

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. lékařská fakulta

Katedra ošetrovatelství

**VYBRANÉ PROBLÉMY PROFESE
PSYCHIATRICKÉ SESTRY**

(bakalářská práce)

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Iva STRNADOVÁ

2006

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Praze 8. dubna 2006

Šteudová Iva

Poděkování

Děkuji touto cestou především PhDr. Aleně Mellanové, CSc., za neocenitelné rady a odborné vedení nejen při vypracování této práce, ale i po celou dobu mého studia.

Děkuji také hlavní sestře Bc. Janě Akrmannové, za umožnění výzkumu a psychiatrickým sestřám, které se výzkumu zúčastnily a svou otevřeností mi umožnily hlubší vhled do mnou sledované problematiky.

Děkuji své rodině za poskytnutí těch nejlepších podmínek k celému studiu a vypracování bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	3
1 Vývoj oboru	5
1.1 Psychiatrie starověku	5
1.2 Psychiatrie středověku	7
1.3 Počátky systematické péče o duševně choré	10
1.4 Péče o duševně choré v Čechách	12
2 Vzdělávání sester	14
2.1 Počátky vzdělávání sester	14
2.2 Vzdělávání ve druhé polovině 20. století	20
2.3 Současné změny a budoucnost ve vzdělávání	22
3 Povolání sestry a prestiž role	23
3.1 Role sestry	23
3.2 Utváření role sestry	24
3.3 Sesterská prestiž	27
4 Stresující faktory v prostředí psychiatrie	29
4.1 Agresivita pacientů	29
4.2 Restriktivní postupy	31
4.3 Růst požadavků na sestry	33
5 Výzkumné šetření	35
5.1 Cíl šetření	35
5.2 Stanovené hypotézy	35
5.3 Postup výzkumného šetření	36
5.4 Charakteristika technik výzkumného šetření	36
5.5 Charakteristika sledovaného souboru	37
6 Analýza výzkumného šetření	44

6.1	Vzdělání sester pracujících na psychiatrii	44
6.2	Osobnostní vlastnosti sestry	49
6.3	Stresory v profesi psychiatrické sestry	50
6.4	Bezpečnost výkonu profese na psychiatrii	51
6.5	Osobní prestiž	51
6.6	Celospolečenské prestiž	52
6.7	Spokojenost s volbou povolání	52
	Diskuze	53
	Závěr	56
	Seznam literatury	59
	Přílohy	61

ÚVOD

Psychiatrie vyžaduje sestru, která ovládá nejen odbornou problematiku, vyzná se v zásadách psychoterapie, ale sestru, která především ovládá i sebe samu. Orientovat se v oboru znamená mít znalost symptomů duševních chorob, účinků léků, vyšetřovacích metod a psychoterapeutických technik. Předpokladem toho všeho je nejen soustavné vzdělávání v oboru, ale hlavně zájem.

Ve své závěrečné práci jsem se proto zaměřila na profesi psychiatrické sestry z hlediska motivace pro tuto profesi, vzdělání obecně, požadavků, prestiže, spokojenosti, osobnostních vlastností uchazeček a některých problémů, které toto povolání provází.

Ošetrovatelská péče na psychiatrii je oproti jiným medicínským oborům náročnější, protože ne vždy si duševně nemocný bývá vědom duševní poruchy, což vyžaduje mnohem větší individuální přizpůsobení sestry k pacientovu stavu.

Sestra musí vědět, jak duševní onemocnění rozeznat, jaký postoj k nemocnému a jeho projevům zaujmout, co zvládat sama, co přenechat lékaři. Její postoj může významně ovlivnit další vývoj toho kterého konkrétního případu.

Za poslední léta zaznamenala naše společnost nárůst psychiatrických chorob. Je to logický výsledek prudkého celospolečenského rozvoje, který zvyšuje psychické zatížení nás všech. Ne každému se podaří zátěžové situace zvládnout a pak musí nutně přijít pomoc, pomoc psychiatrická.

Volba tématu mé závěrečné práce byla pro mě důležitá z hlediska zamyšlení se nad tím, proč si sestry vlastně tuto specializaci zvolí.

Jestliže máme posuzovat psychiatrii z hlediska atraktivnosti oboru, budou se jistě názory zdravotníků značně lišit. Tak jako ve všech činnostech, které člověk koná, tak i v medicíně jsou obory, které zdravotníci považují za velmi atraktivní a řadí je mezi zdravotnické obory s vysokou prestiží. Psychiatrie na nejvyšší příčce popularity a prestiže nepatří, přesto ale v pozadí zájmu není.

Na psychiatrii pracuji 15 let. Bylo to období těžké i hezké zároveň. Naučila jsem se komunikovat s psychicky nemocným člověkem, naučila jsem se trpělivosti, chápavosti, sebezapření a respektu k občanské důstojnosti.

Cíle předkládané práce:

- určit motivaci sester pro práci na psychiatrii
- zjistit dosažené vzdělání před nástupem na psychiatrické oddělení
- stanovit vzdělávání v průběhu působení na psychiatrii
- rozpoznat názory na osobnostní předpoklady
- vypátrat mínění sester na dostatečnost středoškolského vzdělání s možností vzdělání vysokoškolského
- shledat názor na celoživotní vzdělávání vůbec
- pojmenovat stresující momenty v povolání psychiatrické sestry
- vyzkoumat spokojenost s prací v tomto oboru.

1 VÝVOJ OBORU PSYCHIATRIE

Psychiatrie se zrodila na začátku 19. století jako nový, speciální obor medicíny. Mezi lékařskými obory má psychiatrie historicky odlišné postavení. Bohužel jako obor s vlastní výukou a výzkumem je asi půl tisíciletí pozadu za všeobecným lékařstvím navzdory faktu, že psychiatrická onemocnění byla mezi prvními nemocemi, jež byly jednotlivě rozpoznány a popsány. Koncept rakoviny nebo srdečního selhání je relativně nový ve srovnání s některými koncepty psychických onemocnění (např. melancholie). (Zvolský, 1994)

Výcvik lékařů ve všeobecných nemocnicích je dokumentován již ve 13. století, zatímco psychiatrie jako obor se rodí až na přelomu 18. a 19. století. První učebnice psychiatrie se objevuje v Německu dokonce až v roce 1818.

Abychom porozuměli vývoji ošetrovatelské profese sestry na psychiatrii, je nutné pochopit kontext vývoje oboru jako takového. Je nutné se vrátit do dávné minulosti tohoto oboru a podívat se na jeho vývoj. Psychická onemocnění jsou stará jako lidstvo samo. Setkáváme se s nimi ve všech kulturách kterými lidstvo prošlo. Výklad vzniku duševních chorob a stav zdravotnické péče o duševně choré probíhal ve svém historickém vývoji vždy v souvislosti s filozofickými směry, přírodovědeckými znalostmi a kulturní vyspělostí každé etapy společenského vývoje lidstva. Jak psychiatrické teorie, tak psychiatrické praxe byly tudíž vždy odrazem obecného historického procesu vývoje lidské společnosti. (Vencovský, 1966)

1.1 Psychiatrie starověku

Vývoj zdravotní péče od primitivního léčení až k prvotním formám lékařství můžeme sledovat z dochovaných zpráv z Egypta, Indie, Číny, Babylónie, Řecka, Říma a dalších civilizací. Péče o duševně choré spočívala od primitivního zařívání zlých démonů až po zdůvodněnou terapii, která byla

odpovídající lékařskému myšlení v té které době. Zcela samozřejmě odpovídala získaným poznatkům a zkušenostem.

Ve starém Egyptě se setkáváme s problematikou duševních chorob a se zdravotnickou péčí o tyto nemocné. Duševní choroby byly vysvětlovány posedlostí zlým duchem. Zlý duch byl příčinou bolesti hlavy či příčinou noční můry. Věřilo se, že duševně chorého lze vyléčit zařikáváním a modlitbami na posvátných místech - chrámech. Posléze byly mnohé z těchto chrámů přeměněny na azyly pro duševně nemocné. Léčba spočívala v dodržování pevného denního režimu. Z dob starého Egypta je dochován asi nejstarší lékařský dokument – Ebersův papyrus, pocházející z doby kolem roku 1900 před Kristem. Popisuje specifický syndrom, jakým je deprese. (Zvolský, 1994)

Také v Babylónii byla podstata duševních chorob uváděna do souvislosti se zlými duchy a léčba spočívala vesměs v modlitbách, zaklínání a v náboženských obřadech, jejichž smyslem bylo vypudit démona z těla chorého anebo z jeho okolí. (Vencovský, 1996)

V Indii byli démoni vypuzováni z těla zařikáváním. V průběhu léčby se s duševně chorými jednalo vlídně a laskavě. Staroindičtí lékaři jako první zdůrazňovali lidský přístup k duševně chorému a pochopili význam mluveného slova. (Vencovský, 1996)

Ve staré Číně byla péče o duševně choré stejná jako v Egyptě, Babylónii a u Indů. Za hlavní způsoby léčby duševních chorob bylo pokládáno zařikávání a vyhánění démonů z těla duševně nemocného – ale též vymlouvání chorobných myšlenek, a dokonce i změna prostředí. (Vencovský, 1996)

V zachovaných historických dokumentech židovského národa se lze přesvědčit o postoji k výkladu a vzniku duševních chorob a jejich léčení. Ve Starém zákoně se můžeme setkat s pozoruhodným popisem duševních chorob. Duševní porucha krále Saula (1000 – 985 př. n. l.) byla popsána tak, že dnes můžeme usuzovat, že se jednalo o psychózu manicko-melancholickou. Mechanismus jejího vzniku byl interpretován ve shodě s monoteistickou

konceptí Židů, tj. jako hněv boží a trest boží za odvrácení se od jediného a pravého Boha. Šílenství je tedy trest boží pro všechny nepřátele židovského národa a Bůh je jediným soudcem a lékařem. (Vencovský, 1996)

Teprve až v Talmudu, v židovském zákoníku a sbírce výkladů světských a náboženských nařízení, nacházíme názory zcela odlišné od údajů ve Starém zákoně. Duševní choroby jsou zde vykládány a chápány humorálně a léčit tyto choroby je oprávněn lékař. Osoby trpící duševními poruchami nejsou podle Talmudu zodpovědné za své činy a tudíž nemohou nést právní odpovědnost. Talmud pochází z doby 500 let n. l. (Vencovský 1996)

Také starořecká medicína v nejstarším období svého vývoje vysvětlovala příčiny jak tělesných, tak duševních chorob s poukazem na existenci nadpřirozených sil a bytostí. Vyléčení bylo milostivým darem boha a projevem jeho moci a vlády nad člověkem.

Od 7. století př. n. l. se začaly šířit nové přírodovědecké koncepce, řečtí filozofové racionálně a konkrétně mysleli, vysvětlovali přírodní jevy v jejich souvislostech, oproštěni od nadpřirozeného náboženského myšlení. Starořecké lékařství vrcholil Hippokratem, který příčinu chorob nehledal v nadpřirozených silách, nýbrž ve vnitřních podmínkách lidského života a ve vlivu vnějšího prostředí.

Hippokratův význam pro psychiatrii tkví v tom, že se počaly duševní choroby dostávat do okruhu lékařství a zdravotnické péče a duševní choroby počaly být poprvé vysvětlovány přirozeným, tj. humorálním způsobem, aniž by byl jejich vznik připisován božímu zásahu či působení démonů. (Vencovský, 1996)

Hippokrates prohlásil, že epilepsie není o nic více božskou nemocí než jiné a má stejně přirozené příčiny. Jeho termíny mánie a melancholie se užívají dodnes. (Zvolský, 1998)

1.2 Psychiatrie středověku

Období raného středověku bylo pro zdravotnickou psychiatrickou péči důležité tím, že se počínají realizovat první pokusy o azylovou a nemocniční

pěči o duševně choré. Hlavním důvodem byla nutnost chránit zdravé občany před duševně chorými a samozřejmě důvod charitativní. V období raného středověku vznikaly i na Západě nemocniční zařízení, tzv. hospitaly při jednotlivých křesťanských kláštorech, v nichž potřebnou péči poskytoval řeholní bratr zvaný infirmarius, který se řídil pokyny lékařsky vyškoleného mnicha. (Vencovský, 1996)

Do doby středověku můžeme položit počátky systematického zájmu o chorobné jevy duševní. V rukou církve, která měla vedoucí postavení ve společnosti, bylo lékařství a s ním i výklad duševních chorob. Mocenské postavení církve mohlo být otřeseno činy a výroky duševně chorých osob, proto byla oficiálně přijata nauka o tzv. demonománii, podle které byly duševní choroby projevem a důsledkem posedlosti démonem. Šílenství bylo neklamným projevem vtělení d'ábla. (Vencovský, 1996)

S duševně nemocnými bylo jednáno bezcitně, nebyl ušetřen nikdo, ani nezletilé děti. Našli se kritici, kteří dokazovali, že spojení člověka s d'ábly je nemožné a nesmyslné. Byli však umlčeni a prohlášeni za kacíře, např. psychiatr Johann Weyer a Reginald Scott. (Vencovský, 1957)

Osudy psychiatrie představují v této době tu nejčernější kapitolu z historie lékařství vůbec. Historikové odhadují, že v Evropě v průběhu 16. a 17. století padlo čarodějnickým procesům za obět' nejméně několik set tisíc osob. Je oprávněná domněnka, že duševně nemocní tvořili část z nich. (Marková, 2006)

Celkově můžeme říci, že „středověk radil šílenství do hierarchie neřestí.“ (Foucault, 1994, s.25) Století 15. se stává epochou zájmu o šílenství a zároveň hrůzou z něho, přičemž šílenství je tu širším, obecnějším pojmem než dnes. Dokladem tohoto zvýšeného zájmu je nejen zájem filozofů či pedagogů, ale i zájem malířů (obraz *Lod' bláznů* od Hieronyma Bosche), spisovatelů (Shakespeare a Cervantes) a společnosti jako takové (slavnosti bláznů).

Smyslem slavností bláznů ani tak není snaha porozumět šílenství. Příslušník intaktní společnosti mohl na těchto slavnostech v masce blázna poukazovat na negativní stránky společnosti své doby, což by bylo za normálních okolností nemyslitelné. Přitom i tento zájem o šílenství obsahuje protiklady v přístupu k šílenství – lodi bláznů jsou místem vyhoštění, slavnosti bláznů zase představují blázna jako nositele pravdy.

Lodi bláznů jakožto jeden ze způsobů vyhoštění představovaly jistotu, že se společnost blázna zbaví, že bude odvezen daleko a nebude tak již moci bloumat kolem městských hradeb. Zároveň byly formou Božího soudu – majoritní společnost dávala tímto aktem těm, které nazývala blázny, prostor pro přežití. Lod' bláznů nebyla definitivním soudem, poslední slovo ohledně osudu naloděných měl Bůh. (Lednická, 2004)

Společnost 15. století nicméně blázny nejen vyhošťovala, ale zároveň o ně i pečovala, vždyť v období renesance vznikají první domy pro blázny.

Změna postoje společnosti k bláznům nastává vznikem velkých internačních ústavů určených nejen pro blázny, ale pro každého, kdo se liší. K této změně dochází v průběhu 17. století. „Svět šílenství se rychle mění ve svět vyhnanství“. (Foucault, 1999, s. 85) Ony ústavy byly určeny pro široký okruh všech, kteří již nesměli být součástí společnosti, ať se již jedná o blázny, žebráky, povaleče, prostopášníky, rozmařilce či ty, kteří byli v duchovní klatbě.

Společným rysem všech těchto internovaných byla, jak uvádí Foucault, zahálka či neschopnost podílet se na výrobě a pracovním procesu společnosti. Špitály vznikají v době ekonomické krize. Stávají se místem internace zahalečů v období nezaměstnanosti a zdrojem laciné pracovní síly v době plné zaměstnanosti. (Lednická, 2004)

Předěl nastal až v době francouzské revoluce, když pařížský lékař Pinel vyvedl z podzemních kobek duševně choré a zaručil jim ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, právo na svobodu a osobní hygienu. (Vencovský, 1996)

Od této doby jsou duševně nemocní pokládáni za nemocné stejně jako tělesně nemocní a duševní choroby jsou pokládány za onemocnění, jehož podkladem je patologický proces v mozku.

V této době vzniká samostatná psychiatrie v Čechách, která se nazývá zatím ještě „nauka o choromyslnictví“. (Vencovský, 1996)

Po celé 17. a prakticky až do konce 18. století se znovu užívalo k léčení duševně chorých modliteb, zařikávání a exorcismu. Zacházení s nemocnými připomínalo spíš mučení než terapii.

1.3 Počátky systematické péče o duševně choré

Za počátek systematické péče o duševně choré můžeme považovat rok 1783. Tento rok není nikterak nahodilý a je třeba jej vidět v souvislosti s rozsáhlými společenskými událostmi z konce 18. století. Nejdůležitějšími událostmi tehdejší doby bylo vyhlášení americké nezávislosti a Velká francouzská revoluce. Císař Josef II. pod tíhou těchto událostí zrušil nevolnictví, vydal toleranční patent a nařídil, aby při Nemocnici milosrdných bratří v Praze bylo zřízeno oddělení pro duševně choré kněze. A právě otevření tohoto azylu pro duševně choré kněze bylo signálem vývoje psychiatrické péče v Praze.

Praha, která měla tehdy asi 70 000 obyvatel, se začala soustavně starat o nemocniční umístění duševně chorých. Civilní duševně choré osoby byly přijímány v nemocnici

U alžbětinek, u sv. Bartoloměje a v chorobinci na Karlově.

Císař Josef II byl kromě politických událostí navíc ovlivněn pokrokovým myšlením osobního lékaře své matky, doktora G. van Swieten. Ten se souhlasem císaře Josefa II. začal provádět reformu zdravotní péče v rakouských zemích, tj. též v Čechách. Zrušil z hygienicky nevyhovujících důvodů devět klášterních špitálů a zřídil řadu zdravotně léčebných institucí. (Vencovský 1996)

Samostatné ústavy pro duševně choré se objevily až ke konci 18. století. V Praze došlo 1. listopadu 1790 ke slavnostnímu otevření všeobecné nemocnice a téhož dne tam byl uveden do provozu i první samostatný ústav pro duševně choré, nazývaný také Blázinec (Tollhaus). Vybudováním tohoto „blázince“ byly vytvořeny pevné základy a dány předpoklady nejen pro humaní léčbu duševně chorých, ale i pro další samostatný rozvoj tohoto nově se tvořícího odvětví medicíny. (Rajmová, 2006)

Pro rozšíření „pražského blázince“ byl adoptován bývalý augustiniánský klášter u sv. Kateřiny, vzdálený asi 200 metrů od všeobecné nemocnice. V roce 1844 byl uveden do provozu takzvaný Nový dům pro ty, u kterých byla naděje na uzdravení. Pražský ústav byl pro neustálé přeplnění rozšiřován. Vznikly pobočky na Slupi, u sv. Apolináře, dále byl vybudován ústav v Kosmonosích, vznikají léčebny v Dobřanech a Opařanech. Po rozdělení

univerzity na část českou a část německou začala v budově Nového domu pracovat česká psychiatrická klinika v přízemí a německá v prvním poschodí. (Zvolský, 1994)

Kolem roku 1900 v Čechách a na Moravě vznikala soustava psychiatrických léčeben, jmenovitě Praha – Bohnice, Kroměříž, Havlíčkův Brod, Jihlava, Horní Beřkovice.

Doba počátku 20. století byla vlivem nových ekonomických a společenských poměrů poznamenána změnou životních a sociálních podmínek. Rychlé životní tempo a stresové situace u osob psychicky labilnějších byly příčinou nárůstu duševních chorob. Proto původní lůžková kapacita pro choromyslné nemohla stačit a došlo k budování dalších ústavů. V každém ústavu byl vydán poučný spisek o ošetřování nemocných a též byly zavedeny kurzy pro opatrovníky se závěrečnou zkouškou. (Tichý, 2000)

Úroveň léčebné péče v období mezi světovými válkami zpočátku spočívala především v podávání hypnotik a sedativ. Ke zklidnění nemocných a k léčbě se užívalo teplých koupelí a zábalů z vlhkých prostěradel, které byly indikované až do zklidnění. Byly využívány izolace, při nezvladatelnosti pacienta svěrací kazajka a popruhy. Progresivní paralýza se léčila malárií a bismutem. V roce 1937 se zavedla léčba schizofrenie inzulinovým šokem. (Tichý, 2000)

Před druhou světovou válkou se objevily první známky přechodu od převažující ústavní péče ve velkých venkovských nemocnicích k léčbě v nemocnicích všeobecných. Psychiatrická léčba nabyla více medicínského a biologicky orientovaného charakteru. Na lékařských fakultách vznikaly univerzitní psychiatrické kliniky, které se staly centry psychiatrického vzdělání a vzorové psychiatrické péče.

V 50. a 60. letech byl přirozený vývoj odbornosti a psychiatrického vzdělání zpožděn vlivem ideologie tehdejších let. Jedním z problémů v této době byl omezený přístup k informacím a hlavním problémem byla ztráta motivace u vzdělaných lidí. I přesto se řada našich význačných osobností zasloužila v této době o rozvoj v této oblasti medicíny. V rámci mnoha psychiatrických léčeben byla pěstována výzkumná činnost. V roce 1961 byl založen Výzkumný ústav psychiatrický v Praze 8. (Höschl, 1997)

V červenci 1966 byl schválen zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Představoval novou zákonnou normu pro sjednocené zdravotnictví.

Během 70. let se léčebny snažily poskytovat moderní biologické, farmakologické a psychoterapeutické léčebné prostředky. Dochází k organizování sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické, pedopsychiatrické a gerontopsychiatrické péče.

V posledních deseti letech dochází hlavně ke změnám, které se týkají přístupu k nemocným. Tradiční direktivní přístup vystřídal přístup demokratičtější s volnějším ošetřovatelským režimem. Sestra pečuje o konkrétního pacienta, zná jeho problematiku a jeho individuální potřeby. (Rajmová 2006)

1.4 Péče o duševně choré v Čechách

V Čechách ve středověku nebyla vůbec žádná péče o duševně choré. V 10. století pozvolna vznikala středověká soustava nemocnic a chudobinců. Tyto hospitaly zřizovala církev při kostelech a kláštorech. Ošetřujícím personálem byli mniši nebo jeptišky. Špatný hygienický stav byl příčinou vysoké úmrtnosti. K hospitalizaci v těchto špitálech nemohl být přijat každý. Především byli přijímáni ti, kdo mohli pořídit odkaz ve prospěch špitálu. Ojedinele byli do těchto klášterů přijímáni klidní duševně nemocní. O nějakém léčení nemůže být vůbec řeč, protože jediné co se provádělo, tak byly modlitby, exorcismus a zaříkávání d'ábla. Nemocní byli ponecháni svému osudu a pobytem byli pouze chráněni před posměchem. Neklidní byli zavíráni do vězení a odsuzováni k tělesným i k hrdelním trestům.

V pozdním středověku existovala nejenom poměrně hustá síť městských a klášterních špitálů, ale i specializované špitály pro osoby s infekčními nemocemi.

Na počátku 15. století napáchala husitská revoluce velké škody rozbořením špitálů a tak další vývoj nemocniční soustavy nastal až v době renesanční, kdy si měšťanstvo svým vzrůstajícím vlivem vynutilo organizování veřejné léčebné péče.

V porenasanním období, v 17. a 18. století došlo k zakládání pražských nemocnic. Stojí za to jmenovat nemocnici Milosrdných bratří, sv. Alžběty, špitál v Templu, šlechtický špitál, kněžský špitál, nemocnici na Slupi. Marie Terezie založila porodnici, nalezinec a špitál. (Vencovský, 1957)

V roce 1755 ruší císařovna Marie Terezie v našich oblastech zákon o čarodějnictví. (Zvolský, 1998)

Konec 18. století byl ve znamení počínajícího rozpadu feudálního společenského řádu, nastalo období osvícenectví, které zdůrazňovalo sílu a schopnost rozumu. V ovzduší rozvoje osvícenectví v naší oblasti v rakouské monarchii způsobil pohoršení ještě v 18. století nález duševně nemocných kněží, kteří byli za nelidských podmínek uzavřeni ve sklepení jednoho kláštera. Od té doby pak byli posíláni choromyslní duchovní a vzdělanější občané, kteří mohli popisovat svůj psychický stav do Prahy a to do nemocnice na Františku. (Zvolský, 1994)

V Praze bylo koncem 18. století zrušeno devět klášterních špitálů z důvodu stavební zaostalosti a nevyhovujících hygienických podmínek. Místo nich Josef II. zřídil chorobinec, při kterém bylo zřízeno oddělení pro klidné duševně nemocné muže a ženy, porodnici a hlavně všeobecnou nemocnici (1790). Ošetřování měli na starosti opatrovníci a opatrovnice. Byli bez odborného vzdělání s malým finančním ohodnocením a neměli vůbec žádné společenské ocenění.

Péče o duševně choré v Čechách byla až do konce 18. století na úrovni středověku, stejně jako v ostatních evropských zemích.

2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V OBORU PSYCHIATRIE

Vzdělávání pracovníků nemůžeme v psychiatrii nijak izolovat - probíhá kontinuálně se vzděláváním ostatního ošetrovatelského personálu. (Klusáčková, 2004)

Prvopočáteční ošetrovatelskou péči měli v rukou příslušníci a příslušnice církevních řádů, formovala se na půdě charitativních institucí, středověkých hospitalů, které byly určeny k poskytnutí útulku a nezákladnější péče. Samotný charakter této péče nevyžadoval odbornou přípravu personálu. V jejich činnosti můžeme sledovat první pokusy o uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb. (Staňková, 1996)

Anežka Přemyslovna, zakladatelka několika klášterů v Praze, vypracovala účelný systém a pravidla pro ošetřování nemocných. Pravidla pro výchovu personálu měly pouze církevní řády.

2.1 Počátky vzdělávání sester

Od poloviny 18. století byly zakládány při lékařských fakultách první všeobecné nemocnice – v r. 1785 v Brně, v r. 1787 v Olomouci a v r. 1790 v Praze. Založením všeobecné nemocnice v Praze se příprava a vzdělávání ošetrovatelského personálu stává skutečností. (Staňková, 1996)

Lékař postupně potřeboval ke své práci pomocníka, který bude na nemocného trvale dozírat jak v domácnostech, tak v nově vznikajících špitálech a který bude provádět jeho pokyny.

Postupně se tedy začala vyvíjet další role sestry – pomocníka lékaře. Vývoj této role je spojen s nutností odborného vzdělání a přispěl ve 2. polovině 19. století k založení prvních ošetrovatelských škol. (Staňková, 1996)

Lékařská fakulta začala plnit kromě svého hlavního poslání i úlohu kontrolního orgánu a to i vůči zdravotnickému personálu. Václav Joachim Vrabec se pokusil na lékařské fakultě prosadit školení opatrovnického

personálu. Bohužel neobstál. V roce 1807 byla vydaná učebnice všeobecného opatrovnictví, která konkrétně poučovala o tom, jak se má opatrovník chránit před nákazou, jak má pozorovat nemocného, podávat léky a pokrmy, pečovat o rekonvalescenty a jaká má být poloha lůžka. (Kafková, 1992)

S prvním organizovaným vzděláváním sester se můžeme setkat až na konci 18. století, kdy v mnohých zařízeních pro duševně choré byly organizovány přednášky pro ošetřovatelky.

(Staňková, 1996)

Na začátku 19. století tvořila nemocniční péče menší podíl v celkové péči o nemocné. Většina nemocných zůstávala doma a byla ošetřována členy rodiny, sluhy nebo opatrovníky. V nemocniční službě pocházeli opatrovníci a opatrovnice z nižších sociálních vrstev. Z dochovaných záznamů vyplývá, že šlo převážně o nekvalifikovaný personál, který se zaučoval pouhou praxí a znalosti získával předáváním od starších spolupracovníků. Bohužel se někdy mezi zodpovědné pracovníky zařadili i lidé s velmi nízkou morálkou. Od opatrovníků se očekávalo, že budou asistovat lékařům a plnit bez výhrad jeho příkazy. Museli pracovat podle zažitých postupů. Někteří lékaři si začali uvědomovat na základě rychlého rozvoje medicíny potřebu nového typu ošetřovatelky, která by spolupracovala při péči zejména o psychiatrické pacienty. (Staňková, 1996)

První návrh na vzdělávání sester

Z roku 1845 se dochoval zajímavý projekt na zlepšení ošetřovatelské péče o duševně nemocné. Byl to návrh na založení ošetřovatelské školy při všeobecné nemocnici, jejímž iniciátorem byl docent psychiatrie J.G.Riedel (1803-1870), v té době ředitel a primář pražského ústavu choromyslných. Jeho snahou bylo zlepšit péči o pacienty. Byl přesvědčen, že je nutno ošetřovatelky dobře připravit a vyškolit na práci v nemocnici. Přednášky se v této ošetřovatelské škole měla konat v neděli a ve volných dnech. Uchazečky do „studia“ měl přijímat ředitel nemocnice a kurs neměl být delší než tři měsíce. Na jeho konci by absolventky podle plánu skládaly závěrečné zkoušky za

přítomnosti ředitele, primářů a správce nemocnice. Ale sehnat žákyně, které by chodily na kurz, pracovaly v nemocnici a to vše jen za pouhou stravu, bylo nemožné. Celý projekt ztroskotal na nedostatku financí. (Klusáčková, 2004)

Racionální medicína a tudíž léčení za účasti lékaře začalo do nemocničních zařízení pronikat až v druhé polovině 19. století.

Na přelomu 80. a 90. let 19. století vyšly pod názvem: „Rukověť o službě opatrovnictva“ v českém i německém jazyce instrukce pro ošetřovatelky. (Klusáčková, 2004)

První ošetřovatelská škola v Londýně a v Praze

Zcela významné místo v ošetřovatelské péči zaujímá první dáma ošetřovatelství Florence Nightingalová, která ovlivnila výchovu a práci sester v druhé polovině 19. století založením první ošetřovatelské školy v Londýně. Jejím založením došlo poprvé k cílené výchově ošetřovatelek pro nemocniční a domácí službu. Do této doby spadá i historie českého ošetřovatelského školství.

V roce 1874 vznikla z iniciativy Ženského výrobního spolku, jmenovitě Karolíny Světlé, první ošetřovatelská škola v Praze. Škola neodpovídala představám škol, jaké známe dnes. Jednalo se o organizovanou odbornou výuku ve formě krátkodobých kursů. Ošetřovatelky se odborně vzdělávaly v teorii a praxi pod vedením českých lékařů. Přesto, že první ošetřovatelská škola neměla dlouhé trvání, měla velký význam, protože ukázala na potřebu systematického vzdělávání sester. Po sedmi letech existence školy ustala výuka ošetřovatelek a každá klinika si byla nucena zacvičovat sestry sama. (Staňková, 1996)

Přesný důvod ukončení existence školy není dnes znám, spekuluje se, že příčinou mohl být odchod přednášejících lékařů nebo zásah německých členů městské rady pražské. Později zabezpečoval přípravu žen pro ošetřování v domácnosti Ústřední spolek českých žen. (Kafková, 1992)

Začátek 20. století

Počátkem 20. století zajišťovalo v Čechách lůžkovou péči o duševně nemocné celkem pět ústavů: ústav pro choromyslné v Praze, Kosmonosích, Dobřanech, Opařanech a v Horních Beřkovicích. V každém ústavu byl vydán poučný spisek o ošetřování nemocných a též byly zavedeny kurzy pro opatrovníky se závěrečnou zkouškou.

Nový příliv nekvalifikovaných pracovníků vyžadoval intenzivní doškolování.

Například v nově vybudovaném bohnickém ústavu se musel opatrovnický personál po prvním roce služby podrobit zkoušce. Výkaz o vykonaných opatrovnických zkouškách byl zasílán na Královskou českou zemskou úctárnu. Ředitelství ústavu vypisovalo vnitřní konkurz na místa vrchních opatrovníků a opatrovnic. Konkurz veřejný následoval až poté, když se nikdo nepřihlásil. Opatrovníci měli povinnost pracovat podle jednotlivých instrukcí a předpisů, které byly schvalovány dekrety zemského výboru a byly též podle potřeby novelizovány. Instrukce se týkaly nejen samotné péče o nemocné, ale i opatrovníků vůbec. Ti museli dbát: „... o bezpečnost a blahobyt nemocných pokud jim síly stačily a nesměli na sobě dát znát hněv, nevoli nebo bázeň.“ (Tichý, 2000, s. 19) Další instrukce se týkaly zvláště nebezpečných nemocných. Podle předpisů se muselo nakládat se soukromými penězi duševně chorých i s jejich vyúčtováním.

V roce 1908 vydali v Praze nakladatelé Bursík a Kohout knihu „Ošetřování choromyslných“. Autorem byl první ředitel bohnického ústavu MUDr. Jan Hraše. Zajímavý je fakt, že v této knize užívá autor termín „ošetřovatel“ proti tehdejšímu nepřekonanému úředně užívanému názvu „opatrovník“. (Tichý, 2000)

Mimořádně úřední název „opatrovník“ se udržel až do konce druhé světové války.

Státní dvouletá ošetrovatelská škola

Na počátku 20. století v roce 1904 se zdravotní odbor ústředního spolku českých žen ustavil jako samostatný „Spolek pro povznesení stavu ošetrovatelek nemocných“. Věnoval se odborné průpravě žen pro ošetrovatelství. Pro ženy se zájmem o ošetrovatelství byly pořádány teoretické kurzy.

K prohlubování průpravy ošetrovatelek došlo až v roce 1913, kdy začala na pražských klinikách na teorii navazovat praktická cvičení. Vezmeme-li v úvahu, že první česká ošetrovatelská škola byla zrušena po sedmi letech svého působení v roce 1881, pak se téměř 30 let nekonala soustavnější odborná příprava žen pro ošetrování.

Dne 25. 7. 1914 vyšlo nařízení rakouského ministra vnitra „o ošetrování nemocných provozovaném z povolání“. Odborná průprava osob, kteří se chtějí věnovat ošetrování z povolání, má probíhat ve dvouletých ošetrovatelských školách zřizovaných při nemocnicích. Tím je zaručena možnost praktického výcviku ve všech oborech nemocniční péče. Absolventky mají končit školu diplomovou zkouškou a získat titul diplomovaná ošetrovatelka. Bylo pamatováno i na nediplomované ošetrovatelky, které se mohly do 5 let podrobit diplomovým zkouškám. (Kafková, 1992)

Světová válka byla hlavní příčinou průtahů otevření školy samotné. Škola byla otevřena v květnu roku 1916 na Karlově náměstí. Měla vysokou úroveň a v činnosti zůstala i po skončení první světové války. Absolventky působily jako hlavní, vrchní sestry, měly vysokou společenskou úroveň. Letos 29. května uplyne 90 let od jejího otevření. (Ještě v roce 1935 byla jedinou civilní školou na území Čech a Moravy).

Ve Státní ošetrovatelské škole byly pořádány pro sestry další kurzy, které byly zaměřené na péči o dítě, na návštěvní ošetrování a na aktuální potřebu sociální péče. Praktickému výcviku byla věnovaná mimořádná pozornost. (Staňková, 1996)

Situace ve vzdělávání po první světové válce

Po první světové válce byl zdravotní stav obyvatelstva zoufale neutěšený, situaci obyvatelstva zhoršovalo strádání, hlad, podvýživa, infekční choroby a další nemoci. Nedostačující lůžková kapacita umožňovala hospitalizaci zhruba jedné třetiny nemocných. I přes naléhavou potřebu výstavby nových zdravotnických zařízení nedošlo k rozšiřování této nové sítě. Ošetrovatelský personál v léčebných ústavech tvořily sestry řeholní, opatrovnice a ošetrovatelky bez vzdělání, a školené diplomované sestry. Poslední jmenovaná kategorie, která byla nejméně početná, neustále usilovala o zřízení dalších ošetrovatelských škol. (Kafková, 1992)

Zajímavé je, že podle statistické ročenky z roku 1936 byly ústavy pro choromyslné vybaveny ošetrujícím personálem nejpočetněji.

Situace ve vzdělávání po druhé světové válce

Již během války, ale hlavně po jejím skončení se zvýšila potřeba kvalifikovaného personálu ve všech zdravotnických zařízeních, tedy i v ústavech pro duševně nemocné. Příčinou nedostatku kvalifikovaného personálu byl nedostatek škol pro ošetrovatelky. Jednání o rozšíření sítě ošetrovatelských škol se stalo aktuální otázkou. Počet škol pro ošetrovatelky se v roce 1946 rozrostl na 32.

Více než naléhavá byla odborná příprava nového personálu. Nemocnice a kliniky organizovaly samy odborné rychlokurzy. Do psychiatrických léčeben přicházeli mladí lidé z venkova a s nimi i jejich příbuzní a známí. Tento příliv nových sil vyžadoval nejen jejich zapracování, ale též zvládnutí potřebné kvalifikace. Příkladem může být kurz ošetrovatelského minima v bohnické léčebně pro 145 nových pracovníků, který se konal koncem roku 1945. Zákon ze dne 14. 5. 1947 č. 94 Sb. o mimořádných ošetrovatelských diplomových zkouškách a o doplňovacím výcviku ošetrovatelského personálu umožnil, že v letech 1948 – 1950 zde obdrželo celkem 311 ošetrovatelů a ošetrovatelek mimořádný ošetrovatelský diplom. V roce 1949 povolil krajský národní výbor v Praze, aby 60

ošetřovatelů a ošetřovatelek, kteří splnili čtyři roky nepřetržité ošetřovatelské činnosti v léčebném ústavu, bylo připuštěno k jednoročnímu ošetřovatelskému výcviku při ošetřovatelské škole, která bude zřízena při státní léčebně v Praze – Bohnicích. Na základě tohoto rozhodnutí byla v letech 1949 - 1952 zřízena pobočka - psychiatrická větev Vyšší školy sociálně zdravotní v Praze 1, na Alšově nábřeží, kde se vyučovalo formou studia při zaměstnání. (Tichý, 2000)

Podle nového školského zákona z roku 1948 byly ošetřovatelské školy sloučeny s rodinnými a sociálními školami podle vzoru Sovětského svazu. Vznikly střední odborné školy, v nichž se studentkám dostávalo všeobecného středoškolského vzdělání i kvalifikační přípravy. Školy byly přejmenovány na Střední zdravotnické školy. Studium u většiny oborů začínalo ve 14 - 15 letech a trvalo 4 roky. Kvalita odborné přípravy byla nedostatečná ve srovnání s vyspělým světem. Celkový počet hodin odborné praxe byl nízký a navíc se k ošetřovatelskému povolání připravovala sociálně nezralá mládež.

Koncem roku 1950 vyšel zákon o zdravotnických povoláních, na který navazovalo vládní nařízení o středních zdravotnických pracovnících (č. 77 Sb. ze dne 11. 9. 1951), které řeší s konečnou platností, kdo jsou střední zdravotničtí pracovníci a jaké jsou jejich povinnosti.

2.2 Vzdělávání ve druhé polovině 20. století

Šedesátá léta byla ve znamení seminářů, školení a kurzů. Středně zdravotničtí pracovníci měli možnost navštěvovat kurzy a vykonat kvalifikační zkoušku v Ústavu pro doškolení středně zdravotnických pracovníků v Brně. Ústav vznikl v roce 1960. Možnost se do tohoto vzdělávacího ústavu dostat byla značně omezená. Ve stejném roce bylo pro sestry - odborné učitelky na středních zdravotnických školách otevřeno v Praze na filozofické fakultě university Karlovy studium ošetřovatelství. Studium, které probíhalo formou studia při zaměstnání, bylo dvouoborové, pětileté. Od roku 1980 byla otevřena také řádná denní forma studia. (Staňková, 1996)

V roce 1951 vstoupil v platnost zákon č. 103/1951 Sb. o jednotné preventivní a léčebné péči v ČSR. Na jeho základě začaly vznikat okresní a

krajské ústavy národního zdraví, které měly za úkol zajišťování výchovy a vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Vzdělávání po roce 1989

Změny po roce 1989 se týkaly nejen oblasti vzdělávání, ale hlavně pojetí celého ošetrovatelství.

Začátkem 90. let bylo otevřeno nástavbové jednoroční pomaturitní studium se zaměřením na ošetrovatelskou péči na psychiatrii. Tento obor byl otevřen celkem na třech zdravotnických školách v republice a sice v Brně, Kroměříži a v Praze. V Praze bylo toto studium otevřeno při Střední zdravotnické škole v Praze 8 v Povltavské ulici. Studium trvalo jeden rok a bylo určeno pro absolventy středních zdravotnických škol. Ukončeno bylo v roce 1996, kdy byl otevřen nový obor - Diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšší zdravotnické škole, a to v Praze, Brně a později v Havlíčkově Brodě. (Rajmová, Petr, 2006)

Vyšší zdravotnická škola

Studium nově otevřeného oboru bylo zahájeno v září 1997. Uchazečem mohl být každý, kdo absolvoval střední školu s maturitou. Absolvent získal vysvědčení o absolutoriu a diplom absolventa vyšší odborné školy. Studium bylo zaměřeno na teoretické znalosti, dále každý student musel projít klinickou praxí. Ve školním roce 2004/2005 obor již nebyl otevřen, a studium v oboru Diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách postupně skončilo. Koncepce výuky se změnila v souvislosti se vstupem České republiky do Evropské unie. (Rajmová, Petr, 2006)

Další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v oboru psychiatrie

Již přes 40 let funguje specializační studium v Brně v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. V roce 2003 byl institut

přejmenován na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů (NCO NZO). V současnosti je možné se na katedře všeobecných sester vzdělávat v ošetrovatelské péči v oboru dětská psychiatrie a psychiatrie ve specializačním studiu, a to dálkovou formou studia. Délka studia je 1,5 až 2 roky a organizace studia spočívá v 3 - 5 denních soustředěních.

Psychiatrické sestry se mohou dále vzdělávat v různých kurzech, které pořádají: Psychoterapeutická a psychosomatická klinika , dále Help Remedium – nadace psychosociální pomoci, Riaps, krizové centrum Fokus Praha, SOS centrum, sdružení pro péči o duševně nemocné VIAP s.r.o., Pražská psychoterapeutická fakulta, Střediska křesťanské pomoci Diakonie ČCE . (Rajmová, Petr, 2006)

2.3 Současné změny a budoucnost ve vzdělávání sester

Začátkem roku 2004 byl schválen zákon č. 96/2004 Sb., který je zkráceně nazýván jako zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Vstoupil v platnost dne 1. dubna 2004 a Českým zdravotníkům dává možnost uplatnit se v zemích Evropské unie.

Ve školním roce 2004/2005 se na středních školách otevřel nový obor zdravotnický asistent, který nahrazuje dosavadní obor všeobecná sestra. Kvalifikaci v oboru všeobecná sestra bude možné získat pouze na akreditovaných vyšších zdravotnických školách nebo školách univerzitního či neuniverzitního typu v bakalářském stupni studia.

Teprve až sestra získá všeobecnou kvalifikaci se bude moci dále specializovat v oboru, který si vybere. Jednou ze specializací by mělo být i další vzdělávání v oboru psychiatrické ošetrovatelství. (Rajmová, Petr, 2006)

3 POVOLÁNÍ SESTRY A PRESTIŽ ROLE

3.1 Role sestry

Jen málo povolání prodělalo v relativně krátkém období takové změny, jako profese sestry. Každé povolání si nese s sebou nějaký ideální obraz. Ideálním obrazem sesterského povolání - ošetřovatelství, je laskavá, vstřícná a nikdy odmítající péče.

V učebnicích je ošetřovatelství charakterizováno jako systematické a všestranné uspokojování potřeb člověka, které jsou pozměněny či vyvolány onemocněním a jeho doprovodnými znaky. A právě identifikace individuálních potřeb a problémů je hlavním úkolem sester. Jsou to ony, které stanoví stupeň závažnosti problémů a jsou to ony, které posléze nachází nejvhodnější způsob jejich řešení. Takto koncipovaná péče je již po mnoho let vlastní sestřím v rozvinutém světě. Práce v moderním ošetřovatelství je tedy mnohem náročnější, samostatnější a zodpovědnější.

Do popředí se dostává osobní odpovědnost sester za svěřené nemocné, profesionální způsob jejich myšlení v přístupu k nemocnému. Roli hrají komunikativní dovednosti, sociální citlivost, trpělivost a empatie.

Naše ošetřovatelství se v posledních letech začíná tomuto pojetí přibližovat. Samotný přechod rozhodně není jednoduchý a bohužel musíme konstatovat, že toto přibližování je velmi pozvolné. Vždyť není to tak dávno, kdy ještě činnost sestry byla založena zejména na rutinních činnostech, na nemocniční péči zaměřené na nemoc a na pomoc lékařům v plnění ordinací. Nemocný byl víceméně pasivním objektem péče zdravotníků, v ošetřování převládala technická stránka sesterské činnosti.

I obsah výuky ve školách se zaměřoval více na nácvik ošetřovatelských dovedností, než na péči o člověka.

A tak novému pojetí brání nejen náš tradiční systém ošetřovatelského vzdělávání a praxe, ale též ochota sester měnit navyklou praxi. Je jednodušší splnit povinnosti a „být hotova“. (Staňková, 1996)

Není vůbec jednoduché při všeobecně stoupajících nárocích na sesterské povolání aktivně spolupracovat s nemocným, jeho rodinou a nejbližším sociálním prostředím. A právě spolupráce sester s okolím nemocného má velký podíl na uspokojování potřeb nemocného, na znovuoobnovení jeho soběstačnosti a na samotném uzdravování se. Nedostatek aktivity a samostatnosti sestry při ošetřování nemocných je jedním z nezávažnějších problémů současného ošetřovatelství.

Častým problémem je problém realizace vlastní role sestry ve vztahu k pacientovi. Vztah k pacientovi bývá ohrožen neosobní a standardní rutinou v chování a práci sestry. Bohužel stále se setkáváme s nepřiliš humánním přístupem k pacientům, který může v krajním případě vést až k porušení právních norem. (Bartlová, 1996)

Dalším závažným problémem je absence nejen profesní, ale i běžné lidské komunikace s pacienty. Verbální kontakt sestry je často omezen pouze na poskytování základních informací. (Staňková, 1996)

Vlivem narůstající agendy dochází nejen k dalšímu vzdalování od pacienta, ale i k přetěžování sester.

3.2 Utváření role sestry

S postupným vývojem společnosti se vyvíjela ošetrovatelská péče a s ní ruku v ruce se utvářela role sestry. Na jejím utváření se podílely nejen faktory náboženské, kulturní, ekonomické, politické a sociální, ale svůj velký podíl přinesly i války a vědecké objevy.

Role sestry nejen že prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestřích nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti a diametrálně se liší od požadavků dřívějších. Jde o širší spektrum dovedností a to zejména ve vztahu k problémům sociálním. (Bartlová, 1996)

Sociologie se začala zabývat sesterskou rolí již v 50. letech a právě sociologické rozbory jsou zdrojem důležitých poznatků o činnosti sestry.

Poznání vlastní role je velmi důležité, protože jen její dokonalé osvojení zaručuje dodržování pravidel a chování. Kolektivní orientace je hlavní hodnotou role sestry. Předpokládá preferování zájmů a potřeb nemocných před zájmy vlastními. Vytváří žádoucí postoje k profesi a usnadňuje ztotožnění s požadavky role. Přístup orientace na druhého vyžaduje sociálně zralou osobnost a je spojen s nezištností a schopností sebezapření. Je-li sestra schopna zaujmout stejný postoj vůči všem pacientům stejně bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim, hovoříme o universalismu. Dalším důležitým vzorem chování je emocionální neutralita, kdy je sestra schopna podřídit emoce rozumové kontrole. ((Mellanová, 1989)

Každá sestra, která pečuje o pacienty by neměla zapomínat pečovat sama o sebe. Máme na mysli nejen péči o vlastní vzhled, zdraví apod., ale i péči o vlastní duševní život.

Pozitivní význam má jak se stravujeme, jak pracujeme, jak se pohybujeme a jak odpočíváme. Měly bychom mít radost z pohybu, z tělesné aktivity, kterou máme a které jsme stále ještě schopni.

V péči o sebe sama má nezanedbatelný podíl spánek a odpočinek. A právě v poslední době se na odpočinek zapomíná. Příčinou je zcela jednoznačně novodobý styl života, který je podřizován výkonu a v kterém se odpočinek neuznává. Tento styl s sebou nese život ve stresu a přepracovávání se. Není divu, že se podstatně zvýšilo množství léčených i neléčených neuróz a že přibyly počty nemocí ze stresu.

Péče o naši psychiku se týká především toho, co si myslíme, jaké máme představy, co prožíváme, co v životě vlastně chceme a co je smyslem a cílem našeho života.

Zanedbávání péče o naši duši se může projevit nejen symptomy jako jsou zlost, vztek, násilí a agresivita, ale i únikem k drogám, alkoholu a ke ztrátě smysluplnosti života vůbec. Receptem na péči o vlastní duši je nám zvýšená citlivost v podobě relaxace, reflexe a zdravé radosti. Radost je „adrenalinem“ duše. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Pozitivní myšlenky mají v našem celkovém životním ladění kladný význam. Naopak myšlenky negativní naši duši ničí, deprimují nás.

Pomoci by nám měla poměrně nová psychologická disciplína zvaná „psychologie zdraví“. Nejde o teorii, ale o praxi – o zkušenosti z praxe

zdravotních sester, které pracují v nemocnicích na odděleních, kde umírá nejvíce lidí. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Vztah člověka k sobě samému je jedním z důležitých momentů duševní rovnováhy a patří do otázek duševní hygieny. ((Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Do duševní hygieny patří moudré hospodaření s časem. Čas je příliš cenný na to, abychom ho ztráceli tím, že se budeme zabývat věcmi nedůležitými, zbytečnými a nepodstatnými. V rámci duševní hygieny jsou důležité chvíle zamyšlení (meditace) a uvolnění (relaxace).

Tím, že pečujeme o své duševní zdraví, provádíme vlastně také prevenci syndromu vyhoření, který je s výkonem role zdravotní sestry často diskutován. Poprvé byl tento syndrom popsán v letech 1974 - 1975 americkým psychiatrem Herbertem J. Freudenbergem a sociální psycholožkou Christinou Maslach z Kalifornské university.

Syndromem vyhoření je označován stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako vyprahlost. Se stavem masivního vyčerpání se setkáváme především u pomáhajících profesí. Vyčerpané a citově opotřebované mohou sestry být právě kvůli náročné práci, při níž zodpovídají nejen za pohodu, ale i životy nemocných. Vedle pracovního přetížení bývají častým stresorem vztahy s nadřízenými, vztahy na pracovišti. V odborných článcích se mluví i o nedořešených kompetencích. (Bartlová, 1996)

Proti stavu vyhoření můžeme bojovat, můžeme mu i předcházet. Jak? Mít v životě pořádek v žebříčku hodnot, mít dosažitelný cíl, evalvace by měla mít místo vyšší než devalvace, je třeba brát ohled na vlastní potřeby, zájmy, svou spokojenost, ale také chápat a uspokojovat potřeby a zájmy druhých lidí. Svůj význam má, věnujeme-li se svým zájmům, máme-li okruh přátel, se kterými trávíme volný čas, apod.

3.3 Sesterská prestiž

Pojem prestiže

Prestiž je vážnost, důstojnost či věhlas. Je to významný ukazatel sociálního postavení. Osoby s vysokou prestiží jsou obdivovány, napodobovány, působí na druhé přitažlivě a mají silný sociální vliv. Negativní prestiž označuje malou vážnost nebo špatnou pověst, které osoba požívá. (Janoušková, 2005)

Ve smyslu profesním je to vážnost, ocenění nebo hodnocení, kterému se určité povolání těší u ostatních lidí té které společnosti.

V moderní společnosti se profese stala určujícím faktorem sociálního statusu člověka. Nejen dospělý člověk je posuzován podle toho, jakou profesi vykonává, ale již mladý člověk bývá hodnocen podle toho, na jaké povolání se připravuje. (Janoušková, 2005)

Sesterská prestiž

Prestiž sesterského povolání byla po celou dobu svého trvání ovlivňovaná historií. Z tohoto důvodu nemůže být všude ve světě vnímána stejně. Jiná míra prestiže je v Anglii, kde je ošetřovatelství spojeno se jménem Florence Nightingalové, která patřila do nejvyšší sociální skupiny a s jinou mírou musíme počítat v českých zemích, kde ještě v minulém století patřily dívky mezi čeled'. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001)

Nedostatek sester ve zdravotnictví se vysvětluje mimo jiné také nízkou mírou prestiže sesterského povolání. Sestry mají pocit, že společnost jejich práci podhodnocuje. Důvodů proč je tomu tak bude asi více.

Míru prestiže do jisté míry ovlivňuje v naší zemi i mediální pohled na sesterské povolání. Tvůrci filmů a seriálů nám prezentují sestru nezralou, ukvapenou, věčně roztržitou. Na obrazovkách umí podržet dokumentaci nebo dveře, uvařit kávu pro lékaře. Z mé vlastní zkušenosti na samém začátku profesní dráhy bylo samozřejmostí, že sestra automaticky po lékařích myla hrnky od kávy.

Zkresleně prezentovaná profese může negativně ovlivnit mínění veřejnosti a bohužel i snížit zájem mladých lidí o tuto profesi.

Sociologické výzkumy, mezi které patří i sledování prestiže jednotlivých povolání, byly v uplynulých letech velice omezovány. Přesto jich v minulosti několik proběhlo. V letech 1966 - 1967 proběhl výzkum s cílem získat hodnotící postoje k povoláním, která vyžadují vysokoškolské vzdělání. V seznamu 30 povolání se sestry umístily na 9. místě. V listopadu 1990 proběhl výzkum Sociální rozdíly a prestiž povolání. Výzkum byl proveden Střediskem empirických výzkumů při sociologickém ústavu ČSAV. Profese zdravotní sestry se v prestižní škále 50 povolání umístila na 9. místě.

Před nedávnem proběhl velice zajímavý výzkum (Janoušková, 2005), jehož cílem bylo zjistit, jaká je v současnosti prestiž sesterského povolání v oblasti zdravotnictví. Výzkumu se zúčastnili zástupci všech 17 profesí středních zdravotních pracovníků. Mezi těmito zástupci je za nejpopulárnější profesi vnímána profese diplomovaného zdravotnického záchranáře. Všeobecné sestry obsadily 9. místo a sestry pro psychiatrii skončily na 11. místě.

Pokud došlo k hodnocení vlastní profese všeobecnými sestrami z různých oddělení, tak sestry pracující na psychiatrii zařadily všeobecné sestry na 4. místo, u respondentek z ortopedických oddělení všeobecné sestry skončily až na 14. místě. Autorka výzkumu přičítá tyto rozdíly povahovým vlastnostem sester a míře jejich sebevědomí.

Vliv na sebehodnocení může mít také chování ostatních spolupracovníků (zvláště lékařů) k sestram. Na psychiatrii se lékaři chovají k sestram mnohem více jako ke spolupracovníkům – partnerům, zatímco např. na chirurgii je obvyklý spíše autoritářský až „pohrdlivý“ přístup lékařů. (Janoušková, 2005)

Sama osobně jsem se setkala s rozdílným postojem vůči sestram. Na jedné straně jsou lékaři, kteří si sesterské práce velice váží a dávají to sestram nějakým způsobem najevo. Není nad pochvalu vyřčenou v pravou chvíli. Na straně druhé jsou lékaři, kteří berou sestru pouze jako „služku“ a také tak s ní jednají. Není divu, že sestry, které mají takovou zkušenost, nemají dostatečně vysoké pracovní sebevědomí, nevěří si a cítí se právem nedocenení.

4 STRESUJÍCÍ FAKTORY V PROSTŘEDÍ PSYCHIATRIE

V odborné literatuře (Petr in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, Vyskočilová, 2003, Dynáková 7 - 8, 2005) jsou často zmiňovány stresové faktory povolání sestry pracující na psychiatrii. Stresujících faktorů v praxi psychiatrické sestry je celá řada. Na základě mých zkušeností, které jsem získala během 15 let v oboru považuji za nejzávažnější stresující faktory agresivitu pacientů, ošetřování pacienta se změněnou psychikou, omezení pacienta, navazování slovního kontaktu s ním, řešení častých konfliktů mezi pacienty, ale někdy i komunikaci s kolegyněmi, nevyhovující vybavení psychiatrických pracovišť, hluk, vcítění se do toho, jaké má psychicky nemocný člověk vyhlídky do budoucna.

I když je stresujících faktorů více, budu se v následujících podkapitolách zabývat třemi, z mého hlediska důležitými stresory v prostředí psychiatrie. Jedná se o agresivitu pacientů a jejich omezení v případech nutnosti. Ten třetí faktor, který se stává příčinou stresu sester je paradoxně sbírání kreditů v rámci dalšího vzdělávání.

4.1 Agresivita pacientů

Výzkumem bylo potvrzeno, že nejzávažnějším stresorem v profesi psychiatrické sestry je agresivita pacientů. Násilí se bohužel v dnešní době stává běžnou součástí našeho života. Mezi námi je spousta lidí, kteří mají přímou zkušenost s násilnickým chováním. Množí se útoky na zdravotnické pracovníky v soukromých ordinacích, zvláště pak na pohotovostních odděleních. Velkou roli v agresivním chování hrají toxické látky a samozřejmě alkohol. (Petr, 2003)

Na psychiatrických odděleních se setkáváme s agresivitou velmi často. Důležité pro sestry na psychiatrii je včas možné násilí rozpoznat a učinit opatření k zajištění bezpečnosti všech zúčastněných.

Péče o agresivní a neklidné nemocné patří mezi nejtěžší zkoušky odborné způsobilosti psychiatrické sestry.

Formy agrese

Agresivní chování může mít nejrůznější formy od hrubého fyzického násilí a záchvatů vzteku, přes výhrůžky gestikulací a mimikou, slovní vyhrožování, urážky, sarkasmus, ironii, až po tzv. špičkování a škádlení. S jakými druhy agresivního chování se setkáváme? Jednak s agresí přímou, jako je ničení, bití a nadávky, dále s agresí, která může být přenesená z člověka, vůči němuž si agresí dovolit nemůžeme na člověka jiného, popřípadě na věci, které potom takový člověk ničí. Agrese přenesená na vlastní osobu je autoagrese. Zdravotníci pracující na psychiatrii se často zmiňují o neklidu, agresí a agitovanosti.

Příčiny agrese na psychiatrii

Na psychiatrických odděleních se setkáváme s projevy neklidu a agrese především u pacientů v akutním stadiu duševních poruch. Jde většinou o neklid, který má příčinu v klinickém stavu, nikoliv v úmyslném chování.

S násilím bývají spojeny alkohol, intoxikace, osobnostní poruchy, psychóza, organické stavy, bolest a frustrace.

Neklidný pacient

Neklidný pacient viditelně prokazuje pocit nepohody. Neklid je projevem klinického stavu, nikoliv úmyslným chováním pacienta. Může být způsoben intoxikací, úrazem, abstinčním syndromem a mnoha dalšími příčinami. Pacient hůře spolupracuje, je negativistický, odmítá léky, manipuluje s infuzí apod. Povinností sestry je pátrat po příčině neklidu.

Agresivní pacient

Agresivní pacient se chová útočně a nepřátelsky. Útok může směřovat na okolí či vlastní osobu. K útoku dochází buď náhle nebo po přípravě. Bývá vyvolán okamžitým nápadem, změnou nálady, afektem, nebo vlivem halucinací a bludů. Náhlý útok bývá vždy velmi nebezpečný. (Jobánková, Bouchal, Hájková, Šopek, 1996)

Sestra může registrovat celou řadu neverbálních signálů, které jsou předzvěstí agrese. Mezi tyto signály patří nápadná gestikulace, podupávání až náznaky kopnutí. V horším případě pacient práská dveřmi, rozbíjí zařízení, svírá zaťaté pěsti a brachiálně napadá ošetrovatelský personál.

Pravidla přístupu k neklidné osobě

Existují jistá pravidla, kterými se ošetrovatelský personál musí řídit. Velmi důležitá je občanská zdvořilost. Nikdy se nepouštíme s neklidným pacientem do konfrontace, nezůstáváme s ním sami o samotě, rovněž se s ním nesmíme zavírat v uzavřené místnosti. Při styku se vyhýbáme náhlým a nečekaným pohybům. Snažíme se najít s ním společnou řeč. Máme na paměti, že se nás pacient bojí mnohdy více než my jeho.

Jestliže dojde k situaci otevřené agrese, bývá řešení složité. Pacienta, který je nebezpečný sobě a okolí, je nutné omezit.

4.2 Restriktivní postupy

V situacích, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní, může dojít k ohrožení okolí nebo sebepoškození pacienta. V těchto mimořádných případech je nutné v psychiatrii použít vůči pacientovi restriktivní postupy. Protože ale tyto postupy zasahují do osobní svobody pacienta, jsou voleny jako krajní možnost řešení poté, co selhaly předchozí intervence.

(Petr, 2006)

Druhy omezovacích prostředků

Mezi omezující prostředky patří omezení v lůžku, terapeutická izolace, síťová lůžka, ochranný kabátek, manuální fixace či podání medikace bez souhlasu nemocného. Přístup k omezovacím postupům je v Evropě nejednotný a je neustále diskutován.

Obecné zásady pro aplikaci restriktivních postupů

Rozhodnutí o aplikaci omezovacích postupů je výhradně v kompetenci lékaře. Důvodem je subjektivní vyhodnocení situace, kdy míra tolerance jednotlivých pracovníků k projevům pacienta může být značně odlišná.

V případech, kdy situace nesnese odkladu a hrozí poškození pacienta či okolí, může o aplikaci rozhodnout sestra. Ta je vždy zodpovědná nejen za správné provedení omezení, ale je též zodpovědná za zajištění komplexní ošetrovatelské péče. (Petr, 2006)

Během omezení je pacientovi věnovaná zvýšená pozornost a péče. Sledování je zaměřeno na projevy nemocného, na stav jeho vědomí a v případě omezení popruhy v lůžku je zaměřeno také na stav prokrvení fixovaných končetin.

Péče o hydrataci, o vyprazdňování, hygienu, prevence dekubitů, péče o dýchací cesty i minimalizování psychické zátěže pacienta je samozřejmá.

Personál se nevyhne negativním prožitkům, které jsou spojené s péčí o neklidné pacienty. Měl by mít možnost tyto negativní prožitky ventilovat (bálintovské skupiny, kazuistické semináře). Prostor pro ventilaci negativních prožitků je důležitý pro korekci jednotlivých přístupů a též jako prevence syndromu vyhoření. (Petr, Mikláš, 2004)

4.3 Růst požadavků na sestry

Sbírání kreditů - nový fenomén v sesterské práci

Bezpochyby mezi stresující faktory můžeme dnes zařadit další vzdělávání zdravotnických pracovníků, které bylo bohužel do nedávné doby věcí zájmu jednotlivců. Některé sestry měly zájem o osobní růst, některé ne. Dalo by se říct, že řada sester měla touhu se dozvědět něco nového a obohatit své znalosti. Řada sester byla pohodlná a přesvědčená, že vystačí s tím, co se kdysi naučila na střední škole a co jim dala praxe samotná.

Vstupem do Evropské unie bylo třeba vytvořit nový zákon, který by upravoval vzdělávání sester v souladu s požadavky EU. Začátkem roku 2004 byl zákon č. 96/2004 Sb. schválen a s ním i podmínky pro získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.

Podle nového zákona, chtějí-li sestry pracovat bez odborného dohledu, musí požádat o registraci. Registrace s sebou nese výhody v podobě samostatně vykonávané práce a lepšího platového zařazení. Sestry jsou registrované nejméně na dobu 4 let a aby po uplynutí této doby mohly požádat o prodloužení, mají povinnost získat a doložit 40 kreditních bodů. Tím je zároveň zajištěno kontinuální vzdělávání.

S trochou nadsázky můžeme říci, že sbírání kreditů se stalo „noční můrou“ všech sester a pro mnohé i značně stresujícím momentem. Z vlastní praxe mohu potvrdit, že nastal doslova „hon za kredity“. Některé vzdělávací akce dávají možnost získat jen minimální počet kreditů, některé slibují jejich větší počet.

Sestry upřednostňují akce s větším počtem kreditních bodů. Vzhledem k zajištění provozu se ale nemohou vzdělávacích akcí účastnit všechny najednou. Nastává moment, kdy je nutná koordinace vedoucími pracovníky. Dochází tedy zákonitě k napětí. Ne každý je kolegiální. Sestry, které se doposud pravidelně vzdělávaly se cítí jaksi ukřivděny, že se nemohou účastnit každé akce, jako tomu bylo doposavad. Najednou mají zájem i ty sestry, které se těmito akcím oblohou vyhýbaly.

I přes výše uvedené negativní dopady vyplývající spíše z lidského faktoru než z nedostatečnosti legislativy, považuji nový zákon o nelékařských zdravotnických povoláních za dobrý především proto, že přispívá k dnešnímu trendu celoživotního vzdělávání.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Za účelem splnění cíle své práce jsem použila metodu dotazníkového šetření, která patří mezi nástroje kvantitativního výzkumu.

5.1 Cíl šetření

Cílem šetření bylo zjistit, proč se zdravotní sestry rozhodnou pracovat na psychiatrii, jaké mají vzdělání na samém počátku volby této specializace a jak se vzdělávají v průběhu vykonávání profese sestry pro psychiatrii. Dalším cílem bylo zjistit hlavní osobnostní vlastnosti uchazeček o výkon této specializace a stresující faktory, s kterými se sestry na psychiatrii setkávají.

5.2 Stanovené hypotézy

H1 - Sestry, které hledaly zaměstnání před rokem 1990, považovaly práci na psychiatrických

odděleních až za druhořadou.

H2 - Sestry, které volí tuto práci na psychiatrickém pracovišti v současné době, považují tuto

volbu za prvořadou.

H3 - Psychiatrické sestry jsou spokojené s prestiží své specializace mezi ostatními obory

H4 - Psychiatrické sestry nejsou spokojené s vnímáním své profese ze strany společnosti

H5 - Nejzávažnějším stresorem v profesi psychiatrické sestry je agresivita pacientů.

5.3 Postup výzkumného šetření

Za účelem výzkumného šetření jsem použila dotazník vlastní konstrukce. Poté jsem provedla pilotní šetření, kterého se zúčastnilo pět sester z oddělení dětské a dorostové psychiatrie v Praze Bohnicích. Oslovené sestry vyplnily dotazníky jednotlivě za mé přítomnosti a na základě jejich připomínek byly některé otázky a formulace v dotazníku upraveny.

Zdravotní sestry, účastníci se vlastního výzkumu, jsem oslovila pomocí průvodního dopisu přiloženého k dotazníku.

Dotazníky jsem osobně distribuovala po jednotlivých pracovištích – pavilonech. Do výzkumu jsem zařadila psychiatrické sestry pracující v PL Bohnice na odděleních pro chronicky psychiatricky nemocné pacienty, tedy sestry pracující na pavilonech 11, 12, 13, 18 a 20. Dotazník byl anonymní.

5.4 Charakteristika technik výzkumného šetření

K získání potřebných údajů a informací jsem použila dotazník vlastní konstrukce. Při jeho tvorbě jsem vycházela z obecných charakteristik této metody.

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpoblárnější techniku sociologického výzkumu. Účelem je přiblížit dotazovanému předmět zkoumání. Zásadou je, že nesmíme nikdy přeceňovat ani podceňovat znalosti respondentů.

Formulace otázek má být jasná, zřetelná a jednoznačná. Dotazník má zahrnovat všechny podstatné problémy, na něž hledáme odpověď. K otázkám v dotazníku patří obvykle identifikační znaky respondenta, např. pohlaví, věk apod.

V terénu můžeme použít v podstatě dvojí techniky, anonymní a neanonymní. Anonymitou můžeme dosáhnout pravdivějších, upřímnějších a spolehlivějších údajů. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

Jedním z důvodů, proč jsem zvolila tuto metodu je možnost počítačového zpracování výsledků, dále možnost oslovit větší množství respondentů a relativně nižší časová náročnost než je tomu například u kvalitativních výzkumných metod. Na straně druhé jsem si byla velmi dobře vědoma i nevýhod dotazníkové šetření, především toho, že při eventuálním neporozumění nelze nic ani opravit, ani doplnit.

Dotazník pro sestry pracující na psychiatrii byl sestaven z devatenácti otázek, sedmi otevřených a dvanácti uzavřených. Otázky byly zaměřeny na: důvod volby této specializace, vzdělávání a rozšiřování vědomostí, hlavní osobnostní vlastnosti uchazeček, prestiž této specializace a stresující faktory.

5.5 Charakteristika sledovaného souboru

V rámci dotazníkového šetření jsem oslovila 60 respondentů. Za úspěch považuji již to, že se mi vrátilo pouze 6 dotazníků nevyplněných. Návratnost dotazníků tedy činila 90% procent.

Z celkového počtu 54 respondentů byli jen 3 muži, což může korespondovat se skutečností, že v pomáhajících profesích pracuje stále více žen než mužů.

V úvodní části vyplňovali respondenti identifikační údaje: věk, stav, pracoviště, vzdělání a délku praxe na psychiatrickém oddělení.

Vlastní část dotazníku byla zaměřena na vzdělání psychiatrických sester, stresové faktory při výkonu jejich povolání a na samotnou prestiž této profese.

5.5.1 Věk účastníků skupiny šetření

Nejvíce mě zajímal věk psychiatrických sester. Rozdělila jsem ho do období mladé, střední a starší dospělosti. V následující tabulce č.1 je vidět zastoupení sester účastnících se výzkumu v jednotlivých obdobích.

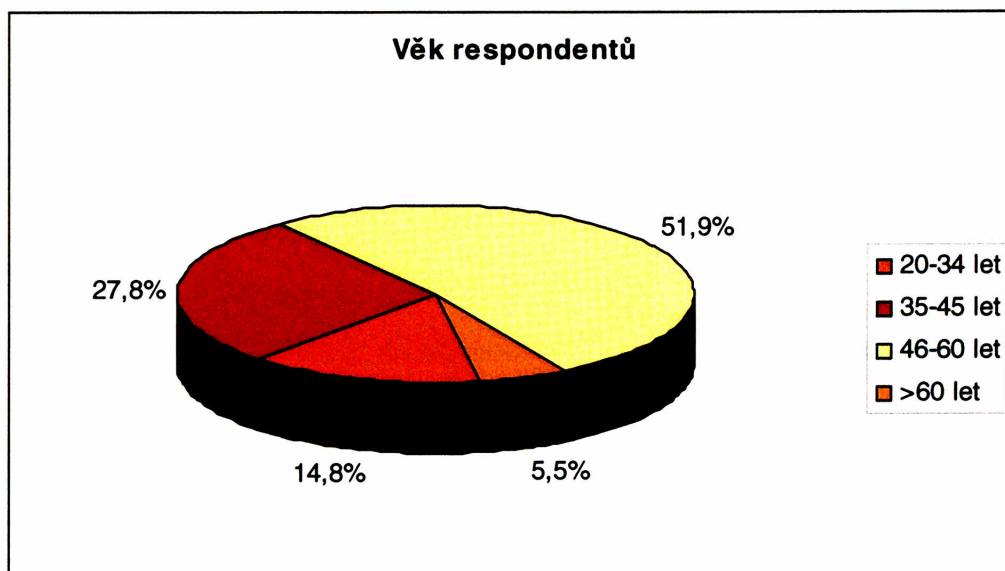
Průměrný věk všech respondentek byl 46 let. Věkový rozptyl se pohyboval mezi 20 a 65 lety.

Tabulka č. 1 – věkové rozložení (dle Vágnerové, 2000)

Věk	n	%
20 – 34 let	8	14,8
35 – 45 let	15	27,8
46 – 60 let	28	51,9
Nad 60	3	5,5
Celkem	54	100

Věk respondentů je také vyjádřen v následujícím grafu č.1

Graf č. 1



5. 5. 2 Rodinný stav respondentů

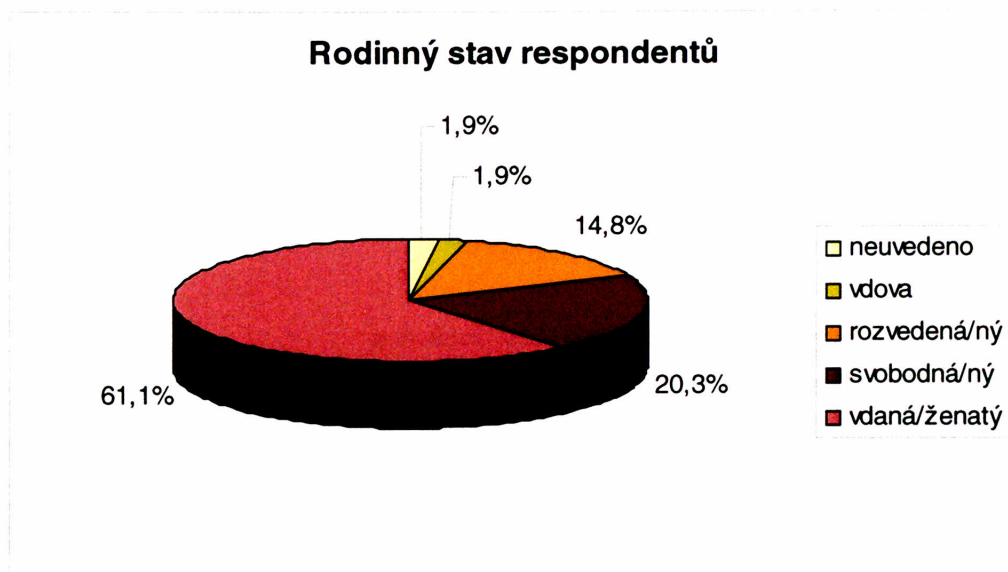
Porovnáme-li účast psychiatrických sester podle stavu (tabulka č. 2), tak drtivá většina sester žije v manželství, celkem 33 (61,1 %). Dá se předpokládat, že zázemí a spokojenost v manželství je jedním z důležitých předpokladů spokojenosti v zaměstnání. Rozvedených sester z celkového počtu

je 8 (14,8 %) a svobodných je 11 (20,3 %). Jedna respondentka stav neuvedla a jedna je ovdovělá.

Tabulka č. 2 – rodinný stav

Stav	N	%
Vdaná/ženatý	33	61,1
Rozvedená/ný	8	14,8
Svobodná/ný	11	20,3
Vdova	1	1,9
Neuvedeno	1	1,9
Celkem	54	100

Graf č. 2



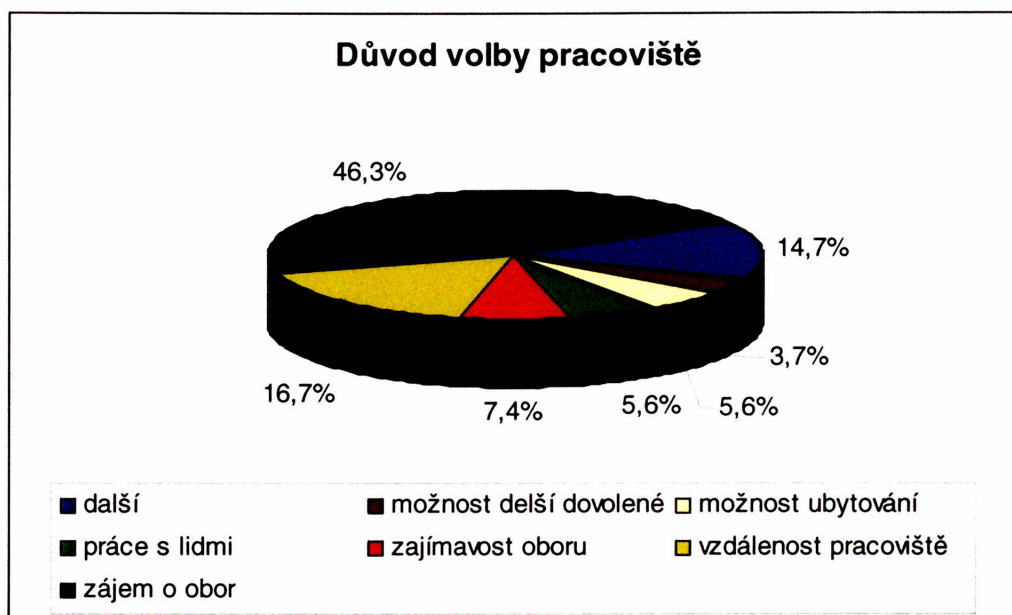
5. 5. 3 Důvod volby pracoviště

Dalším zajímavým údajem, vyplývajícím z dotazníku, byl důvod volby psychiatrického pracoviště.

Zájmem o obor bylo motivováno 25 respondentek (46,3 %). Na druhém místě hrála roli vzdálenost pracoviště. Celkem se tak rozhodlo 9 sester (16,6 %). Na třetím místě byla motivujícím momentem zajímavá práce, a to celkem u čtyř sester (7,4 %). Práce s lidmi a možnost ubytování byla důvodem pro volbu

povolání u tří sester (5,5 %). Další dvě odpovědi byly odůvodněné umístěnkou a možností delší dovolené (3,7 %). Jednou odpovědí byly zastoupeny další uvedené důvody, jako: změna bydliště, náhoda, přidělení bytu, možnost jedné směny, zvědavost, nedostatek pracovních míst na Slovensku, nedostupnost původního oboru, volba jen přechodná, důvody osobní, nespokojenost na předchozím pracovišti, doporučení osoby již zde pracující, výhodu směnného provozu a důvodem se staly i zajímavé přednášky o psychiatrii na SZŠ.

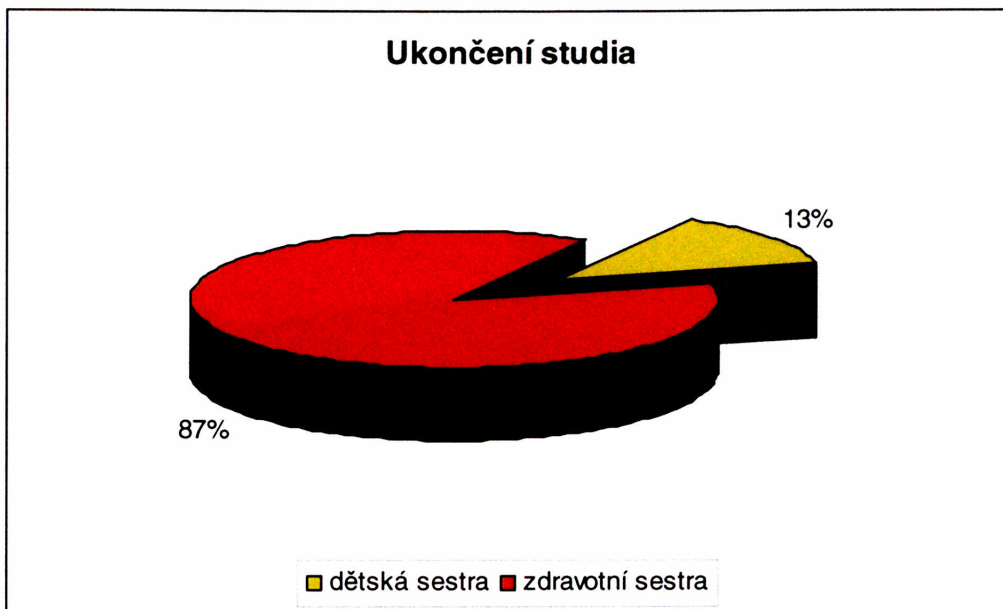
Graf č. 3



5. 5. 4 Ukončené středoškolské vzdělání

Středoškolské studium na zdravotních školách ukončily sestry z velké většiny jako zdravotní sestry. Celkem to bylo 47 sester (87 %). Dětských sester bylo již méně, celkem 7 (13 %), což se dalo vzhledem k charakteru oddělení předpokládat.

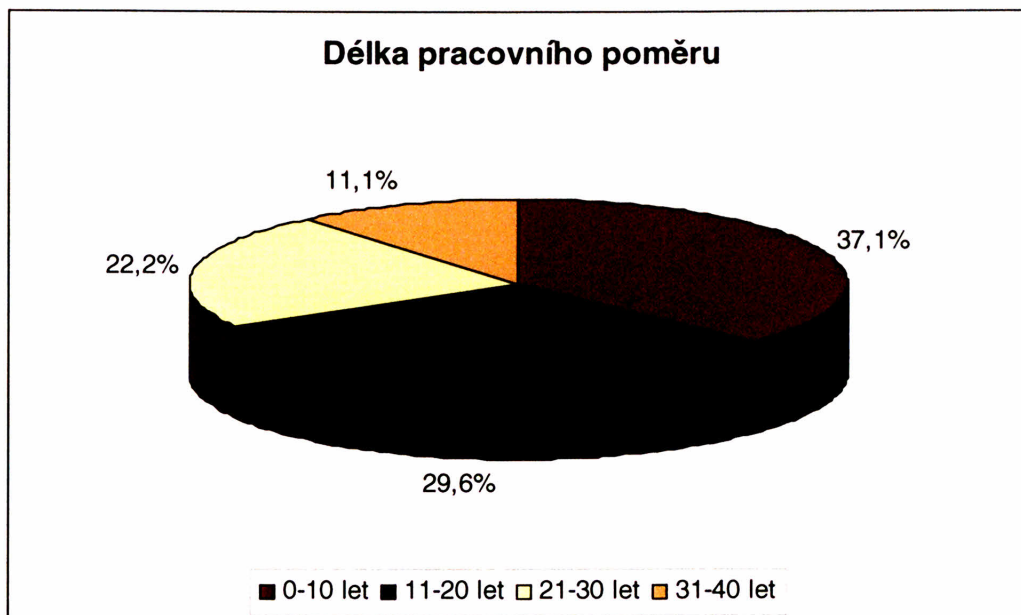
Graf č. 4



5. 5. 5 Délka trvání pracovního poměru

Délka trvání pracovního poměru na psychiatrii byla dalším údajem dotazníkového šetření. V rozmezí od nástupu do deseti let na pavilonech s následnou péčí pracuje 20 sester (37 %). V rozmezí jedenácti až dvaceti let zde pracuje 16 (29,6 %) sester. Dvanáct sester (22,2 %) zde pracuje v rozmezí jednadvaceti až třiceti let. A z celkového množství padesáti čtyř sester oslovených dotazníkem šest sester (11,1 %) zde pracuje třicet jedna až čtyřicet let.

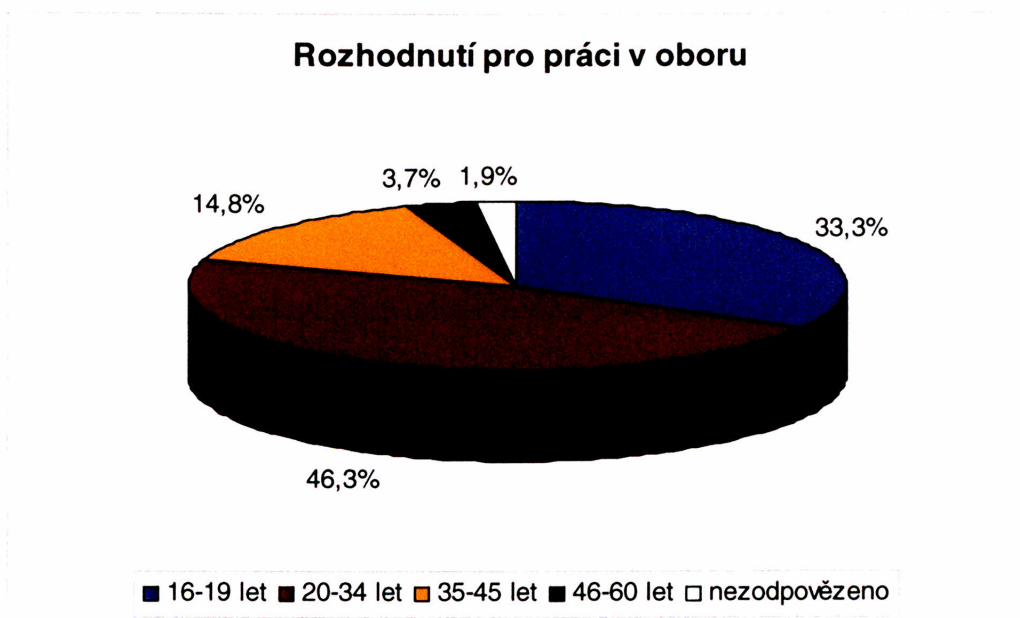
Graf č. 5



5. 5. 6 Věk v době rozhodnutí pro práci psychiatrické sestry

Věk, ve kterém se sestry rozhodly pro práci v tomto oboru, jsem rovněž rozdělila na období mladší, střední a starší dospělosti. 25 sester (tj. 46,2 %) se pro práci rozhodlo ve věku dvaceti až třiceti čtyř let. Osm sester ve věkovém rozmezí třiceti pěti až čtyřiceti pěti let (14,8 %). Pouze dvě sestry se rozhodly ve vyšším věku než byl předchozí (3,7 %). Osm respondentek se rozhodlo v 18 letech (14,8 %), sedm v 19 letech (13 %). Pět sester ve dvaceti letech (9,2%). Zpravidla tedy v období ukončení střední či vyšší zdravotnické školy.

Graf č. 6



5. 5. 7 Předcházející pracoviště

Odpověď na otázku, kde sestry pracovaly před nástupem na psychiatrické oddělení, koresponduje částečně s odpovědí na předchozí dotaz, ve kterém se sestry rozhodly pro tento obor. Před nástupem nepracovalo nikde celkem 16 sester (29,6 %), to znamená, že nastoupily ihned po tom, co dokončily středoškolské vzdělání.

Z oborů, které předcházely zaměstnání na psychiatrii byly shodně zastoupeny chirurgie a interna, oba obory počtem osmi sester (14,8 %). Z dalších oborů následovaly snad všechny obory, co existují, včetně záchytné stanice a jeslí. Mimo obor byly tři sestry (5,5 %).

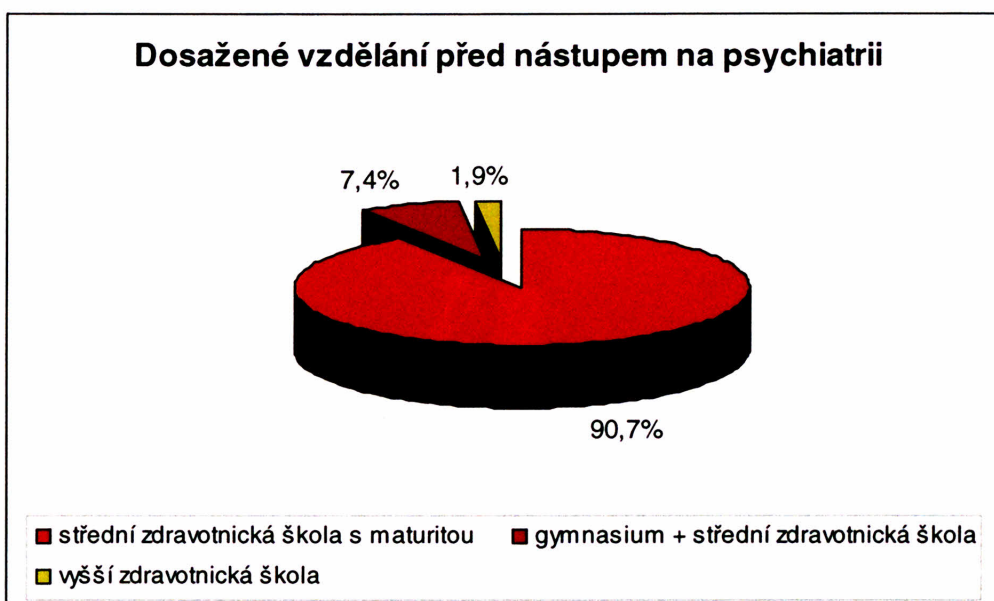
6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

6.1 Vzdělání sester pracujících na psychiatrii

6.1.1 Dosažené vzdělání před nástupem na psychiatrické oddělení

Před nástupem na psychiatrické oddělení z celkového počtu 54 oslovených sester pouze jedna měla ukončenou vyšší zdravotnickou školu (1,9 %). 49 sester (90,7 %) mělo ukončené studium na střední zdravotnické škole s maturitou a 4 sestry (7,4 %) absolvovaly gymnasium a následně střední zdravotnickou školu.

Graf č. 7

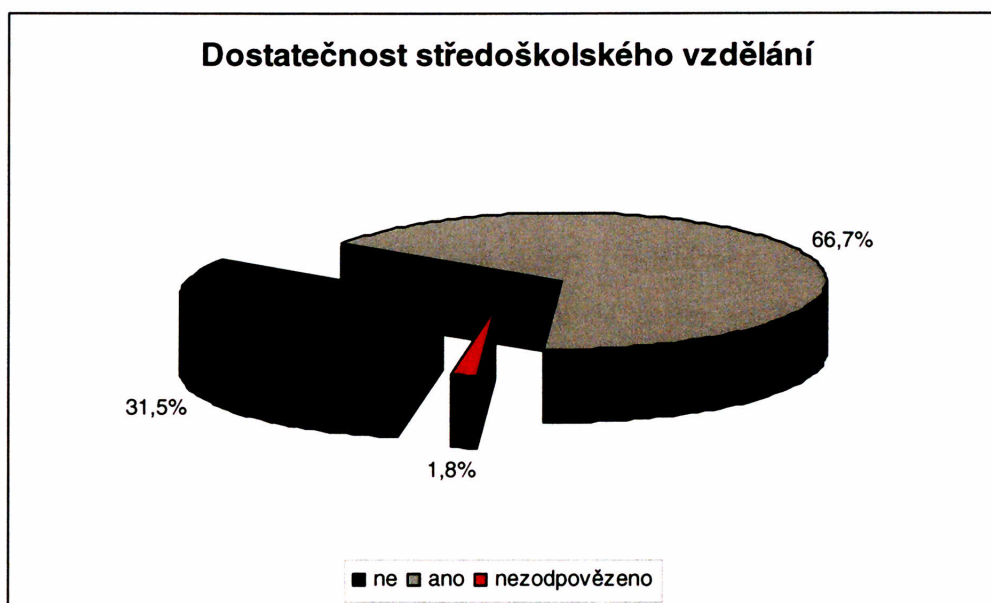


6. 1. 2 Názory na dostatečnost středoškolského vzdělání

Jednou z důležitých informací dotazníkového šetření byla otázka, zda si sestry myslí, že dosažené vzdělání je dostačující z hlediska profese. 17 tázaných (31,5 %) si myslí, že ne a jako důvod uvádí nutnost dalšího vzdělání z důvodu vývoje oboru, získávání nových informací, seznámení se s novými metodami a přístupy včetně poznatků o léčích. Je zmiňována nedostatečná výuka psychiatrie na středních školách i pocit, že sestry nemají při studiu dostatek praxe.

36 respondentek (66,7 %) si myslí, že vzdělání je dostatečné. Důvodem jsou malé pravomoci sester, dále názor, že vzdělání v rámci osnov SZŠ stačí, vzhledem k tomu, že je na psychiatrii nedostatek odborné práce a stěžejní je ošetrovatelská péče.

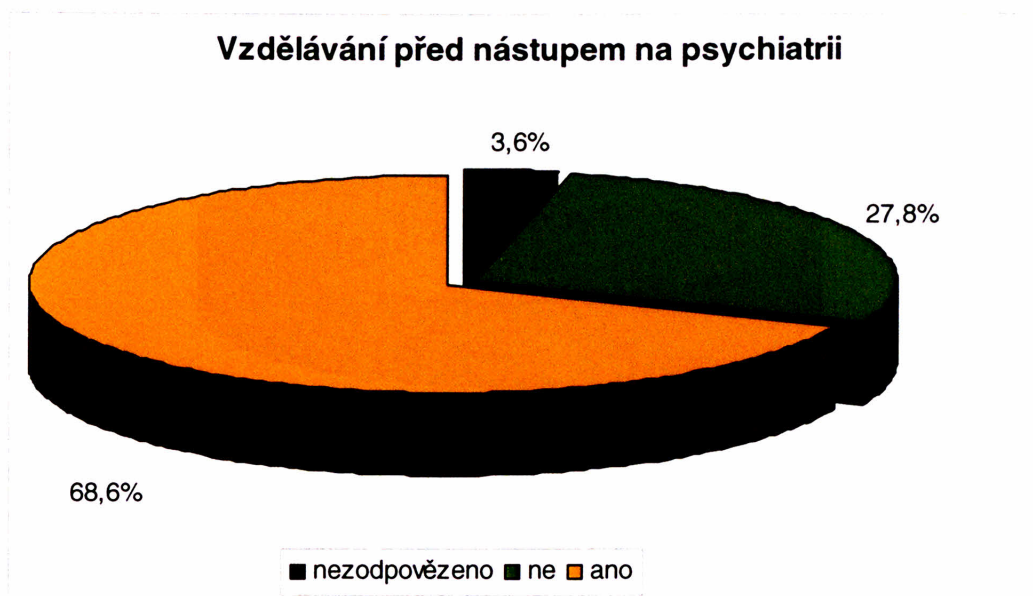
Graf č. 8



6. 1. 3 Vzdělávání před nástupem na psychiatrii

37 (68,6 %) sester se před nástupem vzdělávalo, 15 (27,8 %) odpovídajících ne.

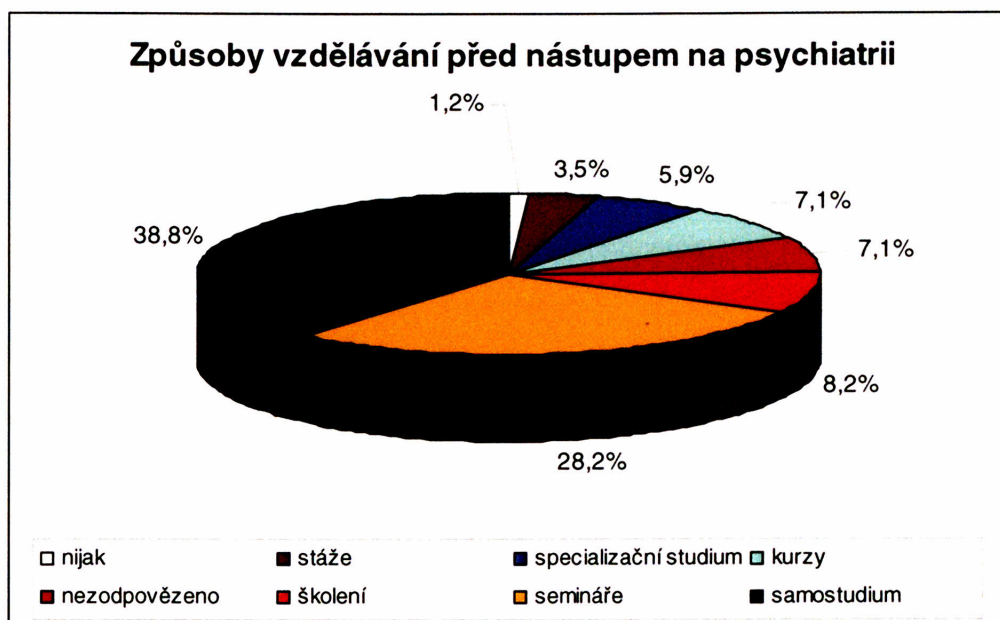
Graf č. 9



6. 1. 4 Způsoby vzdělávání před nástupem na psychiatrii

Zajímalo nás také, jak se sestry vzdělávaly před nástupem na psychiatrické oddělení. Z celkového počtu 54 sester se 33 sester (61,1 %) vzdělávalo samostudiem. Na dalším místě byly semináře, a to u 24 sester (44,4 %). Další možnosti vzdělávání byly kurzy, stáže, školení a specializační studium.

Graf č. 10



6. 1. 5 Celoživotní vzdělávání

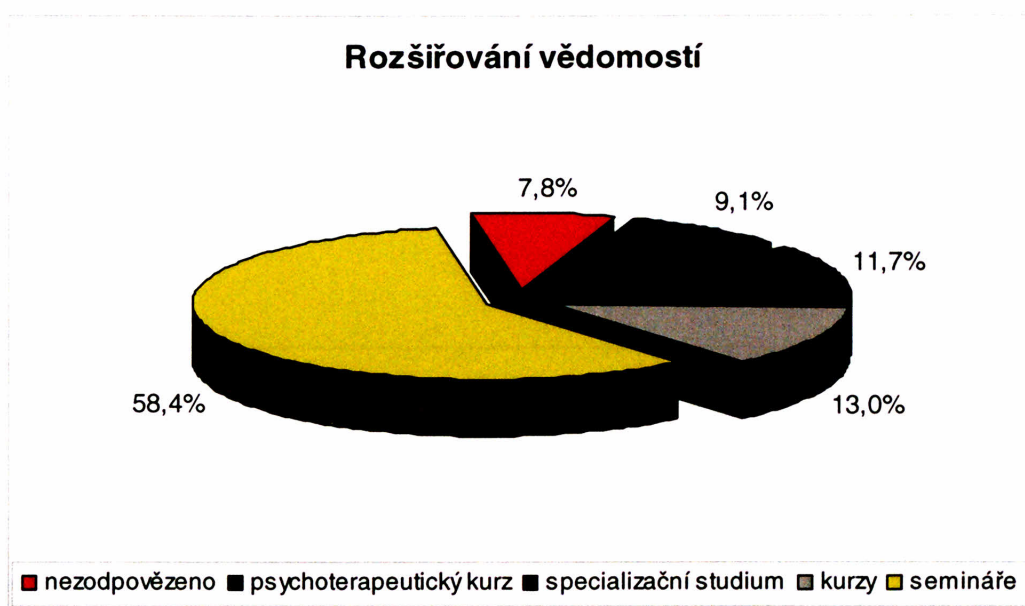
Celoživotní vzdělávání se stalo nutností snad pro každý obor. Dnešní doba klade čím dál tím větší nároky a vzdělání se tak stává otázkou společenské prestiže a předpokladem profesního a společenského uplatnění.

Na otázku, zda považují sestry celoživotní vzdělávání za nutné, odpovědělo 98 % sester kladně. Odpověď blíže nspecifikovalo 21 z nich. Ty, které odpověď zdůvodnily, uvedly jako důvod vývoj oboru, potažmo vývoj v medicíně. Jednotlivé důvody jsou svým obsahem podobné a tak termín vývoj oboru je jakýmsi zastřešujícím pojmem pro většinu jejich odpovědí. Stojí za to zmínit ty nejčastěji opakované důvody jako jsou nové možnosti v ošetrovatelské péči, nové postupy u vyšetřovacích metod, nové poznatky ve farmakoterapii a vše co se týká sesterské práce. Profesní růst se pro dnešní sestry stává prioritou.

6. 1 .6 Způsob rozšiřování vědomostí v průběhu vykonávání profese na psychiatrii

Celkem 45 (83,3 %) tázaných sester se shodlo, že nejčastějším způsobem rozšiřování vědomostí jsou semináře, na druhém místě kurzy (manažerský, pedopsychologický, kurz se zaměřením na ošetrovací proces, kurz asertivní komunikace. . .), na třetím místě je studium specializační. Psychoterapeutický kurz absolvovalo 10 respondentek.

Graf č. 11



6. 1. 7 Otázka nutnosti vysokoškolského vzdělání u sester pracujících na psychiatrii

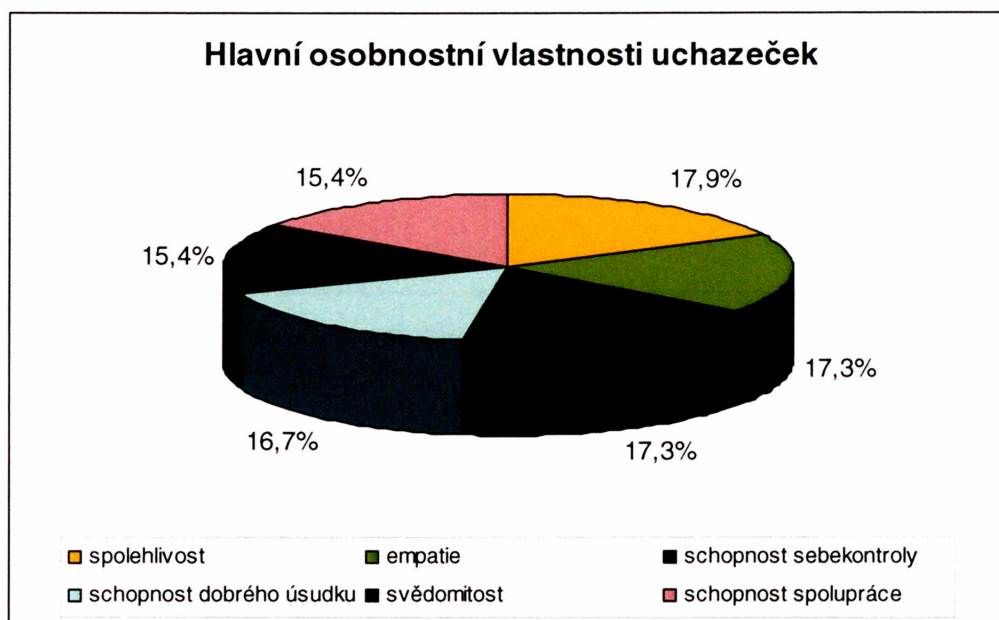
Překvapivá byla shoda v odpovědích na dotaz o nutnosti vysokoškolského vzdělání sester na psychiatrii. Pouze dvě respondentky (3,7 %) si myslí, že by ho sestry měly mít. Ti ostatní jsou přesvědčeni, že stačí specializace, středoškolské vzdělání plus praxe a hlavně zájem o obor a dobré charakterové vlastnosti. V některých odpovědích je patrná evidentní obava

z toho, že vysokoškolsky vzdělané sestry by se vyhýbaly méně atraktivním činnostem v ošetrovatelské péči.

6. 2 Osobnostní vlastnosti sestry

V dalším otázce bylo sestrám v dotazníku nabídnuto 35 možností osobnostních vlastností, ze kterých si mohla každá vybrat pět pro ni nejdůležitějších. 28 sester (17,9 %) si myslí, že nejdůležitější je spolehlivost, 27 sester (50 %) upřednostňuje empatie a schopnost sebekontroly. Schopnost dobrého úsudku zvolilo 26 sester (48 %). Svědomitost a schopnost spolupráce vybralo 24 sester (44,4 %). Ve výběru následovala citová zralost a další atributy jako jsou taktnost, smysl pro humor, schopnost dobře plnit výkony, důkladnost, tolerance a přizpůsobivost.

Graf č. 12

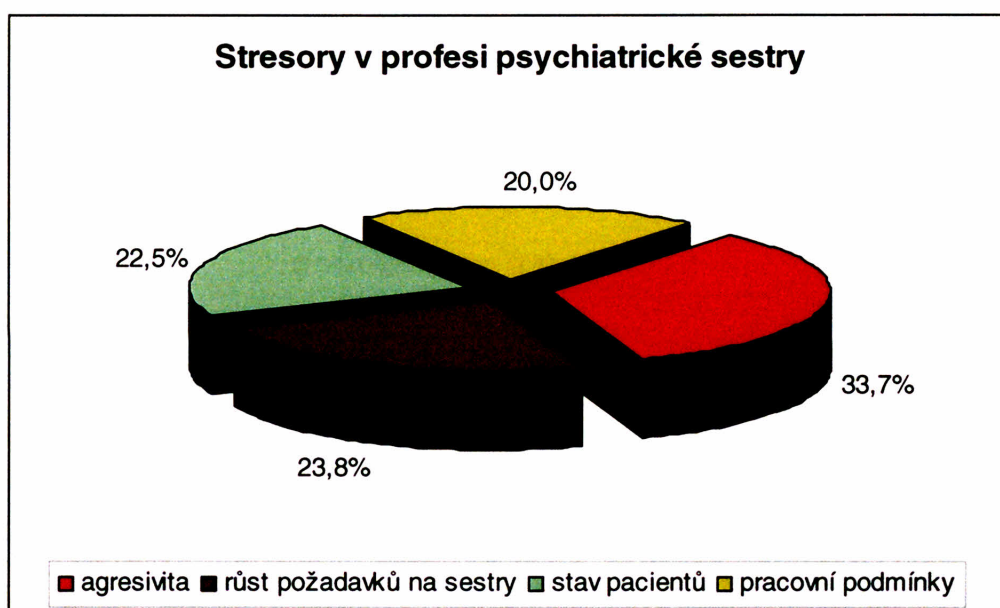


6. 3 Stresory v profesi psychiatrické sestry

Otázka číslo 14, které faktory považují sestry za stresující, zcela potvrdila mou pátou hypotézu, že nejzávažnějším stresorem v profesi psychiatrické sestry je agresivita. Pod pojmem agresivita se skrývají nejen rostoucí verbální i brachiální útoky pacientů i příbuzných samotných, ale i konflikty mezi pacienty, neshody mezi personálem, napětí mezi sestrami, falešná loajalita, nevhodné chování personálu ke pacientům.

Další odpovědi by se daly zastřešit pojmem „pracovní podmínky“. Důvodem ke stresu je nevyhovující vybavení pracovišť, služby při rekonstrukci, deprimující prostředí, velký hluk na oddělení, někdy i chaos. Za stresující pokládá řada sester růst požadavků na ně samotné, problém velkého počtu pacientů a malého počtu sester, mnoho zbytečné administrativní činnosti, vysoké pracovní nasazení a naléhavost pacientů. Protože není a ani nemůže být sestram lhostejný stav pacientů, tak pro ně bývá stresující malá pravděpodobnost jejich úplného vyléčení, špatná prognóza a někdy i jejich beznadějný stav. Ve výčtu odpovědí se objevují časté rehospitalizace, hospitalitace pacientů, kteří vůbec na psychiatrii nepatří, kdy dochází k suplování sociální oblasti.

Graf č. 13



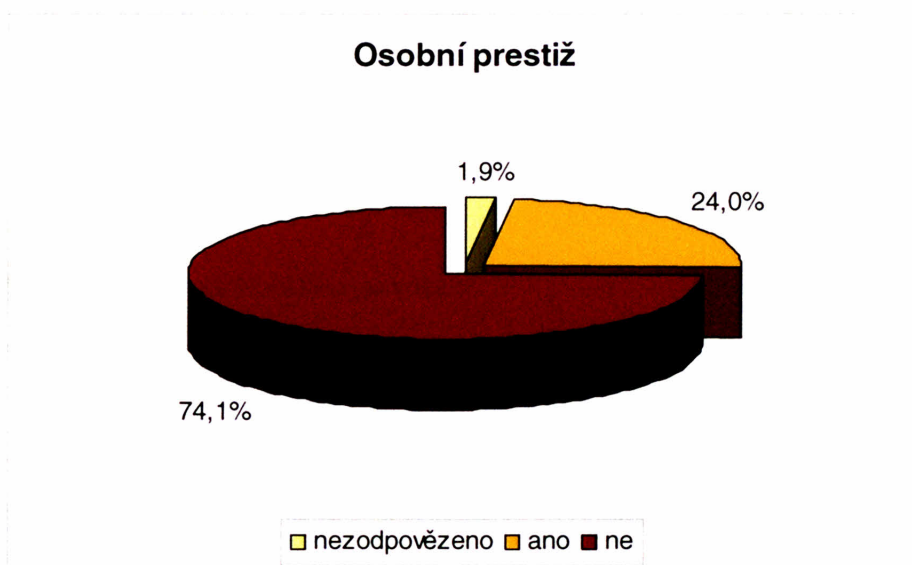
6. 4 Bezpečnost výkonu profese na psychiatrii

Co se týká bezpečnosti výkonu profese na psychiatrii, tak 35 sester (64,8 %) se domnívá, že výkon zde není pro ně bezpečný. Nejvíce se obávají zvýšené agresivity pacientů a nákaz. 11 tázaných (20,3 %) si nemyslí, že by byl výkon povolání nebezpečný a uvádí, že se chování pacientů dá předem odhadnout. Ostatní odpovědi jsou neutrální.

6. 5 Osobní prestiž

Téměř 74 % tázaných sester své povolání nepovažuje za prestižní.

Graf č. 14



6. 6 Společenská prestiž

Názor na to, jak je profese vnímána společností je obdobný. Celkem 87% sester se domnívá, že je společnost podhodnocuje.

Graf č. 15



6. 7 Spokojenost s volbou povolání

Na závěr dotazníku jsem hodnotila spokojenost sester na psychiatrii. Částečně spokojených sester je jedenáct sester (20,4 %) Nespokojené jsou 3 sestry (5,5 %), důvodem jejich nespokojenosti je nedostatečné finanční ohodnocení, stres, neatraktivnost, malá společenská prestiž a psychicky vyčerpávající práce. Nezodpovězeny zůstaly 3 dotazy (5,5 %). 68 % sester je se svou prací spokojeno. Fakt, že je většina spokojená je potěšující.

DISKUZE

„Ošetřování nemocných jest povoláním těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jednání se o ošetřování choromyslných!“

MUDr. Jan Hraše, první ředitel bohnického ústavu

Citát doktora Hrašeho dobře charakterizuje důvod, proč jsem svou bakalářskou práci věnovala oboru psychiatrické sestry.

Protože za poslední léta zaznamenala naše společnost značný nárůst psychiatrických chorob, logicky psychiatrickou pomoc potřebuje stále více a více lidí. Naše společnost by měla disponovat nejen kvalitními psychiatry, ale i psychiatrickými sestrami, které jsou schopné komunikovat s psychicky nemocným člověkem, které jsou trpělivé, chápavé a schopné respektovat občanskou důstojnost.

V předkládané bakalářské práci jsem se snažila shrnout historii oboru psychiatrické péče a vývoj vzdělávání psychiatrických sester.

V posledních letech doznala ošetrovatelská péče v psychiatrii, stejně jako v jiných oblastech péče o zdravého a nemocného člověka, mnoha změn. V souhrnu sesterských činností péče o psychicky nemocného patřila a patří k těm náročnějším. Klade vysoké nároky na osobnostní předpoklady a na samostatné kreativní činnosti. Ne každá sestra je schopna čelit nárokům na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě pacienta. Dobrá psychiatrická sestra je sociálně vyzrálou osobností, která umí komunikovat s pacientem a pro kterou není empatický postoj a navazování blízkého vztahu problémem. Těžiště práce sestry na psychiatrii je zcela odlišné od jiných oborů.

Jestliže máme posuzovat psychiatrii z hlediska atraktivnosti oboru, budou se jistě názory zdravotníků značně lišit. Tak jako ve všech činnostech, které člověk koná, tak i v medicíně jsou obory, které zdravotníci považují za velmi atraktivní a řadí je mezi zdravotnické obory s vysokou prestiží. Psychiatrie není ve srovnání s jinými obory ve zdravotnictví oceňována tak, jak

by měla. A bohužel nemá ani takovou vážnost jakou by si zasluhovala mezi samotnými zdravotníky i laiky.

Zajímalo mě, jak psychiatrické sestry samy na sobě vážnost své profese pociťují a jak se vyrovnávají s úsudkem společnosti. To, že 74 % tázaných sester nepovažuje své povolání za prestižní, nám dává výpověď o tom, jak je tento názor ve vědomí sester zakořeněný.

Sestry pociťují i nedostatečné vnímání ze strany společnosti. Celkem 87 % sester se domnívá, že je společnost podhodnocuje!

Na téma prestiže sesterského povolání proběhlo i několik výzkumů, které mohly dát částečnou odpověď, proč tomu tak je. Míru prestiže může do jisté míry ovlivnit negativní mínění veřejnosti. Ovlivnit veřejnost není vůbec těžké a shodneme se jistě na tom, že naše média mají možnost působit na veřejné mínění jak v pozitivním, tak i negativním smyslu. Vzpomeňme například na nevydařené seriály se sestrami v hlavní roli, které jistě přispěly ke snížení zájmu mladých lidí o tuto profesi.

Podle výzkumu Janouškové (2003) se diplomovaná sestra pro psychiatrii umístila na 11. místě z celkového počtu 17 povolání středních zdravotnických pracovníků. Pro zajímavost má nejvyšší prestiž diplomovaný zdravotnický záchranář, na druhém až třetím místě se zařadily diplomovaná porodní asistentka a diplomovaná sestra pro intenzivní péči.

Volba tématu mé bakalářské práce byla pro mě důležitá z hlediska zamyšlení se nad tím, co motivuje zdravotní sestry k tomu, že se pro práci na psychiatrii rozhodnou. Je to volba prvořadá či druhořadá? Z výsledků dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že skutečně z celkového počtu 45 sester (83 %), které se rozhodovaly pro práci na psychiatrii před rokem 1990, jen třetina z nich volila tento obor jako prvořadý. Sestry, které se rozhodují v současné době, považují tuto volbu za prvořadou v 50 %.

Dalším cílem mé práce bylo zjistit, jaké mají sestry na psychiatrii vzdělání na samém počátku volby této specializace, jak se vzdělávají během výkonu své profese a jakou formu dalšího vzdělávání volí.

Před nástupem na psychiatrii mělo 49 sester (90,7 %) ukončené studium na střední zdravotnické škole. Jedna měla ukončenou vyšší zdravotnickou školu a 4 sestry (7,4 %) absolvovaly gymnasium a následně střední zdravotnickou školu.

Nejčastějším způsobem rozšiřování vědomostí během výkonu praxe jsou semináře, následují kurzy a specializační studium.

Celoživotní vzdělávání považují sestry za nutné v 98 procentech.

Jedna z odpovědí se týkala názoru na potřebnost vysokoškolského vzdělání u psychiatrických sester. Jejich striktní „ne“ mě překvapilo. Čím je asi toto negativum dané? Na jedné straně voláme po vyšší prestiži, ke které by jistě vysokoškolské vzdělání sester přispělo, na straně druhé se možná obáváme toho, jak bychom v případě takového nároku mohly obstát. Možná by toto bylo další téma k zamyšlení.

Názory na osobnostní předpoklady a samotné pojmenování stresujících momentů v povolání psychiatrické sestry celou výzkumnou práci doplňují.

ZÁVĚR

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, proč se zdravotní sestry rozhodnou pracovat na psychiatrii, jaké mají vzdělání na samém počátku volby této specializace, jak se vzdělávají v průběhu vykonávání této profese, jaký mají názor na vzdělávání celoživotní a vysokoškolské. Dalším cílem bylo zjistit hlavní osobnostní vlastnosti uchazeček o výkon této specializace a stresující faktory, se kterými se sestry na psychiatrii setkávají.

Protože psychiatrie stále nepatří mezi populární medicínské obory, zabývali jsme se i tím, jak psychiatrické sestry samy vnímají vážnost svého oboru a jaký je jejich subjektivní pocit z uznání společnosti samotné.

Bylo formulováno 5 hypotéz:

- H1 - Sestry, které hledaly zaměstnání před rokem 1990, považovaly práci na psychiatrických odděleních až za druhořadou.
- H2 - Sestry, které volí tuto práci na psychiatrickém pracovišti v současné době, považují tuto volbu za prvořadou.
- H3 - Psychiatrické sestry jsou spokojené s prestiží své specializace mezi ostatními obory.
- H4 - Psychiatrické sestry nejsou spokojené s vnímáním své profese ze strany společnosti.
- H5 - Nejzávažnějším stresorem v profesi psychiatrické sestry je agresivita pacientů.

V teoretické části jsme věnovali pozornost vývoji oboru psychiatrie z historického hlediska, vzdělávání sester v oboru psychiatrie, stresujícím faktorům tohoto prostředí a povolání psychiatrických sester jako takovému.

V rámci dotazníkového šetření, které probíhalo v Psychiatrické léčebně v Praze v Bohnicích, bylo osloveno 60 respondentů. Zdravotní sestry, účastníci se vlastního výzkumu, byly osloveny pomocí průvodního dopisu přiloženého k dotazníku. Výzkumu se účastnili všechny věkové skupiny zaměstnanců na odděleních následné péče. Návratnost vyplněných dotazníků byla 90 %.

Hlavní charakteristiky sledovaného souboru.

Do výzkumu byly zařazeny sestry pracující v PL Bohnice na odděleních pro chronicky psychiatricky nemocné pacienty. Z celkového počtu 54 respondentů byli jen 3 muži. Průměrný věk všech respondentů byl 46 let. Věkový rozptyl se pohyboval mezi 20 a 65 lety.

33 (61,1 %) oslovených žije v manželství. Rozvedených sester z celkového počtu je 8 (14,8 %) a svobodných je 11 (20,3 %). Jedna respondentka stav neuvědla a jedna je ovdovělá.

Co se týká délky trvání pracovního poměru na psychiatrii v rozmezí od nástupu do deseti let na pavilonech s následnou péčí pracuje 20 sester (37 %), v rozmezí jedenácti až dvaceti let zde pracuje 16 (29,6 %) sester a dvanáct (22,2 %) účastnic výzkumu zde pracuje v rozmezí jednadvaceti až třiceti let. Z celkového množství padesáti čtyř sester oslovených dotazníkem šest sester (11,1 %) pracuje v bohnické léčebně třicet jedna až čtyřicet let.

Zjistili jsme, že 90,7 % mělo před nástupem střední zdravotnickou školu s maturitou.

Nadpoloviční většina (66,7 %) se domnívá, že mají dostatečné vzdělání.

Shledali jsme, že 37 (68,6 %) respondentek se před nástupem na psychiatrii vzdělávalo samostudiem nebo na seminářích. Celoživotní vzdělávání považuje 98 % sester za nutnost, vysokoškolské vzdělání 96,3 % sester odmítá.

Hlavní osobnostní vlastnosti pro respondenty jsou spolehlivost, empatie, schopnost sebekontroly, schopnost dobrého úsudku, svědomitost a schopnost spolupráce.

Nejzávažnějším stresorem je pro 33,7 % sester agresivita pacientů. 74 % tázaných sester své povolání nepovažuje za prestižní a 87% se domnívá, že je společnost podhodnocuje.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Hypotéza č. 2 se potvrdila částečně.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 4 byla potvrzena.

Hypotéza č. 5 byla potvrzena.

SEZNAM LITERATURY

1. BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. Brno: IDV PZ, 1996.
ISBN 80-7013-233-7.
2. BARTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-342-2.
4. DYNÁKOVÁ, Š. „Nejsme si v něčem podobní?“ *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 20, ISSN 1210-0404.
5. HOSCHL, C. *Psychiatrie*. Praha: Scientia Medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6.
6. JANOUŠKOVÁ, H. Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví. *Sestra*, 2005, roč.15, č.11, s. 22, ISSN 1210-0404.
7. JOBÁNKOVÁ, M., Bouchal, M., Hájková, J., Šopek, J. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: IDV PZ, 1996. ISBN 80-7013-209-4.
8. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství*. Brno: IDV PZ, 1992. ISBN 80-7013-123-3.
9. KLUSÁČKOVÁ, E. *Příspěvek k historii psychiatrického ošetřovatelství a vzdělávání*. Diplomová práce. Praha: 1. LF UK, 2004.
10. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*.
Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
11. LEDNICKÁ, I. Střet dvou diskurzů. In *Hledání souřadnic společného světa*.
Filozofie pro každý den : sborník. Praha, Eurolex Bohemia 2004, s. 96-119. ISBN 80-86 432-91-2.
12. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

13. MELLANOVÁ, A. *Psychologie v ošetrovatelství*.
Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-065-1.
14. PETR, T. Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče.
Sestra, 2003, roč. 13, č. 7-8, s. 69-71, ISSN 1210-0404.
15. PETR, T., MIKLÓŠ, T. *Závěrečná zpráva projektu MZČR- Restriktivní metody v psychiatrii- standardizace ošetrovatelské péče*, 2004.
16. PETR, T. Restriktivní postupy. In MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, s. 113-125.
ISBN 80-247-1151-6.
17. RAJMOVÁ, E., PETR, T. Historie psychiatrického ošetrovatelství a vývoj vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii. In MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, s. 32-37. ISBN 80-247-1151-6.
18. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996.
ISBN 80-7184-243-5.
19. TICHÝ, J. *Historie Bohnické psychiatrie v letech 1903-1972*, 13. část. Bohnice, 2000.
20. TICHÝ, J. *Historie Bohnické psychiatrie v letech 1903-1972*, 14. část. Bohnice, 2000.
21. TICHÝ, J. *Historie Bohnické psychiatrie v letech 1903-1972*, 16. část. Bohnice, 2000.
22. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, s.r.o., 2000.
ISBN 80-7178-308-0.
23. VENCOVSKÝ, E. *Počátky české psychiatrie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.
24. VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum, 1996.
ISBN 80-7184-226-5.
25. VYSKOČILOVÁ, K. Ošetrování agresivních a neklidných nemocných.
Sestra, 2003, roč.13, č.12, s.18, ISSN 1210-0404.
26. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996.
ISBN 80-7184-681-3.

PŘÍLOHY

Dotazník pro sestry pracující na psychiatrických pracovištích

Věk: _____

Stav: _____

Pracoviště (město, oddělení): _____

Dotazník pro sestry pracující na psychiatrických pracovištích

1. Co bylo hlavním důvodem, že jste začala na pracovat na psychiatrii ?

2. Studium jste ukončila jako:

- a) zdravotní sestra
- b) dětská sestra

3. Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení?

4. V kterém věku jste se rozhodla pro práci na psychiatrickém oddělení?

5. Kde jste pracovala před nástupem na psychiatrii?

6. Jaké bylo Vaše vzdělání před nástupem na psychiatrické oddělení?

- a) střední zdravotnická škola s maturitou
- b) střední zdravotnická škola + psychiatrická nástavba
- c) střední zdravotnická škola s maturitou + vyšší zdravotnická škola
- d) gymnasium + vyšší zdravotnická škola
- e) universitní studium forma bakalářská
- f) vyšší zdravotnická škola
- g) vyšší zdravotnická škola + universitní studium forma bakalářská
- h) jiné (prosím uveďte): _____

7. Považujete toto vzdělání za dostačující z hlediska požadavků profese?
(prosím, odpověď zdůvodněte)
- a) ano
 - b) ne
-
-
8. Než jste nastoupila na psychiatrické oddělení, vzdělávala jste se ?
- a) ano
 - b) ne
9. Uveďte jak jste se vzdělávala, než jste nastoupila na psychiatrické oddělení:
- a) samostudium
 - b) semináře
 - c) kurzy
 - d) stáže
 - e) školení
 - f) specializační studium
 - g) univerzitní studium forma bakalářská (všeobecné ošetřovatelství)
 - h) univerzitní studium forma magisterská management
 - i) univerzitní studium forma magisterská pedagogika
 - j) jiné (prosím uveďte): _____
10. Považujete celoživotní vzdělávání nutné z hlediska výkonu Vaší profese? (prosím, odpověď zdůvodněte)
- a) ano
 - b) ne
-
-
-
-
-
11. Jakým způsobem jste si rozšiřovala své vědomosti v průběhu vykonávání profese na psychiatrickém oddělení?
- a) specializační studium
 - b) psychoterapeutický kurs
 - c) semináře
 - d) kurzy (prosím specifikujte): _____
 - e) jiné (prosím uveďte): _____
12. Považujete za nutné, aby zdravotní sestry pracující na psychiatrických odděleních měly vysokoškolské vzdělání? (prosím, odpověď zdůvodněte)
- a) ano
 - b) ne

13. Co považujete za hlavní osobnostní vlastnosti uchazeček o výkon Vaší profese?

Vyberte, prosím, pět osobnostních vlastností, které považujete za nejzásadnější a seřad'te je sestupně dle důležitosti:

přizpůsobivost – čilost – široký rozhled – srdečnost a veselost – svědomitost – schopnost spolupráce – odvážnost – zdvořilost – šetrnost – citová zralost – schopnost těšit se a oceňovat krásu – umět se nadchnout – upřímnost – schopnost dobře přijímat kritiku – kritičnost – schopnost dobrého úsudku – nezávislost – loajálnost – pořádnost – schopnost dobře plnit výkony – fyzická vytrvalost – schopnost plánování – vynalézavost – umění respektovat autoritu – schopnost sebekontroly – smysl pro humor – empatie - stabilita – sympatičnost – taktnost – důkladnost – přemýšlivost – tolerantnost – spolehlivost – spokojenost v manželství

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

14. Které faktory považujete ve výkonu Vaší profese za stresující?

15. Domníváte se, že výkon Vaší profese je bezpečný?

16. Považujete své povolání za prestižní?

- a) ano
- b) ne

17. Domníváte se, že společnost považuje Vaše povolání za prestižní?

- a) ano
- b) ne

19. Jste s prací na psychiatrickém oddělení spokojena a proč?
