and the Czech lands in the course of the 20<sup>th</sup> century, in the context of social transformations and changes in nursing education. Furthermore, based on available research, it compares this ideal as perceived by four generations of nurses in active employment.

The practical part explores the notion that actual nurses have about ideal characteristics of a nurse. Applying the survey method, it also identifies their motivations to study at a nursing school, generational stereotypes caused among other things by a different educational system and the perception of their professional prestige. Subsequently, the presented results are compared with findings from Czech and foreign literature referred to in the theoretical part.

**Keywords:** ideal professional characteristics of a nurse, development of the concept of ideal nursing, generational stereotypes of nurses, nursing education, qualitative research.

## ÚVOD

Téma profesního ideálu sestry jsem si zvolila na základě svého zájmu o problematiku řízení pracovních kolektivů sester, který mne přivedl ke studiu na katedře Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií UK.

Sama jsem vždy také chtěla být ideální sestrou a měla jsem vlastní představu o profesních hodnotách spojených s tímto ideálem. Tato představa se postupem času vyvíjela s tím, jak jsem získávala specializace i další profesní zkušenosti ve velkých státních nemocnicích v ČR i v zahraničí, případně na menších soukromých klinikách. Významný posun vlastního obrazu ideální sestry přinesl můj nástup na pozici vrchní sestry ve fakultní nemocnici a s tím spojená osobní zkušenost manažera. V mé kompetenci byla mj. personální politika, tedy výběr a přijímání kolegyně, jejich motivace a hodnocení. Vnímala jsem tak rozdílné aspirace a ambice uchazečů a srovnávala profesní hodnoty starších a mladších generací. Často jsem si proto kladla otázky: Co od této práce očekávají a jaká je jejich představa o ideální sestře? Uvědomují si profesní hodnoty této profese? Jak vnímají tento pojem a snaží se k němu přiblížit?

Cílem této diplomové práce je porovnat ideál sestry v odborné literatuře s tím, jakou mají samy sestry představu o vlastním profesním ideálu, jaké hodnoty tento ideál v jejich očích reprezentují a zda se případně jejich představa profesního ideálu mění s věkem. Dále mě zajímalo, jak tento profesní ideál souvisí s vnímáním prestiže povolání zdravotní sestry samotnými sestrami.

Uvědomuji si, že pojem ideál se vztahuje k dokonalosti a jako takový je nedosažitelný. Jako současný ideál se proto pokusím formulovat představu o tom, jaká má být ideálně sestra, jak se má profesionálně chovat a jednat. Ve své práci se zabývám více aspekty a souvislostmi, které na profesní ideál sester působí, včetně společenských vlivů a případných změn obrazu ideální sestry v představách současných generací sester.

Z vlastní zkušenosti zároveň registruji rozdíly ve vnímání prestiže povolání zdravotní sestry<sup>1</sup> mezi širokou veřejností a samotnými sestrami. Zajímalo mě proto, jak pojmají

---

<sup>1</sup> V diplomové práci používám pojem zdravotní, všeobecná, případně diplomovaná sestra. Podle platného zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (96/2004 Sb.) již oficiálně neexistuje povolání zdravotní sestry. Místo toho se používá označení všeobecná sestra, případně diplomovaná sestra. Pojem zdravotní sestra byl používán historicky a je ve veřejnosti i mezi samotnými sestrami natolik zažitý, že ho v obecném významu často používám i v této diplomové práci.



sestry prestiž svého vlastního povolání, s jakými hodnotami ji spojují a jak se tato prestiž vztahuje k jejich profesnímu ideálu.

Práce je rozdělena do dvou částí. Na přehled poznatků z literatury navazuje samotný výzkum a jeho interpretace. Teoretická část je rozdělena do kapitol popisujících profesní charakteristiku ideální sestry z poznatků odborné literatury, které zároveň tematicky korelují s kapitolami ve výzkumné části. V první kapitole se věnuji vývoji pojetí ideálu sestry – jak se formoval v souvislosti se změnami společnosti, jaké vlivy na něj působily a jakou měl dynamiku v historickém kontextu. Vzhledem k charakteru mého výzkumu se v další kapitole věnuji vývoji ideálu sestry v Československu a následně v České republice a porovnávám ho s poznatky ze zahraniční odborné literatury. Ve třetí kapitole zjišťuji, jaké rozdíly v pojetí ošetrovatelského ideálu lze vysledovat mezi čtyřmi generacemi aktivně pracujících sester. V následující stěžejní kapitole popisuji současné pojetí ideálu sestry, jak ho lze charakterizovat z jeho historického vývoje ve světě i u nás a z poznatků současné zahraniční i české literatury. Poslední kapitolu teoretické části věnuji prestiži profese zdravotní sestry.

V praktické části si nejprve stanovuji cíle výzkumu, výzkumné otázky, strategii kvalitativního výzkumu, techniku sběru dat a výběr respondentů. Následuje prezentace výsledků výzkumu představujících, jakou mají samy sestry představu o svém profesním ideálu, jakou měly motivaci ke studiu zdravotnické školy, jaké jsou rozdíly v pojetí tohoto ideálu u dvou generací sester a jak ony samy vnímají prestiž vlastního povolání. Prezentované výsledky jsou následně porovnávány s poznatky z české i zahraniční literatury uvedené v teoretické části.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Ideální sestra – profesní atributy a vývoj pojetí

V české literatuře existuje poměrně solidní množství podkladů k teorii a historii ošetrovatelství, případně k jednotlivým důležitým schopnostem a znalostem, jimiž musí dobrá sestra disponovat, jako jsou komunikace nebo etika v ošetrovatelství. Nicméně je obtížné nalézt souhrnnou práci, vycházející z výzkumu na téma profesního ideálu zdravotní sestry, která by formulovala ideální představu o profesních atributech sestry. Hlavním zdrojem poznatků je tak relevantní zahraniční literatura. Poznátky z ní vycházející uvádím ve vlastním překladu a pro větší zřetelnost zároveň u některých důležitých pojmů zachovávám i původní anglický výraz.

Ideál sestry není absolutní konstanta – v průběhu doby se neustále vyvíjí a mění. Mění se nejen pohled společnosti, ale i samotných sester. Proto jsme se rozhodli sledovat, jak se ideál sestry formoval v souvislosti se změnami ve společnosti, jaké vlivy na něj působily a jakou měl dynamiku vývoje v historickém kontextu.

### **1.1 Charitativní ošetrování ve středověku**

Počátky ošetrovatelské péče lze v Evropě vystopovat již v raném středověku a jsou spjaty s šířením křesťanství. Jedním z jeho atributů je poskytování pomoci a ochrany především chudým nemocným a trpícím (Kutnohorská, 2010). Přestože je ošetrovatelská profese historicky považována převážně za ženskou, byli to především muži, kteří v raném středověku začali poskytovat organizovanou ošetrovatelskou péči. Rozvoj charitativního ošetrovatelství zároveň nedílně souvisí se vznikem církevních řádů a se zakládáním klášterů, při kterých se otevírají také různé špitály, ve kterých mniši a jeptišky poskytovali ochranu, stravu a opatrování především chudým nemocným. Zámožní nemocní, o které se mohla postarat rodina, byli ošetrováni v domácím prostředí (Bullough, Bullough, 1969). Špitály při jednotlivých kláštorech zajišťovaly také ošetrovatelské vzdělávání. (Dock, Steward, 1920). O tyto špitály pak postupně převzala péči šlechta a města, charakter profese ošetrovatelství se tím ale nijak nemění (Kutnohorská, 2010). Roli ošetrovatelky pak postupně převzaly téměř výhradně ženy, oproti období raného křesťanství, kdy tuto péči zajišťovali převážně muži (Bullough, Bullough, 1969).

Středověké ošetřovatelství tedy pramení z křesťanských principů a je spojeno s prokazováním milosrdenství a pomoci bližnímu, případně trpícímu. Ikonou tohoto charitativního ošetřovatelství v českých zemích je sestra krále Václava I., Anežka Přemyslovna, která v Praze založila známý klášter a špitál sv. Františka při kostele sv. Haštala. Následně se stala jeho abatyší a ve 20. století církev její záslužnou činnost ocenila svatořečením. Představitelky tohoto řádu žily zcela skromně podle principů chudoby, cele oddány službě Bohu. Vynikaly hlubokým náboženským přesvědčením, mravní silou a láskou k bližnímu (Mlýnková, 2006). Anežka Přemyslovna pro tento špitál dokonce podle tradice vypracovala pravidla pro opatrování chudých a nemocných. Vytvořila tak vlastně první etický kodex zásad ošetřovatelské péče a ošetřovatelství díky ní poprvé získává charakter profese. Ideál ošetřovatelství založený na křesťanských principech, který měl povahu řehole, pak přetrval beze změn až do 19. století (Kutnohorská, 2010).

Středověkým ideálem ošetřovatelky je tedy hluboce nábožensky založená řeholnice, která celý svůj život zasvětila péči o nemocné a při zmírňování utrpení jim projevuje především milosrdenství, laskavost a soucit. S dozvuky tohoto silně zakořeněného ideálu se můžeme v různých podobách setkávat dodnes, jak ukážeme v následujících kapitolách.

## **1.2 Ideál na počátku éry profesionálního ošetřovatelství**

Charakter ošetřovatelské profese v našich zemích výrazně změnila až osvícenská reformace v 18. století. Došlo k vytvoření centralizovaného systému státní zdravotní správy a zdravotnického řádu, který určoval zejména hygienická pravidla. Stát zároveň budoval vlastní zdravotnická zařízení (nemocnice), která přestala mít charakter středověkého azylu, ale jejich hlavním posláním se stala léčebná činnost. V souvislosti se zakládáním nemocnic došlo i k reformě lékařského školství. Spolu s potřebou zavádění a rozvoje veřejných zdravotnických opatření vznikaly také první ucelené teorie o zdravotnictví, které se tak začalo postupně profesionalizovat. Za cíl těchto reforem pak lze označit zabránění šíření epidemií a zajištění zdravější pracovní a vojenské síly. Prostředkem k tomu bylo mj. také založení tzv. zdravotní policie (Kutnohorská, 2010; Schott, 1994). K ideálu sestry se tak připojil požadavek na její roli v zajišťování hygieny a s tím spojeného řádu a disciplíny při předcházení šíření nemocí.

Významný vliv na rozvoj ošetřovatelské profese mělo ošetřovatelství ve Velké Británii. Ve druhé polovině 19. století dochází ke zvýšenému zájmu o ošetřovatelské povolání, které

souviselo především s jeho úlohou při vedení válek. Za všeobecně známou zakladatelku moderního pojetí ošetrovatelství je považována Florence Nightingalová, která jako první stanovila odborné základy ošetrovatelství ve spojení s hygienou a estetikou prostředí, výživou i přístupem k nemocnému. Dala tak ošetrovatelství systém, povýšila profesi ošetrovatelky na úroveň profese lékaře a změnila organizovanou opatrovnickou činnost na profesní činnost ošetrovatelskou. Začaly se zdůrazňovat nároky a požadavky na osoby poskytující ošetrovatelskou péči a prosadila se myšlenka odborně připravených žen pro péči o raněné a nemocné (Jarošová, 2001). Přínos Florence Nightingalové spočívá v jejím kritickém přehodnocení do té doby používaných a zavedených postupů. Používání selského rozumu (*common sense*) a schopnost kritického myšlení při poskytování péče o nemocné od sester také sama vyžadovala (Nightingale, 1970).

V myšlení Florence Nightingalové nacházíme ozvěnu liberálně protestantských ideálů, kterými sama žila. Práci ošetrovatelky vnímala jako odbornou činnost, jako jsou jiná řemesla (*trade*). Sestry vedla k pracovitosti a řádu. Florence Nightingalová spojovala dobrou zdravotní sestru především s dobrým člověkem obecně. Zdravotní sestry měly být hlavně „dobří lidé“, kteří si zakládali na vlastní počestnosti a charakterových vlastnostech. Rozhodující tedy bylo to, jaká byla sestra „uvnitř“. Za jednu z hlavních kvalit považovala soucítí. Veškerá pozornost sestry se také měla soustředit především na potřeby nemocného. Sestra měla být vždy laskavá, nikoliv však emocionální (Bradshaw, 2011).

O přínosu Florence Nightingalové existuje velké množství odborné literatury dostupné i v českém jazyce. Ráda bych pouze doplnila pár poznámek, které mě zaujaly z její dochované korespondence. Podařilo se jí osamostatnit až ve 32 letech, po dlouholetých sporech s otcem, kdy získala roční příjem 500 liber a svolení pracovat v malé nemocnici pro mladé dámy. Ošetrovatelský výcvik absolvovala během 3 měsíců v Německu a po dvou letech byla vyslána na Krym jako koordinátorka ošetrovatelské péče. Po návratu z Krymu se stala národní hrdinkou a svoji slávu dokázala využít k provedení zásadních změn v péči o nemocné. Nemocnice v té době popisuje jako špinavá a zapáchající zařízení bez hygieny, ve kterých se ošetrovatelky běžně posilovaly alkoholem, aby tam vůbec mohly pracovat. Z toho důvodu se snažila o reformu ošetrovatelské profese nejdříve z pohledu její prestiže i důstojnosti. Začala vlastně budovat zcela novou profesi, o jejíž důležitosti přesvědčovala britské politiky. Ze všech písemností, které se po její smrti zachovaly, se Florence Nightingalová jeví jako velice pestrá osobnost: sebevědomá,

netrpělivá, rozhněvaná, posedlá, upjatá, neustále hledající. Florence Nightingalová byla brilantní reformátorkou, měla neúnavnou kapacitu studovat, absorbovat a spojovat materiál do celkového obrazu

Z její knihy *Notes on nursing, what it is, what it is not* je již po přečtení prvních stránek patrné, že kriticky hodnotila mnoho do té doby uznávaných a aplikovaných postupů. Kriticky hodnotila práci sester, které nepoužívaly selský rozum (*common sense*). Zdůrazňovala, že sestra by měla vykonávat všechny úkony spjaté s její profesí, v opačném případě by neměla tuto profesi vykonávat vůbec. „*Pokud sestra odmítá tyto činnosti vykonávat pro svého pacienta, protože to ‚není její povinnost‘, mohla bych říci, že ošetřovatelství není jejím posláním.*“ (Nightingale, 1970, str. 21) Požadovala proto, aby sestry samy k sobě měly vysoká očekávání, a vyžadovala přesnost, pečlivost, schopnost kritického úsudku, sebereflexi, ale také lidský přístup k nemocným a schopnost empatie. Její nezlomný způsob ovlivňování a uzpůsobování prostředí nemocných měl i přes odpor mnoha jejích spolupracovníků nepopíratelný, statisticky doložený, pozitivní vliv na zdraví a záchranu života mnoha pacientů. V její knize *Notes on nursing* vidíme však také to, že její myšlenky jsou nadčasové a hodnoty stále platné. (Nightingale 1970, Nightingale, Vicinus, Nergaard, 1990; McDonald, 2002).

Eva Lückes, která byla hlavní sestrou londýnské nemocnice (The London Hospital) v letech 1880 až 1919 a jejíž mentorkou byla Florence Nightingalová, považovala právě osobnostní kvality za absolutní základ pro ošetřovatelství. Především charakter tvoří skutečnou sestru. Za nezbytné kvality pro výkon tohoto povolání považovala sebekázeň, osobní zodpovědnost za učení, pravdivost, poslušnost, přesnost, loajalitu, vlídnost a skutečný soucit. I další autorky se názorově shodovaly v tom, že ideální ošetřovatelky musí mít výše uvedené charakterové kvality (Lückes in Bradshaw, 2000; Landale, 1893; Voysey in Shea 2014).

Florence Leesová (1874), která pečovala o zraněné vojáky v prusko-francouzské válce, požadovala, aby byl v kurzech kladen největší důraz na následující hodnoty: čistota, pořádek, poslušnost, střízlivost, pravdomluvnost, upřímnost, přesnost, důvěryhodnost, svižnost, uspořádanost. Sestry zároveň musely být trpělivé, optimistické a vlídné. Charakterové vlastnosti jako vlídnost a soucitnost pak byly považovány za nezbytný předpoklad pro vykonávání ošetřovatelské profese. Volba tohoto povolání ale měla být podložena také vrozenou láskou k ošetřovatelství, nikoliv pouhou snahou zajistit si

živobytí. Sestry měly kombinovat nesobeckost a silné odhodlání nenechat se zdolat nesnázemi (Williams a Fisher in Bártlová 2005). Při profesní přípravě sester se na jednu stranu vyžadovala vlídnost a soucit, stejně tak se kladl důraz na kompetenci v technických dovednostech (Bradshaw, 2011).

Podle Woodové se sestrou nerodíme, ale stáváme. Přesto by ale osoba, která chce tuto profesi vykonávat, měla mít šest základních vrozených kvalit: duchapřítomnost, jemnost srdce a dotyku, přesnost, paměť, postřeh a prozíravost. Rozhodující její schopností je pak upřednostňovat pohodlí pacienta před svým vlastním, svědomitost, pečlivost, nepozorovatelnost i pozorovatelnost (Wood in Bártlová 2005).

Důraz na kvalitu ošetrovatelské péče bezpochyby souvisel s úspěšnou expanzí britského impéria spojenou s moderním pojetím válek a tím i větší potřebou efektivně ošetřovat zraněné vojáky. V anglosaském pojetí ošetrovatelského ideálu jednoznačně identifikujeme patrný vliv protestantské etiky. Jak uvádí Weber, protestanti začali vnímat práci jako povolání, pro které je potřeba rozvíjet osobní ctnosti, sebedisciplínu a používat vlastní rozum. Tento puritánský způsob života se stal výrazem lásky k bližnímu (Weber, 2009).

Anglosaský (protestantský) ideál sestry vychází z původního křesťanského ideálu milosrdenství, laskavosti a soucitu a doplňuje ho o další nároky a požadavky na osobní a pracovní kvality všech, kdo chtějí ošetrovatelskou péči poskytovat. Patří sem především sebekázeň, poslušnost, osobní zodpovědnost, prozíravost, svědomitost, pečlivost, přesnost, důslednost a pořádek, stejně jako používání selského rozumu, které je spojeno s nutností kritického myšlení. Zároveň ale zůstává zachována naprostá oddanost ošetrovatelské profesi spojená s absencí soukromého a rodinného života.

### **1.3 Ideál na přelomu 19. a 20. století**

Rozvoj moderního ošetrovatelství souvisí mj. s rozvojem ženského emancipačního hnutí, které probíhalo v Evropě ve 2. polovině 19. století a zasáhlo také české země. Jeho hlavním cílem bylo prosazení vzdělávání žen, jejich možnost pracovat a získat tak větší samostatnost a nezávislost. Požadavek na ekonomickou soběstačnost žen se zároveň stal jedním z hlavních cílů reformy ošetrovatelství Florence Nightingalové. Vznikají první ošetrovatelské školy, díky nimž se ošetrovatelství začalo proměňovat z původně charitativního poslání na profesionální povolání. Ošetrovatelky už měly dostatečný

teoretický i praktický výcvik, jejich profese byla ale zároveň velmi náročná (Škochová, 2005; Kafková, 1992).

Stále je však kladen důraz především na ctnosti, jako je počestnost a poctivost. Zdravotní sestry měly být mírné, vážné, opatrné, čistotné a pracovitě. V jejich chování měla být patrná poctivost a láskyplnost. Charakter měl větší význam než chytrost. Pro blaho pacienta byly kultivovány vlastnosti jako úcta, jemnost, diskrétnost a čestnost (Bradshaw, 2000; Ashdown, 1930). Ashdown (1930) dále zdůrazňovala, že hlavní kvalifikací pro práci sestry jsou skutečná láska k péči o nemocné a bezbranné, silná konstituce a vyrovnaný temperament. Kázeň, poslušnost, věrnost, velkorysost, jemnost, mírnost a veselost tvořily základ sesterské práce. Hlavní zdroj formování charakteru a způsobu myšlení sestry viděla Vivian (1920) především ve strastech sesterské profese – přepracování, nízká mzda a sebezapření. Náročnost profese potvrzuje také první český učitel na pražské lékařské fakultě Prof. MUDr. Bohumil Eiselt, který popisuje pracovní náplň ošetřovatelek v 90. letech 19. století následovně: *„Bydlí v 18lůžkovém pokoji nemocných na třech postelích za záclonou, ustavičně chodí od jednoho nemocného k druhému a obsluhují je, dávají bedlivě pozor na vše, co se v celé síni přihodí, a usínají tělesnou a duševní únavou. Lékařská služba je mnohem snadnější a méně nebezpečná, než jsou výkony ošetřovatelek. Jsou jako vojín před nepřátelským vojskem, v ustavičném nebezpečství života, jejich jména však nejsou známa, jejich činy se nehlásí světu, bez nároku na uznání stojí v první řadě proti neviditelnému nepříteli, proti smrti, konajíce vytrvale těžkou, zodpovědnou službu, aniž by je jejich vlastní onemocnění dovedlo zlomit. Jsou pravé hrdinky.“* (Škochová, 2005).

Na přelomu 19. a 20. století je zřejmé, že anglosaský protestantský ošetřovatelský ideál, který původní křesťanský soucit a laskavost doplnil o puritánské pracovní hodnoty a požadavky, se rozšířil i do katolických zemí, jako bylo Rakousko-Uhersko. Souviselo to nepochybně se snahou zajistit zdravější pracovní i vojenskou sílu a vyrovnat se tak s úspěšnou expanzí britského impéria, které se stalo hlavní světovou mocností.

#### **1.4 Ideál v první polovině 20. století**

První světová válka vedla ke zrušení mnohých restrikcí a omezení, přesto byly s profesí sestry, respektive jejím ideálem, i nadále spojovány vysoké mravní principy, odvaha a požadavky na charakterové kvality (Cochrane in Bradshaw, 2000).

Rozvoj medicíny i ošetrovatelství ve 20. století jde ruku v ruce s novými biomedicínskými poznatky, které ovlivňovaly způsob poskytování ošetrovatelské péče (Bredshaw, 2011). Profesní etika a základy, na kterých poskytování ošetrovatelské péče stojí, však zůstaly stejné. Profese zdravotní sestry byla např. Fisherovou (1937) vnímána jako „posvátné poslání“. Úkol sester spočíval ve zmírňování lidského utrpení, právě proto byly osobní kvality sestry považovány za extrémně důležité. Ošetrovatelství se výrazným způsobem vyvíjelo technicky, v poskytování ošetrovatelské péče je ale stále patrná snaha navazovat na odkaz F. Nightingalové. Ideální sestru představovaly osoby s vysokými morálními hodnotami a charakterovými kvalitami, jako je střídmost, opatrnost, spravedlnost, střízlivost a odvaha. Svůj význam měly také charakterové vlastnosti, ke kterým patří laskavost, soucit, veselost, příjemné vystupování a chování k pacientům, stejně jako schopnost ulevit jejich úzkosti a podpořit jejich sebevědomí a důvěru (Pearce in Bredshaw, 2011; Houghton, 1965). Od sester se již neočekávalo, že budou naprosto oddány pouze sesterské profesi. Požadavky na určitou míru disciplíny a ctnosti však přetrvávaly. Dobrá sestra byla laskavá osoba, kterou naplňovalo trávení času a budování vztahu s pacienty (Darnell, 1965).

Ideál sestry původně definovaný protestantskou etikou převládá i v první polovině 20. století. Jsou zde ale zřetelné dvě základní nové tendence – nutnost sledovat a studovat nové biomedicínské poznatky a rozšiřovat si tak vlastní znalosti a kompetence na jedné straně, a postupné upouštění od „řeholního“ charakteru ošetrovatelské profese.

### **1.5 Vlivy na ideál sestry v době moderního ošetrovatelství**

Zásadní změna v pojetí ošetrovatelské profese se v západních zemích odehrála v průběhu 60. a především 70. let 20. století jako reakce na příchod stále složitějších technologií, kdy tradiční pojetí všeobecných sester přestalo vyhovovat. Ošetrovatelství je od té doby vnímáno jako samostatná společenskovědní disciplína, která se rozvíjí na základě vědeckého výzkumu. Od sester se očekává stále větší flexibilita, osobnostní vyzrálost, široká základna všeobecných vědomostí a schopnost celoživotního vzdělávání. Dalšími charakteristickými rysy moderního ošetrovatelství jsou plánování a řízení ošetrovatelské péče a její systematické hodnocení (Kutnohorská, 2010).

Tradiční požadavky na osobnostní kvality a pracovní hodnoty ideální sestry proto musí být ve shodě s jejím chováním při poskytování ošetrovatelské péče. Toto chování ideální sestry je pak charakterizováno jako soubor komunikačních dovedností (Stott, 2007), přístupnosti



(Resnick, 2002; Tomlinson, 2005) a schopnosti týmové práce (Rush & Cook, 2006; Smith & Godfrey, 2002).

Požadavek na schopnost týmové práce spočívající ve společném dosažení požadovaných výsledků je formulován v 70. letech 20. století (Farkašová, 2006). V ideálním případě totiž spolupracuje celý zdravotnický tým včetně rodinných příslušníků a snaží se tak pacientům poskytnout nejlepší péči (Rush & Cook, 2006; Smith & Godfrey, 2002). Zároveň je ale specifický vztah sestry a pacienta v tomto týmu přínosem (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990).

Pojem komunikační kompetence, který vyjadřuje soubor všech mentálních předpokladů, jež člověka činí schopným komunikovat, se používá od 60. let 20. století (Plevová, 2011). Dobré komunikační schopnosti mají významný vliv na to, jak pacienti hodnotí sesterskou péči. Haškovcová (2013) uvádí, že v posledních letech je na komunikaci mezi zdravotníky a pacienty kladen mimořádný důraz, existuje rozsáhlá nabídka nejrůznějších vzdělávacích kurzů a praktických cvičení na téma komunikace a téměř každá sestra v ČR alespoň jedno takové školení absolvovala. Zároveň ale upozorňuje, že získané znalosti a dovednosti se málo odrážejí v praxi. Důvodem může být zaměření na formální stránku komunikace, a nikoliv na její obsah. Sestry vědí, jak komunikovat, dodržují všechna přísná pravidla zdravotnické kultury, ale ztrácejí komunikační přirozenost. Hlavním problémem tedy není neschopnost komunikace, ale především ztráta skutečné starosti o druhého člověka (Haškovcová, 2013, s. 25–26).

Důležitou roli při komunikaci sestry s pacientem podle Haškovcové (2013) hraje také stávající nastavení zdravotnického systému. Požadovaný způsob ošetrovatelské práce nabývá na technické náročnosti a je svázaný mnoha pravidly, nařízeními a směrnici. Zároveň narůstá administrativa, která má dokládat ekonomicky měřitelný pracovní výkon. Tento systém pak logicky vytěsňuje přirozenou komunikaci ve prospěch komunikace čistě formální. Pokud je cílem zdravotnického zařízení „udělat co nejvíce výkonů“, není překvapením, že sestry volí neosobní, vyhýbavou, případně agresivní komunikaci.

Stejně tak Rohde (1974) dokládá, že stále více dochází k propojování ošetrovatelské a administrativní funkce sester. Ty jsou pak podřízeny jednak lékařům a zároveň sesterskému managementu, a dochází tak k „*vysoce komplikovaným a rozvětveným organizačním liniím a chaosu v oprávnění vydávat příkazy*.“ (Rohde in Bártlová, 2005,

s. 217). Sestrám tak narostly nové povinnosti, které přímo nesouvisí s ošetřováním, a jejich přetěžování jinou agendou je jistá cesta ke vzdalování od pacienta. Komplexnost organizačních struktur proto musíme vnímat jako další důležitý aspekt pro pochopení role zdravotní sestry.

Velký vliv na formování aktuálního ideálu zdravotní sestry mají nejen historické události a společenské změny, případně změny související s vědeckým pojetím ošetřovatelského procesu, ale také například mediální zobrazení této profese nebo její jednotliví členové. Kalisch a Kalisch (1983) poukazují právě na vliv médií při formování představy o ideálu zdravotní sestry. Pod vlivem těchto mediálních obrazů byly sestry ve zdravotnickém prostředí průběžně konfrontovány s různým vnímáním své profese u veřejnosti a během posledního století se stávaly anděly milosrdenství, holkami pro všechno, válečnými hrdinkami, matkami nebo sexuálními objekty. Smith (2011) zase poukazuje na skutečnost, že představa ideální sestry je ve velké míře formována zkušeností v průběhu vlastní socializace ve zdravotnickém prostředí, je přenášena ze sestry na sestru a z jedné generace sester na další.

## **1.6 Vývoj pojetí ideálu sestry – shrnutí**

Z výše uvedeného je patrné, že ideál ošetřovatelství stál od počátku křesťanství na projevování milosrdenství, laskavosti, soucitu a byl vnímán jako celoživotní „řeholní“ poslání. S nástupem protestantské etiky spojené s úspěšným ekonomickým a politickým rozmachem britského impéria v 19. století došlo k rozšíření tohoto ideálu o další požadavky na osobní a pracovní kvality ošetřovatelek a na jejich vysoké charakterové kvality a mravní principy, které se následně odráží ve správném chování ideální sestry. Patří sem především sebekázeň, osobní zodpovědnost, prozíravost, svědomitost, pečlivost, přesnost, důslednost a pořádek, stejně jako používání selského rozumu, které je spojeno s nutností kritického myšlení. Zároveň ale zůstává zachována naprostá oddanost ošetřovatelské profesi související s absencí soukromého a rodinného života.

S rozvojem medicíny ve 20. století přichází důraz na kvalitní vzdělání, dostatečné znalosti a kompetence v technických dovednostech. Od poloviny 20. století se pak od sester naprostá oddanost jejich profesi přestala očekávat a ustoupilo se od „řeholního“ požadavku. Sestry už mohou žít civilním životem a mít vlastní rodinu. Ve druhé polovině 20. století dochází k zásadním změnám v pojetí ošetřovatelského procesu, který se zároveň stává samostatnou vědeckou disciplínou. Sestry získávají další kompetence, očekává se od

nich větší flexibilita, vyzrálost i širší vědomosti a dovednosti. To vše pak ústí do požadavků na schopnost plánovat, řídit i hodnotit ošetrovatelský proces, vyžaduje se znalost komunikačních dovedností nebo schopnost týmové práce. Spolu se zvyšováním administrativní zátěže sester a komplikovaností organizačních struktur je ale zároveň formulována obava ze vzdalování se od pacienta a tím pádem ústup od původních ošetrovatelských ideálů, které charakterizovala především skutečná starost o druhého člověka. Ideál sestry, které stačilo být laskavá, soucitná, starostlivá a vlídná, tak postupně doplnily další nároky a požadavky, jako jsou kompetence, nezávislost nebo potřeba kritického myšlení.

Zároveň je však potřeba vnímat, že ideál sestry není pouze průsečíkem všech nároků a požadavků na její charakterové a pracovní kvality, schopnosti a dovednosti, ale promítají se do něj také další vlivy, například převažující mediální obraz sestry v daném období a zemi nebo vlastní zkušenosti sester v průběhu jejich socializace a jejich přenos na další generace sester.

## 2. Vývoj ideálu sestry v Československu a v České republice

Vzhledem k charakteru provedeného výzkumu je nutné sledovat také vývoj profesního ideálu sestry v Československu a následně v České republice a hledat souvislosti s vývojem tohoto ideálu v zahraničí. Jak uvádíme na začátku této diplomové práce, neexistuje souhrnná práce, která pojednává o tomto tématu v českém jazyce nebo z českého pohledu. Zaměříme se proto především na analýzu systému vzdělávání českých zdravotních sester a jeho vlivu na formování profesního ideálu sestry v jednotlivých obdobích. Zvýšený akcent věnujeme společenským změnám, během kterých zároveň docházelo ke změnám tohoto systému. S ohledem na vlastní výzkum rovněž sledujeme, jakým vzdělávacím systémem prošly jednotlivé generace aktivních sester a jaké změny ve vzdělávání sester proběhly po roce 1989. Na základě této analýzy následně představíme pohled na ideál sestry v daném období a porovnáme jej s poznatky zahraniční literatury z předchozí kapitoly.

### 2.1 Československo v období 1918–1948

Nově vzniklé Československo navázalo na rakousko-uherský systém dvouletých ošetřovatelských škol z roku 1914, které jejich absolventky končily titulem „diplomovaná ošetřovatelka“. V rámci tohoto systému vznikla v Praze v roce 1916 Státní dvouletá ošetřovatelská škola, která fungovala i po roce 1918. Přes veškerou snahu se ale jednalo o jedinou civilní ošetřovatelskou školu v ČSR až do roku 1937, kdy byla otevřena další škola v Moravské Ostravě. Po druhé světové válce v letech 1945–1948 už ale existovalo v českých zemích 16 civilních a 12 řádových ošetřovatelských škol (Farkašová, 2006).

Důležitou podmínkou pro přijetí na tyto školy bylo dosažení věku 18 let, dobrý zdravotní stav a úspěšné složení psychotechnické zkoušky, zaměřené na test psychických procesů a vlastností osobnosti. Přednost dostávaly svobodné uchazečky a podmínkou bylo povinné bydlení v internátu. (Rozsypalová, 2006). „*Dívky a mladé ženy si vybíraly své budoucí povolání uvážlivě, protože většinou o něm již něco věděly. Některé z nich prošly předchozím vzděláním: studovaly gymnázium, rodinnou školu, dokonce i pedagogický ústav.*“ (Rozsypalová, 2006, str. 9). Jako odborná základna pro vyšší vzdělávání sester pak sloužila pražská Vyšší ošetřovatelská škola (Farkašová, 2006).

K vysoké úrovni československého ošetřovatelství tohoto období přispěla především Alice Masaryková, která pozvala do Prahy tři zkušené americké zdravotní sestry. Ty následně

vypracovaly novou koncepci teoretické i praktické výchovy budoucích sester. Alice Masaryková zdůrazňovala především kvalitní ošetrovatelské vzdělání, kdy jednak získávala prostředky na lepší vzdělávání sester u nás a zároveň pomáhala zajišťovat sestrám odborné stáže českých sester v zahraničí. Kladla rovněž vysoké mravní nároky na profesi zdravotní sestry a usilovala o jejich vysoký mravní kredit. Etice proto byla věnována ve státní ošetrovatelské škole velká pozornost (Lovčí, 2008).

Další významnou osobností, která formovala československé ošetrovatelství ve 20. století, byla Jarmila Roušarová. Stejně jako Alice Masaryková akcentovala především vzdělání – sama ve 20. letech absolvovala roční mezinárodní ošetrovatelský kurz v Londýně. Zasloužila se o otevření několika ošetrovatelských škol v Československu a napsala první českou učebnici ošetrovatelství. V odborných učebnicích, které vydávala do 60. let 20. století, upozorňovala především na hygienu v ošetrovatelském procesu. Věnovala se zároveň propagaci studia ošetrovatelství, kdy zdůrazňovala, že budoucí sestry se díky svému vzdělání a následné praxi naučí mnoha dovednostem, které využijí ve své rodině a svém okolí. Výběr profese zdravotní sestry již podle Roušarové neznamená pro ženu zůstat svobodná, uplatnění v tomto povolání najde i vdaná nebo matka (Roušarová, 1948).

Je zřejmé, že ideál zdravotní sestry v meziválečném Československu se nijak neliší od vyspělé Evropy. Pozvání amerických zdravotních sester, které pomáhaly vytvořit novou koncepci ošetrovatelství, potvrzuje akceptování anglosaského protestantského ideálu také v našich zemích. Ideál zdravotní sestry v tomto období je dán silnou osobností Alice Masarykové, která kromě kvalitního vzdělání kladla na sestry také vysoké mravní nároky (Lovčí, 2008). Důležitá je také podmínka pro přijetí na ošetrovatelskou školu, kterou bylo dosažení věku 18 let (Farkašová, 2006), a přítomnost amerických zdravotních sester, jež garantovaly vysokou kvalitu vzdělání spojenou s nejnovějšími mezinárodními poznatky. Lze tedy vyvodit, že ideál absolventky státního ošetrovatelského vzdělání v letech 1918–48 představuje zralá osobnost s vysokým morálním kreditem a znalostmi moderního ošetrovatelství srovnatelnými s nejvyspělejšími zeměmi světa. Významným posunem pro charakteristiku profese zdravotní sestry je pak zřetelné uvolnění a zcivilnění této profese, kterou již mohly vykonávat i vdané ženy nebo matky.

## ***2.2 Ošetrovatelství po roce 1948***

Pozitivní rozvoj českého ošetrovatelství přerušila 2. světová válka a po krátké snaze navázat na předválečnou tradici se definitivním mezníkem stal komunistický převrat v roce

1948 (Farkašová, 2006, s. 25–26). Po roce 1948 vykonávaly ošetrovatelskou péči diplomované pomocné sestry a sanitárky, které se nacházely ve velmi obtížné situaci. Vlivem politických okolností se dostaly do mezinárodní izolace, když byl Spolek diplomovaných sester vyloučen z Mezinárodní rady sester (ICN). Ošetrovatelství také trpělo nedostatkem personálu poté, co státní moc začala zavírat církevní ošetrovatelské školy. V důsledku této situace se způsob a systém ošetrovatelství v Československu začal odlišovat a vzdalovat svým obsahem a rozsahem od způsobu ošetrovatelství v západní Evropě (Farkašová, 2006, s. 27–29; Plevová, Slowik, 2008).

Práce sestry představovala velmi těžkou a zároveň nedostatečně odměňovanou profesi, tzn. i málo atraktivní pro potenciální zájemce. Bylo tedy potřeba vytvořit takové podmínky poskytování ošetrovatelské péče, které by rovněž vedly ke zvýšení zájmu o studium ošetrovatelství (Farkašová, 2006).

První krok představovalo zavedení jednotné soustavy středních zdravotnických škol, ke kterému došlo už v roce 1948. Tyto školy vznikly sloučením ošetrovatelských, rodinných a sociálních škol. Studium na nich trvalo 4 roky a končilo maturitní zkouškou. Na rozdíl od dvouletých ošetrovatelských škol, které u nás fungovaly do roku 1948 a kde bylo podmínkou pro přijetí dosažení věku 18 let, se do nových čtyřletých škol přijímali žáci (dívky), kteří ukončili povinnou školní docházku, tedy ve 14–15 letech (Kilíková, 2013).

Sjednocení systému středních zdravotnických škol ale neřešilo hlavní problém, a to nedostatek sester. V roce 1951 proto došlo k pokusu zkrátit studium na 3 roky, což se však ukázalo jako nepřipravený experiment, který nevedl k očekávaným výsledkům. K dalšímu z řady pokusů, jak systémově vyřešit vzdělávání zdravotních sester, došlo v roce 1954, kdy se zdravotní školy přesunuly pod ministerstvo zdravotnictví, které prodloužilo studium sester opět na 4 roky a zavedlo nový obsah učiva. Přes různé drobné změny a úpravy pak tento systém prakticky přetrval až do školního roku 2003/2004 (Farkašová, 2006).

Pomineme-li komunistickou ideologii a izolovanost od západního světa, je ideál ošetrovatelského vzdělání v tomto období primárně podmíněn faktem, že studium začínalo ve 14 nebo 15 letech a mnohé sestry ho končily ještě jako neplnoleté. S tím také souvisel obsah výuky na školách, kde se stále více prosazoval nácvik ošetrovatelských technik před samotnou péčí o pacienta (Bártlová, 2005). Podle Staňkové se tak „*k náročnému ošetrovatelskému povolání začala připravovat sociálně nezralá mládež. Tomu se*

*samozřejmě musela přizpůsobit organizace a kvalita studia. Způsob práce se studenty bylo nutno velmi zjednodušit a přiblížit jejich velmi nízkému věku. Studenti přicházeli do styku s klinickou praxí velmi nezralí, nedostávalo se jim ani dostatečného všeobecného vzdělání, ani kvalitní teoretické odborné průpravy, a především chyběl potřebný rozsah odborné praxe.*“ (Staňková, 1996, s. 36). Nízký věk sester-absolventek a jejich zařazování do praxe, větší zaměření na samotné ošetrovatelské techniky místo na osobnostní předpoklady, charakter a chování sester, nedostatečná odborná příprava a praxe – to vše v důsledku znamenalo potlačení samostatnosti sester a jejich naprosté podřízení příkazům lékaře (Kutnohorská, 2010). V polovině 20. století tento vývoj dále pokračoval díky eskalaci vývoje medicíny a její specializaci. Sestry se tak přizpůsobily specializaci lékařů, prohlubovaly si dílčí znalosti a zároveň ztrácely hledisko celkových souvislostí (Bártlová, 2005, s. 128).

Potřeba rychle vzdělávat a následně zaměstnávat stále více vyškolených sester pasovala sestry do role asistentky lékaře, a nikoliv rovnocenné členky zdravotního týmu, která je specialistkou v ošetrovatelském oboru (Kutnohorská, 2010). Z výše uvedeného vyplývá, že sestra, kterou produkoval vzdělávací systém po roce 1948, byla mladá, nezralá osobnost s nedostatečnou odbornou přípravou a praxí naprosto podřízená příkazům lékaře.

Pozitivním prvkem pro sestry toužící po dalším vzdělání byla možnost pokračovat po maturitní zkoušce ve studiu na vysoké škole. Nadstavbové, případně pomaturitní vzdělávání bylo umožněno sestrám od roku 1955, ale první vysokoškolské studium se otevřelo v roce 1960 na Karlově univerzitě v Praze a cílilo především na vyučující na středních školách. Od začátku 80. let 20. století pak na Filozofické fakultě UK probíhalo také jednooborové studium řízení zdravotní péče, určené nicméně především pro hlavní a vrchní sestry (Kilíková, 2013, s. 63). I zde ale najdeme rozpor mezi požadavky na další vzdělávání sester a jejich podřízeným postavením v československém zdravotnictví. Jak uvádí PhDr. Irena Nerudová, absolventka magisterského studia v 80. letech 20. století: „*Ke konci studia jsme si mnohé uvědomily, i když jsme byly nabitě vědomostmi, jak po nás praxe bude požadovat sesterskou submisivitu.*“ (Škubová, 2004, str. 110)

Je zde tak patrný zásadní rozdíl v poválečném pojetí této profese u nás a zejména v USA, kde se profese ošetrovatelky vyvíjela k větší samostatnosti a autonomii na profesi lékaře. Od 60. let 20. století získávaly sestry další kompetence, které kladly stále větší nároky na jejich vzdělání a samostatné plánování, řízení i hodnocení ošetrovatelské péče.

### **2.3 Ošetřovatelství po roce 1989**

Po pádu komunistického režimu se vývoj v Československu a posléze v České republice začal opět sbližovat s vývojem v západní části Evropy. Definuje se nová podoba moderní ošetřovatelské péče a v souvislosti se vstupem České republiky do Evropské unie dochází rovněž k transformaci ošetřovatelského vzdělávání a přijetí jednotného vzdělávacího systému, jehož cílem je zajištění kompatibility se zeměmi EU. V roce 1993 bylo také zahájeno první vysokoškolské vzdělávání určené specificky pro zdravotní sestry, které mají od té doby možnost vysokoškolského vzdělávání a získávání titulů Bc., případně Mgr. (Kutnohorská, 2010; Jarošová, 2006).

Na druhou stranu je potřeba upozornit na to, že podle Jarmily Škubové (2004) převládalo „socialistické“ vnímání profese zdravotní sestry ještě v průběhu 90. let, a bylo zřejmé, že především ve vzdělávání musí nastat změny, které umožní srovnatelnost kvalifikací českých a evropských sester.

Od roku 2004 tak platí legislativa vycházející ze směrnice EU, která zařazuje povolání všeobecných sester mezi regulované profese s automatickým uznáváním v rámci EU. Tato směrnice také upravuje požadavky na minimální standardy základní kvalifikace. V legislativě je stanoveno, že odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry je získána absolvováním:

- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester
- b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotních školách (Zákon č. 96/2004 Sb., § 5, odst. 1)

Podmínkou přijetí ke studiu je věk 18 let a maturitní zkouška. Kvalifikaci všeobecné sestry tak lze získat absolvováním tříletého speciálního bakalářského cyklu (titul Bc.) nebo tříletým studiem na vyšší zdravotní škole (titul DiS.). Úplné střední odborné studium v oboru všeobecná sestra, které končilo maturitní zkouškou a bylo určeno pro absolventy základních škol, zaniklo k 1. září 2004, protože nesplňovalo výše uvedená kritéria EU (Jarošová, 2006; Farkašová, 2006).



## **Zdravotnický asistent**

Absolvent střední zdravotnické školy po roce 2005 získává pozici tzv. zdravotnického asistenta, což je fakticky sestra druhé úrovně. Znamená to, že ošetrovatelskou péčí může poskytovat pouze pod odborným dohledem. Zdravotnickým asistentem se může stát také absolvent akreditovaného kvalifikačního kurzu, pokud před tím úspěšně složil maturitní zkoušku (Vévoda, 2013). Podle metodického pokynu ministerstva zdravotnictví je délka programu stanovena nejméně na 900 hodin (500 teoretická výuka, 400 praktické vyučování). Kurz je tak realizovatelný za 23 týdnů, tedy necelých 6 měsíců (Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent).

Činnosti zdravotnických pracovníků upravuje vyhláška č. 55 z roku 2011. V této vyhlášce jsou přesně popsány činnosti, které může vykonávat všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu (§ 4) i zdravotnický asistent vykonávající činnost pod odborným dohledem (§ 30). Z porovnání činností uvedených v obou paragrafech vyplývá, že zdravotnický asistent nemůže vykonávat nic samostatně a pod odborným dohledem všeobecné sestry může pouze částečně suplovat její práci. Z tohoto důvodu se nabízí otázka po smyslu studia čtyřleté střední zdravotnické školy, když ke stejné kvalifikaci zdravotnického asistenta stačí pouze výše uvedený akreditovaný kvalifikační kurz. Oba paragrafy výše zmíněné vyhlášky uvádíme jako Přílohy 3 a 4 této práce.

## **Celoživotní vzdělávání**

*„Celoživotním vzděláním je průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 53) V § 54 pak výše uvedený zákon specifikuje formy celoživotního vzdělávání. Patří sem specializační vzdělání, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, účast na školeních, konferencích, kongresech a symposiích, vlastní publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, případně samostatné studium odborné literatury. Plnění těchto povinností je u sester založeno na kreditním systému, který je průběžně kontrolován jako součást osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Počty kreditů jsou pak stanoveny vyhláškou č. 423/2004 Sb. (Vévoda, 2013)*

Ideál ošetrovatelského vzdělávání po roce 1989 souvisí se vstupem České republiky do Evropské unie a akceptováním jejího jednotného vzdělávacího systému. Podmínkou pro přijetí ke studiu všeobecné sestry je věk 18 let a maturitní zkouška, což předpokládá osobnostní zralost a povinnost minimálního dosaženého vzdělání. Stejně tak je systémově zavedena povinnost celoživotního vzdělávání, která by měla zajistit průběžné doplňování a zvyšování odborné kvalifikace. Zároveň je zde patrná snaha poskytovat ošetrovatelskou péči víceúrovňovým způsobem a poskládat tak ošetrovatelský tým z personálu s různou úrovní kvalifikace, tak jak ji uvádí aktuální Koncepce ošetrovatelství vydaná Ministerstvem zdravotnictví ČR (Věstník č. 9, 2004).

## ***2.4 Shrnutí***

Vliv na formování ideálu sestry v ČR měly především silné osobnosti, historické události, řešení systémového nedostatku sester snížením věku pro přijetí na zdravotnickou školu, a nakonec radikální změna systému vzdělávání iniciovaná vstupem ČR do EU.

Ideál ošetrovatelského vzdělávání v letech 1918–48 formovala Alice Masaryková svými vysokými mravními nároky a snahou po kvalitním ošetrovatelském vzdělání. Podmínka dosažení věku 18 let pro přijetí na ošetrovatelskou školu zároveň předpokládala, že zájemcem o studium bude zralá osobnost s rozvinutým sociálním cítěním. V tomto období se pojetí ideálu zdravotní sestry ještě nijak neliší od západní Evropy.

Po roce 1948 a s příchodem komunistické ideologie došlo k izolaci od západního světa. Studium ošetrovatelství začínalo po skončení základní školy a končilo maturitou často před dosažením plnoletosti. Absolventky tak nebyly dostatečně sociálně, teoreticky ani odborně připravené na výkon povolání zdravotní sestry. Z tohoto důvodu došlo k potlačení samostatnosti sester a jejich naprosté podřízenosti lékařům, což bylo v zásadním rozporu s pojetím ošetrovatelství v západní Evropě. Tam naopak ošetrovatelská profese dospěla k ještě větší samostatnosti a sestry získávaly další kompetence.

Celou koncepci vzdělávání v ČR zásadně změnila až zdravotnická reforma z roku 2004. Podmínkou přijetí ke studiu všeobecné sestry se stal opět věk 18 let a maturitní zkouška, což předpokládá osobnostní vyzrálost a určité dosažené vzdělání. Povinnost celoživotního vzdělávání zase garantuje průběžné zvyšování odborné kvalifikace sester. Snaha o dosažení různé úrovně kvalifikace ale zároveň ukazuje na problém způsobený touto systémovou změnou. Absolventi střední zdravotnické školy před rokem 2004 mohou

pracovat na pozici všeobecná sestra bez odborného dohledu, zatímco absolventi těch samých škol po tomto roce jsou pouze zdravotnickými asistenty s možností práce pod odborným dohledem. Zdravotnickým asistentem se zároveň může stát absolvent přibližně šestiměsíčního kvalifikačního kurzu, což zároveň devaluje studium střední zdravotnické školy. Nabízí se také otázka požadované délky studia pro všeobecnou sestru. V případě, že absolvuje střední zdravotnickou školu a následně tříleté pregraduální studium (DiS. nebo Bc.), zabere jí studium na pozici všeobecná sestra celkem 7 let.

Zároveň je potřeba upozornit na fakt, že v červnu 2016 schválila vláda návrh novely zákona o nelékařských zdravotních povoláních (č. 96/2004), v rámci které by k získání kvalifikace všeobecné sestry stačilo absolvování čtyřletého studia střední zdravotnické školy (získání kvalifikace zdravotnického asistenta) a jeden rok studia vyšší odborné školy v oboru všeobecná sestra, tzv. systém 4 + 1. Tato novela ale zatím nebyla schválena Parlamentem ČR a je pravděpodobné, že v průběhu schvalování projde ještě úpravami.

Ukazuje se zde výhoda kontinuálního vývoje ošetřovatelství v západní Evropě a nevýhoda velkých nárazových systémových změn v českém kontextu. V důsledku toho pak dochází k situaci, kdy se střetávají dvě naprosto rozdílná pojetí ideálu sestry během velmi krátké doby, a může tak velmi pravděpodobně docházet ke konfliktům mezi aktivně pracujícími sestrami různých generací.

### 3. Pojetí ideálu sestry optikou různých generací sester

Jak uvádíme v kapitole o vývoji pojetí ideálu sestry, jeho představu ve velké míře formuje zkušenost, která je přenášena ze sestry na sestru a z jedné generace sester na další (Smith, 2011). V předchozí kapitole zároveň identifikujeme potenciální mezigenerační konflikty způsobené změnou systému vzdělávání v ČR v roce 2004. V ošetrovatelství v současné době pracuje několik generací sester, proto nás zajímalo, jaké hodnoty mají společné a v čem se liší, což bude předmětem výzkumu. V této kapitole se pokusíme uvést dostupné informace z literatury a zahraničních výzkumů. Vzhledem k tomu, že v češtině nebyly nalezeny studie popisující rozdílné pracovní hodnoty různých generací sester, vycházíme z materiálů zahraničních, které uvádíme opět ve vlastním překladu. Popisujeme zde charakteristické znaky jednotlivých generací, které jsou uvedeny především v anglosaské literatuře. Tyto poznatky lze ovšem aplikovat do českého prostředí jen částečně. Uvádíme je proto vždy se společenskými a historickými souvislostmi a dostupnými zdroji, které popisují charakter ošetrovatelství v daném období u nás. Uvedené analogie by ovšem vyžadovaly rozsáhlý výzkum, který překračuje rámec této diplomové práce.

#### 3.1 Veteránky

Odcházející generací sester jsou tzv. Veteránky (ročníky narození do r. 1945). Podle Hatfielda je pro tuto generaci typický důraz na loajalitu, disciplínu, týmovou práci, respektování autorit a seniority. Nařízení jsou pro ně jasná a striktní, organizace je hierarchická s jasnou dělbou práce. Gerke doplňuje, že většinou nerozumí rozmanitosti, jejich pracovní prostředí je konformní, stálé a jednotvárné a budoucnost předvídatelná – obvykle měly jedno zaměstnání celý život (Hatfield, 2002; Gerke 2001).

Okolnosti formující tuto generaci sester v Československu 50. let vytvářely značný tlak na disciplínu a respektování autority v komunistickém režimu. Absolventky dostávaly umístěnky bez ohledu na jejich přání nebo bydliště a nastoupit na dané místo bylo povinné. Do zaměstnání proto dojížděly hromadnou dopravou ze vzdálenosti několika desítek kilometrů, nebo bydlely na sesterských internátech na vícelůžkových pokojích a se sociálním zařízením společným pro několik pokojů. Situace se ještě komplikovala, pokud se sestra vdala, z toho důvodu zůstávala řada sester svobodných. Přestože byla zákonem stanovena osmihodinová pracovní doba, většina nemocnic v 50. letech to nedodržovala a pracovalo se v nich na dvanáctihodinové směny (Rozsypalová, 2006). Můžeme proto

očekávat, že některé popsané znaky „veteránek“ by mohly vystihnout i tuto generaci sester v ČR.

### **3.2 Silné poválečné ročníky**

Silné poválečné ročníky, které zažily relativní stabilitu a prosperitu, označuje především americká literatura jako Baby Boomers (narozené v období 1946–1964). Zemke za jejich charakteristický znak považuje fakt, že žijí prací a jsou schopné pracovat „od rána do večera“. Do pracovního prostředí si proto často přenáší lidskost a srdečnost. Za svoji pracovní loajalitu očekávají odměnu ve formě jistoty práce (Zemke, 2000). Jedná se o zkušené a ostřílené sestry, které mnohdy odkládají odchody do důchodu a pokračují v kariérním postupu. Z toho důvodu vznikají konflikty mezi nimi a nastupující generací, která by je chtěla vystřídat. Tyto konflikty jsou zároveň eskalovány jejich výhradami proti osobním, profesním charakteristikám a pracovním hodnotám následující generace (Duchscher, 2004).

Československo 60. let 20. století také zažívalo ekonomický růst spojený s postupným uvolňováním poměrů, které vedlo nakonec až k pražskému jaru a invazi vojsk Varšavské smlouvy v srpnu 1968. Na rozdíl od západního světa, kde se ošetrovatelství vyvíjelo ke stále větší samostatnosti, sestry získávaly další kompetence a očekávala se od nich větší flexibilita, vyzrálost, schopnost řízení a hodnocení, přetrvává v Československu i u této generace sester potlačování jejich samostatnosti a podřízení lékařům (Kutnohorská, 2010). Jak uvádí jedna ze zakladatelek České asociace sester, Růžena Wágnerová: „*My jsme nastoupily do praxe a neměly jsme žádná práva, vůbec nás nenapadlo, abychom o něčem diskutovaly, nebo dokonce odmlouvaly.*“ (Škubová, 2007, s. 17). Prestiž a vážnost si sestra musela vybudovat až v průběhu kariéry spolu se získáváním zkušeností. Před rokem 1989 zároveň nebyl tlak na sestry, aby se dále sebevzdělávaly, podle Wágnerové „*nebyl hlad po informacích, protože kvalitní informace v podstatě nebyly.*“ (Škubová, 2007, s. 19). Se změnami ve zdravotnictví po roce 1989 spolu s možností získání dalšího vzdělávání lze ale bezpochyby i v ČR sledovat výše uvedený trend, tedy že „ostřílené“ sestry této generace často místo předpokládaného odchodu do důchodu pokračují v kariéře. „*Bude mi 65 let, ale práce mě pořád hodně baví, takže dokud budu schopná pracovat, ráda zůstanu,*“ uvádí Wágnerová. (Škubová, 2007, s. 19)

### 3.3 Generace X

Převážně skeptická, cynická, nekonformní, individualistická Generace X (narozená v období 1965–1980) je naprosto odlišná od moralistické a poctivé generace jejich rodičů (Filipczak, 1994, Gozzi, 1995). Barnard píše, že tato generace z větší části odmítla autority a tyranii vzdělání a zaměstnání. Na druhou stranu musela akceptovat, že je odkázána sama na sebe a že jí nikdo negarantuje ekonomickou jistotu v budoucnosti. Zažila také nástup výpočetní techniky a informačních technologií (Barnard, 1998).

Sestry této generace se proto většinou naučily řídít svůj vlastní čas, nastavit vlastní limity, jsou orientovány víc na výsledek než na proces. Jsou otevřenější novým informacím a poznávání, zajímají je více fakta než emoce a jsou flexibilní. Zažily také začátek konce dlouhodobých pracovních kontraktů, loajalita tak pro ně už neznamena jistotu práce (Duchscher, 2004).

O této generaci u nás hovoříme jako o Husákových dětech. Jejich dospívání probíhalo za tzv. normalizace, během které docházelo na jednu stranu k hospodářskému růstu a na druhou stranu k politickým čistkám, které vedly k pasivní rezistenci většiny obyvatel. Lze tedy souhlasit s cynismem, skepsí a individualistickým zaměřením této generace. Na druhou stranu o garanci ekonomické jistoty tato generace přišla až po roce 1989, do té doby loajalita znamenala jistotu práce stejně jako u předchozí generace. Po roce 1989 ale tato generace získala nové možnosti, které vystudované sestry odváděly ze zdravotnictví: *„Otevíraly supermarkety, banky, spořitelny, z jejichž strany vycházela poptávka po maturantech, a pro osmnáctileté absolventy zdravotnických škol byly tyto možnosti lákavé.“* (Škubová, 2007, s. 27)

### 3.4 Generace Y

Generace Y narozená v letech 1980–2000 (často se používá také termín Millennials) má podle Finegolda nastavenou rovnováhu mezi prací a volným časem. Jerrard upozorňuje, že na rozdíl od předchozí generace nejsou tak odtažití a individualističtí a je pro ně charakteristické, že rádi navazují vztahy, budují kolektivy a jsou připraveni k týmové práci. Gerke rovněž zmiňuje jejich genderovou, rasovou, kulturní a náboženskou toleranci. Změny kolem sebe vnímají a přijímají naprosto automaticky (Finegold, 2002; Jerrard, 2002; Gerke, 2001).

Neznají už život bez informačních technologií, jsou neustále spojeni s celým světem a přístup ke špičkovým technologiím není pro sestry této generace za odměnu, ale přímo ho očekávají (Kupperschmidt, 2001). Jejich schopnost ovládat technologie koreluje se schopností zpracovávat, hodnotit a ukládat data. Přirozeně zvládají provádět několik procesů současně (Duchscher, 2004). Podle Bogdanovicze požadují ocenění za poskytování vlastního intelektuálního kapitálu, chtějí se podílet na blahobytu, který pomáhají rozvíjet, předpokládají všeobecnou podporu, důvěru a dobré pracovní vztahy, které nejsou zatíženy rivalitou (Bogdanovicz, 2002). Hill připomíná, že jsou otevřené, sebevědomé, proklientsky orientované a umí si vybírat z nabídky více možností. Jsou připraveny získávat i dávat zpětnou vazbu a odpovědi chtějí bez prodlení (Hill, 2002).

Je otázka, nakolik má Generace Y v České republice podobný charakter jako v západním světě. Na jedné straně stojí trend sjednocování vývoje v Evropě po roce 1989, na druhé straně stálé přetrvávání jistého posunu ve vývoji v ČR. Otázka je, nakolik jsou sestry této generace v ČR spojeny s celým světem (tzn. ovládají minimálně anglický jazyk) a mají přístup ke špičkovým technologiím. V této oblasti by stálo za to provést autonomní výzkum a srovnat ho s poznatky ze zahraničí. Podle mého názoru by to přispělo k pochopení, proč je v současnosti nedostatečný počet sester a proč toto povolání v jejich očích ztratilo atraktivitu. Z vlastní zkušenosti ale mohu potvrdit, že sestrám této generace se otevřely mnohem větší možnosti už v době studií a poprvé od doby meziválečného Československa mají opět příležitost získat práci kdekoliv ve světě. Na druhou stranu tuto generaci sester v ČR zároveň plně postihla změna v systému zdravotnictví v roce 2004 spojená se zajištěním kompatibility se zeměmi EU a přijetí jednotného vzdělávacího systému. Ke kvalifikaci všeobecné sestry totiž již nestačí ukončená střední zdravotnická škola, ale je potřeba mít vyšší vzdělání (Jarošová, 2006; Farkašová 2006). V důsledku těchto změn se pak ve stejné generaci potkávají plně kvalifikované sestry s ukončenou střední školou se stejně kvalifikovanými sestrami s vysokoškolským vzděláním a méně kvalifikovanými zdravotnickými asistenty se stejným typem střední školy.

### ***3.5 Pojetí ideálu optikou různých generací sester – shrnutí***

Každá z výše uvedených generací má jinou pracovní etiku, odlišné pracovní styly a perspektivy. Ideálem odcházející generace je loajální, disciplinovaná sestra, která respektuje autority a týmovou práci. Na druhou stranu od ní nelze očekávat přehnanou iniciativnost. Generaci silných poválečných ročníků dávalo respektování norem

ekonomickou jistotu. Ideální sestry této generace jsou proto pracovité a loajální, zároveň ale očekávají jistotu zaměstnání. Sestry tzv. Generace X zažily konec dlouhodobých pracovních kontraktů, loajalita jim nezaručuje ekonomickou jistotu a jsou odkázány více samy na sebe. Z pohledu starší generace proto mohou působit egoisticky, na druhou stranu se naučily více řídit vlastní čas, jsou otevřenější novým informacím a flexibilní. Sestry Generace Y preferují navazování vztahů, rovnováhu mezi prací a volným časem a z pohledu obou starších generací se tak mohou jevit jako nejméně pracovité. Na druhou stranu jsou zase přirozeně schopnější v týmové práci, tolerantní k odlišnostem a zvládají provádět několik procesů současně.

V České republice se potkává odcházející generace sester, která respektovala povinné umístěnky do neatraktivních regionů a dvanáctihodinové směny, s pracovitými ostřílenými „samostatnými“ sestrami, které se sice blíží důchodovému věku, ale vzhledem k možnostem dalšího vzdělávání po roce 1989 chtějí pokračovat v kariéře. Tato generace sester, která začínala v 18 letech se středoškolským vzděláním a osobnostní vyzrálou, zkušenost a další kompetence získala až během mnohaleté praxe, se následně střetává s mladšími ambiciózními sestrami s vysokoškolským vzděláním a případně i zahraničními zkušenostmi. Do toho pak přichází nejmladší generace, která preferuje rovnováhu mezi prací a volným časem a na rozdíl od předchozích generací má nepoměrně víc pracovních možností mimo ošetrovatelství, a tím i větší uplatnění na trhu práce obecně.

Každá z těchto generací tak má odlišné vnímání profesních hodnot a pracovního ideálu, což je zároveň zdrojem potenciálního nedorozumění a konfliktů na pracovišti. Pro pochopení představy vlastního profesního ideálu sester tedy zůstává podstatné především vystihnout a pochopit tyto hodnoty. Porozumění mezigeneračním rozdílům může současně osvětlit důvody některých mezigeneračních konfliktů.

Rozdílné profesní hodnoty a pracovní očekávání u nejmladší generace mohou také vysvětlovat jejich nedostatečný počet. Stejně tak slouží jako odpověď na otázku, proč stále méně absolventů vnímá ošetrovatelství jako atraktivní a neodolatelnou profesi, která se naopak stává stále více vyčerpávající a namáhavou. Z tohoto důvodu musíme vnímat rozdílné charakteristiky jednotlivých generací a reagovat na ně v pracovních požadavcích. Zemke to přímo nazývá různorodým managementem (*diversity management*). Mezigenerační soudržnosti zároveň pomáhá společné sdílení povědomí o charakteristikách



každé generace sester a vytvoření rozumného postupu pro naplnění jejich pracovních požadavků (Zemke, 2000).

## 4. Současné pojetí ideálu sestry

V této kapitole se zabýváme aktuálním pojetím ideálu sestry, jak ho lze charakterizovat z jeho historického vývoje ve světě i u nás a z poznatků současné zahraniční i české literatury. Chování ideální sestry ovlivňuje kromě charakterových vlastností současně správné zvládnání role zdravotní sestry. Vnímání této role samozřejmě prošlo historickým vývojem. Jak popisuje již kapitola o historickém kontextu vývoje profesního ideálu, původní role ošetřovatelky byla charitativní a vycházela z křesťanských principů pomáhání bližnímu. Tento přístup přetrval v podstatě až do 19. století, kdy převládlo přírodovědné pojetí zdraví a nutnost ovládat potřebné znalosti a dovednosti, a začala tak dominovat spíše technická stránka sesterské činnosti.

Podle Davis, Hershberger, Ghan a Lin (1990) patří tradičně mezi nejdůležitější vlastnosti dobré sestry starostlivost a ochota pečovat (caring), vlídnost, laskavost a dobrosrdečnost. Profesionální ideál zdravotní sestry se spolu s její image mění v průběhu doby. Rhodes, Morris, Lazenby (2011) poukazují na to, že představa zdravotní sestry jako anděla v naškrobených šatech a čepcích, horlivě očekávající poučení a dohled lékaře, je stále častěji nahrazována obrazem nezávislých kompetentních mužů a žen. Gordonová (2005) proto vytýká historické, ikonické a mnohdy stereotypní popisování zdravotní sestry jako pomocnice lékaře. Představitelé ošetřovatelské profese podle ní stále nedbale veřejně zdůrazňují důležitost kritického myšlení zdravotních sester, schopnost získat potřebné informace a schopnost samostatně řešit problematické situace.

### 4.2 Křesťanské kořeny

Vliv původního křesťanského ideálu lze najít v požadavcích na osobnostní kvality, které charakterizují ideální sestru. V překladu jim náleží adjektiva jako starostlivá nebo pečující (caring), soucinná (compassionate) a uctivá (respectful). Ideální sestra je osobnost, která má přirozenou snahu pečovat o druhé (Rush & Cook, 2006) a chce jim pomáhat z celého srdce (wholeheartedly) (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990). V průběhu péče o pacienta projevuje soucit a milosrdenství (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990), je laskavá (kind) (Smith & Godfrey, 2002) a projevuje respekt k ostatním (Rush & Cook, 2006). Mezi osobní kvality lze také zařadit vědomí hodnoty, kvality, rozdílnosti a důležitosti pacientů i kolegů (Resnick, 2002).

## 4.2 Protestantské pracovní hodnoty

Protestantské hodnoty, charakterizované zejména zvýšenými požadavky na osobnostní a pracovní kvality ideální sestry, lze najít v současném očekávání lékařů i pacientů, aby sestry byly svědomité, pečlivé, precizní, přesné a opatrné. Ideální sestra je proto puntičkářka (*meticulous*) zaměřující se na nejmenší detaily. Uvědomuje si totiž, jak jsou důležité především při podávání medikace a vyplňování ošetrovatelské dokumentace (NMC's Nursing Career Guide, 2013).

Tyto protestantské pracovní kvality doplněné o nutnost používání vlastního kritického myšlení obsahují také požadavky na sebevědomí a kompetenci ideální sestry, která je tak zároveň kvalifikovaná ve vedení (*leadership*) a zodpovědná za své profesionální vystupování. Ve výsledku poskytuje aktuálně vyžadovanou bezpečnou ošetrovatelskou péči nejvyšší kvality (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990). Puritánské pracovní hodnoty, jako je sebekázeň, poslušnost a důvěryhodnost, lze považovat za předpoklad aktuálního požadavku, aby ideální sestra při poskytování profesionální péče poctivě dodržovala zákony, směrnice, etický kodex i ošetrovatelské standardy a šla tak příkladem ostatním kolegům i pacientům (Smith & Godfrey, 2002).

Základní kvality ideální sestry podle Woodové (1878), mezi které patří duchapřítomnost, postřeh a prozíravost, platí dodnes a dodávají jí tak aktuálně požadovanou schopnost být klidná pod tlakem při vykonávání rychlých rozhodnutí. Klidnému a racionálnímu rozhodnutí tváří v tvář vysokému stresu samozřejmě přispívají znalosti a zkušenosti spolu se sebevědomím (NMC's Nursing Career Guide, 2013).

Woodová (1878) zároveň uvádí, že ideální sestra upřednostňuje pohodlí pacienta před svým vlastním, což platí i dnes a je obsaženo v atributu dosažitelnosti podle Resnicka (2002). Být dosažitelný podle něj znamená průběžně prožívat s pacienty jejich příběh během uzdravování pozitivním přístupem, podporou, časem stráveným posloucháním a pomocí pacientům překonávat obtížné momenty. Ideální sestra je proto k dispozici, když její pacienti potřebují. „*Být dobrou sestrou znamená být zde pro všechny pacienty bez ohledu na to, jak malý mají problém, protože nikdo neví, jak to má každý těžké.*“ (Tomlinson, 2005, s. 20)

### **4.3 Kvalitní vzdělání**

Požadavek na kvalitní vzdělání, dostatečné znalosti a kompetence v technických dovednostech přichází s rozvojem medicíny ve 20. století. Shoduje se s aktuálními poznatky v názoru, že klíčovou charakteristikou ideální sestry je mít znalosti a dokonale se orientovat v oboru ošetrovatelství (*knowledgeable in nursing*). Na jedné straně jsou důležité znalosti ošetrovatelství obecně, na straně druhé ale dobrá sestra potřebuje mít ještě specializované dovednosti přímo ve svém oboru, aby mohla rozvíjet svoje schopnosti v této odborné praxi. Zároveň musí disponovat znalostmi individuálních potřeb, charakterů osobností a zkušeností z různých postupů v konkrétních situacích. Toto musí být efektivně sdíleno s kolegy, pacienty a případně pacientovým okolím. Ideální sestra je rovněž otevřená vlastnímu profesionálnímu růstu a aktivně vyhledává nové myšlenky, znalosti a dovednosti. Získává je jednak vlastní profesionální zkušeností (schopností naslouchat, pozorovat, učit se od kolegů a jiných profesionálů) a jednak vlastním kontinuálním vzděláváním, které nabývá samostudiem, účastí na kurzech, workshopech a konferencích (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990; Rush & Cook, 2006; Smith & Godfrey, 2002).

### **4.4 Vědecké pojetí moderního ošetrovatelství**

Od sester se očekává stále větší flexibilita, osobnostní vyzrálost, široká základna všeobecných vědomostí a schopnost celoživotního vzdělávání. Dalšími charakteristickými rysy moderního ošetrovatelství jsou plánování a řízení ošetrovatelské péče a její systematické hodnocení (Kutnohorská, 2010). Spolu s vědeckým pojetím moderního ošetrovatelství se specifikovaly požadavky rozvíjející charakterové kvality a pracovní hodnoty do přesnějšího popisu osobnostních vlastností a chování ideální sestry, které přímo souvisí s aktuálním pojetím ošetrovatelského procesu.

Efektivní verbální a neverbální kontakt s pacienty, jejich rodinami a kolegy je proto jedním z moderních požadavků na ideální sestru (Stott, 2007). Díky zvládnutým komunikačním schopnostem působí sestra během poskytování ošetrovatelské péče sebevědomě, přesvědčivě a dává najevo radost z práce (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990). K dobrým komunikačním schopnostem řadí literatura také často zmiňovanou schopnost být vnímána pozitivně. Tento pocit umí sestra vytvářet tak, že působí optimisticky, něžně, mile, příjemně, laskavě a přátelsky (Resnick, 2002; Stott, 2007; Tomlinson, 2005).

Zvládání emocí je dalším z důležitých aspektů chování ideální sestry a zároveň jedním ze základních znaků správně zvládnuté role. Pro roli sestry platí stejné vzory chování jako u lékaře. Podle Parsonse se jedná o funkční specifitu, kterou reprezentuje nutnost faktické i formální odborné kompetence, tzn. odborné vzdělání. Dále emocionální (afektivní) neutralitu, vycházející z kontroly vlastní emocionality. Univerzionalismus vyjadřuje skutečnost, že v roli pacienta může být každý člověk. Kolektivní orientace znamená, že staví blaho pacienta nad své vlastní zájmy, a klade tak na ně značné psychické a morální nároky. Podle Parsonse se proto od sestry očekává věcně orientované jednání bez emocionální účasti. Neznamená to ale, že by sestra měla být bezcitná, naopak – dobrá sestra dává najevo sympatie, intuitivní porozumění a chápe pacientovy pocity. Musí však zároveň všechny své emoce plně kontrolovat a emoce narušující její roli nesmí uplatňovat. Tento požadavek se nevztahuje pouze na pacienty, ale na celé její pracovní okolí (Parsons in Bárlová, 2005.)

Zachování kontroly nad vlastními emocemi podle Golemana (2011) souvisí s tzv. emoční inteligencí. Jedná se o způsob chápání vlastních pocitů a pocitů jiných lidí a jejich ovládnutí s cílem dosáhnout požadovaného výsledku. Její podstatou je tedy rozeznávat, používat, chápat a zvládat emoce (Goleman, 2011). Emočně inteligentní sestra umí vycházet sama se sebou i s ostatními, dovede naslouchat, komunikuje jasně a přesvědčivě, umí vést ostatní, je svědomitá, spolehlivá, iniciativní a optimistická, je odolná a klidná v kritických a vyhocených situacích, umí přijímat kritiku (Kilíková, 2013, s. 146).

Součástí emoční inteligence tvoří také schopnost empatie, která „*pramení ze sebeuvědomění: čím otevřenější jsme k vlastním emocím, tím lépe dokážeme rozeznávat a chápat city ostatních.*“ (Goleman, 2011, s. 95). Empatie tak zahrnuje schopnost pochopit a správně odhadnout pocity ostatních, schopnost povzbudit je a podpořit, předvídat, rozpoznat a uspokojit jejich potřeby a schopnost správné mezilidské orientace uvnitř organizace (Kilíková, 2013, s. 147).

Další vlastností ideální sestry je schopnost projevovat soucit. Podle Heřmanové (2012) sestra svojí přítomností a pomocí pomáhá pacientovi vyrovnat se s utrpením a vede ho k pocitu, že není sám a opuštěný. Soucit vyjadřuje přítomnost sestry u pacienta a její aktivní podíl na péči o něj. Projevy soucitu podporují budování vztahu a důvěry mezi sestrou a pacientem. Bez nasazení vyjadřujícího city, zájem a soucit s pacientem se kvalitní ošetrovatelská péče neobejde. Sestra je zároveň každodenním svědkem utrpení pacientů. Dobrá sestra hraje roli jejich zastánkyně, advokáta a důvěrníka. Často pouhé naslouchání pacien-

tům pomáhá zmenšovat jejich utrpení. Právě lidský kontakt mezi pacientem a sestrou pomáhá zmírnit pocity psychické i sociální tísně a překlenout období bezbrannosti a nejistoty.

Heřmanová (2012) také upozorňuje, že sestry samy prožívají utrpení nemocných jako svoji vlastní morální tíseň a napětí vycházející z bezprostřední blízkosti s trpícím člověkem. Problematika zvládnání utrpení tudíž vyžaduje dostatek prostoru a sestry v tomto ohledu potřebují náležitou podporu zkušených psychologů nebo supervizorů. V opačném případě mohou velmi rychle vyhořet a ztratit schopnost pomáhat pacientům, uspokojení z vlastní profese i se sebou samými (Heřmanová, 2012).

Dobré komunikační schopnosti jsou jako součást správného chování dalším aspektem ideální sestry. Význam efektivní komunikace sestry s pacientem tkví především v nastolení partnerské spolupráce pacienta na léčbě. Sestra musí umět komunikovat i s ostatními zdravotníky, protože právě dobrá komunikace vytváří základ efektivní týmové spolupráce a tím i kvalitní péče o pacienta. Správná komunikace je proto nedílnou součástí každé ošetrovatelské péče, a tedy i důležitou hodnotou profesního ideálu sestry (Vévoda, 2013).

Zároveň je ale potřeba rozlišovat běžnou lidskou komunikaci s pacientem od výjimečné komunikace s vážně nemocnými pacienty, která už vyžaduje náležitý trénink komunikačních dovedností a znalostí. Běžná komunikace „nic nestojí“ a jejím obsahem je slušnost, vlídnost a ohleduplnost. Protože pacient odpustí nepřesnost nebo nešikovnost, ale neodpustí nezájem (Haškovcová, 2013).

Stejně tak Kopřiva (1997) potvrzuje, že v ošetrovatelském procesu stojí kvalita kontaktu a práce s nemocným na stejné úrovni jako odbornost, protože na kvalitní komunikaci s pacientem závisí míra jeho psychické i fyzické pohody. Pacient potřebuje své sestře věřit a cítit zájem o svoji osobu. Ideální sestra tak musí být především lidská, komunikativní, vstřícná, ochotná a empatická (Kopřiva, 1997).

Sestra by zároveň měla pochopit sama sebe jako člověka. Podle Vévody se jedná o celoživotní cíl, který umožňuje osobnostní růst a zlepšení profesionální komunikace s pacienty. Pokud se sestře podaří přijmout sama sebe i ostatní, může prožívat opravdovou empatii, soucit a péči. (Vévoda, 2013)

#### **4.5 Současné pojetí ideálu sestry – shrnutí**

Současný ideál sestry lze vnímat jako výsledek jeho historického vývoje, během něž se vycházelo z důrazu na symbiózu osobnostních kvalit (starostlivost, soucitnost a laskavost...) i pracovních hodnot (svědomitost, pečlivost, přesnost, zodpovědnost...) a na požadavek kvalitního vzdělání a erudici v praktické oblasti. Tyto tradiční požadavky nově doplňují další nároky na schopnosti a dovednosti, které vyplývají především ze zvýšených nároků na samostatnost a větší kompetence sestry. Patří sem schopnost plánování, řízení a hodnocení i široká základna vědomostí spojená se schopností celoživotního vzdělávání. Spolu s vědeckým pojetím ošetrovatelského procesu pak došlo k preciznější specifikaci dalších požadavků, jako jsou verbální i neverbální komunikační schopnosti, efektivní týmová práce, emoční inteligence, schopnost správně projevit empatii i soucit a budovat tak vztah s pacienty a zároveň zůstat odolná v kritických a vyhrocených situacích.

Podle mého názoru se především v aktuálních požadavcích na chování sestry (komunikační schopnosti, emoční inteligence a empatie) často jedná o komplikovanější charakteristiku původních osobnostních kvalit (laskavost a soucit) a pracovních hodnot (osobní zodpovědnost, svědomitost, prozíravost, pečlivost, klid pod tlakem, rozhodnost a používání kritického myšlení), ze kterých tyto schopnosti a dovednosti přirozeně vyplývají. Jak píše Haškovcová (2013), při dodržování přísných pravidel, nařízení a směrnic, které se místo obsahu soustředí na formu, se pak může ztrácet komunikační přirozenost a vinou přetěžování jinou agendou zase dochází ke vzdalování od pacienta (Rohde in Bártlová 2005) a ztrátě skutečné starosti o druhého člověka (Haškovcová, 2013).

Ideální sestra tedy nevystačí s tím, že zná správné vzory chování, jako je emoční neutralita, kontrola vlastních emocí, schopnost empatie a soucitu, případně s tím, že „umí“ správně komunikovat. Kromě toho totiž musí disponovat především osobnostními a charakterovými kvalitami, které se následně projevují v jejím chování. Absenci těchto základních lidských vlastností pak nelze nahradit žádnými kurzy na zlepšení komunikačních schopností a dovedností. Potvrzuje se tak, že charakter, osobní kvality a pracovní hodnoty ideální sestry jsou důležitější než její správně zvládnuté chování spojené s naučenými komunikačními schopnostmi a dovednostmi. Zároveň jsou také nezbytnou podmínkou pro jejich správné zvládnutí.

## 5. Profesní ideál sestry optikou etických kodexů

V procesu přípravy podkladů k profesnímu ideálu zdravotní sestry nemohly pozornosti ujít dostupné etické kodexy sester. Etický kodex jasně a srozumitelně formuluje základní hodnoty zdravotních sester a jejich etické chování. Představuje specifický ukazatelem profesních hodnot ideální sestry, které by se měly promítat do všeho, co zdravotní sestra vykonává.

V této práci vycházíme ze dvou etických kodexů aktuálně platných na území ČR. Prvním dokumentem je Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských odborů, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve svém Věstníku č. 7/2004. Vzhledem k faktu, že Věstník MZ je „resortní publikační prostředek, kde se uveřejňuje metodika nebo cenové předpisy...“ (www.mzcr.cz), můžeme tento etický kodex považovat za závazný na národní úrovni. Tento dokument uvádíme jako Přílohu 1.

Druhý etický kodex pochází od Mezinárodní rady sester (ICN) jakožto zastřešující organizace s nejvyšší autoritou v rámci mezinárodní komunity sester. ICN (International Council of Nurses) vznikla v roce 1899 a jejím evropským sídlem je Ženeva. Jedná se o největší mezinárodní asociaci zdravotních sester a ošetřovatelek, která sdružuje národní sesterské organizace. Z každé země může být přijata jen jedna sesterská asociace, která se přihlásí ke stanovám ICN, distancuje se od rasových a jiných předsudků, prosazuje kvalitní a moderní trendy v ošetřovatelství a přijme doporučený nebo vlastní etický kodex (Haškovcová, 2002).

Kodex vypracovaný Mezinárodní radou sester byl poprvé přijat v roce 1953. Od té doby zaznamenal několik revizí, z nichž poslední pochází z roku 2000. Českou republiku v ICN reprezentuje Česká asociace sester (ČAS), která se hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester a 29. března 2003 přijala jeho českou verzi (Kilíková, 2013). Tento kodex v nezkrácené podobě uvádíme v Příloze 2.<sup>2</sup>

Závazný etický kodex pracovníka nelékařských oborů, který vydalo MZ ve svém Věstníku 7/2004, hovoří místo o sestře o zdravotnickém pracovníkovi, má ale podobné členění i mnoho společných ustanovení jako Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. Podle mého názoru z něj vychází a je detailněji propracován s ohledem na znalosti

---

<sup>2</sup> ČAS koncem roku 2015 z ICN vystoupila z důvodů neschopnosti platit vysoké poplatky za členství (SestraIN, 2016).



ošetřovatelského systému a prostředí v ČR. Při analýze charakteristických rysů profesního ideálu sester proto pracujeme s oběma kodexy. Další část textu zkoumá, jak povinnosti uvedené v obou etických kodexech charakterizují profesní ideál sester a jeho hodnoty.

Do první skupiny hodnot vybíráme z obou etických kodexů ty, které lze vnímat jako hodnoty nadřazené profesi sestry a vycházející spíše z Listiny základních práv a svobod a případně z dalších platných zákonů ČR. Patří sem respektování práva na život, zákaz diskriminace (věk, barva pleti, vyznání, pohlaví atd.), důraz na bezpečnost i lidská práva pacientů a případně povinnost účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena kteroukoliv jinou osobou. Druhou skupinu hodnot můžeme označit jako hodnoty civilizační nebo kulturní a řadíme sem péči o vlastní zdraví, šíření zásady zdravého života, ochranu životního prostředí a vytváření spravedlivých, sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetřovatelství. Ve třetí skupině pak najdeme hodnoty, které reprezentují profesní ideál zdravotní sestry. Ty jsem částečně parafrázovala a spojila do tematických celků:

- Sestra vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své a nikdy se nepodřizuje zájmům komerčních subjektů.
- Sestra spoluzodpovídá za poskytovanou péči, nese osobní odpovědnost za svou činnost, za udržování své kvalifikace na potřebné výši a aktivně proto rozvíjí své odborné znalosti. Sestra poskytuje péči na co nejvyšší úrovni, pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání povinností.
- Sestra poskytuje pacientům dostatečné informace tak, aby pacienti mohli převzít spoluzodpovědnost za vlastní zdravotní stav a léčbu.
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání soukromí pacienta, jeho intimitu, pečlivě a pravdivě vede zdravotnickou dokumentaci a chrání ji před zneužitím.
- Sestra poskytuje zdravotní péči s potřebnou mírou autoregulace a empatie, respektuje důstojnost pacienta a zachází s ním s úctou.
- Sestra úzce spolupracuje se všemi kolegy a respektuje jejich znalosti.

- Sestra dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, buduje dobrou pověst profese a zvyšuje tak důvěru občanů.

## **5.1 Profesní ideál sestry – shrnutí**

Při hledání základních atributů ideální sestry v zahraniční literatuře a ve dvou vybraných etických kodexech jsme identifikovali několik charakteristických aspektů a rozdělili je do následujících skupin:

### **Osobní kvality**

Mezi osobní kvality řadíme takové rysy osobnosti, které jsou pro ideální zdravotní sestru nezbytnou podmínkou. Do této skupiny patří především přirozená snaha pomáhat, schopnost empatie, starat se a pečovat o nemocné, mít s nimi soucit a projevovat jim respekt a úctu. Zároveň sem lze zařadit také zodpovědnost při dodržování pravidel a nařízení a schopnost orientace na detail (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990; Rush & Cook, 2006; Smith & Godfrey, 2002, NMC's Nursing Career Guide, 2013).

### **Chování**

Chování ideální sestry navazuje na její osobnostní charakteristiku a je s ní ve shodě. Zahrnuje zejména komunikační dovednosti, dosažitelnost, schopnost zachovat klid ve stresových situacích, zvládání vlastních i cizích emocí a ochranu pacientova soukromí. Ideální sestra klade důraz na bezpečnou a efektivní péči, během které dává pozor na nejmenší detaily. Chování ideální sestry se neobejde bez dispozic pro týmovou práci a zvládání vztahů s ostatními sestrami i lékaři (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990; Resnick, 2002; Stott, 2007; Tomlinson, 2005).

### **Vzdělání**

Podle odborné literatury i etických kodexů musí být ideální sestra kompetentní vykonávat poskytovanou péči nejvyšší kvality a nese za ni osobní zodpovědnost. Ideální sestra proto dbá na kvalitu poskytované péče, která je založená na vlastních odborných znalostech a jejich obnovování, tedy na kvalitním vzdělání a vzdělávání. Ideální sestra si tedy neustále aktivně rozvíjí své odborné znalosti tak, aby si udržovala svoji kvalifikaci na nejvyšší možné úrovni (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990; Rush & Cook, 2006).

## **Prestiž povolání**

Podle obou etických kodexů je sestra také zodpovědná za své profesionální vystupování. Svým chováním pak cíleně zvyšuje profesionální image své profese a buduje její dobrou pověst (viz Příloha 1 a Příloha 2).

## **6. Prestiž profese zdravotní sestry**

Ze závěrů předchozí kapitoly vyplývá, že prestiž profese zdravotní sestry patří mezi hodnoty profesního ideálu dané etickým kodexem sester. Ideální sestra svým chováním cíleně zvyšuje profesionální image své profese a buduje její dobrou pověst. Současně posiluje prestižní postavení sester ve společnosti a důvěru občanů. Následující kapitolu proto věnujeme charakteristice prestiže profese zdravotní sestry a popíšeme, jak sestry vnímá veřejnost a jak se vnímají ony samy.

### **6.1 Prestiž povolání**

Prestiž obecně vnímáme jako vážnost, význam nebo pověst, které se lidé těší ve společnosti. Jejím projevem je úcta spojená se společenským postavením. Tématu prestiže zdravotní sestry se ve své diplomové práci věnovala Revayová, která uvádí, že hodnocení prestiže povolání vychází ze subjektivního pohledu jedince. Není přímo spojená s výší finančních příjmů, ale daleko více souvisí se vzděláním, šířením vlastního poslání a mocí, kterou disponuje. Součástí je také vnímání náročnosti jednotlivých profesí a jejich přínos pro společnost (Záluský, 2006, Révayová 2014).

Prestiž každé profese můžeme chápat jednak z pohledu veřejnosti a jednak z pohledu samotných pracovníků. Pohled veřejnosti na prestiž profese zdravotní sestry ve společnosti je dán osobní zkušeností posuzovatele a historickou tradicí této profese, stejně tak postojem zdravotních sester ke své práci a odráží se také ve způsobech, jakými sestry prezentují svoji profesi ve svém okolí (Révayová, 2014).

### **6.2 Prestiž ošetřovatelky v historickém kontextu**

Společenská prestiž ošetřovatelské profese se v historii posouvala spolu s rozvojem ošetřovatelství jako oboru. Původní charitativní poslání a neodbornost žádné vysoké společenské postavení neznamenal. Prestiž ošetřovatelské profese začala posilovat až se zvyšující se vzdělaností ošetřujícího personálu a s účinkováním vzdělaných sester na veřejnosti a mezi obyvateli, zejména v období mezi světovými válkami. Souvisí to také s emancipačním hnutím, kdy si samy sestry začaly uvědomovat svoji vážnost ve společnosti a byly svým způsobem hrdé na svoji profesi, která jim umožnila vzdělání, finanční nezávislost a samostatnost. Vnímání zdravotní sestry jako vzdělané, sebevědomé a samostatné ošetřovatelky se změnilo po roce 1948, kdy došlo k potlačení samostatnosti

sester a jejich naprosté podřízenosti příkazům lékaře. Právě to mohlo být důvodem paradoxní situace, kdy prestiž tohoto povolání u veřejnosti sice zůstávala vysoká, ale mezi samotnými sestrami klesala.

### **6.3 Výzkumy veřejného mínění**

K prvnímu výzkumnému šetření prestiže povolání došlo v 60. letech minulého století. Brenner a Hrouda tímto výzkumem zjišťovali úroveň prestiže povolání z hlediska společenské prospěšnosti. Z třiceti vybraných povolání zaujala profese zdravotní sestry 9. místo (Brenner in Révayová, 2014). V roce 1990 provedl Sociologický ústav Československé akademie věd výzkum sociálních rozdílů a prestiže povolání. Zdravotní sestra se umístila na 17. pozici z 66 navrhovaných povolání (Zdravotnická ročenka ČR, 1992). Další šetření na téma prestiž povolání, do kterého byla zařazena profese zdravotní sestry, provádělo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky v roce 2008. Profese zdravotní sestry se umístila na 4. pozici hned za lékařem, vědcem a učitelem na vysoké škole. V dalších šetřeních stejného ústavu, která proběhla v letech 2011, 2013 a 2016, zaujímá profese zdravotní sestry spolu s profesí vysokoškolského učitele stále 3–4 místo v celkovém pořadí.<sup>3</sup> V tomto šetření je uvedeno 26 vybraných profesí, které respondenti bodují od 1 do 99 bodů podle toho, kterého povolání si váží nejvíc. Vysoká prestiž zdravotní sestry (3. místo, průměr 72,9 bodů) vyplývá z toho, že většina respondentů udělila této profesi 70–98 bodu (Tabery, 2008, Tuček, 2012, Tuček, 2013, Tuček, 2016).

### **6.4 Prestiž pohledem sester**

Zajímavé je srovnání vysoké prestiže zdravotních sester u veřejnosti a vnímání prestiže své vlastní profese samotnými sestrami. V roce 2005 publikovala Bártlová výsledky výzkumu, který zjišťoval, jak vnímají zdravotní sestry své povolání z hlediska životní úrovně a prestiže. Z celkového množství 1 040 oslovených sester si 48 % myslelo, že je prestiž jejich profese v ČR průměrná, a 35 % respondentek uvedlo, že ji vnímá spíše jako nižší. Podle Bártlové se jedná o důležitý ukazatel vztahu profesionála ke svému vlastnímu povolání. (Bártlová, 2005b).

---

<sup>3</sup> Tabulku s pořadím všech profesí uvádíme jako Přílohu 5 této práce.

## **6.5 Prestiž sester v zahraničí**

V tomto kontextu je zajímavé srovnání vnímání profese zdravotních sester na mezinárodní prestižní škále, kde se podobně jako u nás přiřazují jednotlivým profesím bodové hodnoty od 0 do 100. Podle Bártlové (2005) se zdravotní sestry nacházely s 53–55 body uprostřed škály spolu s novináři, učiteli a programátory.

## **6.6 Prestiž profese zdravotní sestry – shrnutí**

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že veřejnost vnímá profesi zdravotní sestry jako potřebnou a nepostradatelnou. Na druhou stranu samy sestry mají o prestiži vlastní profese mnohem nižší představu. Tento rozpor může částečně vyplývat z nepoměru mezi neustále se zvyšujícími nároky na jejich práci a jejich finančním ohodnocením. Z tohoto důvodu je potřeba, aby samy sestry dokázaly svoji práci „*lépe prodat, neustále hledat cesty, jak zaměřit pozornost směrem k sobě, aby o nás věděli ti, kteří rozhodují o našich pracovních podmínkách.*“ (Škubová, 2007, s. 53)

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **7. Metodologie výzkumu**

V této části představím výzkum, který jsem realizovala v průběhu května až října roku 2015, popíši strategii výzkumu, definuji jeho cíl a výzkumné otázky, popíši techniku sběru dat, výběr respondentů, jejich stručné charakteristiky a přiblížím roli výzkumníka a etické aspekty svého výzkumu.

#### **7.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky**

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakou mají samy sestry v současnosti představu o vlastním profesním ideálu, jaké hodnoty tento ideál v jejich očích reprezentují a jak se jejich představa profesního ideálu případně mění s věkem. Dále mě zajímalo, jak tento profesní ideál souvisí s vnímáním prestiže povolání zdravotní sestry samotnými sestrami.

##### **Cíle výzkumu**

- Popsat profesní ideál sestry tak, jak jej vnímají sestry z praxe
- Zkoumat, zda se profesní ideál mění s věkem sester
- Porozumět vnímání prestiže povolání sestry samotnými sestrami

##### **Hlavní výzkumná otázka**

Jakou mají sestry z praxe představu profesního ideálu a jaké hodnoty tento ideál reprezentují?

##### **Dílčí výzkumné otázky**

Jakou představu o profesním ideálu měly sestry v době svých studií?

Jakou představu o profesním ideálu mají dnes?

Jak se s ohledem na profesní ideál navzájem hodnotí různé generace sester?

Jakou mají sestry vlastní představu o prestiži svého povolání a jak tato jejich představa koresponduje s jejich profesním ideálem?

#### **7.2 Kvalitativní výzkumná strategie**

Z hlediska typu jsem pro účely svého výzkumu zvolila výzkum kvalitativní, který – jak popisuje Strauss a Corbinová (1999, s. 10) „... je jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se ne-

*dosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.*“ Švaříček a Šed'ová (2007, s. 17) kvalitativní výzkum definují jako „... *proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat kompletní obraz jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.*“

Pro metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu padla volba na hloubkový rozhovor, prostřednictvím kterého jsem zkoumala specifickou skupinu všeobecných sester s cílem získat co největší znalosti a pochopení informací. Kvale (1996) in Švaříček a Šed'ová (2007, s. 159) „*definuje hloubkový rozhovor jako metodu, jejímž účelem je získat vylíčení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů.*“

Během hloubkových rozhovorů (*in-depth interviews*) jsem pokládala otevřené otázky, abych porozuměla pohledu respondentek na zkoumanou problematiku. Tento způsob zároveň pomáhá navést atmosféru běžného přirozeného rozhovoru, která není stresující. Získané odpovědi jsem podrobila tematické analýze, kdy témata vymezovaly předem stanovené otázky v rozhovoru. Částečně jsem z volně se rozvíjejících rozhovorů nechávala vystoupit další témata či podrobnější a konkrétnější podtémata. Při způsobu zpracování dat jsem se inspirovala postupem popsaným Straussem a Corbinovou (1999).

### **7.3 Zpracování dat**

Základem zpracování dat z rozhovorů byly čtyři velké tematické okruhy, definované dílčími výzkumnými otázkami:

1. Představa profesního ideálu sestry v době studií.
2. Představa profesního ideálu dnes.
3. Profesní ideál u různých generací sester.
4. Představa sester o prestiži vlastního povolání.

V rámci těchto tematických okruhů jsem provedla otevřené kódování, roztrídila data podle kódů a vytvořila tak kategorie, které blíže prokreslují každý tematický okruh.



## 7.4 Výzkumný vzorek

Sběr dat jsem řešila v období od května do září roku 2015. Znamenalo to uskutečnění a záznam patnácti rozhovorů se všeobecnými sestrami několika generací s různě dlouhou praxí v oboru, které pracují v Praze.<sup>4</sup> Vzhledem k absenci vlastních zkušeností s výzkumem jsem oslovila kolegyni, se kterou jsem zrealizovala první, tzv. pilotní rozhovor. Tento „zkušební“ rozhovor a jeho následný rozbor mi odhalil řadu podnětů pro úpravu finálního diskusního scénáře i tipů k samotné technice hloubkového dotazování. Ze začátku bylo například velice složité nevstupovat do rozhovoru se svými názory profesionála z oboru a nevést klasický rozhovor mezi kolegyněmi, které se znají. Během prvního rozhovoru došlo k dost kuriózní situaci. Ocitla jsem se na krátkou chvíli v roli dotazované, kdy respondentka přebrala bravurně roli výzkumníka. Což jsem ocenila, uvědomila si „chybu“ a svou roli výzkumníka jsem si převzala zpět. U dalších respondentek byl rozhovor snazší z toho důvodu, že jsem respondentky neznala, a byl zde cítit určitý respekt a moje neutralita k jejich názorům. Další respondentky jsem získávala metodou „sněhové koule“. Miovský (2006) charakterizuje tuto metodu jako jednu z nejrozšířenějších v rámci kvalitativního výzkumu. Dotazování jsou vyhledávání podle předem nastavených kritérií, která musí splňovat, a o další kontakty žádáme respondenty, které jsme již získali. Tito lidé nás potom odkazují na další respondenty.

Původní představa zrealizovat dvacet čtyři rozhovorů se ukázala neadekvátní, neboť již od dvanáctého rozhovoru se získávaná data začala obsahově opakovat. Mimo to už jen samotné získávání participantů pro rozhovor se ukázalo jako velmi náročné. Všeobecné sestry nechtěly investovat ani minutu času ze svého soukromí pro výzkum. Dostávala jsem se dokonce do takových situací, kdy jsem se s potencionální respondentkou snažila domluvit opakovaně a několik minut před schůzkou mi naše setkání zrušila a již se neozvala. Z výše uvedených důvodů jsem se rozhodla sběr dat ukončit po patnáctém rozhovoru z původně plánovaných dvaceti čtyř. Vzhledem k tomu, že při analýze se téma ukázalo jako dostatečně obsahově saturované, po konzultaci s vedoucí práce jsme uznaly tento vzorek jako dostačující. Během rozhovorů jsem se často setkala s velice zajímavými kolegyněmi

---

<sup>4</sup> Za nutné považuji zmínit prostory, kde se rozhovory konaly. Zvolila jsem „neutrální místo“, což v mém případě byla kancelář rodinného příslušníka, který ji v té době nevyužíval. Rozhovory jsem raději dvojité „zálohovala“. Nahrávala jsem na profesionální diktafon a na diktafon telefonu, což se mi později také vyplatilo, protože diktafon přestal nahrávat. K rozhovorům také patří terénní poznámky, které jsem si během rozhovorů vedla a později využila v primární analýze dat.

a uvědomila jsem si, že se někdy sama dostávám do určité formy stereotypů, které popisují v této diplomové práci. Od té doby se snažím na věci nahlížet více nezaújatě.

### **7.5 Role výzkumníka**

Uvědomovala jsem si, že správný výsledek – a tedy i pravdivost získaných údajů – u kvalitativního výzkumu závisí více než u jiných typů výzkumu na osobnosti výzkumníka, na jeho odborných znalostech i profesních zkušenostech. Velká pozornost proto směřovala k přípravě otázek. V průběhu samotného rozhovoru jsem se snažila navodit atmosféru důvěry, pochopit různé náznaky v odpovědích a dokázat je tak rozvést do doplňujících otázek. K vyhodnocování jsem následně přistoupila se snahou o otevřené myšlení, snažila se nepředjímat vlastní názory a hledat skutečné výsledky. Ze své zkušenosti mohu říci, že mi velmi pomohl delší časový odstup, který proběhl mezi sběrem a vyhodnocováním dat.

### **7.6 Informace o respondentech**

Při výběru participantů jsem se omezila na Prahu z důvodu, že právě v Praze mají sestry větší šanci sehnat pracovní pozici, která lépe vyhovuje jejich představě a ambicím. Ve snaze získat participanty s různými zkušenostmi dle typu zdravotní péče jsem vycházela ze základního systémového rozdělení zdravotní péče dle posloupnosti na péči primární, sekundární a terciální. Toto dělení je využíváno mj. Ministerstvem zdravotnictví ČR i Světovou zdravotnickou organizací (WHO):

- Primární zdravotní péčí je myšlena nezbytně nutná odborná zdravotnická péče a patří sem především ambulantní úseky s praktickými lékaři, případně ambulantními specialisty. Probíhá zde především standardní diagnostika a léčení běžných nemocí bez hospitalizace.
- Sekundární zdravotní péče již probíhá v nemocnicích v rámci hospitalizace pacienta a zahrnuje akutní lůžkovou péči. Sekundární lékařskou péči poskytují standardní lůžková oddělení nemocnic, jako je například interní oddělení nebo standardní chirurgické oddělení.
- Terciální zdravotní péče je tzv. vysoce specializovaná a je poskytována vysoce specializovanými pracovníky s vysoce specializovanou technikou. Provádí se většinou

ve fakultních nemocnicích, případně specializovaných výzkumných ústavech (IKEM).  
Patří sem mj. specializovaná chirurgie (kardio, neuro...), endoskopie atd.

V každé ze tří výše uvedených kategorií jsem původně plánovala vybrat osm respondentů: tři řadové sestry ve věku 20–39 let, tři řadové sestry ve věku 40–60 let, jedna vrchní nebo staniční sestra ve věku 20–39 let a jedna vrchní nebo staniční sestra ve věku 40–60 let. Zajímalo mě, jestli se toto dělení nějakým způsobem odrazí ve výsledcích mého výzkumu.

Z důvodů, které uvádím v kapitole 8.2, jsem nakonec zrealizovala rozhovory s celkem patnácti respondenty, z nichž osm bylo ve věku 20–39 let a sedm ve věku 40–60 let. Z osmi mladších respondentek pracuje sedm na pozici řadová sestra a jedna na pozici staniční nebo vrchní sestra, tři mají vzdělání ukončené maturitou, případně titulem DiS. a pět pak má titul Bc. nebo Mgr. Mezi mladšími sestrami jsou dvě z primární péče, čtyři ze sekundární a dvě z terciální péče. Ze sedmi starších respondentek pracují dvě na pozici řadových sester a pět na pozici staniční nebo vrchní sestry, dvě mají vzdělání ukončené maturitou a pět titulem Bc. nebo Mgr. Mezi staršími sestrami jsou tři ze sekundární a dvě z terciální péče.

**Tabulka 1: Struktura respondentek z hlediska věku, typu péče a vzdělání**

<b>Respondentky</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>20–39 let</b>				X		X	X	X			X		X	X	X
<b>40–60 let</b>	X	X	X		X				X	X		X			
<b>Primární péče</b>				X				X							
<b>Sekundární péče</b>	X	X			X	X	X					X	X		X
<b>Terciální péče</b>			X						X	X	X			X	
<b>Řadová sestra</b>	X	X				X	X	X			X		X	X	X
<b>Staniční/vrchní sestra</b>			X	X	X				X	X		X			
<b>Maturita / DiS.</b>	X							X	X		X			X	
<b>Bc. / Mgr.</b>		X	X	X	X	X	X			X		X	X		X

Zdroj: Vlastní

## **7.7 Etické aspekty výzkumu**

„Prakticky v rámci každého výzkumu je třeba řešit určité etické otázky.“ (Švaříček a Šed'ová 2007, s. 43). Je nutná důvěra mezi účastníky výzkumu a dodržování důvěrnosti. Jak popisuje Švaříček a Šed'ová (2007, s. 45): „*Důvěrnost (confidentiality) znamená, že nebudou zveřejněna žádná data, jež by umožnila čtenáři identifikovat účastníky výzkumu.*“ Tohoto doporučení jsem se také v mém výzkumu držela a všechny respondentky byly informovány. Další důležitý krok představovalo získání souhlasu respondentek s výzkumem. Jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007, s. 46): „*To by měl výzkumník nějakým způsobem zdokumentovat (nahrát na diktafon, vyplnit formulář).*“ Jako formu realizace tohoto požadavku jsem zvolila formulář, který přikládám jako Přílohu 6 této diplomové práce.

## 8. Výsledky a interpretace

Interpretaci dat jsem rozdělila do kapitol, které odpovídají výzkumným otázkám. Kapitoly textu v různých úrovních vycházejí z kategorií a subkategorií vytvořených v rámci otevřeného a axiálního kódování. V následující části jsou kromě mého analytického textu uvedeny i příklady výpovědí respondentek, u všech jsem dbala na zachování jejich původního významu a kontextu.

### 8.1 Představa ideálu sestry v době studií

V této kapitole popisuji, co motivovalo zdravotní sestry k rozhodnutí jít studovat zdravotní školu a jakou představu o budoucí profesi s touto volbou spojovaly.

Ve výpovědích jsem identifikovala čtyři hlavní motivace pro studium na střední škole, které patrně mohou ovlivnit budoucí vztah adeptek k profesi sestry:

- Zdravotní sestra = ošetřování a starost o pacienty
- Zdravotní sestra = (mé) celoživotní poslání
- Zdravotní sestra = práce jako každá jiná
- Zdravotní sestra = prestižní zaměstnání hodné uznání

#### Touha být ošetřovatelka a pečovatelka

Klíčovým základem „očekávání od sesterské role“ je motiv či touha pečovat o nemocné. „*Ono to zní hrozně fádně, ale prostě já jsem chtěla vždycky pomáhat lidem.*“ (R8) Tento motiv se objevuje u respondentek, které se rozhodly věnovat profesi sestry proto, že je bavila či naplňovala péče a starost o pacienty. „*Dostala jsem knížku o sestřičce Vítě, která chtěla pomáhat lidem. A mě to hrozně oslovilo a strašně jsem chtěla pečovat o lidi a pomáhat jim.*“ (R12) Tato skupina sester se přihlásila na zdravotnickou školu proto, že se chtěly v budoucnu věnovat hlavně ošetřovatelství. „*Libilo se mi, že prostě budu pomáhat nemocným, že prostě budu něco pro ty lidi dělat.*“ (R9) Případně: „*Tak to si myslím, že to v tom člověku prostě musí být.*“ (R14)

Motivace starat se a pečovat o nemocné je většinou úzce spojena s potřebou kontaktu s lidmi: „*Táhl mě kontakt s lidma.*“ (R14) Případně: „*Nedovedu si představit práci bez komunikace s lidmi.*“ (R8) Budoucí sestry se těšily na práci s lidmi, na komunikaci s nimi a na zpětnou vazbu: „*Viděla jsem, jakou mají radost, když jsme tam chodily na praxi.*“

*Viděla jsem tu zpětnou odezvu od těch lidí a to si myslím mě velice zaujalo.*“ (R1) Stejně tak: *„Zajímáš se i o soukromí toho pacienta, jaké má třeba problémy, jakou má rodinu...“* (R9)

### **A) Celoživotní poslání být zdravotní sestrou**

Tuto skupinu respondentek charakterizuje ještě silnější motivace než jen samotná péče o pacienty. Patří sem respondentky, které se vždy toužily stát zdravotní sestrou a o ničem jiném ani nepřemýšlely. *„Vždycky jsem chtěla být zdravotní sestřičkou ... byl to můj sen.“* (R10) *„Úplně jsem tím byla posedlá, když se rušila autolékárnička v autě, tak jsem si ji vzala a obvazovala jsem plyšáky, tím to bylo prostě daný.“* (R2) *„Když se prostě jednoho rána probudíš a najednou si řekneš, že toto chceš dělat ... byla to nějaká forma volání.“* (R4) Tyto sestry byly často ovlivněny zkušeností z dětství: *„Byla jsem opakovaně hospitalizovaná. A v tom dětství se mi to prostě hrozně líbilo. Zřejmě asi uniformy a takový to příjemný prostředí.“* (R9). V některých případech je ovlivnil i vzor rodičů: *„Chtěla jsem být zdravotní sestrou, protože moje máma je zdravotní sestra.“* V podstatě si neuměly představit, co obnáší práce sestry, ale inspirovala je vlastní zkušenost, případně charakter prostředí (vůně, bílá barva, uniformy...). *„Kdykoliv jsem šla ke svému pediatrovi a viděla ty bílé dveře, jsem si řekla: A já budu dělat sestřičku. To povolání mi učarovalo.“* (R5) *„Mně se hrozně líbilo prostředí nemocnice. Prostě ty sestřičky se mi hrozně líbily, doktoři a jak to tam bylo všechno čistý.“* (R6) Zajímavé je, že část jedné generace zdravotních sester ovlivnil také velice populární seriál z 80. let *Nemocnice na kraji města*: *„...seriál Nemocnice na kraji města ... možná to bude znít zvláštně, ale v té době to ovlivnilo mě a myslím si i spoustu ostatních sestřiček.“* (R5)

Respondentky, které v zásadě chtěly být sestrou „odjakživa“ a toto povolání vnímají jako poslání, měly v době studií zájem všechno se naučit, aby podávaly v práci dobré výsledky. *„Já jsem měla ideál takový, že jsem to chtěla umět prostě všechno.“* (R6) Chtěly být *„tou usměvavou, milou sestrou, která všechno hravě zvládá a stíhá.“* (R12) Zároveň si uvědomovaly, jak důležitý je výsledek jejich práce: *„Já jsem samozřejmě chtěla vidět návratnost práce. Tím, že vidím pacienta, že je fakt uzdravený a že jde domů.“* (R10)

### **B) Práce jako každá jiná**

V přímém protikladu s předchozí skupinou jsou respondentky, které přistupovaly k volbě studia v podstatě náhodně: *„Šla jsem tam z hecu ... já jsem nevěděla, na co mám jít ... byla*

*jsem vždycky pro učitelku, ale pak mě to přešlo.*“ (R13) Tyto respondentky neměly žádnou představu o svém budoucím povolání – *„Já jsem se nehlásila na zdravotnickou školu ... já jsem se hlásila na pedagogickou.“* (R1) – a studium střední školy pro ně mělo význam jen jako nutná povinnost: *„Já jsem byla ráda, že jsem se dostala na školu, že studuju, a prioritou bylo samozřejmě dodělat tu školu, mít maturitu.“* (R7) *„Pro mě to byla škola, prostě prolézt tou školou.“* (R3) Zároveň ani přesně nevěděly, co mají od práce zdravotní sestry očekávat: *„Nevím úplně přesně, co jsem od toho očekávala. Prostě jsem chtěla ukončit školu, abych byla připravena na tu práci.“* (R15) O výběru školy také v některých případech nerozhodovaly samy, ale vybrali jim ji rodiče: *„Ve své podstatě do toho zasáhla maminka, ano, budeš v internátě, naučíš se samostatnosti.“* (R1) Při výběru školy hrály roli například také jednodušší přijímací zkoušky v porovnání s jinými středními školami: *„Možná to bude znít hloupě, ale nebyly tam přijímačky z matematiky.“* (R7) Svoji budoucí práci při samotném studiu vnímaly jako každou jinou a žádné životní poslání v ní nespatořovaly: *„Byla jsem ráda, když jsou rádi, ale nenaplnovalo mě to tak, že bych z toho jásama.“* (R3)

### **C) Prestiž a uznání**

Další skupinu motivů ke studiu zdravotní školy jsem označila jako „získání prestiže či uznání.“ *„Očekávání od studia bylo mít vzdělání z prestižní školy.“* (R10) Respondentky, které uvádí motiv prestiže, případně uznání, jsou samozřejmě částečně identické s těmi, které motivovala ke studiu starost a péče o nemocné, případně těmi, které vnímaly práci sestry jako celoživotní poslání. Již v době studií tak lze identifikovat skupinu ambiciózních sester, které láká vzdělávání a následně práce na prestižních (náročných) odděleních. *„Dostat se tenkrát na zdrávkou nebylo jednoduchý. A mě teda už na základní škole lidský tělo a biologie hrozně zajímaly.“* (R11) Skupina sester, které už studium střední zdravotnické školy vnímaly jako prestižní záležitost, je z větší části reprezentována především staršími respondentkami. Ty v té době ještě skládaly náročné přijímací zkoušky a dostat se na střední zdravotnickou školu pro ně nebylo samozřejmé: *„Dostat se na obor dětská sestra v roce 1985, kdy se v celé Praze otevíraly jenom dvě třídy, bylo bez protekce takřka nemožné.“* (R2) *„Na přijímačky tam přijelo kolem 600 zájemců a vybíraly se tehdy 2 třídy, tzn. 60 studentů. Na tu školu se neměl šanci dostat nikdo, kdo neměl průměr 1,1 nebo 1,2.“* (R5) *„Byla to jedna z nejlepších a vlastně prestižních škol ve Středočeském kraji ... dělaly se přijímačky ústní a písemný – čeština, ruština, matematika.“* (R1)

Společně s motivací studovat prestižní školu a případně pracovat v prestižních odděleních je zde rovněž zastoupena motivace po společenském uznání: „*Taky mě lákala ta prestiž společenská.*“ (R11) Budoucí zdravotní sestry očekávaly, že okolí jejich práci ocení: „*Že si mě jako budou vážit. To jsem očekávala.*“ (R5) Zároveň předpokládaly, že když budou pomáhat ošetřovat nemocné, získají společenskou vážnost a tím si potvrdí, že jejich práce má širší společenský smysl a význam: „*Já jsem očekávala, že ti lidi budou rádi, že jim pomáháme, že budu dělat něco záslužného a že ta práce má smysl.*“ (R12)

## **Dílčí závěr**

Při zkoumání motivací pro výběr povolání zdravotní sestry je patrná osobnostní nezralost spojená s nízkým věkem respondentek (14–15 let), kdy se rozhodovaly pro studium střední zdravotnické školy. Přestože toto povolání bylo v očích respondentek spojeno především s mnoha iluzemi (kniha o sestřičce Vítě, hezké uniformy, seriál Nemocnice na kraji města), lze rozdělit respondenty do čtyř skupin dle jejich motivací. První skupinu charakterizuje touha pečovat o nemocné, být s nimi v kontaktu, pomáhat jim, soucítit s nimi a zároveň od nich mít zpětnou vazbu. Druhá skupina chtěla být zdravotní sestrou proto, že se jim líbila samotná profese a prostředí s ní spojené. Chtěly se primárně vše naučit a vidět výsledky své práce. Třetí skupinu lákala prestiž profese a uznání okolí, jednalo se většinou o ambiciózní studentky, které po dokončení studia chtěly pracovat na prestižních (intenzivních) odděleních. Poslední skupina respondentek se stala zdravotní sestrou spíše náhodou. Žádnou představu o svém povolání neměly, školu braly jako nutnou povinnost a cílem bylo spíš získání maturitní zkoušky obecně než specializované zdravotnické vzdělání.

## **Diskuze**

Při studiu teoretických zdrojů mě zaujala australská studie na téma motivace pro povolání sestry. Z výsledků této studie vyplývá, že existují čtyři hlavní faktory ovlivňující mj. rozhodování pro povolání sestry – touha pomáhat (*desire to help*), starostlivost nebo touha pečovat (*caring*), smysl pro výsledek (*sense to achievement*) a smysluplnost práce (*self-validation*) (Newton, 2009). Touha ošetřovat a pečovat je patrná také z výsledků mého výzkumu a patří sem skupina ošetřovatelek a pečovatelek. Faktor smysluplnosti práce lze nalézt v motivaci respondentek druhé skupiny, které práci sestry považují za své



celoživotní poslání. Smysl pro výsledek dle mého názoru souvisí s cílevědomostí, kterou se vyznačují respondentky očekávající prestiž a uznání.

Zároveň je zajímavé sledovat souvislosti v pohledu na vzdělání a prestiž povolání u různých generací sester. Přístup sester ke studiu střední zdravotnické školy se změnil reformou v roce 2004. Jak uvádíme v teoretické části, tato reforma zásadně změnila celou koncepci vzdělávání sester. Absolvent střední zdravotnické školy po tomto roce už nemůže začít pracovat jako všeobecná sestra, ale stává se zdravotnickým asistentem, který může vykonávat ošetrovatelskou péči pouze pod odborným dohledem. Na rozdíl od mladších absolventek bylo pro starší sestry už samotné studium zdravotnické školy prestižní záležitostí. O studium byl velký zájem, a musely proto absolvovat náročné přijímací zkoušky, v rámci kterých probíhala mj. zkouška z matematiky. U mladších respondentek naopak hrála zřetelnější roli jako motivace ke studiu samotná touha pečovat o nemocné. Zároveň se ale mezi těmito mladšími respondentkami vyskytuje i více těch, které šly studovat zdravotnickou školu náhodou, například proto, že u přijímaček nebyla matematika. Vztah sester k matematice je vůbec zajímavým fenoménem, který by podle mého názoru bylo zajímavé dále zkoumat. Úspěšně zvládnuté zkoušky z matematiky evidentně zvyšují pocit prestiže vlastní profese. To je zajímavé především s ohledem na fakt, že vnímání prestiže vlastní profese mezi sestrami je podle Bártlové mnohem nižší, než jak vnímá prestiž této profese veřejnost. (Bártlová, 2005b, Tuček, 2016) Tématu prestiže se podrobněji věnuji v jedné z dalších kapitol. Schopnost matematického myšlení zároveň souvisí s jistou úrovní logického uvažování, což by bylo možno zohlednit při přípravě přijímacích zkoušek a případně náboru sester například na intenzivní oddělení.

## ***8.2 Ideální sestra očima participantek v současnosti***

V první části této kapitoly odpovídám na hlavní výzkumnou otázku: Jak vypadá profesní ideál zdravotní sestry. V dalších podkapitolách pak detailněji rozebírám jednotlivé důležité aspekty charakteristické pro ideální sestru, které jsem identifikovala v první části.

### **Co charakterizuje ideální sestru?**

Klíčovou schopností „ideální sestry“ je dle výpovědí participantek budování důvěry u svých pacientů. Shrňme nejprve celé spektrum schopností ideální sestry a v dalších podkapitolách jim bude věnován detailnější pohled. Všechny níže uvedené kvality „ideální

sestry“ podle participantek více či méně citlivě vnímají všichni pacienti, intuitivně jim rozumějí, což se ve finále projevuje úrovní důvěry, kterou do konkrétní sestry vkládají.

„Ideální sestra“ se chová k pacientům „hezky“ za každých okolností, i když se u nich projeví díky utrpení způsobenému nemocí stinné povahové stránky. „Ideální sestra by měla být profesně i komunikačně zdatná. Měla by mít prostě svatozář, protože musí snášet věci... člověk, když je nemocný, objeví se jeho stinný povahový stránky.“ ( R3)

Současně ale má potřebné schopnosti a znalosti, aby se jim mohla věnovat sebevědomě i po odborné stránce. „Sestra musí také působit sebevědomě, musí na ní být vidět, že rozumí problematice, a musí jí umět pacientovi vysvětlit, aby jí mohl věřit.“ (R6)

Ideální sestra je dostatečně či adekvátně vzdělaná a má chuť se stále vzdělávat: „Měla by mít vzdělání a zároveň se průběžně vzdělávat.“ (R9) Pokud totiž dané problematice rozumí, pacient to pozná a více jí věří. Znalosti či dovednosti ideální sestře umožní předvídat případné problémy nebo nečekané situace. K odborným znalostem také patří schopnost orientace v interních směrnících a dobrá administrativa: „Zároveň musí znát spoustu aktuálních nařízení a umět pracovat s dokumenty.“ (R2)

Ideální sestra nesmí být jako stroj, nechovat se pouze podle pravidel a nařízení. „Ideální sestra dokáže improvizovat, být nápaditá, tzn. nedělat věci stereotypně.“ (R12)

Sestra má být nejen pracovitá a pilná, ale i výkonná: „Ideál byl být výkonná, aby byli spokojeni lékaři i pacienti.“ (R8) Měla by mít dále k pacientům lidský přístup i některé další vlastnosti. „Je klidná. Spontánní. A hlavně musí vědět, co dělá.“ (R14) Ideální sestru musí zároveň její práce bavit: „Já si myslím, že musí mít ráda ten svůj obor.“ (R4)

Ideální sestra je týmový hráč, protože „sestra pracuje v kolektivu.“ (R8) Tato vlastnost je zároveň spojená se schopností správně komunikovat s kolegy i pacienty: „Musí být schopná týmové práce a komunikace s okolím.“ (R5)

Podstatnou kvalitou ideální sestry jsou též výborné komunikační dovednosti: „Dobrá sestra by měla hlavně umět komunikovat s pacientem, protože komunikace je na prvním místě.“ (R6) „Musí mít sociální citění, musí mít vztah a úctu k pacientům.“ (R5). Pacient se musí cítit tak, jak by se ona chtěla cítit na jeho místě, tzn. nedělat mu nic, o čem ví, že by mu vadilo: „Důležitá je také sociální výchova, slušné chování, schopnost dokázat se vcítit do člověka, jak mu asi je a jak já bych chtěla, aby se ke mně chovali na jeho místě.“

*Zkrátka snažit se tomu člověku pomoci.*“ (R9) Snaha pomoci pacientovi je pro sestru na prvním místě a spokojený pacient je pak zase pro sestru adekvátní zpětná vazba: *„Já si myslím, že dobrá sestra je ta sestra, o které to řekne pacient a jeho rodina. A je jedno, jestli to řeknou, protože jim třeba jenom věnovala víc času. Dobrá sestra je ta, která opravdu má primárně zájem pomoci pacientovi.*“ (R4)

Vedle komunikačních schopností a sociálního citění musí ideální sestra disponovat i psychologickými dovednostmi: *„Sestra by měla mít základy psychologie a supervize, musí být empatická a znát potřeby pacientů. Musí chápat lidi a umět jednat s různými typy lidí.*“ (R12) Protože svoji práci sestra *„musí umět psychicky zvládnout a musí umět jednat s lidmi.*“ (R2) Pacient totiž vyžaduje, aby sestra byla *„pozitivní, sebevědomá a zvládala stres.*“ (R12)

K dalším charakteristikám ideální sestry patří zkušenosti reprezentované především zručností a schopností předvídat, spolu s poctivostí, kterou charakterizuje schopnost přiznat a napravit omyl. *„Dobrá sestra je poctivá, může se mýlit, ale ne v zásadních věcech, a když se zmýlí, musí být schopna to přiznat.*“ (R12) Náprava případných omylů je u dobré sestry zároveň spojena s dalším sebevzděláváním: *„Pokud jsem něco odborně nevěděla, ihned si to zjistit, abych to už příště věděla.*“ (R8)

### **A) Adekvátní úroveň znalostí a dovedností a jejich stálé doplňování**

Ideální sestra disponuje potřebnými schopnostmi a znalostmi, které charakterizuje především adekvátní vzdělání a průběžné sebevzdělávání. V této části se proto podrobněji věnuji tomuto tématu.

Ideální sestra *„zná výborně obor, ve kterém pracuje, a zároveň má i všeobecný přehled.*“ (R8) Vzdělání je pro sestru důležité, *„protože sestra, když má vzdělání, tak si je jistější. Je taková samostatnější v práci.*“ (R9) Důležité je, aby s dobrými znalostmi přišla už ze školy: *„Vždycky mi bylo dávano najevo, že prostě odvádím dobrou práci a že mám dobré vědomosti. Takže si myslím, že škola mi prostě tohle dala.*“ (R9) Dobrá sestra tedy má mít kvalitní vzdělání a zároveň potřebu se celoživotně vzdělávat: *„Myslím si, že dobrá sestra by měla být vzdělaná. Nejdříve by měla dostat všeobecné vzdělání ve škole a pak se dobrovolně vzdělávat ve svém oboru.*“ (R14) Musí si proto jak odborné, tak všeobecné vzdělání neustále rozšiřovat: *„Samozřejmě v našem oboru by se měl člověk pořád vzdělávat. Sestra by měla samozřejmě vědět, co je nového alespoň v jejím oboru.*“ (R7)

Důležitou vnější motivací k sebevzdělávání je kreditní systém: „*Musíme absolvovat různé kurzy, přednášky, semináře, protože sbíráme kredity.*“ (R7) „*Jezdím na semináře, konference, přednáším, pokud to jde.*“ (R3) Znalosti ale nejsou pouze teoretické, je potřeba je zároveň doplňovat o dovednosti, které lze získat pouze v praxi: „*Musí mít teoretické znalosti a zároveň musí být prakticky velmi zdatná a šikovná.*“ (R6) Spolu s lepším vzděláním pak roste i kvalita celého ošetrovatelského procesu: „*Kvalita určitě stoupá tím, že stoupá kvalita vzdělání sester.*“ (R6)

Sestry si zároveň cení faktu, že pracují v profesi, „*kde se člověk musí pořád rozvíjet a učit a která umožňuje pracovat se vzdělanými lidmi, člověk se tak pořád někam posouvá.*“ (R4) Sestry si zároveň uvědomují, že čím delší čas pracují ve zdravotnictví, tím se zároveň zvyšuje jejich kvalifikace. Stejně tak jsou výhodou i odborné znalosti z různých oborů. „*Když se mi to všechno spojí a znalosti ze všech těch oborů zapadnou do sebe a já to dokážu využít, nese to svoje ovoce. Uvědomuju si čím dál tím víc, že umím opravdu hodně věcí.*“ (R12) Důležité je, aby se sestry samy chtěly dále vzdělávat a zvyšovat svoji kvalifikaci: „*Když jsem chtěla poprvé odejít, dostala jsem nabídku dělat na sál a musela se zase učit nové věci. Pak jsem chtěla odejít ze sálu, protože jsem říkala, že jsem jako automechanik ... a dostala jsem nabídku dělat staniční sestru. Zase mě to posunovalo dál. Když jsem začala uvažovat, že už tu staniční sestru dělám dlouho, začala jsem studovat bakaláře v ošetrovatelství a zase mě to někam posunulo.*“ (R4)

Na sestru jsou kladeny čím dál větší nároky a její práce je tak čím dál více náročnější na vzdělání, „*dřív sestra nepotřebovala takové odborné znalosti v medicíně, jako potřebuje teď.*“ (R3) Vzdělávání nutí sestry zvyšovat svoji odbornou kvalifikaci. „*V dnešní době jde pacient domů, zkrátí se hospitalizace a my ho naučíme aplikace inzulínu. To všechno chodila dřív dělat doktorka.*“ (R10) Zdravotní sestry si zároveň uvědomují, že jejich práce je náročná, zodpovědná a že za ni musí ručit. „*Jsme proto nucené víc studovat a vzdělávat se.*“ (R4) Vzdělaná sestra nabízí mnohem širší možnosti uplatnění: „*V dnešní době může pracovat jako edukační sestra, protože ona už tu znalost má a může ji ze své pozice vysvětlit, což dřív nebylo možné.*“ (R10) Další výhodou získané odbornosti je v současné době větší samostatnost zdravotních sester, která jim přináší další pracovní příležitosti: „*Můžu fungovat samostatně. Mohla bych třeba v budoucnu vykonávat něco sama, otevřít si něco sama.*“ (R7)

## **B) Každodenní diplomacie**

Pojem každodenní diplomacie zahrnuje schopnost komunikace sester s pacienty, jejich příbuznými, s kolegyněmi, lékaři a případně managementem a také ochotu a schopnost se domluvit. *„Bez diplomacie to nejde. Jak ve vztahu k pacientům, kolegyním i k lékařům. Musíte vycházet v podstatě s každým.“* (R3)

*„Umět komunikovat je alfa a omega, bez komunikace se neobejdeme.“* (R10) Dobrá sestra proto *„umí hlavně komunikovat s lidmi, protože komunikace je na prvním místě.“* (R6) Sestra je zároveň součástí širšího týmu, proto musí také umět *„komunikovat a spolupracovat s lékařem nebo sanitářem. Ta komunikace je strašně, strašně důležitá. Je to přece vždycky týmová spolupráce.“* (R5) Ideální sestra proto *„musí být vždy ochotná se domluvit.“* (R13)

Velmi důležitá je pak samotná schopnost hovořit s pacienty, *„zvláště s nemocnými musíte umět mluvit.“* (R1) Komunikace s pacienty je specifická *„protože v komunikaci můžeme hodně věcí pohnojit, nebo hodně napravit.“* (R10). Ideální sestra ví, že *„pacienti nejvíc očekávají právě komunikaci. Když si dělám ošetrovatelské vizity, tak přesně tohle vidím a oni mi to taky říkají.“* (R5) Sebelepší znalosti a dovednosti sestře nestačí, pokud neumí správně hovořit s pacientem. *„Sestra může být sebelíp vzdělaná, ale pokud nemá to chování vůči pacientovi, neumí s ním odpovídajícím způsobem komunikovat, není dobrá sestra.“* (R9) Z pohledu pacienta je podle sester rozmluva dokonce důležitější než odbornost: *„Pacient, ten nepozná, jestli mu sestra nepřevázala úplně správně, ale rozhodně ocení tu sestru, která s ním bude komunikovat.“* (R10)

Důležitost a nezbytnost správné komunikace se vštěpuje sestřám už během jejich studia: *„Chtěli, abychom prostě s lidmi komunikovali.“* (R9) Některé z nich pak měly dokonce štěstí na profesory, kteří jim uměli vysvětlit důležitost správné komunikace s pacientem na konkrétním příkladu a případně to spojit s vlastní zkušeností: *„Paní profesorka, která byla onkologicky nemocná, nám řekla hodně o komunikaci s pacienty. Dokázala se do toho vžít.“* (R14) Pomáhá také, pokud má sestra vlastní zkušenost z pozice pacienta: *„Ležela jsem v Českých Budějovicích a líbil se mi tam kolektiv sester. Jak se tam střídaly, jak si tam se mnou povídaly a byly jsme neustále v kontaktu. Nebylo to tak, že jsem ležela, nikdo si mě nevšímal. Každou chvíli za mnou chodily, ptaly se, měly zájem.“* (R7)

Ideální sestra se umí vžít do situace pacienta, který je kvůli svému zdravotnímu stavu ve stresu, a „*umí ukočírovat vypjatou emoční situaci s pacientem, který na ni vyjel.*“ (R3) Ideální sestra si také uvědomuje, že nejen nemocní pacienti, ale třeba také „*těhotné ženy mají výkyvy nálad. Proto jsme se snažili, abychom s nimi nikdy neměli problém. Museli jsme uplatňovat hodně diplomatické chování.*“ (R6) Základem správné komunikace s pacientem je: „*Pozdravit, PŘEDSTAVIT SE (zdůrazňuje), slušně vysvětlit, co ho čeká, co ho nemine a tak dále. A slušně, především slušně.*“ (R1) Důležité je také přistoupit na fakt, že před pacientem „*se musím usmívat a snažit se mu to slušnou formou vysvětlit, i když ho mám plné zuby.*“ (R2)

Pokud má sestra s pacientem problém, „*nesmí na něj nikdy křičet, a když už se něco stane, tak by to měla brát s humorem, a ne ho obviňovat, že to udělal schválně...*“ (R13) Typickým příkladem stresové komunikace s pacientem je čekárna u lékaře: „*Stane se, že tam pacient čeká hodinu a začne řídit. Hezky mu vysvětlíte, že není objednaný a že si buď počká hodinu, nebo přijde jindy. Je to o komunikaci. Musíte s těmi lidmi mluvit.*“ (R1) Další důležitou schopností při komunikaci s pacientem je, aby sestra „*neukazovala svoje emoce, když některým lidem musí něco víckrát vysvětlovat, nesmí na ní být poznat, že jí to obtěžuje nebo zatěžuje.*“ (R6) Stejně tak při sdělování špatných zpráv se musí dobrá sestra umět k pacientovi „*zachovat asertivně, klidně a samozřejmě mu říct, že bohužel nedokáže pomoci.*“ (R8) A „*špatnou diagnózu se vždy snaží na sobě nedat znát.*“ (R13)

Dobré komunikační dovednosti je možné postupně získat. „*Diplomacii získáváte postupně s jakýmsi vyhráváním.*“ (R10) Pokud to ale sestra zvládne, cítí zároveň uspokojení z vlastních schopností: „*Čeho si nejvíc vážím teď, je, když vycházím dobře s ostatními lidmi, s pacienty i s kolegyněmi.*“ (R3) V takové chvíli pak sestra pochopí, o čem je mimo jiné její profese: „*Líbí se mi, že ty lidi spolu musí spolupracovat. Že je to komunikativní zaměstnání a že nestojím někde u kasy a nedělám jenom píp, píp a lidi jsou pro mě absolutně anonymní.*“ (R11)

### **C) Empatie a její hranice**

Empatie umožňuje ideální sestře vcítit se a porozumět emocím a motivům chování pacienta. Jedná se tedy o „*schopnost dokázat se vcítit do člověka, jak mu asi je a jak já bych chtěla, aby se ke mně chovali na jeho místě.*“ (R9) Ideální sestra by proto „*měla hlavně znát potřeby pacientů a být trochu psycholog.*“ (R12) Sestra ví, že pacienti jsou

v nemocnici ve stresu, proto se třeba „*bojí zeptat lékaře, takže se na to potom ptají znova sestra.*“ (R14) Nedílnou součástí empatie je také vstřícnost k pacientům: „*Sestra nesmí být sebestředná. To je stejný, jako když máte děti. Jakmile jste s těmi pacienty na pokoji, člověk najednou přestane být sobec.*“ (R14) Proto je nezbytné, aby se sestra chovala „*vstřícně jak k pacientům, tak k lékařům. Je spousta pacientů, za kterými nechodí rodina, proto třeba stačí na pět minut se s ním zastavit a jenom si popovídat.*“ (R5) Ideální sestra si proto uvědomuje, že je důležité, „*aby se pacient cítil tak dobře, jak dobře bych se chtěla v jeho situaci cítit já.*“ (R14)

Vstřícnost a schopnost vcítění se do potřeb pacienta je ale zároveň potřeba správně vyvažovat. „*Pozor, vždycky by tam sestra měla mít určité mantinely. Sestra by měla být i dobrý psycholog.*“ (R5). Pokud se totiž do své práce příliš emociálně angažuje, hrozí jí i zdravotní a profesionální rizika. Sestra by proto „*měla plnit potřeby pacienta a jeho přání. Ale, nemůže být zase nějakým způsobem úplně oddaná, aby nevyhořela, aby nebyla úplně pod jeho vlivem. To je ta profesionalita.*“ (R10) Dalším rizikem vstřícného chování je, pokud sestra přenáší empatii k pacientům i na běžné okolí mimo svoji profesi: „*Dřív jsem vnímala jako pacienty i lidi ve svém okolí, tak jsem jim vyhověla, i když to nebylo správně.*“ (R3) Schopnosti projevození a zvládnání emocí se později ještě věnuje samostatné kapitola.

#### **D) Práce s emocemi**

V této části se věnuji schopnosti projevovat a zvládat vlastní i cizí emoce. Na závěr pak popisují, co sestřím dělá největší radost a co považují za svoji emocionální odměnu.

Zvládnání emocí patří mezi základní výbavu ideální sestry, patří sem jak pozitivní, tak negativní emoce a práce s nimi. Je potřeba najít rovnováhu mezi nulovými emocemi projevovanými navenek a přílišným emocionálním vkladem. Stejně tak sestry oceňují pozitivní emoce projevené ze strany pacienta i lékaře. Schopnost správně projevovat a zvládat emoce je nedílně spojená se základními psychologickými dovednostmi. „*Sestra by měla mít základy psychologie a supervize.*“ (R12) Protože svoji práci sestra „*musí umět psychicky zvládnout.*“ (R2) Pacient totiž vyžaduje, aby sestra byla „*pozitivní, sebevědomá a zvládala stres.*“ (R12)

## **Přiměřené projevování emocí**

Ideální sestra umí správně ukazovat vlastní emoce. Především „*pozitivní emoce pacienti vnímají velmi dobře. Pochvala, radost a hlavně úsměv.*“ ( R3) Proto „*by sestra měla být pozitivně naladěná.*“ (R5) a „*mít kladný postoj k životu.*“ (R3) Pozitivně naladěnou sestru pak totiž dokážou ocenit i pacienti: „*Občas pacienti říkají, že je léčí třeba jenom tím, že se na mě podívají, že se třeba usmívám nebo tak.*“ (R14) Ideální sestra proto umí správně projevovat „*lítost nebo naopak radost, citově ploché lidi podle mě nejsou dobří zdravotníci.*“ (R11)

S projevováním emocí je ale potřeba zacházet velmi citlivě. „*Podle mě si může dovolit projevit emoce, ale musí to být v rámci nějakých možností.*“ (R6) „*To je strašně tenká hranice. Když přijde říct pacientovi nějakou dobrou zprávu, nemůže tam samozřejmě skákat, plácát rukama a vykřikovat. Ale může dát najevo emoce, že třeba je šťastná, cítí to štěstí s tím člověkem, že mu třeba dopadly dobře testy.*“ (R8) Emoce je proto potřeba ukazovat uměřeně: „*Sestra může projevit své emoce vůči tomu pacientovi, jako třeba vstřícnost, ale nesmí projevovat moc velký emoce, aby nad ním třeba plakala.*“ (R9) S určitým vývojem vztahu s pacientem si pak sestra může dovolit také více emocí: „*Emoce si sestra může dovolit k pacientovi, o kterém něco ví. Ne, že přijde první den do práce, přijde na pokoj a začne jim tam sypat popel na hlavy nebo mazat med kolem pusy.*“ (R14) Stejně tak je potřeba velmi citlivě reagovat na špatné zprávy: „*Když třeba umře mladý člověk a projeví té rodině lítost, soustrast. Prostě ukázat jí, že jí to není lhostejné.*“ (R6) Stejně tak sestra „*nemůže ukázat emoce, když zjistí u pacienta špatnou diagnózu a on to neví.*“ (R13) Při projevování emocí proto sestra musí mít objektivní náhled na situaci pacienta. Musí mu proto dávat najevo emoce adekvátně jeho zdravotnímu stavu a nesmí ho ani moc strašit a ani dávat zbytečné naděje: „*Pacient je v terminálním stadiu a ona mu nesmí dávat najevo, že to bude všechno dobrý.*“ (R3)

Sestra by v žádném případě neměla před pacientem projevovat své soukromé emoce: „*Smutek a jiné negativní věci ze soukromí by v podstatě nikdy před pacientem ukazovat neměla. To jsou negativní emoce.*“ ( R3) „*Určitě by je neměla projevit před pacienty, to si myslím, že rozhodně nikdy. To se neslučuje s tím povoláním.*“ (R5) Zároveň by ale každá sestra měla mít možnost vlastní emoce řízeně ventilovat: „*Oni je musí projevit, pokud pracují v takhle těžkém a náročném prostředí, třeba u staniční nebo vrchní sestry, supervizora nebo možná u psychologa.*“ (R5)



## **Zvládání vlastních i cizích emocí**

Ideální sestra umí zvládat vlastní emoce. V první řadě ale nesmí „*nosit do práce své osobní problémy, protože ty se pak samozřejmě odráží v práci.*“ (R9) Pokud si sestra tyto problémy řeší v práci, pociťuje to nejen pacient, ale i kolegové. „*Když v práci řeší, že se rozvádí, a nesoustředí se na svoji práci, tak to rozhodí celý tým.*“ (R2) Pro správné zvládání vlastních emocí je vhodné „*znát základy psychologie a supervize, tyhle věci by sestra měla ovládat.*“ (R12). Sestra by na jednu stranu „*neměla být moc přecitlivělá.*“ (R9) Na druhou stranu ale ví, že „*dělat tuhle práci bez emocí nejde.*“ (R4) Její vyzrálost se pak projevuje mimo jiné v tom, že „*dokáže zvládat svoje emoce, když pečuje třeba o pacienta, který jí není vůbec sympatický.*“ (R4)

Ideální sestra se ale musí umět emočně vyrovnat s mnohem složitějšími situacemi, než je nesympatický pacient. Protože „*některé choroby jsou opravdu hrozné a toho člověka zasáhnou celkově a podle toho tak vypadá i se cítí.*“ (R14) Sestra se občas dostává do situací, které je opravdu těžké zvládnout a které si běžný člověk ani nedokáže představit: „*Na noční na nás ti lidi hrozně sprostě řvali, kousali a kopali. Tohle bylo hodně těžké zvládnout v klidu, i když jsme věděli, že za to třeba nemohli.*“ (R12) Ideální sestra se musí umět vyrovnat i se smrtí pacienta: „*Co je nejtěžší? Smrt člověka!*“ (R13) „*Když někdo umře, to je situace, kterou neumím zvládnout, беру to jako vlastní selhání, což je špatně.*“ (R4) „*Nejtěžší je přijmout fakt, že není v mých silách změnit tu situaci.*“ (R14) Ideální sestra si musí zároveň udržet určitý emoční odstup od pacientů.

Sestra zároveň musí mít možnost „*vlastní emoce někde ventilovat. Na jednu stranu chceme citlivé a vstřícné sestry, na druhou stranu jim nedáváme prostor, aby ty emoce nějakým způsobem zvládaly.*“ (R4) Pokud sestra není schopná svoje emoce zvládat, dostává se do složitých psychických situací, které následně může řešit třeba alkoholem: „*Měli jsme kolegyni a ta si pak nosila na sál v taštičce alkohol. Normálně pila na sále.*“ (R2)

## **Schopnost přijmout ocenění a radost z něj**

Sestry samozřejmě zažívají také pozitivní emoce, které je nabíjejí a dávají jejich práci smysl. „*Nejhezčí je samozřejmě, když člověk vidí, jak jsou ti lidi spokojení.*“ (R7) „*Dělá mi radost, když je někdo rád, že má dobrou péči.*“ (R3) Oceňují, když vidí pozitivní výsledky své práce, tzn. uzdraveného pacienta: „*Nejhezčí? Asi ten pocit, když pacient, kterého přivezou a který je na umření, odejde po svých.*“ (R 13)

Kromě pozitivního výsledku sestry také motivuje, když jim pacient dokáže dát najevo, že oceňuje jejich přístup: *„Nejhezčí je pro mě vždycky to, když vám pacient řekne, že byl spokojený, a poděkuje. Protože já vidím, že to není zbytečný.“* (R5) *„Nejhezčí je, když pacient odchází a přijde na sesternu poděkovat.“* (R15)

Pozitivně také vnímají, když jim pacient dává najevo, že jim důvěřuje: *„Ty lidi si za mnou chodili povídat, měli takovou důvěru.“* (R8) *„Přijdete do práce a ten pacient tam furt je, čeká na vás a rád vás vidí.“* (R14)

Některé pacienty znají sestry velmi dlouho a také jejich uzdravení pak vnímají mnohem emotivněji: *„Nejhezčí? Když znáte někoho spoustu let a pak ho odtransplantují a je v pohodě.“* (R3) Velmi pozitivně také hodnotí, když se jim spokojený pacient ozve i později: *„Zavolala mi pacientka, která u mě ležela na oddělení, a řekla mi, že jí tam chybím, že to oddělení beze mě není takový, což samozřejmě potěší.“* (R4)

Zároveň jsou rádi, když si jejich práce váží i starší a zkušenější kolegyně: *„Pro mě úplně nejhezčí bylo, když jsem udělala nástupní praxi, holky mě přijaly mezi sebe a mohla jsem tam dělat tu práci.“* (R2) Případně když ji dokážou ocenit i lékaři: *„Šel tam jeden doktor a říká: ‚Dneska sloužíte noční, tak to jsem rád, můžu klidně spát, protože vím, že to tady bude všechno v pořádku.‘“* (R12) Sestry také dokážou ocenit práci v dobrém kolektivu: *„Respekt, úcta a úžasná parta. A obrovský výsledky té práce.“* (R1)

## **Dílčí závěr**

Na ideálním obraze sestry se všechny respondentky v podstatě shodují. Její nejdůležitější charakteristikou je budování důvěry u svých pacientů. Ta je primárně založená na touze pomáhat a pečovat o ně. Ideální sestra se za každých okolností chová k pacientům hezky, je adekvátně vzdělaná a zároveň má chuť se stále vzdělávat. Umí dobře komunikovat s pacienty, jejich rodinami i v rámci pracovního týmu, disponuje schopností vcítit se do pocitu druhého člověka, zvládá práci s emocemi i vlastní stres. Mezi další schopnosti, které uváděly především starší respondentky, patří zkušenost reprezentovaná především schopností předvídat, a poctivost, kterou charakterizuje schopnost přiznat a napravit omyl.

Adekvátní znalosti a dovednosti dodávají sestře schopnost dobré orientace v profesi, která následně zvyšuje její sebevědomí a zároveň důvěru pacienta k sestře. Důležité je, aby sestra získala dobré vzdělání už ve škole, zároveň ale musí být schopná si toto vzdělání

neustále rozšiřovat a mít potřebu se celoživotně vzdělávat. Součástí vzdělání představují také dovednosti, které lze získat pouze praxí. Čím déle sestra pracuje ve zdravotnictví, tím má vyšší kvalifikaci. Respondentky si uvědomují, že na profesi zdravotní sestry jsou kladeny čím dál větší nároky a zároveň roste jejich kompetence a odpovědnost. To vše je nutí zvyšovat vlastní profesní kvalifikaci.

Ideální setra umí správně komunikovat s pacienty i jejich příbuznými a uvědomuje si specifčnost této komunikace, umí se vžít do situace pacienta a zvládá stresovou komunikaci ve vypjatých emočních situacích. Ideální sestra je zároveň týmovým hráčem, který dobře komunikuje s kolegyněmi, lékaři, případně managementem.

Ideální sestra se umí vcítit a porozumět emocím a motivům chování pacienta, zná jejich potřeby a je k nim vstřícná. Ví, že směrem k pacientovi by měla působit vždy optimisticky a pozitivně, zároveň ale umí správně projevit soucit nebo lítost. Nikdy by před pacientem neměla dávat najevo své soukromé problémy. Ideální sestra musí zároveň zvládat emočně velice vypjaté situace, jako je krajně neadekvátní a nevhodné chování pacientů, případně jejich smrt. Na druhou stranu ale ideální sestry zažívají i silné pozitivní emoce, které dávají jejich práci smysl. Jedná se o pozitivní výsledky jejich práce, tzn. uzdraveného pacienta nebo o ocenění jejich práce ze strany pacientů, kolegyně a případně lékařů. Ideální sestra si ale zároveň uvědomuje zdravotní a profesní rizika vyplývající z přílišného emocionálního angažování a udržuje si od pacientů určitý emoční odstup. Umí proto vyvažovat prezentaci vlastních emocí a disponuje základními psychologickými dovednostmi.

Při zkoumání profesního ideálu zdravotní sestry jsem se o jednotlivých respondentkách zároveň dozvěděla, jakou mají motivaci vykonávat práci zdravotní sestry a vlastní představu o charakteru a hodnotách spojených s touto profesí. Z těchto informací jsem odvodila, do jaké míry se jednotlivým sestrám daří naplňovat výše uvedený ideál. Můj vzorek respondentek jsem nakonec rozdělila do čtyř skupin sester dle úrovně naplňování ideálu profese.

První skupinu jsem nazvala PASIVNÍ OVCE. Ke své profesi přistupují stejně jako ke každé jiné práci a je v podstatě náhoda, že pracují jako zdravotní sestry. Druhou skupinou jsou sestry PEČOVATELKY, třetí AMBICIOZNÍ sestry. Tyto dvě skupiny se sice snaží aktivně přiblížit ideálu sestry, ale každá z nich přehnaně akcentuje jednu z vybraných

hodnot, a tím pádem zase lehce bagatelizují jiné důležité hodnoty. Poslední skupina nese název DOBRÁ SESTRA. Spadají do ní sestry, které se nejvíce přibližují ideální sestře v takové podobě, na jaké se shodnou všechny respondentky.

### PASIVNÍ OVCE

Pasivní ovce vykonává svou práci v rámci požadovaných profesních standardů jako dobrý stroj. Postrádá vlastní názor a iniciativu. Často je v zajetí profesionální slepoty a v některých případech částečně ztrácí empatii. „*Bála jsem se, že mě dají na nějaký pokoj, kde bude ten nemohoucí.*“ (R13) Nemá ambice a zároveň ji nenaplnuje péče o pacienty a nevidí v tom smysl svého povolání: „*V tomhle oboru vždy najdu práci.*“ (R13)

### PEČOVATELKA

Sestra pečovatelka vnímá svoji práci jako „umění“ a vkládá do ní vše. Vyznačuje se starostlivostí, příjemným vystupováním a bezmeznou ochotou pomoci. „*Cením si toho, že pomáhám lidem, že mu udělám radost, když mu napustím umyvadlo nebo namažu chleba.*“ (R14) Při péči a starosti o pacienta často překračuje emocionální hranice: „*Nejtěžší je, abych si udržela profesionální odstup od pacientů.*“ (R5) Smysl své práce vidí ve starání se o pacienty, ráda s nimi komunikuje, je velmi empatická a ráda získává pozitivní zpětnou vazbu: „*Ti lidi si za mnou chodili povídat, měli takovou důvěru.*“ (R8) Chybí jí ambice: „*Ve vedoucí funkci jsem v podstatě být nechtěla.*“ (R2) Případně „*Nejsem kariéristka, ale samozřejmě budu ráda, když budu v něčem vynikat.*“ (R14) Zároveň nemají touhu se dále vzdělávat více, než je nutné: „*Nejsem studijní typ. V podstatě jsem tu VOŠku docela protrpěla.*“ (R14) Z toho pak vyplývá její nižší sebevědomí ve srovnání s ambicióznějšími kolegyněmi: „*Myslí si, že jsou magistry, a hnedka míří na ty vyšší posty.*“ (R2) „*Mám pocit, že si myslí, že na to nemáme, a chtějí nás přeskočit.*“ (R5) Sestra pečovatelka tak charakterizuje dřívější pohled na ideál ošetrovatelství, kdy se po sestře požadovala především starostlivost o pacienta.

### AMBICIÓZNÍ SESTRA

Ambiciózní sestra ví, co chce, je precizní, nekonfliktní, na vnějšek vyřazuje klid a pohodu, ale uvnitř má „hnací motor“. „*Prostě mě to žene kupředu.*“ (R3) Touží po kariérním postupu, který jí zajistí lepší status a případně lepší odměnu. „*Profesní ideál je mít nějakou vedoucí pozici, kde můžu uplatnit své nápady.*“ (R12) Je přesným opakem sestry

pečovatelky – je vzdělaná, stále na sobě pracuje: „*Makám na sobě, vzdělávám se.*“ (R3) A průběžně se vzdělává: „*Pro mě bylo úplně nejúžasnější udělat si to Bc.*“ (R6) A má tendenci se posouvat do řídicích pozicí. „*Mě baví organizovat.*“ (R3) Neuspokojuje ji samotná péče o pacienty, naplňují ji ale výsledky a uznání okolí. „*Posunula jsem se k tomu vysoce specializovanému operačnímu týmu, které jsou jenom čtyři v České republice. To pro mě bylo opravdu velké, velké vítězství.*“ (R11) K ideálu jí chybí více empatie, schopnosti lépe komunikovat s pacientem a touhy pečovat o nemocné. „*Nejsem týmový hráč, spoléhám sama na sebe.*“ (R3)

## DOBRÁ SESTRA

Dobrá sestra je především zralá osobnost s životní moudrostí. Má velké charisma a usiluje o naplnění ideálu sestry. Snaží se sama „*docilit toho být dobrou sestrou.*“ (R9) Umí se v rozumné míře postarat o pacienta: „*Plní potřeby pacienta a jeho přání. Ale nemůže mu být oddaná, být úplně pod jeho vlivem, aby nevyhořela.*“ (R10) Je odborně zdatná a uvědomuje si, že vždy je kam růst a dál se rozvíjet: „*Sestry musí ručit za svoji práci, která je náročná. Jsou proto nucené víc studovat a vzdělávat se.*“ (R4) Dobrá sestra proto našla rovnováhu mezi ambicí získat status a prestiž a zároveň si zachovala empatii a touhu pečovat o pacienty. Umí také pracovat s emocemi: „*Dělat tuhle práci bez emocí nejde, vyzrálost sestry se ale pozná v tom, že ty emoce dokáže zvládnout.*“ (R4) A ví, že je nutné „*ty emoce někde ventilovat. My na jednu stranu chceme sestry citlivé a vstřícné, ale na druhou stranu jim nedáváme prostor, aby ty emoce nějakým způsobem zvládaly.*“ (R4) Dobrá sestra tak poznala, že její práce je psychicky velmi náročná, a uvědomuje si proto riziko vyhoření a nutnost supervize. „*V sociální sféře už je supervize běžná. Pečují o psychické zdraví zaměstnanců. Ty zdravotní sestry to nemají a chybí jim to, já to cítím.*“ (R12) Dobrá sestra zároveň nepodléhá generačním stereotypům a předsudkům: „*Říkají, že ta mladá generace už nemá empatii. Není to pravda. Vidím mladý holky, který mají našlápnuto být dobrými sestrami, a myslím si, že to dokážou.*“ (R10) Má sebereflexi, umí rozpoznat chyby a vadí jí neprofesionalita: „*Všechny sestry sráží, když se některá z nich chová k někomu špatně. Pak ten člověk začne všechny sestry vidět v jednom balíku.*“ (R9) Dobrá sestra tedy kombinuje původní požadavky na ideální sestru s moderním pojetím ošetřovatelství. Je starostlivá a pečlivá, má adekvátní vzdělání, zároveň je kompetentní i poučená o emocionálních hranicích péče o pacienty a má schopnost kritického myšlení.

## Diskuze

Budování důvěry založené na touze pomáhat a pečovat jako primární charakteristika ideální sestry je ve shodě se studií Davise, Hershbergera, Ghana a Lin, podle kterých patří mezi nejdůležitější vlastnosti dobré sestry především její charakterové a morální kvality, jako je starostlivost a ochota pečovat, vlídnost, laskavost a dobrosrdečnost (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990). Shoduje se s nimi i Smith & Godfrey v tom, že „ideální sestra musí být především osobnost, která má přirozenou snahu pečovat o druhé, má s nimi soucit, je laskavá a respektuje je.“ Stejně tak z analýzy historického kontextu vývoje profesního ideálu je zřejmé, že ve všech obdobích byly osobnostní kvality považovány za absolutní základ pro ošetrovatelství (Lückes in Bradshaw, 2000; Ashdown, 1930; Darnell, 1965; Lovčí, 2008). Bez nasazení vyjadřujícího city, zájem a soucit s pacientem se proto podle Heřmanové neobejde kvalitní ošetrovatelská péče (Heřmanová, 2012).

Shodu s výsledky výzkumu lze najít také v pohledu na chování ideální sestry, které zahrnuje komunikační dovednosti, přístupnost a schopnost týmové práce. Cílem správně zvládnutého chování je především schopnost být vnímána pozitivně, tzn. působit optimisticky, něžně, mile, příjemně, laskavě a přátelsky, což se také jednoznačně potvrdilo ve výzkumu (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990; Resnick, 2002; Stott, 2007; Tomlinson, 2005). Vstřícnost, otevřenost a schopnost naslouchat pacientům, kterou často zmiňují respondenty, jsou v souladu s tvrzením Resnicka a Tomlinsona o dosažitelnosti a schopnosti průběžně prožívat s pacienty jejich příběh během uzdravování a být zde pro všechny pacienty, kteří ji potřebují (Resnick, 2002; Tomlinson, 2005). Potvrzuje to i Bártlová, podle které „*dobrá sestra dává najevo sympatie, intuitivní porozumění a chápe pacientovy pocity.*“ (Bártlová, 2005, str. 136). Schopnost vcítit se a porozumět emocím stejně tak jako dobré komunikační dovednosti vyplývající z výzkumu jsou v souladu s tvrzením Kilíkové, že „*emočně inteligentní sestra umí vycházet sama se sebou i s ostatními, dovede naslouchat, komunikuje jasně a přesvědčivě.*“ (Kilíková, 2013, s. 146). Efektivní komunikace je podle Vévody důležitá především proto, aby umožnila partnerskou spolupráci pacienta na léčbě (Vévoda, 2013). Nutnost komunikačních dovedností potvrzuje i Haškovcová, podle které je „*potřeba rozlišovat běžnou lidskou komunikaci s pacientem, která nic nestojí, od výjimečné komunikace s vážně nemocnými pacienty, která už vyžaduje náležitý trénink komunikačních dovedností a znalostí.*“ (Haškovcová, 2013, s. 26).

Stejně tak panuje shoda v pohledu na schopnost týmové práce, protože při léčbě pacienta spolupracuje celý zdravotnický tým (Rush & Cook, 2006; Smith & Godfrey, 2002). Potvrzení závěrů výzkumu lze nalézt i u Vévody, podle kterého sestra musí umět komunikovat i s ostatními zdravotníky, „*protože právě dobrá komunikace je základem efektivní týmové spolupráce a tím i kvalitní péče o pacienta.*“ (Vévoda, 2013, s. 65).

Vyrovnanost ideální sestry a její zvládání emočně vypjatých situací zmíněných v závěru výzkumu se shoduje s tím, že sestra musí dělat „*klidná a racionální rozhodnutí tváří v tvář vysokému stresu.*“ (NMC's Nursing Career Guide, 2013). Také podle Bártlové musí sestra „*všechny své emoce plně kontrolovat a všechny ostatní emoce, které narušují její roli, nesmí uplatňovat.*“ (Bártlová, 2005, str. 137).

Vědomí zdravotních a profesních rizik vyplývajících z přílišného emocionálního angažování potvrzuje Heřmanová, podle které sestry „*prožívají utrpení nemocných jako svoji vlastní morální tíseň a napětí.*“ (Heřmanová, 2012, s. 96). Stejně tak Bártlová uvádí, že „*není jednoduché zvládnout kontrolu vlastních emocí. To vše vyžaduje silnou motivaci, trénink, průběžné vzdělávání a tím i velkou duševní sílu.*“ (Bártlová, 2005, s. 137). Z výzkumu dále vyplývá, že ideální sestra musí mít možnost vlastní emoce řízeně ventilovat a předcházet tak riziku vzniku syndromu vyhoření. To potvrzuje i Heřmanová s tím, že je potřeba se zaměřit na podporu zkušených psychologů nebo supervizorů (Heřmanová, 2012).

Většina odborné literatury uvedené v teoretické části pak podporuje výsledky výzkumu také v důrazu na kvalitní vzdělání, protože klíčovou charakteristikou ideální sestry je mít znalosti a dokonale se orientovat v oboru ošetrovatelství. Stejně jako v nutnosti si vzdělání stále doplňovat, protože ideální sestra je zároveň otevřená vlastnímu profesionálnímu růstu. (Davis, Hershberger, Ghan & Lin, 1990; Rush & Cook, 2006; Dr. D. Liver, 2009)

Ve výzkumu naopak chybí charakteristika ideální sestry jako puntičkářky, která dává pozor na nejmenší detaily a je precizní, přesná a opatrná, jak ji charakterizuje NMC's Nursing Career Guide (2013).

Zajímavý aspekt nabízí srovnání charakteristiky ideální sestry dané výzkumem s hodnotami, které reprezentují profesní ideál zdravotní sestry v etických kodexech, tak jak je uvádíme v Kapitole 1:

- *Sestra vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své a nikdy se nepodřizuje zájmům komerčních subjektů.*

Tento bod se podle mého názoru shoduje s výzkumem v základní charakteristice ideální sestry, která má především touhu pomáhat, pečovat o pacienty a budovat si k nim důvěru. Z mého výzkumu ale zároveň vyplývá nutnost dodržování určitých limitů při plnění potřeb pacientů, které souvisí s profesionalitou sestry a její vlastní obranou před syndromem vyhoření.

- *Sestra spoluzodpovídá za poskytovanou péči, nese osobní odpovědnost za svou činnost, za udržování své kvalifikace na potřebné výši, a aktivně proto rozvíjí své odborné znalosti. Sestra poskytuje péči na co nejvyšší úrovni, pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání povinností.*

Zde nacházíme shodu s výsledky výzkumu, podle kterého ideální sestra disponuje adekvátními znalostmi a dovednostmi, což je dáno jejím kvalitním vzděláním, potřebou celoživotního vzdělávání a dovednostmi získanými praxí.

- *Sestra poskytuje pacientům dostatečné informace tak, aby pacienti mohli převzít spoluzodpovědnost za vlastní zdravotní stav a léčbu.*
- *Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání soukromí pacienta, jeho intimitu, pečlivě a pravdivě vede zdravotnickou dokumentaci a chrání ji před zneužitím.*
- *Sestra poskytuje zdravotní péči s potřebnou mírou autoregulace a empatie, respektuje důstojnost pacienta a zachází s ním s úctou.*

Výše uvedené tři body korelují se schopností správné komunikace s pacienty, ochrany jejich soukromí, stejně tak jako zachovávání uctivosti a respektu k nim včetně schopnosti empatie. Jedná se o další dílčí charakteristiky ideální sestry z prováděného výzkumu. Zajímavé nicméně je, že výzkum nepotvrdil přítomnost pečlivosti ve vedení zdravotnické dokumentace, o které se píše v kodexech a kterou rovněž zmiňují zahraniční studie.



- *Sestra úzce spolupracuje se všemi kolegy a respektuje jejich znalosti.*

Schopnost spolupráce s kolegy a týmová práce je ve shodě s výsledky výzkumu jako další dílčí charakteristika ideální sestry.

- *Sestra dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, buduje dobrou pověst profese a zvyšuje tak důvěru občanů.*

Slušné chování vychází z charakteristik, jako jsou komunikační dovednosti, zvládání emocí a schopnost empatie a zároveň touhy pomáhat a pečovat, což jsou opět charakteristiky ideální sestry dané výzkumem. Vytváření profesionální image a prestiže povolání sestry ve společnosti se věnuje jedna z dalších kapitol.

Odborná literatura i etické kodexy sester se shodují s výsledky výzkumu na tom, že primárním zájmem dobré sestry je snaha pomáhat pacientům, pečovat o ně, být k nim uctivá a mít s nimi soucit. To vše se odráží v jejím chování a komunikaci s pacientem a okolím. Dobrá sestra se tak chová k pacientovi s úctou a empatií, respektuje jeho důstojnost, chrání jeho soukromí a nese zodpovědnost za své profesionální vystupování. Mezi správně zvládnutou komunikací a chováním lze zařadit také dosažitelnost pro pacienty a schopnost týmové práce. Shoda jednoznačně panuje také v tom, že dobrá sestra má výborné znalosti oboru, které si neustále doplňuje, a zvyšuje tak kvalitu poskytované péče. Vzdělaná a kompetentní sestra tedy poskytuje kvalifikovanou, bezpečnou a efektivní péči. Odborná literatura i výsledky výzkumu na rozdíl od etických kodexů akcentují důraz na zvládání práce pod velkým stresem a zachovávání klidu ve složitých situacích. Schopnost předvídat a poctivost patří mezi anglosaské protestantské pracovní hodnoty, které přinesl do ideálu sestry v 19. století vliv Florence Nightingalové a jejích pokračovatelek.

### **8.3 Jak se s ohledem na profesní ideál hodnotí různé generace sester?**

V této kapitole srovnáváme názory dvou generací aktivně pracujících sester (20–39 let a 40–60 let). Zajímají nás rozdíly ve vnímání hodnot profesního ideálu a vzájemné mezigenerační náhledy. Vzhledem k velikosti vzorku a jeho heterogenitě není možné níže uvedené výsledky výzkumu kvantifikovat a budou ještě zmíněny v diskusi v rámci dílčího závěru.

### 8.3.1 Generační stereotypy

Starší sestry vnímají své mladší kolegyně jako nepřipravené, nezralé osobnosti: „*Nejsou na to připravené ani emočně, ani fyzicky, ani psychicky, prostě nijak. Neberou to vážně, vůbec se neumějí chovat k lidem.*“ (R3) Zároveň to ale nespojují pouze s jejich znalostmi a dovednostmi, ale obecně s výchovou: „*Oni za to ani nemůžou, protože oni jsou dneska tak vychovaní.*“ (R5) Důsledkem je pak podle starší generace špatná péče o pacienta: „*Myslím si, že ty mladý holky jsou takový míň zodpovědný potom k té práci a k pacientovi.*“ (R2) S menší zodpovědností k pacientům je podle nich také spojená menší zodpovědnost ke kolegům: „*My jsme byli zvyklí, že prostě onemocněla sestřička, automaticky jsem tam zůstala. Dneska to tak vůbec není.*“ (R5)

Naopak mladší sestry zase vnímají ty starší jako pomalejší a méně výkonné: „*Starší generace už nebudou mít ani tak mrštnou paměť a nebudou mít ani takové nasazení do práce jako ty mladší generace.*“ (R8) Současně se obecně očekává, že starší generace sester už nebude mít aktuální znalosti: „*Starší sestry jsou zase ne moc odborně zdatné.*“ (R3) Mladší generace je často přesvědčena, že v práci toho aktuálně musí zvládat mnohem více než sestry starší generace: „*Dřív na ty sestry nebyly takové nároky. Dřív sestry nebyly tak šíleně cepované.*“ (R14)

Na druhou stranu ale existují i sestry, které obecnými generačními stereotypy zatížené nejsou: „*Já si nemyslím, že mladší ročníky by byly špatné sestřičky.*“ (R6) Odmítají paušálně odsoudit celou generaci: „*Ted'ka říkají, že třeba ta mladá generace, že už prostě nemá takovou empatii. Není to pravda. Vidím třeba i mladé holky, které opravdu mají našlápnuto k tomu být dobrými sestrami.*“ (R9) Jako nejkvalitnější jsou pak vnímány sestry s věkovým rozpětím mezi 30. a 40. rokem – mají kvalitní vzdělání, dostatek zkušeností a dostatek energie k dalšímu sebevzdělávání: „*Nejlepší ročník je těch 30–40 let, mají jiné vzdělávání a jsou schopné se přizpůsobit novým trendům, prostě střední věková hranice.*“ (R3)

### 8.3.2 Vliv reformy zdravotnického vzdělávání na generační vztahy

Generační paušalizování a stereotypní vnímání je nutné dát do souvislosti s reformou zdravotnického vzdělávání, která proběhla v roce 2004 (viz Kapitola 2). „*Po čtyřech letech studia skončíte jako zdravotnický asistent, který nesmí udělat nic samostatně, nesmí rozhodovat samostatně a pomalu nesmí ani samostatně mluvit s pacienty.*“ (R14) Z tohoto

důvodu pak mají problém s uplatněním: „*Já jsem nastupovala jako zdravotnický asistent, což byl problém. Nemohla jsem pracovat bez odborného dohledu, a tak na oddělení, na která jsem tenkrát chtěla, jsem jít nemohla.*“ (R6) Učitelé jim zdůrazňovali, „*že musíme dělat všechno pod dohledem, samy jsme žádné odborné výkony dělat nesměly, takže jsme tam byly pouze na tu ošetrovatelskou péči.*“ (R6) Případně: „*Učitelka nám pořád opakovala, že jsme zdravotnický personál pod dohledem, na tohle nikdy nezapomenu.*“ (R14)

Výhodu pro absolventky do roku 2004 skýtalo, že po úspěšném dostudování střední školy mohly rovnou začít pracovat v oboru. „*Když jsem nastoupila po maturitě normálně do práce, tak jsem neměla vůbec žádný problém. Vždy mi bylo dáváno najevo, že odvádím dobrou práci a že mám dobré vědomosti. Ta škola mi to prostě dala.*“ (R9) Na rozdíl od pozdější generace zdravotních asistentů pak mohli například nastoupit rovnou na prestižním oddělení: „*Já jsem nastoupila po škole hned na kardiochirurgické pooperační dětské oddělení ... Když jsem pak dokončila půlroční nástupní praxi, přijaly mě ty holky mezi sebe a já mohla dělat tu stejnou práci.*“ (R2)

Paušální pohled starší generace na mladší zároveň podtrhuje názor, že dříve bylo studium na střední zdravotnické škole mnohem prestižnější záležitostí než dnes: „*Tenkrát to byla prestižní záležitost dostat se na zdrávku. Dneska už to prestiž trošku ztratilo.*“ (R2) Už jenom úspěšné zvládnutí přijímacích zkoušek na střední zdravotnickou školu bylo velké vítězství: „*Na přijímačky tam přijelo kolem 600 zájemců a vybíraly se tehdy 2 třídy, tzn. 60 studentů. Na tu školu se neměl šanci dostat nikdo, kdo neměl průměr 1,1 nebo 1,2.*“ (R5) „*Dostat se na obor dětská sestra v roce 1985, kdy v celé Praze otevíraly jenom dvě třídy, bylo bez protekce takřka nemožné.*“ (R2) Zároveň jsou přesvědčené, že dříve byla výuka na zdravotnických školách mnohem kvalitnější: „*My jsme ty osnovy měli hodně přísné a v podstatě nás učili tak, jako bychom byli na medicíně. Nic nám neodpustili.*“ (R5) Z toho důvodu pak měly zdravotnické školy většinou dobrou pověst: „*To byla jedna z nejlepších a vlastně prestižních škol ve Středočeském kraji.*“ (R1) Případně: „*Právě v té době to byla výběrová škola, na kterou se nemělo cenu vůbec hlásit, když jsi neměla na základní škole v pololetí vyznamenání.*“ (R4) Vnímají také, že v současné době klesá kvalita středních zdravotnických škol a zároveň zájem o jejich studium: „*V dnešní době ty holky vlastně ani nevědí, co chtějí studovat, tak jdou na zdravotní školu. Ale tenkrát, ještě za mě to bylo hrozně náročný, tam se dostaly jenom holky, které měly jenom dobré*

známky.“ (R8)

Fakt, že se kvalita středních zdravotnických škol zhoršila, potvrzují i některé mladší respondentky: „Čekala jsem, že mě to dobře připraví na práci sestry, což se nestalo. Alespoň ne na té zdrávce ... Měli jenom ošetřovatelství, neměli jsme žádnou chirurgii, internu...“ (R15) Nižší kvalita je zároveň spojená s absencí přijímacích zkoušek: „Ta profese zažila úpadek v tom, že už se vlastně nevybírám, kdo tu školu jde studovat.“ (R4)

Zatímco starší sestry byly tedy už na střední škole systematicky připravovány na samostatnou práci plnohodnotné zdravotní sestry, mladší respondentky byly na střední škole připravovány na pozici zdravotnického asistenta. „Jak slyším od holek z oddělení, které ji mají vystudovanou a jsou všeobecnými sestrami, tak na ně měli vyšší nároky a byli na ně ostrý, což je podle mě naprosto v pořádku, když chce někdo pracovat jako všeobecná sestra. Jenže teď je u nás spousta vystudovaných zdravotnických asistentů, kteří jsou v podstatě sanitáři.“ (R14)

Další aspekt, který je potřeba dát do souvislosti s vyostřením mezigeneračních stereotypů, rovněž pramení ze zmíněné reformy vzdělávacího systému ve zdravotnictví z roku 2004 – jedná se o problém s tituly. Pokud se absolventi střední zdravotnické školy chtějí následně stát plnohodnotnou všeobecnou sestrou, musí ještě dále studovat. A to buď vyšší odbornou školu (VOŠ), nebo bakalářské studium a následně případně magisterské na vysoké škole.

Na pracovištích tak dochází k paradoxním situacím, kdy mezi starší a zkušenější všeobecné sestry s maturitou (a bez titulu) přichází mladší sestry s tituly DiS., Bc., případně Mgr., ale bez praxe: „Dřív měly všechny sestry kvalitní střední zdravotnickou školu a všechny měly maturitu. Teď je tady spousta mladých bakalářek bez praxe a starších sester s praxí, ale bez titulu.“ (R5) Vznikají pak generační konflikty, které jsou založené právě na rozdílně dosaženém vzdělání: „Já si myslím, že tam je trošku rivalita mezi sestrami, které už mají třeba vysokoškolské vzdělání, a sestrami, které ho nemají.“ (R4)

### **8.3.3 Rivalita – praxe vs. tituly**

Starší sestry v této situaci mají tendenci zdůrazňovat především hodnotu praxe. Zdůrazňují, že vedle vzdělání musí mít dobrá sestra především zkušenosti: „Vzdělávání je určitě důležité. Starší sestry, co nemají vysokou školu, zase ale mají roky praxe. To taky dělá

hodně.“ (R7) Některé ji pokládají za mnohem důležitější, než je titul ze školy: „Školy teď chrlí různě vzdělané sestry, ale já si prostě myslím, že nejdůležitější je životní praxe. Když má sestra 3 školy a dva roky v praxi, tak samozřejmě nikdy nemůže docílit kvalit sestry, která pracuje 20 let.“ (R2) „Přitom mnohdy právě ty starší sestry, které nemají titul a nemají na to, aby si ho dodělaly, tak jsou mnohem lepší sestry, než ty, co vychází dneska jako bakalářky.“ (R5) Často pak dokonce titul slouží jako imaginární bič na mladší a nezkušené kolegyně: „I když ona přijde z nejlepší školy, sebevzdělanější s magisterským titulem, tak se leckdy neumí postavit k pacientovi.“ (R2) Zvlášť v případech, když mají pocit, že mladší sestry jsou často namyšlené na své tituly a vzhledem ke své krátké praxi se nechovají adekvátně ke starším a zkušenějším sestrám: „Chodí nám sem ty mladé s těmi tituly, koukají na ty staré svrchu a chtějí jim hned začít radit. Jenže ta stará má třeba 25 let praxe a poradit si nechce. Proč bys mi jako měla radit, když se neumíš postavit k posteli?“ (R2) Někdy mají také pocit, že pokud má sestra titul, nechce dělat podřadnější práce: „Myslím si, že ty sestry to berou někdy za špatný konec, vystudujeme magistra a budeme se tvářit, že my jsme nejlepší, že jsme magistři, tak nepůjdeme utírat zadek, tohle není správná cesta, protože ta sestra je přeci jenom pořád ještě ošetřovatelka.“ (R12) Případně je podezírají, že by nejrady nastupovaly hned do řídicích pozic: „Ony pak přijdou do nemocnice, myslí si, my jsme magistry a hnedka míří na ty vyšší posty, hned chtějí řídit oddělení.“ (R2) Z tohoto pocitu plyne zároveň strach o vlastní postavení: „Mám takový pocit, že nás chtějí přeskočit, myslí si, že na to nemáme.“ (R5)

Mladší sestry, které pokračovaly ve studiu a získaly titul, jsou naopak často přesvědčené, že jim starší sestry závidí jejich tituly, které jsou ale pro ně nezbytné a na které se tak komplikovaně a dlouho nadřely. „Já myslím, že sestřičky kolem 40 a 50 let určitě vnímají jinak bakalářky a magistry, protože jim tak trochu závidí jejich tituly.“ (R6) Zároveň vnímají, jak jim je dáváno najevo, že „máme pouze naučenou teorii a chybí nám praxe.“ (R6) Z toho důvodu pak vznikají konfliktní situace: „Prostě ty sestry, které to vzdělání nemají, se koukají svrchu na sestry, které mají bakaláře.“ (R4) Pociťují zároveň absenci ocenění za jejich studijní úsilí: „Starší sestry si vůbec neuvědomují, kolik úsilí, času a zkušeností to stojí ... myslím si, že nedokážou ocenit, co jsme musely vynaložit na to, abychom to Bc. nebo Mgr. získaly.“ (R6) Mají také strach, že jim tituly bakaláře nebo magistra mohou dokonce uškodit při hledání zaměstnání: „Říká se, že diplomované sestry jako DiS. mají v nemocnici radši než bakalářky.“ (R14)

Opět se však najdou sestry, které generačním stereotypním vnímáním spojeným se získáváním titulů zatížené nejsou: „*Záleží hodně na tom, jak se s tím popere sestra, co titul má, a jestli svých znalostí využije v praxi. Každopádně vzdělání je výhodou.*“ (R3) Jedna věc jsou teoretické znalosti, které zdravotní sestra na škole získá, druhá věc je ale praktická zdatnost a šikovnost, pro kterou je potřeba praxe a zkušenosti. Pokud se obě tyto schopnosti spojí, sestra je pak správně sebevědomá, působí jistě a pacient jí věří. „*Hodně se naučí praxí, ale hlavně to bud' v sobě má, nebo to v sobě nemá.*“ (R5) Starší respondentky uznávají, že i mezi mladými se najdou dobré sestry, potřebují ale nejdříve získat zkušenosti. „*Magistry a bakalářky mají daleko větší povědomí o moderním ošetrovatelství, je tam vidět rozdíl v tom rozhledu.*“ (R3) Vnímají také, že samotný titul negarantuje kvalitní sestru: „*Jsou sestry, které mají titul magistra, a jsou nepoužitelné. Zase jsou bakalářky, které jsou velice šikovné a zručné.*“ (R9) A jsou schopné ocenit, že si sestry zvyšují své vzdělání: „*Já si myslím, že je dobře, když si sestřičky dodělávají školy, že se chtějí posouvat dál.*“ Nebo: „*Mně se líbí, když sestry studovat chtějí.*“ (R4) Na druhou stranu upozorňují, že získání titulu není samoúčelné: „*Jakýkoliv titul nezaručuje, že jeho nositel je opravdu inteligentní a chytrý. Já prostě nejdřív vždycky chci zjistit, jak se ten dotyčný chová, jaké má znalosti a jak reaguje. Je mi úplně fuk, jestli ten titul má, nebo nemá.*“ (R5) Zároveň také vnímají, že existují pozice, kdy je vyšší vzdělání přínosem: „*Faktem je, že mladší kolegyně, které si udělaly bakaláře nebo magistra, tak využívají těch praktických i těch teoretických znalostí velice dobře, a především na postech vrchních, eventuálně staničních sester.*“ (R1) Na druhou stranu rozumně argumentují, že pokud sestra pracuje v klinické praxi, nepotřebuje titul magistra. „*U lůžka v klinické praxi stačí bohatě bakalářské studium, kdežto magisterské už by mělo být spíš pro manažery nebo pro ty, co učí na vysokých školách.*“ (R10) Sestry také ocení, „*pokud magisterského vzdělání dosáhne někdo, kdo byl v klasickém provozu ... jsou to lidi neskutečně produktivní, neskutečně chytrí a jsou obrovský přínos.*“ (R11)

### **Dílčí závěr**

Některé starší sestry vnímají své mladší kolegyně jako nepřipravené a nezralé osobnosti, a to nejen z pohledu profesních znalostí a dovedností, ale celkově z pohledu jejich chování, přístupu k práci a zodpovědnosti. Důsledkem je pak podle nich horší péče o pacienta a menší kolegiálnost a soudržnost v týmu. Některé mladší sestry naopak vnímají ty starší jako pomalejší, méně výkonné a obecně očekávají, že už nebudou mít současné znalosti.

Jsou také přesvědčené, že zdravotní sestra toho musí aktuálně zvládat mnohem více než generace sester před nimi. Zároveň najdeme i sestry těmito stereotypy nezatížené a pohlízející na věc realisticky, tzn. mezi mladší i starší generací jsou dobré sestry s tím, že ideální věk je mezi 30 a 40 lety, kdy má sestra dobré vzdělání, dostatek zkušeností a stále disponuje energií a elánem.

Vyostření v generačním paušalizování a stereotypním vnímání je nutné dát do souvislosti s reformou zdravotnického vzdělávání, která proběhla v roce 2004 a které se věnuje teoretická část práce. Právě rozdílné požadavky na vzdělání se staly pro současné sestry jedním z největších problémů a zároveň zdrojem konfliktů mezi starší a mladší generací sester. Na stejných pozicích se aktuálně nachází starší a zkušenější sestry s maturitou a mladší, méně zkušené sestry s titulem DiS., nebo Bc. Stejně tak je zdrojem mezigeneračních problémů aktuální čtyřleté studium střední zdravotnické školy, které najednou ukončuje pouze pozice zdravotnického asistenta, jenž nesmí pracovat bez odborného dohledu. Opět se však najdou sestry, které stereotypním vnímáním spojeným se získáváním a užíváním titulů zatíženy nejsou. Vnímají, že kromě teoretických znalostí potřebuje sestra praxi a zkušenosti, oceňují, že si sestry zvyšují své vzdělání, a uvědomují si, že získání titulu není samoúčelné.

Zatížením generačními stereotypy trpí do jisté míry také vnímání prestiže zdravotní sestry. Starší respondentky jsou přesvědčeny, že dříve bylo studium na střední zdravotnické škole mnohem prestižnější záležitostí než dnes a už zvládnutí přijímacích zkoušek znamenalo velké vítězství. Vnímají zároveň, že s poklesem zájmu o studium zdravotnické školy klesá i kvalita výuky, což potvrzují i některé mladší respondentky.

## **Diskuze**

V literatuře je zdůrazňována změna vnímání profesního ideálu sestry v průběhu doby, případně jeho časté stereotypní zkreslování. Rhodes, Morris, Lazenby (2011) poukazují na to, že představa zdravotní sestry jako anděla v naškrobených šatech a čepcích, horlivě očekávající poučení a dohled lékaře, je stále častěji nahrazována obrazem nezávislých kompetentních mužů a žen. Stejně tak je potřeba opustit profesní ideál ošetřovatelství, který spočívá pouze v péči u lůžka nemocného a je spojen s opatrovnictvím a altruistickou péčí o nemocné (Kutnohorská 2010) nebo tvrdou a nevděčnou pracovní náplní ošetřovatelek konce 19. století, jak ji popisuje Dr. Bohumil Eiselt (Škočová, 2005).

Se závěry mého výzkumu se shoduje vnímání mezigeneračních stereotypů s profesními hodnotami jednotlivých generací sester tak, jak jsou popsány v odborné literatuře. Generace X (u nás o ní hovoříme jako o Husákových dětech), kterou literatura popisuje jako skeptickou, cynickou, nekonformní a individualistickou (Filipczak, 1994, Gozzi, 1995), je vnímána staršími sestrami převážně jako nepřipravená a nezralá. Potvrzuje se tak moralistický pohled starší generace na mladší, který popisuje Zemke (2000) – podle starší generace sester je ta mladší špatně vychovaná, nemá loajalitu a zodpovědnost. Mladší generace se naopak naučila řídit svůj vlastní čas a orientuje se více na výsledek než na proces (Duchscher, 2004), starší generaci vnímá jako pomalejší a méně výkonnou. Často vytýkaná menší míra kolegiality a týmové soudržnosti u mladší generace je pak ve shodě s tvrzením, že tato generace zažila konec dlouhodobých pracovních kontraktů a loajalita pro ně už neznamená jistotu práce (Duchscher, 2004).

Změnu vnímání profesního ideálu mezi dvěma generacemi sester musíme vnímat také v souvislosti se změnami systému vzdělávání, které jsou v literatuře dobře popsány. Jak popisujeme v Kapitole 5, klíčovou změnu představuje zdravotnická reforma v roce 2004, která zrušila dlouholetý systém založený na čtyřletém středoškolském zdravotnickém studiu platném od roku 1954 (Farkašová, 2006). Reforma sjednotila zdravotnický vzdělávací systém s Evropskou unií, která akcentuje především potřebu mít zdravotní sestry osobnostně zralé. Zásadně se tak proměnila celá koncepce vzdělávání sester. Absolvent střední zdravotnické školy už nemůže pracovat jako všeobecná sestra, ale stává se zdravotnickým asistentem, který může vykonávat ošetrovatelskou péči pouze pod odborným dohledem. Všeobecná sestra tak musí mít dokončené alespoň tříleté akreditované zdravotnické bakalářské studium nebo tříleté studium na vyšší zdravotnické škole.

Z výzkumu vyplývá existence konfliktů mezi staršími a zkušenějšími sestrami s maturitou a mladšími a méně zkušenějšími sestrami s titulem Bc., případně DiS. Téma získaných titulů vs. dosažené praxe se tak stalo mnohdy živnou půdou pro i jinak obvykle existující mezigenerační napětí a posílilo vznik pocitů rivality, vzájemného ohrožení a zneuznání mezi sestrami. Z mého výzkumu také vyplývá, že dalším zdrojem mezigeneračních konfliktů je skepse a pocit marnosti u absolventů čtyřletého studia střední zdravotnické školy, které je nyní ukončeno pouze pozicí zdravotnického asistenta, jemuž je zapovězeno pracovat bez odborného dohledu. Výše uvedené umocňuje náhled starších sester, které jsou pře-



svědčeny, že studium střední zdravotnické školy bylo dříve mnohem prestižnější záležitostí než dnes. Tématu prestiže se budeme věnovat v následující kapitole.

Nenašla jsem žádný výzkum nebo studii popisující mezigenerační konflikty sester, které tento obrat v systému vzdělání způsobil a které byly identifikovány v tomto výzkumu. Vzhledem k charakteru výzkumného šetření a velikosti vzorku není možné závažnost problému, který tato reforma způsobila mezi jednotlivými generacemi, blíže určit či definovat, o jak velký zdroj konfliktů se jedná. Zatím chybí systematický, nejlépe kvantitativní výzkum, který by toto téma zkoumal a vyhodnotil jeho závažnost.

#### **8.4 Prestiž povolání zdravotní sestry a vnímání vlivů na ni**

V této kapitole hledáme odpovědi na vedlejší výzkumnou otázku, a to jakou mají sestry vlastní představu o prestiži svého povolání a jak tato jejich představa koresponduje s výše popsaným profesním ideálem.

Sestry si uvědomují, že jejich profese má u veřejnosti stále poměrně vysokou prestiž. „*Když někomu řeknete, že jste sestra, tak vás považují za něco svatého.*“ (R14) „*Myslím si, že prestiž ve společnosti sestry mají.*“ (R9) „*Já si myslím, že to povolání sestřičky má vysokou prestiž.*“ (R6) Vědí, že jejich profese je rovněž řazena vysoko i ve výzkumech veřejného mínění: „*Pořád veřejnost dává sestřičku na jedno z předních míst.*“ (R5)

Sestry ale zároveň většinou vnímají postupný pokles úrovně společenské prestiže své profese v posledních letech: „*Ze strany veřejnosti si myslím, že ta profese trošku ztratila glanc.*“ (R4) Případně: „*Myslím si, že prestiž sester hodně klesla, ale to samé je prestiž lékařů, protože kdysi se lékař rovnal pánu bohu.*“ (R8) Starší sestry zároveň mají možnost srovnání: „*Krátce po revoluci byl status zdravotníka strašně vysoko. Kdo byl zdravotní sestra nebo doktor, tak to prostě byl někdo.*“ (R11) „*V té době profese sestry měla skutečně vysokou prestiž, to jako určitě.*“ (R1) Případně: „*Tehdy to povolání bylo fakt prestižní.*“ (R5)

Sestry zároveň vidí rozdíl mezi společenskou prestiží profese sestry obecně a chováním konkrétních pacientů. „*Někteří lidi nás někdy berou jako sloužící povolání, sestra se podle nich asi rovná služce.*“ (R2) Takto získané osobní zkušenosti pak prestiž povolání sestry v jejich očích samozřejmě snižují: „*Je to hodně degradováno a sestry jsou brány jako služby.*“ (R5) A nejedná se pouze o pacienty, ale i návštěvy v nemocnici: „*Vidím kolikrát,*

*že i ty rodiny se chovají tak, že si myslím, že to nemá úplně vysoký status mezi veřejností, bohužel.*“ (R14) Nejedná se samozřejmě o všechny pacienty: *„Mám pacienty, kteří řeknou: ‚Sestřičko, vy se tady tak nadřete, vy se tady naběháte.‘ Převládají ale stížnosti.“* (R5) Z toho důvodu panuje mezi sestrami dojem, že *„opravdu to povolání v tuhle chvíli už není tak prestižní, jako bývalo dřív.“* (R5)

Sestry si uvědomují, že negativní vnímání pacientů si často způsobují samy: *„Když se nějaká sestra chová špatně, tak pacient začne sestry vidět v jednom balíku.“* (R9) Připouští také, že se mezi nimi najdou kolegyně, které neodvádí dobrou práci a tím snižují vlastní postavení ve společnosti: *„Prestiž si často sráží samy sestry přístupem a způsobem chování.“* (R7) *„Děláme si to samy, neumíme se chovat.“* (R10) *„Nejvíce se shazují samy sestry tím, jak se prezentují, jak se chovají k pacientům, jak nedodržují etický kodex a baví se o pacientech v autobuse a v metru.“* (R4) Sestry proto registrují mnohem více stížností než pochval: *„Většina řekne, že zdravotní sestry jsou hrozný, tamhle včera jsem byl na Bulovce a naštváli mě. A pak přijde jeden z tisíce, řekne. ‚Jé, to bych nemohl dělat, ale je to krásný.‘ Proto nás nevnímám jako prestižní povolání.“* (R8) Vnímají ale také, že některé stížnosti jsou nespravedlivé: *„Je to hrozně náročný povolání a myslím si, že mnohdy si nezaslouží to, co se o nich povídá.“* (R5)

Sestry často spojují vnímání prestiže vlastní profese s tématem nízkého platového ohodnocení: *„Dnes říct, že jsem zdravotní sestra, je spíš ostuda, protože sestry furt jenom dřou a málo berou. Tamhle je holka v bance, vydělá daleko víc, jezdí do ciziny a podobně.“* (R12) *„Sestra je střední třída, a nemá proto vysokou společenskou prestiž. Povolání, která vynášejí peníze, budou vždy prestižnější.“* (R10) Připouští sice, že práci sestry nedělají pouze pro peníze: *„Kdybych si měla zvolit povolání dle financí, tak by to asi nebylo to, co dělám.“* (R7) Na druhou stranu je to ale jejich práce, za kterou by měly dostat adekvátně zapláceno, protože *„i když chcete pomáhat lidem, člověk musí z něčeho žít.“* (R14) Nízká mzda proto mezi nimi snižuje prestiž jejich vlastní profese: *„Myslím si, že prestiž strážejí i ty peníze. Přece jenom sestra nepatří do dobře placených zaměstnání.“* (R14) *„Spousta sester si myslí, že prestiž nemají, protože se na to dívají pouze z pohledu financí.“* (R9)

Snížení prestiže vlastní profese zavinila podle sester také změna systému vzdělávání: *„Degradace vychází i ze špatně nastaveného vzdělávacího systému. Protože největší chyba, jakou udělali, je vytvoření pozice zdravotnický asistent.“* (R11) Uvědomují si, že

nekvalitně vzdělané kolegyně jim snižují společenský status: „*Do té profese se dostávají lidi, kteří tam nemají co dělat a nikdy se neměli dostat ani na tu školu.*“ (R4) Na druhou stranu jim přijde zbytečné, aby sestra musela tolik let studovat, protože to spoustu potenciálně šikovných sester odrazuje: „*Prostě ne všechny dobrý sestřičky chtějí na čtyři roky na zdrávku a pak ještě na tři roky na bakaláře.*“ (R6)

Zajímavé je, že sestry velmi kriticky vnímají vlastní prezentaci směrem k veřejnosti: „*My neumíme prodat ty svoje znalosti, zkušenosti, jsme jakoby neviditelný.*“ (R1) Zároveň vidí, že jim chybí charismatická osobnost, která by je u veřejnosti reprezentovala: „*Není žádná představitelka, není žádná silná osobnost ve vedení sester.*“ (R10) „*Bohužel nemáme žádnou osobnost, jako byla Florance Nightingelová nebo Anna Masaryková, které se o něco v té profesi zasadily.*“ (R4) Se špatnou reprezentací pak souvisí i prestiž profese, která se podle nich pozvedne „*v okamžiku, kdy představitelé na těch nejvyšších pozicích nás budou umět reprezentovat, budeme mít hlavní sestru, která sedí na ministerstvu zdravotnictví, a je to osobnost.*“ (R5) Vyšší prestiži zdravotních sester tedy chybí silná profesní organizace reprezentovaná kvalitními lidmi. „*My jsme neorganizovaný stádo, a dokud se sestry nespojí a nebude tady silná osobnost, která bude fungovat jako pozitivní vzor, tak s tou prestiží půjde těžko něco dělat.*“ (R4)

Samostatným, ale úzce souvisejícím podtématem je nedostatečný počet sester. Ten samy sestry dávají do souvislosti s prestiží profese v kombinaci s nízkým platovým ohodnocením. „*Lidi musí mít motivaci jít tu práci dělat, to znamená, že by měli mít víc peněz.*“ (R15) „*Kdyby bylo společensky na výši, tak nás nebude nedostatek!*“ (R10) A platí to i naopak: „*Jak si sestry společnost zaplatí, tak si jich váží.*“ (R10) Proto samy sestry vnímají, že „*v současné době mají prestiž lidi, kteří se zabývají cestovním ruchem, ekonomikou, výpočetní technikou, PR. To všechno má pořád vyšší prestiž než zdravotní sestra.*“ (R11)

### **Dílčí závěr**

Prestiž povolání zdravotní sestry vnímají respondentky velmi různorodě. Shodnou se na tom, že ještě kolem roku 1989 dosahovala prestiž zdravotních sester vyšší úroveň než dnes. Zároveň vnímají, že u veřejnosti zůstává prestiž jejich profese stále poměrně vysoká, úpadek je patrný spíše mezi sestrami samotnými. U odborné veřejnosti se jejich prestiž naopak zvyšuje, protože lékaři si začali uvědomovat, že sestry stále více potřebují.

Respondentky se neshodnou, na jaké úrovni se profesní prestiž nachází nyní. Některé z respondentek ji stále vnímají velmi vysoko, pro ty, jež odvozují prestiž povolání od výše mzdy, je prestiž profese nízká. Respondentky zároveň vnímají rozpor mezi vysokou „virtuální“ prestiží, kterou jim přisuzuje společnost, a chováním konkrétních pacientů a jejich rodin, kteří je často považují za „služky“.

Respondentky připouští, že za degradaci vlastního statutu si mohou některé sestry samy svým přístupem a způsobem chování k pacientům i na veřejnosti. Pokles prestiže spojují také s prací špatně vzdělaných, případně méně kvalifikovaných kolegyně, z čehož ale obviňují i změnu systému vzdělávání, která proběhla v roce 2004 a které se věnujeme v jiných kapitolách této práce. Stejně tak uznávají, že jim prestiž snižuje absence silné profesní organizace, která by je u veřejnosti adekvátně prezentovala.

## **Diskuse**

Z výzkumu vyplývá, že si respondentky uvědomují vysokou míru prestiže své profese, kterou požívají u veřejnosti. Potvrzují to výsledky výzkumů veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky, který profesi zdravotní sestry zařadil do žebříčku povolání v roce 2008 a od té doby se pravidelně umísťuje na 3–4 pozici spolu s povoláním vysokoškolského učitele (Tabery, 2008, Tuček, 2012, Tuček, 2013, Tuček, 2016). Bártlová zase potvrzuje nízké vnímání prestiže vlastní profese samotnými sestrami, ke kterému předkládaný výzkum rovněž dospěl (Bártlová in Révayová, 2014). Identifikaci tohoto rozporu jsem nicméně v dostupné odborné literatuře nenalezla. Révayová pouze uvádí, že je to dáno nepoměrem mezi neustále se zvyšujícími nároky na práci zdravotních sester a jejich finančním ohodnocením (Révayová, 2014). Výsledky mého výzkumu tuto domněnku potvrzují, protože respondentky často odvozují prestiž povolání od výše mzdy. Podle Záluského však prestiž povolání není přímo spojená s vyšší finančních příjmů, ale daleko více souvisí se vzděláním, šířením vlastního poslání a mocí, kterou disponuje. Součástí je také vnímání náročnosti jednotlivých profesí a jejich přínos pro společnost (Záluský, 2006). To naopak vysvětluje výše uvedené vysoké vnímání prestiže povolání zdravotní sestry u veřejnosti.

Při hledání vztahu mezi vnímáním prestiže a výše popsanými hodnotami profesního ideálu lze potvrdit souvislost mezi vyšší prestiže a chováním sester k pacientům, případně na veřejnosti. Stejnou souvislost lze vysledovat i u vzdělání a kvalifikace sestry. Z výzkumu

vyplývá, že nevhodný způsob chování k pacientům, na veřejnosti nebo nekvalitní práce nekvalifikovaných kolegyň snižují prestiž povolání v očích veřejnosti i mezi samotnými sestrami. Jak je popsáno v předchozí kapitole, adekvátní chování a vzdělání patří mezi základní hodnoty reprezentující ideální sestru. Prestiž jako hodnotu profesního ideálu sestry zmiňuje také etický kodex sester, podle kterého sestry vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, budují dobrou pověst profese a zvyšují tak důvěru občanů (viz Kapitola 1). V této souvislosti je potřeba zmínit, že dle výzkumu snižuje prestiž sester rovněž absence silné profesní organizace, která by je u veřejnosti adekvátně prezentovala.

## ZÁVĚR

V první části této diplomové práce jsem ukázala na proměnlivost ideálu sestry v souvislosti s jeho historickým vývojem a jeho podmíněnost různými vlivy. Mezi ty lze zařadit společenské změny a s nimi spojené změny vzdělávání, příchod nových biomedicínských poznatků a případně vliv médií nebo osobních zkušeností.

Ošetřovatelství v Evropě vychází z křesťanského ideálu laskavosti a soucitu. Pomoc zmírňovat utrpení byla zároveň spojena s celoživotním řeholním posláním. V průběhu 19. století došlo k doplnění tohoto ideálu o protestantské osobní i pracovní kvality, jako je sebekázeň, důslednost nebo selský rozum. S rozvojem medicíny ve 20. století nabývá na významu akcent na kvalitní vzdělání, znalosti a kompetence a zároveň se ustupuje od „řeholní“ představy výlučného oddání se tomuto povolání. Ve druhé polovině 20. století dochází k zásadním změnám v pojetí ošetřovatelství, sestry získávají další kompetence i samostatnost a vyžaduje se od nich schopnost plánování, řízení i hodnocení, případně schopnost týmové práce. Na druhou stranu se v důsledku komplikovaných organizačních struktur zvyšuje administrativní zátěž sester.

V Československu po roce 1948 došlo v některých aspektech k opačnému vývoji v postavení sester než ve vyspělých západních zemích. Nedostatek sester způsobený mj. zrušením církevních ošetřovatelských institucí mělo vyřešit zavedení čtyřletých středních ošetřovatelských škol. Studium na nich začínalo ve 14 letech a končilo maturitou často před dosažením plnoletosti. Nízký věk sester absolventek a jejich nezkušenost a nevyzrálost vedly kromě jiného k potlačení jejich samostatnosti a podřízení příkazům lékaře. Tento systém platil v podstatě až do roku 2004, kdy došlo naopak k razantní změně a podmínkou pro studium všeobecné sestry se stal věk 18 let a ukončené středoškolské vzdělání. V důsledku této změny tak vedle sebe v současné době pracují kvalifikované zkušené sestry s maturitou, méně zkušené sestry s vysokoškolským vzděláním a případně absolventi střední zdravotnické školy s maturitou ale bez potřebné kvalifikace. Lze říci, že sesterské povolání se stále nevymanilo z vysoké závislosti na lékařích.

Ve stěžejní kapitole teoretické části jsem definovala aktuální pojetí ideálu sestry, které vychází z jeho historického vývoje, společenských vlivů i požadavků moderní medicíny. Tento ideál jsem následně porovnávala s výsledky vlastního výzkumu.

Na charakteru ideální sestry se shodují prakticky všechny respondentky provedeného výzkumu bez ohledu na věk. Jeho parametry postupně definují a následně podrobně představují v jednotlivých podkapitolách. Při zkoumání rozdílného pohledu na ideál sestry u dvou generací aktivně pracujících sester vyvstává problém konfliktu způsobeného změnou systému vzdělávání v roce 2004. Tento konflikt jsem podrobně popsala a doporučila realizaci dalšího výzkumu, který by vyhodnotil rozsah a závažnost tohoto problému.

Práce dále sleduje souvislost mezi vnímáním profesního ideálu a prestiže povolání zdravotní sestry samotnými sestrami. Zde se potvrdil rozpor mezi vnímáním prestiže sestry veřejností a sestrami samotnými. Dále se rovněž ukázala souvislost mezi vnímáním prestiže a vnímáním charakteru pracovního ideálu sestry.

Rozdílné pohledy na ideál sestry, které jsou jednak způsobeny jeho přirozeným vývojem a zároveň dle zahraničních studií pramení především z rozdílných hodnot jednotlivých generací sester, jsou u nás vystupňovány právě nárazovými systémovými změnami. Adaptace na takovou dynamiku vývoje je logicky velmi obtížná a vedle sebe tak přetrvávají různé někdy i protichůdné ideály pojetí povolání sestry. Důsledkem je často zklamání, deziluze a případně konflikty mezi samotnými sestrami, které se obtížně orientují v požadovaných a očekávaných hodnotách. Sestrám nastupující generace zároveň chybí osobnosti, které by byly vzorem a udávaly směr tak, jak to dělala například Alice Masaryková v přelomové době vzniku samostatného Československa nebo Marta Staňková v 80. a 90. letech 20. století. Je to zřejmé například ve změnách požadavků na vzdělání sester, kdy se složitě vytváří systém vysokoškolského vzdělávání kompatibilní s EU, aby se od něj po několika letech začalo opouštět, tak jak se děje v letošním roce.

Nejistota a krize hodnot současného „světa na rozcestí“ je podle mého názoru patrná všude kolem nás a povolání sestry není výjimkou. Jsem proto přesvědčena, že při hledání ideálu sestry je potřeba se nejdříve vrátit k původním požadavkům na charakterové vlastnosti, pracovní kvality a dobré znalosti a dovednosti. Přirozená soucitnost a starostlivost spolu s dobrou pracovní morálkou, kritickým myšlením a kvalitním vzděláním představují základní podmínky pro nalezení rovnováhy mezi všemi aktuálními požadavky na různé schopnosti a dovednosti, případně nárůstem administrativní zátěže. Osobní zkušenost pak přináší vědomí nutnosti dodržovat určité hranice a rozumnou vyvážeností se tak bránit proti syndromu vyhoření a zachovat si pocit smysluplnosti vlastní práce. Je ovšem otázkou,

jaká část současné Generace Y bude k uvedeným hodnotám inklinovat a snažit se je naplnit právě v profesi ošetrovatelky, pokud toto povolání bude i nadále fyzicky a psychicky náročné, podřízené dominanci lékaře a finančně podhodnocené.

*„Podstatu práce sestry tvoří tři složky: rozum, srdce a její ruka. Rozum ruku vede, srdce jí dá jemnost. Žádná z těchto složek nesmí přerůst, žádná nesmí mizet.“*

*Prof. MUDr. Arnold Jirásek (1887–1960)*



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

### Literatura:

Ashdown, A. M. (1930). *A complete system of nursing*. JM Dent & Sons Limited.

Barnard, R., Cosgrave, D., Welsh, J. (1998). *Chips & pop: Decoding the nexus generation*. Malcolm Lester Books.

Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Grada Publishing. ISBN 80-2471-197-4.

Bradshaw, A. (2000). Competence and British nursing: a view from history. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 321-329.

Bradshaw, A. (2011). Compassion: what history teaches us. *Nursing times*, 107(19-20), 12.

Bullough, V. L., Bullough, B., Gallagher, H., A. N. N. A. (1969). The emergence of modern nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 69(10), 2230.

Darnell, L. (1965). *Nursing*. London: Robert Hale.

Davis, A. J., Hershberger, A., Chun Ghan, L., Ymg Lin, J. (1990). The good nurse: Descriptions from the People's Republic of China. *Journal of advanced nursing*, 15(7), 829-834.

Dock, L. L., Stewart, I. M. (1920). *A short history of nursing from the earliest times to the present day*. Putnam.

Duchscher, J. E. B., Cowin, L. (2004). Multigenerational nurses in the workplace. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 493-501.

Farkašová, D. (2006). *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, ISBN 80-8063-227-8.

Filipczak, B. (1994). It's Just a Job: Generation X at Work. *Training*, 31(4), 21-27.

- Finegold, D. Mohrman, S., Spreitzer, G. M. (2002). Age effects on the predictors of technical workers' commitment and willingness to turnover. *Journal of Organizational Behavior*, 23(5), 655-674.
- Fisher, E. (1937). *The nurses Textbook*. London: Faber and Faber.
- Gerke, M. L. (2001). Understanding and leading the quad matrix: four generations in the workplace: the Traditional Generation, Boomers, Gen-X, Nexters. In *Seminars for Nurse Managers* (Vol. 9, No. 3, pp. 173-181).
- Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence*. 2. vydání. Praha: Metafora, ISBN 978-80-7359-334-6.
- Gordon, S. (2005). *Nursing against the odds: How health care cost cutting, media stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care*. Cornell University Press.
- Gozzi, R. (1995). The Generation X and Boomers Metaphors. *ETC: A Review of General Semantics*, 52(3), 331-335.
- Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, ISBN 80-7262-132-7.
- Haškovcová, H., Pavlicová, J. (2013). *Ošetrovatelství: ideály a reality v ambulantní péči*. 1. vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-063-9.
- Hatfield, S. L. (2002). Understanding the four generations to enhance workplace management. *Afp Exchange*, 22(4), 72-74.
- Heřmanová, J., Vácha, M., Svobodová, H., Zvoníčková, M., Slovák, J. (2012). *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-70-247-3469-9.
- Hill, R. P. (2002). Managing across generations in the 21st century: Important lessons from the ivory trenches. *Journal of Management Inquiry*, 11(1), 60.
- Houghton, M. (1965). *Aids to practical nursing*. Baillière, Tindall & Cox.
- Jarošová, D. (2001) Florence Nightingalová. Průkopnice moderního ošetrovatelství. *Ošetrovatelství III*. (1-2): 3-5.

- Jerrard, J. (2002). Bridge the gap: Four steps to engage member of every generation in your workplace. *EMS Manager and Supervisor*, 4(9), 1-2.
- Kafková, V. (1992). *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013-123-3.
- Kalisch, P. A., Kalisch, B. J. (1983). Anatomy of the image of the nurse: Dissonant and ideal models. *American Nurses Association Publications*, (G-161), 3.
- Kilíková, M. a kolektiv. (2013). *Teorie moderního ošetrovatelství II*. 1. vydání. Příbram: Ústav sv. J. N. Neumanna Příbram. ISBN 978-80-260-3756-9.
- Kopřiva, K. (1997). *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-318-8.
- Kupperschmidt, B. R. (2001). Understanding net generation employees. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 570-574.
- Kutnohorská, J. (2010). *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada.Publishing, ISBN 978-80-247-6628-7.
- Lees, F. S. (1874). *Handbook for hospital sisters*. W. Isbister.
- Lovčí, R. (2008). *Alice Garrigue Masaryková: život ve stínu slavného otce*. J. Čechurová, R. Kvaček (Eds.). Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta ve vydavatelství Togga.
- McDonald, L. (2002). *Florence Nightingale's theology: essays, letters and journal notes*. Wilfrid Laurier University Press.
- Miovský, M., (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1362-4.
- Mlýnková, J. (2006). *Historie ošetrovatelství. Florence II (7-8)*: 25-26.
- Newton, J. M., Kelly, C. M., Kremser, A. K., Jolly, B., Billett, S. (2009). *The motivations to nurse: an exploration of factors amongst undergraduate students, registered nurses and nurse managers*. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 392-400.
- Nightingale, F. (1970). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. Duckworth.

- Nightingale, F., Vicinus, M., Nergaard, B. (1990). *Ever yours, Florence Nightingale: selected letters*. Harvard University Press.
- Plevová, I., Slowik, R. (2008). *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-506-5.
- Plevová, I. a kolektiv. (2011). *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-7103-8.
- Révayová, A. (2014). *Profese zdravotní sestry na přelomu tisíciletí*. Diplomová práce. Praha: Fakulta Humanitních Studií Univerzity Karlovy.
- Rhodes, M., Morris, A., Lazenby, R. (2011). *Nursing at its best: competent and caring*. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 10.
- Roušarová, J. (1948). *Žena v modrobílém*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- Rozsypalová, M., Zvoničková, M., Svobodová, H. (2006). *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
- Rush, B. Cook, J. (2006). *What makes a good nurse? Views of patients and carers*. *British Journal of Nursing*, 15(7).
- Shea, S., Wynyard, R., Lionis, C. (2014). *Providing compassionate healthcare: challenges in policy and practice*. Routledge.
- Schott, H., Müller, W., Roelcke, V., Wolf-Braun, B., Schadewaldt, H. (1994). *Kronika medicíny*. Fortuna Print.
- Smith, K. V., Godfrey, N. S. (2002). *Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study*. *Nursing ethics*, 9(3), 301-312.
- Smith, P. (2011). *The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?*. Palgrave Macmillan.
- Staňková, M. (1997). *Z historie českého ošetrovatelství*. Lemon 1. Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky. 1. vydání. Brno: IDVPZ.

Stott, K. (2007). *What makes a good nurse? A hospital stay helped Kerry Stott understand the difference between shoddy and excellent nursing.* *Nursing Standard*, 21(45), 77-78.

Strauss, A., Corbinova, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu (postupy a techniky metody zakotvené teorie)*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

Škochová, D. (2005). *Od Florence k dnešku. Florence I (1): 15-17.*

Škubová, J., Chvátalová, H. (2004). *Sestra: O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl.* NCO NZO.

Škubová, J., Chvátalová, H. (2007). *Jak šel čas – Očima sestry Růženy Wagnerové.* Brno: NCO NZO.

Švaříček, R., Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Tomlinson, C. (2005). *Tower of strength: core values are about consideration and care for all.* *Nursing Standard*, 19(26), 20-21.

Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví.* Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4732-3.

Vivian, M. (1920). *Lectures to nurses in training.* Scientific Press.

Weber, M. (2009). *Metodologie, sociologie a politika.* Oikoymenh. ISBN 978-80-7298-389-6.

Zemke, R., Raines, C., Filipczak, B. (2000). *Generations at work: Managing the clash of Veterans, Boomers, Xers, and Nexters in your workplace* (p. 280). New York, NY: Amacom.

### **Internetové zdroje:**

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester (2000). [online] Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf) [cit. 2016-03-02]

- Jarošová, D. (2006). *Organizace studia ošetrovatelství* [online] Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/I-organizace%20studia%20osetrovatelstvi.pdf> [cit. 2016-04-05]
- MZČR Věstník č. 7/2004 [online] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html)) [cit. 2015-11-25]
- MZČR Věstník č. 9/2004 Koncepce ošetrovatelství [online] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-osetrovatelstvi\\_3196\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-osetrovatelstvi_3196_3.html) [cit. 2015-12-01]
- MZČR (2014). Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent. [online] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/akreditovany-kvalifikacni-kurz\\_3080\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/akreditovany-kvalifikacni-kurz_3080_3.html) [cit. 2016-07-03]
- Nebrasck Methodist College's Nursing Career Guide, (2013). [online] Dostupné z: <http://info.methodistcollege.edu/career-guide-nursing> [cit. 2016-07-03]
- Resnick, B. (2002). *Where Is a Good Nurse When You Need One?* [online] Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/442734> [cit. 2016-07-03]
- SestraIN, (2016) *Česká asociace požádala o vystoupení z Mezinárodní rady sester* [online] Dostupné z: <http://www.sestra.in/clanek.aspx?cid=113> [cit. 2016-07-25]
- Tabery, P. (2008). *Prestiž povolání*. Tisková zpráva. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [online] Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-2> [cit. 2016-07-03]
- Tuček, M. (2012). *Prestiž povolání-červen 2012*. Tisková zpráva. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [online] Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2012> [cit. 2016-07-03]
- Tuček, M. (2013). *Prestiž povolání-červen 2013*. Tisková zpráva. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [online] Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2013> [cit. 2016-07-03]
- ÚZIS, Zdravotnická ročenka České republiky 1992, [online] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1992> [cit. 2015-11-22]

ÚZIS, Zdravotnická ročenka České republiky 1992, [online] Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1992> [cit. 2015-11-22]

Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků [online] Dostupné z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=423~2F2004&rpp=15#seznam> [cit. 2015-11-27]

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online] Dostupné z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=55~2F2011&rpp=15#seznam> [cit. 2015-11-27]

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče [online] Dostupné z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=96~2F2004&rpp=15#seznam> [cit. 2015-11-25]

Záluský, J. (2006). Jakých povolání si Češi váží? [online]. Dostupné z:

[http://finance.idnes.cz/jakych-povolani-si-cesi-vazi-dg1-podnikani.aspx?c=A061102\\_616265\\_zamestnani\\_vra](http://finance.idnes.cz/jakych-povolani-si-cesi-vazi-dg1-podnikani.aspx?c=A061102_616265_zamestnani_vra) [cit. 2016-07-01]

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ .....	i
Příloha 2 – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester .....	iv
Příloha 3 – Všeobecná sestra .....	vi
Příloha 4 – Zdravotnický asistent .....	viii
Příloha 5 – Tabulka povolání dle prestiže .....	x
Příloha 6 – Informovaný souhlas .....	xi



## **Příloha 1 – ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ**

### **Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů**

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

### **Zdravotnický pracovník a spoluobčané**

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

### **Zdravotnický pracovník a praxe**

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

### **Zdravotnický pracovník a společnost**

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

### **Zdravotnický pracovník a spolupracovníci**

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

### **Zdravotnický pracovník a profese**

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

## ***Příloha 2 – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester***

### **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 spoluobčan**

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

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

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

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

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

## **2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

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, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

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

## **3. Sestry a profese**

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

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

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

## **4. Sestry a jejich spolupracovníci**

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

## **Příloha 3 – Všeobecná sestra**

§ 4

### **Všeobecná sestra**

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přítom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetrovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetrovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,
- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,
- m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

- n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek, (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

- a) podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečnými nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může

- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty,
- b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

## **Příloha 4 – Zdravotnický asistent**

§ 30

### **Zdravotnický asistent**

(1) Zdravotnický asistent vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu, v rozsahu své odborné způsobilosti může získávat informace nutné k určení ošetrovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony. Přitom pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky zejména může

- a) sledovat fyziologické funkce a stav pacientů, zaznamenávat je do dokumentace, pečovat o vyprazdňování, provádět komplexní hygienickou péči, prevenci proleženin, rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování, dohlížet na dodržování pitného režimu, zajišťovat aplikaci tepla a chladu,
- b) provádět rehabilitační ošetrovatelství, včetně prevence poruch imobility,
- c) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta,
- d) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při zajištění herních aktivit dětí,
- e) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků,
- f) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků a prádla, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby.

(2) Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře může

- a) podávat léčivé přípravky s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku,
- b) odebírat biologický materiál, provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- c) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- d) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při ošetření akutní a chronické rány,



e) připravovat pacienty k diagnostickým nebo léčebným výkonům, podle rozhodnutí lékaře, všeobecné sestry nebo porodní asistentky při nich asistovat, poskytovat ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich,

f) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při činnostech spojených s přijetím, přemísťováním, propuštěním a úmrtím pacientů.

(3) Zdravotnický asistent pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru může v rozsahu své odborné způsobilosti při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče vykonávat činnosti uvedené v odstavci 1.

## Příloha 5 – Tabulka povolání dle prestiže

eu160309

**Tabulka 1: Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2004-2016**

	11/2004		6/2007		6/2011		6/2013		2/2016	
	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.
<i>Profese</i>										
Lékař	89,5	1.	89,8	1.	89,1	1.	91,5	1.	90,2	1.
Vědec	80,7	2.	81,8	2.	75,4	2.	76,3	2.	77,2	2.
Zdravotní sestra					73,9	3.	74,8	3.	72,9	3.
Učitel na vysoké škole	78,5	3.	78,2	3.	72,4	4.	74,6	4.	72,9	4.
Učitel na základní škole	71,3	4.	70,7	4.	70,3	5.	71,1	5.	70,8	5.
Soudce	64,8	6.	65,0	7.	61,0	7.	66,3	6.	64,0	6.
Projektant	64,1	7.	65,5	6.	61,7	6.	62,6	8.	61,2	7.
Programátor	66,3	5.	65,7	5.	60,8	8.	59,7	9.	59,7	8.
Soukromý zemědělec	59,1	10.	59,0	8.	60,3	9.	63,9	7.	58,2	9.
Policista	47,6	20.	52,1	13.	53,9	11.	55,7	10.	56,3	10.
Starosta	60,1	8.	57,4	9.	52,6	14.	53,1	13.	54,1	11.
Voják z povolání	44,8	22.	46,4	21.	48,3	17	49,7	16.	53,6	12.
Truhlář	50,8	16.	51,4	14.	53,2	12.	55,6	11.	52,0	13.
Účetní	53,5	14.	51,3	15.	54,1	10.	52,3	14.	50,4	14.
Majitel malého obchodu	51,2	15.	50,1	16.	51,4	15.	54,8	12.	50,1	15.
Profesionální sportovec	56,1	11.	55,6	10.	51,2	16	47,6	18.	49,3	16.
Opravitel elektro	50,2	17.	49,7	18.	-	-	-	-	-	-
Soustružník	47,7	19.	49,0	19.	-	-	-	-	-	-
Manažer	59,4	9.	55,4	11.	53,0	13	50,2	15.	48,8	17.
Ministr	53,8	13.	50,0	17.	38,0	24	37,9	24.	46,5	18.
Stavební dělník					48,1	18	49,3	17.	44,0	19.
Bankovní úředník	50,2	18.	48,7	20.	46,9	19	45,7	19.	42,4	20.
Novinář	54,4	12.	53,0	12.	46,5	20	43,8	21.	41,2	21.
Kněz	46,1	21.	43,2	22.	42,8	22	38,0	23.	41,2	22.
Prodáváč	42,8	24.	41,5	23.	43,6	21	44,7	20.	40,3	23.
Sekretářka	43,7	23.	40,5	24.	41,4	23	40,0	22.	37,3	24.
Poslanec	39,9	25.	36,5	25.	27,0	26	25,1	26.	31,2	25.
Uklízečka	29,4	26.	29,0	26.	34,0	25	34,2	25.	28,9	26.

Zdroj: CVVM SOÚ AV ČR, v.v.i., Naše společnost 8. – 15. 2. 2016, 1080 respondentů starších 15 let, osobní rozhovor.

## **Příloha 6 – Informovaný souhlas**

Zkontaktovala jsem Vás za účelem rozhovoru kvůli získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Ilony Jukličkové. Výzkum realizuji jako součást magisterského studia na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze v oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotních organizacích. Tématem výzkumu je Profesní ideál sester a jeho proměny a jeho výstupem bude Diplomová práce (DP).

Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná a spočívá v nahrávaném rozhovoru, který potrvá cca 2 hodiny. Vaše názory budou diplomantkou pro účely DP využity a zpracovány, Vaše identita ale zůstane přísně anonymní. Vaše účast na výzkumu Vám nezpůsobí žádné problémy. Případné ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky. Rozhovor bude nahráván na digitální diktafon. Nahrávka a poznámky z rozhovoru budou anonymizovaně uloženy v archivu FHS UK a případně využity pro další výzkumné zpracování.

V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na jeho realizátorku, Bc. Ilonu Jukličkovou (tel: 604 808 060, e-mail: ilona@juklic.cz). V případě otázek týkajících se Vašich práv jako respondentky v projektu se můžete obrátit na vedoucí této diplomové práce, Doc. PhDr. Zuzanu Havrdovou, CSc. (havrdova@fhs.cuni.cz).

Svým podpisem potvrzujete souhlas se svou účastí na tomto projektu.

V Praze dne:

Jméno respondenta/respondentky:

Ilona Jukličková

Podpis:

Podpis: