

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Profesní image sester z pohledu sester a veřejnosti

2005/2006

Bc. Tereza Stupavská

Vedoucí práce: Mgr. Iva Eislerová

Děkuji Mgr. Ivě Eislerové za odborné vedení diplomové práce a hlavním sestřám nemocnic, kde jsem výzkum prováděla. Poděkování také patří zdravotním sestřám a veřejnosti, kteří ochotně vyplnili dotazníky, ale i hospitalizovaným pacientům, kteří při rozhovoru spolupracovali.

Obhajoba diplomové práce dne: 13.6.2006

Jméno oponenta: PhDr. A. MELLANOVÁ, CSc.

Hodnocení: Práce byla obhájena.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne 28. 4. 2006.

Teuša Klupauská.....

Podpis

OBSAH:

I. ÚVOD	9
II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Co je image	11
2. Faktory ovlivňující rozvoj ošetřovatelství a jeho image	13
2.1 Náboženství, charitativní a řádové ošetřovatelství	13
2.2 Medicína	14
2.3 Války	14
2.4 Osobnosti ošetřovatelství	16
2.5 Činnost Československého Červeného kříže	17
3. Možnost vzdělání sester v minulosti a dnes	18
3.1 Řízení ošetřovatelské péče	24
3.1.2 Vznik profesních sesterských organizací	25
3.2 Registrace zdravotnických pracovníků	27
4. Sesterské uniformy	30
4.1 Obecné požadavky na pracovní oděv	32
4.1.2 Poznávací funkce pracovního oděvu	32
5. Role a kompetence sestry	36
6. Osobnost sestry	39
6.1 Sociální zralost	39
6.2 Profesionální chování sestry	40
6.3 Psychické předpoklady pro práci sestry	42
6.4 Profesionální vlastnosti sestry	43
6.4.1 Sesterské komunikační dovednosti	44
7. Profesionální adaptace a deformace	47
8. Vztah mezi ošetřovatelstvím a sesterskou profesí	49
8.1 Sesterské povolání jako profese	49
8.2. Co ovlivňuje prestiž sesterského povolání	49
8.2.1 Předchozí výzkumy prestiže povolání zdravotní sestry	50
9. Profesionální image sester	56
9.1 Profesionální hrdost	57
9.2 Strategie budování nové ošetřovatelské image	57

III. EMPIRICKÁ ČÁST	60
1. Metodika výzkumu	60
1.1 Cíl výzkumu	60
1.2 Hypotézy výzkumu	60
1.3 Použité metody	61
1.4 Organizace výzkumu	62
1.5 Charakteristika výzkumného vzorku	62
2. Výsledky výzkumu a jejich interpretace	64
2.1 Interpretace dotazníku pro sestry	65
2.2 Interpretace dotazníku pro veřejnost	83
2.3 Charakteristika cílových skupin hospitalizovaných pacientů	105
2.3.1 Interpretace rozhovorů	105
3. Ověření hypotéz	110
4. Diskuze	116
IV. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	118
V. SEZNAM LITERATURY	120
VI. PŘÍLOHY	124

Abstrakt

Tato diplomová práce je zaměřena na image sester a image ošetřovatelství, které se neustále mění už jenom tím, že se sestry nacházejí v různých rolích a v nich jsou také různě vnímány. Image se mění s časem a v každé kultuře je vnímána trochu odlišně. Ve vyspělých státech došlo ke sjednocenému pohledu na ošetřovatelství a sestry jako takové.

V teoretické části jsem se zabývala interní imagí sester a externí imagí oboru ošetřovatelství, stručně jsem popsala, co je image, faktory, které ovlivnily image ošetřovatelství, popsala rozmanitost uniforem zdravotnických pracovníků a vlastní image sestry. Také jsem se zmínila o vážnosti této profese a o vztahu profese sestry k ošetřovatelství. V jedné z kapitol jsem se věnovala strategii budování pozitivní image.

Výzkumná část mé diplomové práce byla zaměřena na zjištění image sester ze strany sester a z pohledu veřejnosti. Zajímala jsem se, zda zevnějšek sestry ovlivňuje její důvěryhodnost k nemocným, zda sestry dodržují standard pracovního oblečení a jak sestry vnímají kolegyni s piercingem, tetováním, dredy. Také mě zajímalo, jak se sestry vzdělávají a tím posilují a vytváří image ošetřovatelství. Zjišťovala jsem také, jak veřejnost vnímá v současné době skutečnou zdravotní sestru, zda veřejnost ovlivňují média, která prezentují sestru v různých rolích, jak je veřejnost spokojena s chováním sester a jak vnímá postavení profese sestry.

Výzkum, včetně strukturovaného rozhovoru, probíhal na různých odděleních v některých okresních zdravotnických zařízeních.

K budování pozitivní image sester a prestižního postavení ve společnosti je nutné, aby každá sestra prezentovala svoji profesi, aby profesi hájily sestry ve vládě, v profesních organizacích, na veřejnosti.

Klíčová slova:

Interní image sester

Externí image oboru ošetřovatelství

Body image

Uniformy sester

Vzdělávání sester

Profese a profesionální chování sester

Strategie budování pozitivní image sester

Abstrackt

This dissertation is focused on the nurses' image and nursing's image which are constantly changing because nurses play various roles and are in these differently perceived. The image is changing as the time goes and in each culture is perceived a bit differently. In developed countries is the image both nurses and nursing the same.

In theoretical field I was focusing on the internal image of nurses and external image of nursing, I shortly described what image is, factors which influenced the image of nursing, variety of medical workers' uniforms, the actual image of nurse. I also mentioned the importancy of this profession, the relationship between the profession of nurse ond nursing. In one of the chapters I focused on the strategy of building of positive image.

The research of this dissertation was focused on finding out of the nurses' image from the nurses' point of view and from the public's point of view and especially what concerns the nurse's reliable influence of patients through their appearence, about respecting the standard of working uniforms and about how the nurses perceive their colleague with piercing, tatoo, dreadlocks. I was also interested in the way nurses educate themselves and so strengthen the nursing's image. I was also finding out how public perceive a real nurse, whether are public influenced with the media which present nurse in different roles and how they are satisfied with nurses' behaviour and how they perceive the nurses' profession.

Research, including structural dialogue, was proceeded in various wards at some local hospitals.

For building of positive nurses's image and prestigious position in society is essential for each nurse to present his/her profession, to protect their rights everywhere government, professional organisations, public.

Key words

Internal image of nurses

External image of nursing

Body image

Nurses' uniforms

Nurses' education

Profession and nurses' professionl behaviour

Strategy of marking of nurses' positive image

I. ÚVOD

„*Ošetrovatelství* je intelektuální aktivita, protože v sobě zahrnuje schopnost rozhodování, které je založeno na nejlepších, nejmodernějších znalostech a výzkumech.

Ošetrovatelství je emocionální aktivita, protože vyžaduje sdílení pacientovy zkušenosti a spolupráci na společně stanovených cílech.

Ošetrovatelství je morální aktivita, protože závisí na vztahu důvěry v prostředí, kde rozhodování a výběr alternativ se neopírá vždy striktně o vědecká fakta.

Ošetrovatelství je také politická aktivita, protože hraje důležitou roli v přidělování zdrojů v situacích, kde se požadavek často neshoduje s uspokojením potřeby nebo kde je požadavek dokonce daleko vyšší, než naše možnost jej uspokojit.“

(56, str. 340)

Citát americké společnosti vystihuje, že ošetrovatelství je v současnosti velmi náročný obor v přívalu teoretických znalostí, znalostí technických při ovládnutí různých přístrojů. To vše vyžaduje racionální přístup s intelektuálním nadhledem.

Ošetrovatelství při plnění cílů vyžaduje spolupráci obou stran, sestry i pacienta, dávku citu a kus svého já při vlastním ošetřování nemocných.

Ošetřování nemocných se neobejde bez důvěryhodného vztahu – opravdového skutečného vztahu, nebo také představě někoho, kdo dává sám sebe. Nelze opomenout ani přátelský vztah v ošetrovatelském týmu vzájemnou spolupráci a značnou dávku etiky včetně profesionálního chování.

Poslední částí citátu rozumím tak, že ošetrovatelství se stává politickou aktivitou v momentě, kdy je potřeba velkého počtu sester, v místě katastrof či jiných tragických událostí. Potřeba sester je pak záležitostí a vystupováním profesních organizací a vlád, kteří mají určitou moc.

Interní image sestry a externí image ošetrovatelství v dnešní době je jedno z témat, které slyšíme častěji než dříve. Je to tím, že české sestry při vstupu do EU usilují o vytvoření takové image, která by byla srovnatelná s imagí sester a ošetrovatelstvím v ostatních zemích Evropy.

My, zdravotníci, bychom se o toto téma měli zajímat podrobněji, a to nejenom z profesionálního pohledu, ale také z pohledu veřejnosti.

Každý z nás, každá sestra má svoji image-dojem, svůj obraz o sobě, ne každý však vždy chápe její smysl. Všichni o svoji interní image dbáme, smýšlíme o sobě,

provádíme vlastní sebehodnocení, vážíme si sami sebe. Image je spojená s naším zevnějškem, s tím, jak vypadáme tělesně, jak se oblékáme, a jaké je naše chování na veřejnosti. O externí imagi mluvíme v situaci, kdy sama veřejnost si všímá a pozoruje sestry při práci, při chůzi po chodbách, při komunikaci verbální či neverbální. Sestry samy jsou součástí image každého zdravotnického zařízení. Každá společnost vnímá image sestry trochu odlišně.

Člověk v dnešní moderní společnosti o svůj zevnějšek pečuje, někdy je jeho péče dokonce přehnaná, a pak záměrně zcela mění svoji image. Domnívám se, že i sestry si myslí, že toto je podstata image, tedy pouze změna tělesná. Není to jediné, co do skutečné image patří. Je potom náročné propojit souvislosti externí image ošetrovatelství a interní image sester. Snad jediné, co je všem společné, je princip změny jako takové.

Toto téma jsem si vybrala také proto, že jsem se sama chtěla zorientovat jak v problematice interní image sester, tak i externí image ošetrovatelství. Zajímalo mě, jak tuto problematiku vnímá veřejnost.

Ve své práci bych chtěla nejdříve popsat všeobecné poznatky o imagi, a také faktory, které ovlivnily rozvoj ošetrovatelství a jeho image. Zmíním se o možnostech vzdělání sester v minulosti a dnes, o sesterních uniformách, o roli a osobnosti sestry, o jejich profesionálním chování, o možnostech profesionální adaptace a deformace. Zdůrazním vztah mezi ošetrovatelstvím a sesterní profesí a samozřejmě nezapomenou na profesionální image sester. Pomocí dotazníků zmapuji situaci ve vybraných zdravotnických zařízeních, budu sledovat, jak různou image sester vnímá veřejnost a jak taková sestra působí na své kolegyně. Výzkumnou část doplním strukturovaným rozhovorem s hospitalizovanými pacienty.

Chtěla bych se věnovat i sesterním uniformám, protože různorodost (rozmanitost) uniforem zdravotnických pracovníků vnáší někdy chaos v situacích, kdy nevíme, zda jsme oslovili lékařku, zdravotní sestru, pomocnici či uklízečku. Věnovat se budu také osobnosti sestry, převážně profesionálnímu chování, psychickým vlastnostem sestry a předpokladům pro vykonávání profese zdravotní sestry. Tato část je velmi důležitá pro sestry jako nositelky profese. Zmíním se o sesterním povolání a jeho prestiži. A nakonec se zmíním o jednotlivých krocích, které jsou součástí budování nové ošetrovatelské image každé zdravotní sestry.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Co je to image

Pojem image se do češtiny překládá jen velmi obtížně. Význam slova image nejlépe vystihují výrazy obraz, pohoda, představa, idea, celková prezentace, vnější působení, celkový dojem na veřejnost, symbol, ale také koncepce podobenství. (27)

Sociologicky to znamená představu hodnoty, kterou člověk přisuzuje sobě či jiným. Image je modní slovo, image je falešná představa o někom, kterou si lidé buď sami nebo řízením toho, koho se týká vytvořili. (32)

Naučný slovník uvádí podobu imago. V psychologii to znamená zvnitřněná postava životně významné osoby, nejčastěji rodičů, která se utvořila v raném dětství a nevědomě přetrvává v psychické struktuře jako výrazný motivační činitel. V současné době se používá i anglický ekvivalent „image“. (29, str. 418)

Slovo image souvisí s dalším termínem body. Tedy body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. (12, str.11)

Naše image není jen to, jak nás vidí druzí, ale jak se vidíme my sami.(43, str. 14)

Naše tělo dokáže komunikovat beze slov. Tělo je tedy prostředkem komunikace. Prostřednictvím těla vstupujeme do sociální komunikace (řeč těla) a podáváme důležitou výpověď o sobě (např. k příslušnost k rase, pohlaví, věku). Člověk je při své komunikaci verbální i neverbální vystavován pohledu hodnocení druhých osob. Jeho tělo i oblečení je posuzováno s jinými lidmi i se stávajícím ideálem, prezentovaným především masmédií. Tělo je „naší vizitkou“. Člověk se o své tělo stará, snaží se o ně pečovat, formovat je, měnit je rozličnými prostředky, třeba i kosmetickou plastickou chirurgií. (17)

Každý člověk si vytváří, ať už si uvědomuje či ne, svoji image – svůj obraz o sobě, dojem, který vyvolává u ostatních. První dojem bývá většinou vizuální, ty další člověk vytváří svým chováním a postojem. Stejně jako jednotlivci svoji image mají i určité skupiny a profese, např. policisté, letušky atd. (42)

To, co žene člověka ke krokům, kdy má snahu změnit svoji image, je pocit sebeuvědomění se. Osobní image vytváří vnímání sama sebe, jak jsem vnímaný okolím, jakou image po mě okolí vyžaduje. (42)

Jak už jsem se zmínila, image není pouze vnitřní obraz, ale také dojem, symbol, koncepce.

Svoji image, externí i interní, má i obor ošetrovatelství. Interní image je individuální pohled sestry na sebe sama a na ošetrovatelství jako profesi. Externí image rozumíme, jakým způsobem vnímá veřejnost, ošetrovatelství a sestry, legislativní orgány a média, a jak prezentuje image sestry zdravotní škola. (40)

Budou-li se sestry vnímat jako profesionálky, vybudují si v sobě zdravé sebevědomí, uvědomí si profesionální hodnotu a své problémy začnou aktivně řešit formou celospolečenských diskuzí a vyjednávání. (53)

2. Faktory ovlivňující rozvoj ošetřovatelství a jeho image

2.1 Náboženství, charitativní a řádové ošetřovatelství

Současná role a postavení sester v ošetřovatelství mají své kořeny v minulosti. Velký vliv na vznik ošetřovatelství mělo náboženství. Lidé věřili, že talisman, amulet, totem, uctívání předků, víra v existenci duchů a bohů může ovlivnit osud člověka. Lidé se domnívali, že je napadají zlí duchové a způsobují jejich nemoc. Snažili se duchy udobřit. Na zaplazení nemoci nebo její léčení vyvinuli šamani různé rituály. Uctívání bohů se postupně soustředilo do chrámů, kde se kněží modlili za vyléčení nemocných. Kněží tak vešli v povědomost jako kněží – lékaři.

O nemocné, kteří zůstali v chrámu se starali chrámoví sluhové. (50, str. 9)

Charitativní a řádové ošetřovatelství se začíná rozvíjet od raného středověku. Je spojeno se šířením křesťanství. V 1. stol. n. l. vedla křesťanská víra mnoho osob k tomu, aby navštěvovaly a ošetřovaly nemocné. Křesťanská láska byla věřícími vyjádřena zejména životem v pokoře a chudobě, milosrdenstvím a pomoci bližnímu. Takto orientovaní lidé se postupně sdružovali do skupin. Z nich pak postupně vznikaly v kláštřech mnoha zemích první křesťanské řády, a to jak mužské, tak i ženské. Ošetřování tělesně i duševně nemocných prováděli mniši a jeptišky. V 10. stol. n. l. na území Prahy vznikaly první hospice, útulky pro chudé, nemajetné a nemocné osoby. (50, 51)

Velkou postavou raných počátků českého ošetřovatelství byla Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava I. Založila v Praze několik klášterů – první v roce 1233 U sv. Haštala, kde byl také umístěn špitál. Založila také v roce 1237 špitální bratrstvo vycházející z ideálů chudoby sv. Františka z Assisi, které bylo uznáno papežem za samostatný řeholní řád Křížovníků s červenou hvězdou. Sv. Anežka byla první ženou, která založila mužský řád i první ženou, která založila český ošetřovatelský řád. Celý svůj život věnovala pomoci chudým a nemocným. Dokonce se traduje, že napsala první pokyny, jak v kláštře ošetřovat chudé a nemocné. V prvních letech měla Anežka správu nad bratrstvem i špitálem. Později vše předala do rukou křížovníků, aby mohla zachovávat řeholi ukládající přísnou chudobu. Je právem pokládána za patronku českého ošetřovatelství. (44)

Představitelkou charitativního ošetřovatelství byla Zdislava. Zdislava se věnovala hlavně své rodině, ale také charitativní práci. Společně se svým manželem založili klášter v Jablonném v Podještědí a později v Turnově pro kazatelský řád sv. Dominika. Zdislava docházela k chudým, nemocným a k těm, kteří potřebovali její pomoc.

Přicházela k lůžkům umírajících, kde jim věnovala velkou péči. Zdislava zemřela velice mladá ve 33 letech na hradě Lemberku. Její tělo bylo uloženo do hrobky dominikánského kláštera sv. Vavřince v Jablonném. V roce 1995 došlo v Olomouci k jejímu svatořečení. Nedaleko jejího místa narození (Křižanov na Moravě) je v Mostišťích malá nemocnice, která je podle ní pojmenována Nemocnice Svaté Zdislavy. (51)

Další řády, které se věnovaly opatrovnické a ošetrovatelské péči, byly boromejky, johanitky, alžbětky, milosrdní bratři. Boromejky dodnes provozují ošetrovatelskou péči v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Diakonky, příslušnice protestantských řádů, docházely za nemocnými do jejich domovů, kde se o ně staraly. Opatrovnická služba v domovech i ve špitálech byla velmi těžká, ale byla vykonávána s velkým zaujetím. (50)

2.2 Medicína

Dalším důležitým momentem, který ovlivnil postavení ošetrovatelství byl rozvoj medicíny. Na rozvoj medicíny v Evropě měla vliv medicína starořecká. Mezi nejznámější osobnosti starořecké medicíny patří Hippokrates a Galén. (20)

Klášteří medicína uplatňovala převážně léčbu medikamentózní. Důležitou součástí léčby byla léčba pomocí správné životosprávy, včetně stravy. Současně s poskytováním péče o nemocné rostl i zájem o získávání odborných informací. Lékaři pořádali na lékařské fakultě přednášky nejen pro zájemce, kteří se dále vzdělávali v medicíně, ale i pro zájemce věnující se opatrovnické činnosti. Souběžně s rozvojem vojenského zdravotnictví docházelo k rozvoji chirurgie, hygieny a epidemiologie. Tento rozvoj pozvolna zasahoval do potřeby nového typu role ženy – pomocníka lékaře. (20)

2.3 Války

Války měly vždy velký vliv na rozvoj ošetrovatelství. Velké množství raněných vojáků, hromadné infekce v důsledku špatných hygienických podmínek lazaretů a nedostatečné znalosti zdravotnického personálu vyvolávaly zvýšenou potřebu lékařské a ošetrovatelské péče. (13)

Ve starověku se o nemocné a raněné vojáky starali otroci. Římané o zraněné vojáky pečovali ve svých dobře organizovaných lazaretech. Křižácké výpravy v letech 1095 – 1121, vedené západními Evropany proti muslimům za účelem znovuzískání Svaté země, vedly k vytvoření dobře organizovaných vojenských ošetrovatelských řádů. Tyto řády vybudovaly mnoho lazaretů, v nichž byli ošetřováni

nejen vojáci, ale i poutníci. Ošetřovatelství jako poslání se kombinovalo s přísnými vojenskými pravidly. Patří sem přísná morálka, lékařské vizity, způsob uspořádání ošetrovacích jednotek s velkými pokoji pro lehčí pacienty, postranními pokoji pro vážnější pacienty a boxy pro pacienty v kritickém stavu. (50, str. 13, 44)

Během třicetileté války (r. 1618 - 1648) obyvatelstvo živořilo, lidi postihly epidemie a celkový stav země byl velmi zbídačený. Zanikly mnohé špitály. Teprve v osvěcenské době vlivem tereziánských a josefínských reforem došlo k výraznému pokroku ve zdravotní péči. Jedním z pokrokových prvků bylo zlepšení hygienických pravidel. Od poloviny 18. století byly při lékařských fakultách zakládány první všeobecné nemocnice v Brně, v Olomouci, v Praze. (20)

Pracovní náplň tvořila péče o nemocné a zajišťování chodu celého komplexu. Délka pracovní doby byla určena potřebou nemocnic. Po skončení pracovní doby mohl nemocnici personál opustit jen na zvláštní povolení. Personál sdílel s nemocnými nejen nemocniční pokoje, ale i stravování. V nemocničních pokojích byla postavena lůžka vedle sebe na vzdálenost dvou střeviců. Mezi lůžky byly otevřené skříňky pro potřeby nemocných, nad lůžky černé tabulky s čísly nemocných a poznámkami, týkající se léčby. Svítilo se olejem, topilo se dřívím. Nemocní jedli z cínových talířů. Na pokojích bylo až 29 lůžek. (20, str. 7)

Personál v nemocnicích podléhal čelednímu řádu (1886), podle něhož byla pracovní doba neomezená. Při zanedbání služby byla žena, která se starala o nemocné trestána. Byla jí stanovena peněžitá pokuta a zakázány vycházky. Každá žena, která chtěla toto povolání vykonávat, musela být svobodná. Přesto byla tato pracovní příležitost pro ženy vnímána jako pozitivní, protože v zemi byla bída a hlad. O oprávněné volno musel personál žádat písemně lékaře, někde dokonce ředitele nemocnice. Propustky, tzv. pasírky nemusely být vždy schváleny. Na pasírkách byla přesně stanovena doba odchodu a návratu do nemocnice. Při nedodržení stanovené doby nastal zákaz vycházek na tři týdny. (20)

Péče o nemocné v nemocnici byla sice zajištěna, ale personálu chybělo odborné vzdělání. V 2. pol. 19. stol. došlo k silnému emancipačnímu hnutí, které ovlivnilo možnost začít se odborně vzdělávat. (18)

2.4 Osobnosti ošetrovatelství

Průkopníky vzdělávání civilního ošetrovatelského personálu byli ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov a anglická ošetrovatelka Florence Nightingalová. V době Krymské války (1854-1856) N. I. Pirogov zdůrazňoval uplatnění ženy jako ošetrovatelky na bojišti. Jeho zásluhy jsou především v medicíně. Zasloužil se o rozvoj válečné chirurgie, zavedl narkózu a sádrové obvazy, bojoval proti nešetrným amputacím. Své poznatky shromáždil do svých knih. Napsal knihy o éterové narkóze, o válečné chirurgii. (44)

Florence Nightingalová (1820 - 1910) uplatňovala stejné úsilí jako Pirogov na straně západní. Je zakladatelkou a reformátorkou profesionálního ošetrovatelství. Podílela se na rozvoji vzdělávání ošetrovatelky a na reformách ve vojenském zdravotnictví. Proslavila se nejenom jako ošetrovatelka v Krymské válce, ale i svým kritickým, nekompromisním postojem vůči sociálním a zdravotním poměrům všude tam, kde působila především v Anglii. Zasloužila se o vznik první ošetrovatelské školy v Londýně v roce 1860, která se stala vzorem pro ostatní země. Od této doby začaly být ošetrovatelky systematicky vzdělávány. Ošetrovatelství se stalo z charitativní služby odborným a hluboce lidským povoláním. (20, str. 8, 9).

Sestry F. Nightingalové byly laiky vnímány jako andělé milosrdenství. Při své mnohostranné činnosti však nebyla vždy jen uznávána, setkávala se i s negativními projevy. Florence byla velmi vznešenou, morální, hluboce věřící ženou z vysoké společenské vrstvy. Dostalo se jí vysokého vzdělání, řídila a školila ostatní sestry. Byla výzkumnou pracovnící i advokátkou svých pacientů. Dokázala bojovat proti nepochopení lékařů, byla cílevědomou ženou s velkým úsilím. Z doby svého působení na Krymu byla nazývána „dáma s lampou“, protože každý večer obcházela raněné, aby se přesvědčila, jak se jim daří. V Anglii však byla známá jako „dáma s kočkami“. (11)

Život F. Nightingalové byl plný rozporů. Milovala děti, ale protože zůstala sama a nenašla ideální partnerství, všechn svůj cit přenesla na zvířata, která velmi milovala. Ve svém deníku psala o kočkách jako o lidech, srovnávala je s nimi a přenášela na ně lidské vlastnosti. V domě, kde v Anglii žila, chovala Florence přibližně 60 koček a kocourů, všechny měla pojmenované. O Florence se vypráví, že dovedla zvířata hypnotizovat, a tím k nim získala bližší vztahy než k lidem. Florence byla ke konci života těžce nemocná, žila ve svém domě – v pokoji, kde byla až nepřirozeně spjatá se svými kočkami. Údajně ke konci života neopustila svůj pokoj, stejně jako její milované kočky. F. Nightingalová byla bezesporu výjimečnou osobností v pozitivním či negativním slova smyslu. (11, str. 20)

2.5 Činnost Československého Červeného kříže

K rozvoji ošetřovatelství přispěl Henri Jean Dunant založením mezinárodního Červeného kříže (1864). Tato organizace zajišťovala první pomoc raněným, odbornou přípravu ošetřujících osob. H. J. Dunant se zasloužil o založení národních společností Červeného kříže, které byly v různých zemích ustanoveny. Po první světové válce byla ustavena Liga Červených křížů jako světová unie s cílem pracovat na poli sociálně zdravotním. V Čechách byl Červený kříž založen v roce 1868. Jeho hlavním úkolem bylo zajišťovat odbornou přípravu opatrovnic pro službu v rodinách a ve špitálech. Československý Červený kříž (dále ČSČK) se zakladatelkou a předsedkyní Dr. Alicí Masarykovou (1919) nabízel sestřím kurzy zaměřené na zdravotní výchovu, boj proti nemocem, výcvik odborného personálu a výchova dorostu na školách. V této době se začínala rozvíjet dobrovolná sociální péče. (Počátky komunitního ošetřovatelství, vznik zdravotních stanic a poraden, př. poradna „Naším dětem“). (20)

Velký zlom nastal r. 1940. ČSČK byl na našem území zrušen. Téměř veškerý majetek ČSČK se stal majetkem Červeného kříže německého. V Anglii a v Londýně však po celou dobu okupace Československa ČSČK působil. Pečoval o uprchlíky a vyškolil řadu žen v ošetřování nemocných. Po druhé světové válce se ČSČK snažil své aktivity obnovit a, investoval finance při zřízení Vyšší ošetřovatelské školy (1946). V 50. letech 20. stol. dochází k velkým změnám. Sestra se ocitá v ordinacích lékaře, ustupuje její profesionální samostatná činnost. Na počátku 90. let 20.stol. se znovu objevuje samostatná profesionální role sestry, sestry v domácí péči.

Pozitivní vliv a činnost Červeného kříže znovu sílí v 90. letech a tento trend přetrvává do současnosti. (20, 44)

3. Možnosti vzdělávání sester v minulosti a dnes

V 2. pol. 19. století české ošetřovatelství bylo velmi silně ovlivněno emancipačním, a národnostním hnutím. V roce 1874 vznikla první ošetřovatelská škola v Rakousku-Uhersku, a to v Praze. O vznik první české ošetřovatelské školy se zasloužila především Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. (50, str. 17)

Obě spisovatelky byly členky Ženského výrobního spolku, jehož hlavním posláním byla výchova žen k určitému povolání. Škola neodpovídala představám o školách, které známe dnes. Šlo spíše o organizovanou odbornou výuku podle učebního plánu a osnov ve formě krátkodobých kurzů. Délka jednoho kurzu ve škole byla zpravidla několik měsíců. Praktická část probíhala v městském chorobinci v Praze na Karlově. Tím se začíná měnit organizovaná opatrovnická činnost v činnost ošetřovatelskou. Výuku zajišťovali lékaři a univerzitní profesori na lékařské fakultě Karlovy univerzity. Přednášela se tělověda, zdravotní věda, teorie ošetřování, obvazování chirurgické, první pomoc při náhlých onemocněních a úrazech, ošetřování dětí a příslušná obsluha lázeňská. Přednášky a kurzy byly určeny pro personál, který pečoval o nemocné. Profesor MUDr. Bohumil Jan Eiselt (1831 – 1908) aktivně školil sestry na své interní klinice. Sestrám se tak dostalo výborného teoretického i praktického výcviku. Ty se pak osvědčily zvláště při chorobách infekčních. Profesor Eiselt práci sester ctil, o sestrách hovořil jako o hrdinkách. Škola z finančních důvodů neměla dlouhého trvání a po několika kurzech zanikla. (54)

Později vznikaly další ošetřovatelské školy. V roce 1881 došlo k založení státní ošetřovatelské školy ve Vídni chirurgem T. Billrothem. Tuto školu navštěvovaly pouze německé sestry. (20)

Teprve v roce 1914 byla založena v Praze česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola, která však byla otevřena až v roce 1916 a která fungovala i po skončení první světové války. První ředitelkou byla Sylva Macharová. Škola měla vysokou odbornou úroveň a absolventky získaly titul diplomovaná ošetřovatelka. K vybudování školy byly v roce 1918 pozvány do Prahy tři zkušené americké sestry Kacena, Sentel v čele a Parsons. Vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky a postupně zacvičily pro práci sester učitelek – instruktorek praktického vyučování první absolventky této školy. Nemocnice v té době zaměstnávaly řeholní sestry, opatrovnice, ošetřovatelky bez kvalifikace a školené diplomované sestry. (20, 50)

Po první světové válce byla sestra vnímána jako „děvče pro všechno“, oddaná služebná, ochotná, skromná. Tato deprofesionalizace byla výsledkem podmínek

v edukaci sester, které získávaly své vzdělání v nemocnici, kde současně sloužily jako levná pracovní síla. (56)

První absolventky Státní ošetrovatelské školy založily již v roce 1921 Spolek absolventek školy ošetrovatelské (dále SAŠO), který se v roce 1928 přejmenoval na Spolek diplomovaných sester (dále SDS). Spolek pořádal přednášky, kurzy, čímž pozitivně ovlivňoval veřejnost. V roce 1933 byl SDS Československé republiky (dále ČSR) přijat do Mezinárodní rady sester (dále ICN). O čtyři roky později začal vydávat svůj odborný časopis Diplomovaná sestra. (50)

Absolventky ošetrovatelské školy navázaly společné kontakty, které jim umožnily určitou finanční podporu, ale především zvyšovaly společenskou prestiž ošetrovatelek a jejich profese. Sestry intenzivně pracovaly také v terénu. Největší rozvoj nastal v době mezi první a druhou světovou válkou. Sestry pro práci v terénu byly připravovány v Praze na Vyšší sociální škole, která svou aktivitu zahájila v roce 1918. Vyškolené sestry zakládaly poradny, ve spolupráci s ČSČK zavedly ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách (OZSR). Samostatná terénní péče po roce 1948 zanikla a teprve až v 90. letech začaly sestry opět samostatně pracovat v terénu. (20)

Během druhé světové války byla sestra vnímána jako hrdinka, která má jasně definovanou roli a která má možnost racionálního rozhodování. (56, str. 335)

Situace v nemocnicích byla naléhavá. Po odsunu německých lékařů a německých ošetrovatelek se ještě prohloubil nedostatek zdravotního personálu. To vše bylo prohloubeno uzavřením vysokých škol a nedostatkem škol pro ošetrovatelky. Nemocnice samostatně organizovaly odborné rychlokurzy, které sloužily pro poskytování nejzákladnější péče v nemocnici. Ošetrovatelský personál včetně řádových bratří byl vítán. V nemocnicích se sloužilo podle situace, nové síly byly přiřazovány ke zkušenějším sestrám. Zdravotnická zařízení většinou zaváděla systém elévek, kterým byly v relativně krátkém čase svěřovány samostatné služby. Elévka byla kandidátka ošetrovatelství, která vyhovovala podmínkám pro přijetí do ošetrovatelské školy a měla být školou vybírána. Počet škol pro ošetrovatelky vzrostl v roce 1946 na 32. Ošetrovatelství potřebovalo vyšší odbornou přípravu pro zodpovědnější a specializovanější práci. Reakcí na tuto situaci bylo otevření jednoleté Vyšší ošetrovatelské školy v Praze v roce 1946. Tento typ studia poskytoval specializační pedagogické vzdělání sestrám učitelkám na ošetrovatelských školách. Ve druhé větvi připravoval vrchní sestry pro řídicí práci v ošetrovatelství. (50).

Společnost po druhé světové válce sestry viděla v roli matky. Sympatizující, obětavé, pasivní, ještě se stále vysokým statutem. (56, str. 335)

Po únorových událostech r. 1948 se situace značně změnila. Zanikly ošetřovatelské školy, z vedoucích míst byly odvolány diplomované sestry, došlo k potlačení všech vnějších stavovských znaků ošetřovatelské praxe. O profesní kvalitě sester rozhodovaly výbory komunistické strany na pracovišti a v místě bydliště. Zájmové a profesní organizace byly pro tehdejší režim nežádoucí. Ošetřovatelství se instrumentalizovalo a stalo se servisní službou lékařské péče. Ošetřovatelská péče se zaměřila na pečlivé provádění výkonů, na zajištění lékařských ordinací a provozu pracovišť. Lidský aspekt kontaktu s nemocným a respektování jeho rovnoprávnosti v rozhodování a účasti na vlastní péči byly zpravidla nahrazeny dominantním postavením zdravotníka nad submisivním pacientem. (50, 45)

Sestry přestávaly pracovat samostatně, klesla společenská prestiž profese a pocit, že jsou významným faktorem při jejím utváření. (45)

Ošetřovatelské školy byly sloučeny s rodinnými a sociálními školami a po vzoru Sovětského svazu vznikl hybrid středních odborných škol. Školy byly přejmenovány na Střední zdravotnické školy. K náročnému povolání se začala připravovat sociálně nezralá mládež. (50, str. 21)

Žáci byli na střední zdravotnickou školu (dále SZŠ) přijímáni již ve 14-15ti letech, studium trvalo čtyři roky. Žáci SZŠ nebyli ještě sociálně zralé osobnosti, jejich chování a reakce často neodpovídaly chování profesionálů. Praktické vyučování v nemocnici vyžadovalo od žáků adekvátní řešení situace, míru sociální citlivosti, empatie, komunikační dovednosti a míru zodpovědnosti k nemocným. Někteří žáci po ukončení studia ze zdravotnictví úplně odcházeli. Ti, kteří zůstali, začali velmi brzy trpět profesionální deformací. (50)

Základní profesní příprava sester pro praxi nestačila. Tato situace si vynutila v roce 1960 vznik Institutů pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě se zaměřením na specializační studium sester v řadě oborů. Činnost institutu byla převážně zaměřena na další vzdělávání středně zdravotnických pracovníků (dále SZP) a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví s cílem plynulého zvyšování jejich odborné a etické úrovně. (50)

Studijní plány byly schváleny 14. června 1960 v Praze 1960 a bylo rozhodnuto, že se od školního roku 1960/1961 otevře dvouoborové vysokoškolské studium psychologie-ošetřovatelská technika. Bylo to první vysokoškolské studium pro sestry ve střední Evropě. Organizačně bylo studium přiřazeno na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy (dále FF UK), iniciátorem a propagátorem byla Fakulta všeobecného lékařství (dále FVL) UK v Praze, garantem studia byl PhDr. Jan Čáp. Výuka předmětů oboru

ošetřovatelská technika probíhala na III. interní klinika FVL UK, pod vedením MuDr. Vladimíra Pacovkého.(16)

Obor psychologie-ošetřovatelská technika byl čtyřletý, značně náročný. V roce 1963 byl přepracován celý učební plán, studium bylo dálkové pětileté, obor ošetřovatelská technika byl zaměřen na obor péče o nemocné. (16)

Od roku 1971 byla psychologie z hlediska širšího uplatnění v praxi nahrazena pedagogikou. Studium trvalo šest let. (16)

Ve školním roce 1980/1981 bylo na FF UK otevřeno řádné pětileté studium pod názvem „Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy,“a to i přes to, že návrh na toto studium byl podán již v květnu r. 1997 M. Staňkovou a MuDr. Neuwirthem. Od tohoto roku probíhalo již otevřené dálkové studium pod stejným názvem jako denní. (16)

V roce 1986 byla přepracována dosavadní koncepce obou forem studia a od školního roku 1986/1987 se otevřelo pouze dálkové studium pedagogika- ošetřovatelství. Denní studium zůstalo stejné. 16)

V polovině 80. let se objevila potřeba vysokoškolsky vzdělané sestry v oblasti organizace a řízení práce středních zdravotnických pracovníků a ošetřovatelské péče. Ve školním roce 1987/1988 bylo otevřeno dálkové jednooborové pětileté studium péče o nemocné. Toto studium bylo určeno pro sestry v řídicích funkcích a byly otevřeny pouze dva ročníky.(16)

Tabulka č. 1 (16, str. 13)

Přehled oborů vysokoškolského studia pro sestry na FF UK od roku 1960

Název studijního oboru	Zahájen v roce	Délka a forma studia
Psychologie-ošetřovatelská technika	1960	4 leté – externí
Psychologie – péče o nemocné	1962	5 leté – externí
Péče o nemocné – pedagogika	1971	6 leté – externí
Učitelství odborných předmětů pro SZŠ	1980	5 leté – řádné 6 leté – externí
Pedagogika – ošetřovatelství	1980	6 leté – externí
Péče o nemocné	1987	5 leté – externí

Rok 1989 přinesl celou řadu změn. Ty, které se týkaly vzdělávání sester, začaly až po vydání nového školského zákona č. 172/1990 Sb., který umožnil otevřít vysokoškolské studium pro sestry na lékařských fakultách. Od školního roku 1992/1993 zahájila v Praze 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy (dále 1. LF UK) nižší stupeň vysokoškolského studia, bakalářský program ošetřovatelství. O rok později bylo otevřeno externí studium ošetřovatelství na 1. LF UK v Praze, které pokračuje dodnes. Uchazeči o denní studium tohoto oboru na 1. LF UK jsou přijímáni na základě přijímacího řízení, podmínkou pro přijetí je úspěšné ukončení středoškolského studia maturitou (zdravotnické výhodou), dále při přijímacím řízení se ověřují znalosti uchazečů z českého jazyka, chemie, fyziky, biologie a ošetřovatelství. (16)

Od školního roku 2002/2003 organizuje 1. LF UK navazující magisterské studium obor Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. Podmínkou přijetí je ukončení bakalářského studia, které zpravidla probíhá na lékařských fakultách.

S rozvojem vzdělávání sester rostla i publikační činnost sester, která je dodnes rozmanitá. Česká společnost sester vydávala od roku 1951 časopis Zdravotnická pracovnice, který se postupně stával více odborným. Po roce 1989 časopis zanikl a byl nahrazen novým modernějším časopisem Sestra. V současnosti jsou odbornými časopisy pro sestry časopis Sestra, od r. 2004 časopis Diagnóza v ošetřovatelství a časopis Ošetřovatelství. Nově vzniká (od r. 2005) moderní časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky s názvem Florence. (50)

Dnes díky televizním novelám, seriálům a jiným televizním pořadům máme možnost zhlédnout zdravotní sestru v roli romantické, nespolehlivé, promiskuitní, bez známek inteligence a profesionality. Tato image přetrvává v myslích veřejnosti, často i u lékařů a sester samotných. V zahraničních médiích je sestra prezentována odlišným způsobem – jako sestra profesionálka, skutečná spolupracovnice lékaře, s jasně definovanými kompetencemi v její specializaci. Lékař respektuje sestru jako důležitou součást zdravotnického týmu. Takovou roli sestry v seriálech vnímám celkem pozitivně. Rozhodně nesrovnatelně lépe než v českých seriálech z nemocničního prostředí. (55).

V dnešní době se příprava sester k povolání v různých zemích liší. Sestry získávají kvalifikaci na odborných ošetřovatelských školách, na vyšším typu ošetřovatelských škol, na univerzitách, nebo na neuniverzitní vysoké škole. V České republice existuje neuniverzitní vysoká škola v Praze v Duškově ulici. Všechny státy, včetně zemí bývalého socialistického bloku, které se chystají na členství v Evropské unii (dále jen EU), doporučení EU a Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) respektují. Postupně se realizují reformy ošetřovatelského školství, které respektují doporučení

Evropské ústředny WHO. Tyto kroky by měly postupně sjednotit vzdělání sester a usnadnit jim volný pohyb v EU. Úroveň profesionální přípravy sester na své povolání ovlivňuje postavení sesterské profese ve společnosti. (45)

České zdravotní sestry nejsou v zahraničí vzhledem k získané kvalifikaci adekvátně ohodnoceny jako sestry domácí. Často pracují jako ošetřovatelky, jsou dobře teoreticky připraveny, znají postup při různých odborných výkonech, ale v rozhodování, zodpovědnosti za kvalitu provedené práce, v komunikačních dovednostech a v práci sestry slyšet potřeby nemocných se musí naučit více reagovat. Po uznání diplomu jsou v zahraničí nuceny podrobit se nostrifikačnímu řízení vycházející z vyhlášky příslušné zemské vlády. (10)

V České republice (dále ČR) lze získat kvalifikaci (oprávnění k výkonu povolání) sestry studiem na střední zdravotnické škole a dále absolvováním vyšší zdravotnické školy. Velkou snahou je vyšší zdravotnické školy osamostatnit. Ty by pak poskytovaly absolventům středních škol způsobilost k výkonu povolání v oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. Studium již odpovídá směrnici EU. Pokud některé vyšší zdravotnické školy splní podmínky akreditačního řízení, mohou být akreditovány podle zákona o vysokých školách na vysoké školy neuniverzitního typu. Je pravdou, že získat akreditaci je velmi náročné a nesnadné. Ať už se jedná o akreditaci vyšší zdravotnické školy na neuniverzitní vysokou školu či akreditaci pro otevření oboru na vysoké škole. Střední zdravotnické školy již od školního roku 2004/2005 připravují zdravotnického pracovníka v oboru zdravotnický asistent. Zdravotničtí asistenti budou pracovat pod odborným dohledem všeobecné zdravotní sestry nebo porodní asistentky. (45)

Další možností vzdělání, které sestry mohou využít, je specializační příprava sester, získání certifikátu a absolvování univerzitního studia. Specializační studium respektuje směrnice EU pro specializační studium sester. Je určeno pro registrované sestry, které mohou pracovat bez odborného dohledu. Zaměřuje se na ošetřovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Studium probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních. Sestra, která absolvovala kurz na akreditovaném pracovišti, může vykonávat úzce specializovanou odbornou činnost, např. ošetřování stomií. Tuto skutečnost může doložit získaným certifikátem. (45)

Sestry by se měly více zajímat o novinky ve svém oboru, zkoušet a ověřovat si nové věci, jejich účelnost a účinnost formou ošetřovatelského výzkumu. (45)

Je zřejmé, že každá sestra může rozšiřovat svoje odborné znalosti v oboru. Má k dispozici odbornou českou i zahraniční literaturu, může navštěvovat kurzy,

konference, semináře a tím navázat sociální kontakty, spolupráci. Průkaz odbornosti jí slouží k průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělávání, vykonaných zkoušek, průběhu celoživotního vzdělávání a druhu a délky vykonávané činnosti při výkonu povolání zdravotnického pracovníka. Sestra může konzultovat své problémy, sdružovat se, stát se členkou profesních sesterských organizací, má povinnost registrovat se. (53)

V současnosti vzdělanost není jen vysokoškolské vzdělání. Vzdělaný člověk 21. století například umí cizí jazyky. Ke vzdělanosti patří také kulturní rozhled, zájem o historii vlastního oboru a vše nové, co se v profesi děje. (53)

Je nutné, aby veřejnost sestru vnímala jako vzdělanou, asertivní, logicky přemýšlející a progresivní profesionálku, sestru, která se podílí na zvyšování ošetrovatelské péče. (8)

3.1 Řízení ošetrovatelské péče

Nejvýznamnějším metodickým článkem oboru je Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR), vedené ministrem zdravotnictví. Metodicky řídí a kontroluje ošetrovatelství v České republice (ČR). Vyjadřuje se ke všem zásadním, odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením týkajících se ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní i sociální. Odborný útvar zřizuje a stanovuje pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravuje podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí. Řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na dohodě náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestry) příslušného zdravotnického zařízení s jeho vedením. (23, 45)

Příkladem ženy, která se aktivně podílí na zvýšení profesní image sester, prestiže profese ošetrovatelství a iniciativně se zapojuje do vzdělávání sester je PhDr. Ivanka Kohoutová. (54)

Představitelé sesterských profesních organizací by měli reagovat na články v novinách a časopisech, které „poškozují“ sesterské povolání a mohly by negativně ovlivnit prestiž této profese. Měli by se politicky angažovat a hájit zájmy sester. Je pravdou, že české sestry mají dodnes nízké sebevědomí, které bylo dáno submisivním postavením a výchovou sester ve vztahu k lékaři.

V současné době je snaha o zlepšení postavení sester, jejich kvalifikace a upřesnění jejich kompetencí zákonem č. 96/2004 Sb.

3.1.2 Vznik profesních sesterských organizací

Profesní sesterské organizace vznikaly už po otevření první ošetrovatelské školy v Praze v roce 1916. V roce 1921 založily první absolventky ošetrovatelské školy Spolek absolventek školy ošetrovatelské, který byl v roce 1928 přejmenován na Spolek diplomovaných sester (SDS). SDS hájil zájmy sester stanovil pracovní podmínky a povinnosti sester, budoval sesterské ubytovny, pořádal kurzy, pokoušel se o úpravu a sjednocení uniforem. Spolek se také zasloužil o trvalé budování společenské prestiže sesterského povolání. SDS zavedl registrační systém diplomovaných sester v Československé republice. Každá sestra obdržela legitimaci s pořadovým číslem, pod nímž byla v SDS evidována, včetně řady statistických údajů, které souborně informovaly o stavu vzdělanosti a odbornosti diplomovaných sester. Sestry měly vlastní spolkový odznak. Spolek se zasloužil o rozšíření občanské svobody ošetrovatelek, o úpravu pracovní doby, dovolené, poskytoval vzor pracovní smlouvy, v němž byla vyjádřena práva a povinnosti sestry. Usiloval o vybudování funkce sestry představené, o širokou publikační činnost, o rekreaci sester, pro sestry zakoupil rekreační chatu. Organizoval tři sjezdy diplomovaných sester, kde prosazoval jejich zájmy. V roce 1937 začal vydávat časopis *Diplomovaná sestra*. Velmi důležitá byla spolupráce se sesterskými organizacemi v zahraničí. V roce 1933 byl SDS přijat do Mezinárodní rady sester. Po vzniku Nadace F. Nightingalové (1934) utvořil SDS spolu s ošetrovatelským referátem ČSČK národní výbor této nadace. Mezinárodní nadace převzala záštitu nad pořádáním mezinárodních postgraduálních kurzů pro školené sestry z celého světa. Absolvovalo ji také 14 sester z ČSR (diplomovaná sestra M. Anzerbacherová, J. Roušarová, A. M. Šindlerová, atd.). Činnost spolku byla násilně ukončena v roce 1941, kdy byly na začátku okupace ČSR rozpuštěny všechny společenské organizace.

(20, 50)

Česká společnost sester (ČSS) navázala na tradice SDS a vznikla až v roce 1973. Nemohla však existovat jako samostatná organizace, a proto byla jednou z odborných společností Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. Po mnoho let měla svoji zástupkyni v Pracovní skupině evropských sester pracujících ve výzkumu (WENR). Po doc. Staňkové toto místo převzala PhDr. Zvoničková (z 3. LF UK). (20)

ČSS byla dobrovolným sdružením sester včetně ženských sester. Československá společnost sester byla v roce 1983 znovu přijata do ICN. Od roku 1990 začala ČSS pracovat jako samostatná profesní organizace. Současně v této době začala vznikat Česká asociace sester (ČAS). Obě organizace vyvíjely podobné aktivity a tak r. 2000 došlo k jejich sloučení. (50)

Nejsilnějším reprezentantem českých sester je ČAS, která vznikla v roce 1991. Sdružuje sestry různého zaměření, porodní asistentky, dietní sestry, zdravotní laboranty a další kategorie zdravotnických pracovníků.

ČAS a registrace sester spolu nesouvisí. Členem ČAS se můžeme stát i neregistrovaná sestra a naopak. ČAS také prováděla dobrovolnou registraci sester, která je od 30. 4. 2004 ukončena. Registrace v ČAS v současnosti není aktuální. Povinnost registrovat je již dána zákonem č. 96/2004 Sb.

Mezi významné profesní organizace dále patří Mezinárodní rada sester (ICN). Pracovní skupina evropských sester pracujících ve výzkumu (WENR), Stálý výbor sester rady Evropy (PCN) atd. Podnět k založení nejvýznamnější organizace, Mezinárodní rady sester vyšel z kongresu Mezinárodní rady žen v roce 1899. Jeden den byl věnován ošetrovatelské sekci. Jednání ošetrovatelské sekce, které pozdravila osobním dopisem Florence Nightingalová, bylo vyhlášeno za nejlepší. Dopis natolik motivoval přítomné ošetrovatelky, že se rozhodly založit vlastní mezinárodní organizace. Příprav se ujala E. G. B. Fenwick a ještě v témž roce založila společně s výborem Rady představených britských nemocnic Mezinárodní radu sester. Práci sester hodnotila takto: „Práce sester na celém světě vychází ze stejné humanity. Je to typická ženská činnost bez ohledu na třídní nebo národnostní rozdíly. Principy organizace ošetrovatelské péče jsou všude ve světě stejné a potřeba pokroku v ošetrovatelství je důležitá pro každého člověka.“ (44, str. 81, 82)

ICN byla založena jako federativní organizace a postupně ovlivňovala vznik dalších národních organizací sester nejen v Evropě, ale především v bývalých britských koloniích. Cíle ICN, které si stanovila při jejím vzniku, pokračují do současnosti. Podporuje vznik národních společností sester v zemích, kde ještě neexistují, podporuje kvalifikační a specializační přípravu sester, pomáhá sestřám zlepšit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, rozvíjí teoretickou i praktickou část oboru ošetrovatelství a podporuje ošetrovatelský výzkum, usiluje o zlepšení sociálního postavení sester. (26)

ICN je významným zástupcem na mezinárodní úrovni, udržuje spolupráci a mezinárodní kontakty sester. Sídlo řídicího výboru a úřadu ICN je v Ženevě. ICN vydává tři vlastní časopisy, ve kterých publikuje kvalitní a výzkumné práce sester z celého světa a aktuální zprávy a novinky v ošetrovatelství (International Nursing Review, ICN Calling, News Letter ICN). (44, 50)

3.2 Registrace zdravotnických pracovníků

Zákon č. 96/2004 Sb. nás informuje o získání a osvědčení způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Dřívější rozdělení kategorií zdravotnických pracovníků A, B, C existovalo pouze jako administrativní list papíru. Prakticky k takovému rozdělení nikdy nedošlo.

Díky zákonu č. 96/2004 Sb. a následně povinné registrace došlo k nahrazení, kdy kategorie zdravotnických pracovníků byly nahrazeny závaznými a přijatelnými termíny jako výkon povolání pod přímým vedením, výkon povolání pod odborným dohledem a výkon povolání bez odborného dohledu. (další prameny zákon č. 96/2004 Sb.)

Výkon povolání pod přímým vedením je „nejnižší“ variantou výkonu povolání zdravotnického pracovníka, a je také vyhrazen odborně nejméně vzdělaným kategoriím zdravotnických pracovníků – sanitářům, řidičům, masérům, apod. Předpokládá se trvalý dohled a přidělování práce zcela způsobilým zdravotnickým pracovníkem. (další prameny, zákon č. 96/2004 Sb.)

Výkon povolání pod odborným dohledem je vyšší stupeň výkonu povolání zdravotníka, kdy pracovník dostává úkoly od „zcela způsobilého“ nadřízeného, s nímž může při nejasnostech nebo při potížích konzultovat, ale vlastní úkony již může dělat relativně samostatně. Kdo je příslušným nadřízeným určuje zákon, může to být zdravotník vyšší kategorie nebo i lékař. Tento způsob povolání je typický jednak pro střední kategorii zdravotnických pracovníků (např. radiologický nebo biochemický technik, zdravotnický asistent, asistent zubního technika, atd., všichni spolupracují nebo pracují pod odborným dohledem), jednak jde o způsob přechodný před nabytím dostatečné zkušenosti u těch zdravotnických pracovníků, kteří později pracují již bez odborného dohledu. (další prameny, zákon č. 96/ 2004 Sb.)

Výkon povolání bez odborného dohledu je nejvyšší kategorií výkonu povolání, kdy zdravotníci plně odborně způsobilí pracovníci vykonávají činnost zcela samostatně, i když ve většině případů podle indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Rozhodující při tom není, zda je nebo není lékař přítomen či dostupný, rozhodující je nepřítomnost nadřízeného plně způsobilého zdravotnického pracovníka. To co je náplní samostatně vykonávaného povolání, určuje zákon. K tomu, aby zdravotnický pracovník mohl pracovat bez odborného dohledu, musí splňovat požadavky od MZ ČR. Každý zdravotnický pracovník, který získá od Ministerstva zdravotnictví Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, je zapsán do Národního registru. V registru jsou údaje identifikační, údaje o vzdělávání, včetně celoživotního, a údaje o místě výkonu povolání. (další prameny, zákon č. 96/2004 Sb.)

Do 1. 4. 2006 není získání Osvědčení nutné pro práci bez odborného dohledu. Zdravotnický pracovník může získat osvědčení od MZ ČR na kratší dobu než 6 let. Tyto odchylky jsou dány § 96 zákona č. 96/2004 Sb. jako přechodná ustanovení. Protože každý způsobilý pracovník je zapsán do registru, může se označovat jako registrovaný, registrovaná. Při prodlužování Osvědčení se bude vyžadovat buď účast v celoživotním vzdělávání (40 kreditů) nebo bude nutno absolvovat zkoušku na ministerstvu. Každý zdravotnický pracovník v opakujících se cyklech během svého profesního života prokazuje, že se soustavně rozvíjí a obnovuje své odborné znalosti. Osvědčením se získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu a oprávnění k vedení praktického vyučování. Registrace nutí k celoživotnímu vzdělávání, umožňuje srovnatelnost vzdělání a volný pohyb sester v rámci uplatnění v zemích Evropské unie. Registrace sester není u nás zcela nová, v Československu ji zavedly již ve 30. letech 19. stol. první sestry SDS. Po roce 1948 došlo ke zrušení sesterských společností a následně i ke zrušení registrace.

Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství je závislé na tom, zda:

- a) zdravotnický pracovník je způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu, po získání odborné způsobilosti může se dále vzdělávat formou kvalifikačního studia, které probíhá na vyšších zdravotnických školách, na vysokých školách v souladu s příslušnými směrnici EU nebo formou celoživotního vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost k příslušnému oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání je specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupeň akademického vzdělání (magisterské i doktorandského). Doktorandské studium ošetrovatelství v ČR prozatím získat nelze, pouze v příbuzných oborech – pedagogice, andragogice, psychologii atd.
- b) zdravotnický pracovník je způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením, se může dále vzdělávat formou kvalifikačního studia, které probíhá na střední zdravotnické škole nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu, nebo formou celoživotního vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti,

dovednosti a způsobilost k příslušnému oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. (další prameny, zákon č. 96/2004 Sb.)

Zákon č. 96/2004 Sb. má i své nedostatky. Není zde přesně uvedeno, jaká je konkrétní činnost osoby vykonávající odborný dohled.

Dále zdravotní sestry, které vystudovaly „pouze“ obor dětská sestra, se potýkají se skutečností, že dle zákona tento obor neexistuje, pouze jeho specializace. Jsou nuceny požádat MZ ČR o uznání kvalifikace (s náležitými podmínkami uznání kvalifikace, délka praxe,..). MZ jim studium uzná jako specializační. Pak mohou pečovat o dítě a jsou způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti.

4. Sesterské uniformy

Vzhled sestry, to jak vypadá a jedná, vyjadřuje mnoho o tom, jaká je. Každý se chce pěkně a pečlivě oblékat jak pro sebe, tak pro druhé. Tím vyjadřuje, že si ostatních váží a že jí záleží na tom, jak vyvolat u druhých pocit důvěry. (45, str. 17)

V minulosti lidé, kteří pečovali o nemocné, striktně nerozlišovali, co je oděv pracovní a co civilní. Přesto svým přístupem k nemocným dokázali navázat důvěryhodný vztah. (20)

Mniši a řádové sestry nosili při ošetřování nemocných své řádové oblečení, civilní opatrovníci si dlouho oblékali cokoliv. Koncem 18. století s rozvojem nemocnic začaly vznikat první náznaky sesterské uniformy. Od počátku bylo inspirací oblečení řádových sester. Řádové sestry při ošetřování nemocných dodnes nosí „své“ řádové oblečení. (20)

Od poloviny 19. století dochází k výraznému rozvoji ošetřovatelství. Emancipační hnutí se podílelo na systematickém vzdělávání sester a na zdůrazňování etické stránky profese. Postupně docházelo k rozvoji organizace a řízení oboru vzdělanými sestrami a k zevnímu profesnímu označení této sociální skupiny (uniformy pracovní a společenské). Civilní sestry se začaly v historii oblékat jednotně. Chránily své oblečení, ale také uniformou hrdě vyjadřovaly svou stavovskou příslušnost. (50)

České sestry začaly nosit první uniformy v roce 1918, kdy do praxe vstoupily první diplomované sestry. V klinické praxi nosily pracovní uniformu – tedy bílé dlouhé šaty až ke kotníkům, bílou zástěru, velký bílý skládaný čepec, černé punčochy, černé boty a odznak. Pro sestry vrchní a představené nebo pro slavnostní příležitosti byla určena uniforma jiná – původně tmavě modré dlouhé šaty s pláštěnkou a čepcem se závojem, později tmavé střízlivé šaty s kulatým tuhým límečkem, k nimž sestry nosily bílý čepec stejný jako k pracovní uniformě. (45, str.19) Viz příloha č. 1.

Diplomované sestry nosily uniformy s velkou hrdostí. Byly velmi pyšné na svou profesi. Po roce 1948 došlo k výrazné změně. Diplomované sestry byly sesazeny z vedoucích míst, zanikla stavovská činnost, byla zrušena slavnostní tmavá uniforma a pláštěnka. Začal se používat odznak „služím zdraví lidu“ a zanikl oficiální titul sestra – ošetřovatelka nemocných. Opustilo se od povinné délky uniforem, od černých ponožek, a od tvrdých bílých límečků. (45)

Na počátku 60. let odložily sestry složitý skládaný čepec a po relativně krátkém období „pekařských sítěk“ přišla „těčka“, která sestry povinně nosily až do roku 1990. Oblečení sester se pomalu začalo měnit z uniformy na pracovní oděv. (45, str. 20)

Do roku 1994 se ve zdravotnictví řídilo poskytování oblečení, podobně jako osobních ochranných pracovních prostředků, výnosem ministerstva zdravotnictví, bez ohledu na specifičnost pracovního místa, na výkonu práce a na ostatní faktory pracovních podmínek. Výrobci se nezabývali kvalitou materiálu nebo otázkou střihů, neboť ty byly stanoveny ministerským pokynem. Zdravotníci vždy za období jednoho roku, vyfasovali kalhoty, košile, šaty, zástěry, pláště v různých velikostech. Podobné to bylo s bílou zdravotní obuví. (7)

Zdravotní sestry jsou nejpočetněji zastoupená skupina zdravotnických pracovníků v rámci každého zdravotnického zařízení. Nároky na jejich práci stále rostou. Přesto jejich postavení není na takové úrovni, která jim náleží a kterou by si zasloužily. (7)

Pacient se při každé návštěvě zdravotnického zařízení setkává nejčastěji se zdravotní sestrou. Toto je jeden z důvodů, proč má být pracovní nebo ochranný oděv zdravotních sester na úrovni odpovídající jejich postavení a důležitosti v rámci zdravotnického zařízení. Všechny poskytované druhy oblečení mají zdravotním sestřím zachovávat ženský půvab a zároveň dodržovat veškerý komfort nutný pro výkon práce a pro dobrý pocit. (7, str. 8)

Hlavní sestra ve spolupráci se svým zdravotnickým personálem zváží nabídky firem. Pracovní a ochranný oděv vybírá podle obecných požadavků. Velmi důležitým kritériem jsou i finanční možnosti. (22)

Otázkou zůstává, zda zdravotnické zařízení má ve vnitřní směrnici vypracovaný standard pracovního oblečení nebo zda zdravotní sestry mohou prakticky nosit cokoliv. Bez striktně stanoveného standardu oblékání se můžeme setkat s různými délkami šatů, s různou hloubkou výstřihu. Domnívám se, že zdravotní sestra, které je při pohybu vidět spodní prádlo, spíše působí dojmem lehké „děvy,“ čímž devalvuje sesterské povolání. Naopak příliš dlouhá sukně ke kotníkům na mě působí usedle, zastarale a myslím si, že je obtížné a nepraktické v ní pracovat.(7)

Z miniankety časopisu Sestra prováděné s několika náhodně vybranými hlavními sestrami vybraných nemocnic vyplynulo několik odpovědí. Vrchní sestry vesměs nosí bílé šaty a bílé kostýmky pro slavnostní příležitosti. Staniční sestry pracují v bílých šatech s fialovým lemem nebo v celých fialových šatech. Řadové sestry často nosí modré šaty s bílým límečkem nebo bílé kalhoty s modro-bílou halenou, celé bílé šaty, bílé kalhoty nebo bílou halenu. Personál pracující na JIP a ARO si obléká kalhoty a halenu v různých barevných variantách. (22)

4.1 Obecné požadavky na pracovní oděv

V současné době se zdravotnická zařízení aktivně zajímají o oblečení zdravotnických pracovníků. Důležitým kritériem pro výběr pracovního oblečení je hodnocení jednotlivých zátěžových faktorů, které se rozlišují podle typu a charakteru (kategorie) práce, dále dle aspektů estetických, komfortních, nesmí se zapomenout na pohodlí, moderní střih, správnou velikost, možnost doplnit pracovní oděv vestou, kabátkem a v neposlední řadě snadnou údržbou pracovního a ochranného oděvu. (7, 43)

Aby mohly být splněny jmenované požadavky na pracovní oděv ve zdravotnictví, musí se zohlednit mikroklimatické podmínky ve zdravotnickém zařízení. Mají-li vnější klimatické podmínky vliv na mikroklima, pak se zohledňují mikroklimatické podmínky v letním i zimním období. Posuzuje se intenzita slunečního svitu, doba, kdy je budova vytápěna a kdy prosklenou částí může prostupovat více chladu. Nezapomíná se ani na dobu strávenou na pracovišti, na fyzickou zátěž, popř. tepelnou zátěž (př. na operačních sálech). Zmíněné podmínky je nutné zohlednit proto, aby pracovní oděv vyhovoval při pracovních úkonech v rámci celé směny. Jedná se především o složení textilního materiálu, způsob praní, žehlení, jeho mačkovatost, stálá barevnost, prodyšnost a příjemný pocit na těle při nošení oděvu. (7)

Střih jednotlivých částí oděvu je důležitý v souvislosti s pracovními polohami při různých výkonech. Volná širší halena s výstřihem do „V“ a s volnějšími rukávy, kterou sestra nosí, se zdá na první pohled jako pohodlné oblečení. Vzhledem k tomu, že provádí nejrůznější pohyby a polohy těla, dochází k odhalování intimních částí těla (poprsí). (7)

Z osobní zkušenosti mohu říct, že volné haleny mi spíše překážely, při posazení jsem si zmačkala zadní část haleny a kapsou u haleny jsem často zavadila a roztrhla si ji o lůžko. Mohu tedy říci, že nadměrná velikost je spíše příčinou diskomfortu oblečení a možná i nevhodných lékařských poznámek na pracovišti. Na druhé straně příliš vypasovaný, úzký oděv, šitý z pevných materiálů zabraňuje volnému pohybu při různých úkonech.

4.1.2 Poznávací funkce pracovního oděvu

Poskytování a používání pracovních a ochranných oděvů ve zdravotnictví má oporu v legislativních normách, řídí se však předpisy jednotlivých zdravotnických zařízení. Pracovní oblečení, které nosíme, vyjadřuje nejen naše postavení v rámci zdravotnického zařízení, ale i důstojnost našeho povolání. V oblečení zdravotnických pracovníků

převažuje barva bílá, která symbolizuje čistotu, nevinnost a z psychologického hlediska upoutává pozornost. (3)

Vhodné a kvalitní oděvy lékařů mohou přispívat ke zlepšení komunikace a vztahů mezi nimi a ostatními zdravotnickými pracovníky. Tradičním oděvem lékařů je bílý plášť, bílé kalhoty, bílá košile, bílá zdravotní obuv. Rozhodně k dobrému obrazu lékaře nepřispívá, potkáme-li jej s obinadlem kolem pasu nebo zavíracím špendlíkem místo pásku u kalhot. Jednou z příčin může být získání nekvalitního roztrhaného pracovního oděvu při nástupu do zaměstnání a nemožnosti vyměnit jej za lepší oděv. (7)

Nyní však existuje široká nabídka různých varian kalhot a halen pro lékaře, totéž platí i pro výběr svrchních oděvů (př. kabátky bundového střihu). Pro ženy lékařky je sortiment nabídky ještě bohatší. Mohou nosit v bílé barvě haleny, košile, trička, kalhoty. Jednotlivé druhy oděvů pro lékaře je možné kombinačně měnit tak, aby odpovídaly potřebám při výkonu jejich práce. Zcela specifickou volbou je výběr střihů a látek u vyloženě ochranných oděvů. Jsou to ochranné oděvy, které jsou stanoveny pro výkony na operačních a zákrokových sálech a pro práce na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Opět mají mít vhodný střih a materiál, mají respektovat účelnost, pohodlí a komfort pro výkony lékařů. (7, 42)

Sesterské oděvy jsou oproti lékařským oděvům barevně odlišeny, sladěny. Barevné ladění se objevuje u šatů, halen, košil a kalhot různých střihových variací. Sestry mají možnost výběru oděvů, kombinací oděvů vzhledem k druhu a intenzitě práce v třísměnném provozu, teplotě vzduchu atd. Vybírají si šaty a dvoudílné oblečení, tj. kalhoty a různé druhy halen a triček. Sestra si může vybrat z více druhů střihů, které odpovídají její postavě, zvyklostem a pocitu pohody při výkonu práce. Součástí oděvu sester na třísměnném provozu by měla být oteplovací vesta s různými typy provedení.

Pracovní a ochranný oděv rehabilitačních pracovníků je spíše charakteru sportovního. Oděv (trička, kalhoty) jim umožňuje volný pohyb při cvičení, předcvičování, a při manipulaci s rehabilitačními pomůckami. Oděv rehabilitačních pracovníků by měl na první pohled vzbuzovat svým moderním a sportovním střihem aktivní pocit. (7)

Laboranti jsou pracovníci, kteří nepřicházejí tak často do styku s pacienty, ale pracují v nejširším spektru nebezpečných chemických látek, biologických činitelů apod. Jejich oděvy jsou více zaměřeny na ochranu složku oděvu. (7, 43)

Výběr oděvu pro nižší zdravotnické pracovníky, je výsledkem jejich pracovní náplně. Odlišení oděvu se netýká jejich kvality a vzhledu. Jedná se zejména o barevné ladění textilního materiálu a dále střih, který má vystihovat funkčnost a vhodnost ve

vztahu k jejich výkonu práce. (př. při provádění úpravy lůžka, při hygienické péči,..).

Nižší zdravotničtí pracovníci v nemocnicích mohou nosit šaty, šaty v kombinaci s propínáním a pásky, šaty volné. Někdy jsou šaty doplněny límečkem. (7)

Pomocní zdravotničtí pracovníci (sanitář, sanitářka) prakticky pracují na všech odděleních zdravotnického zařízení. Sanitáři nemusí mít v rámci zdravotnického zařízení přidělený stejný druh oblečení, ale jednotná by měla být jeho barevnost. Tedy barevné odlišení jejich oděvů od ostatního zdravotnického personálu. Ženy sanitářky většinou nosí šaty nebo šatové zástěry které mohou být doplněné vázacím páskem. Samozřejmě muži i ženy nosí dvoudílné oděvy – kalhoty, haleny v pastelových barvách. Je zajímavé, když mají sanitářky jednobarevně obšité okraje límečků u šatů či halen. (7)

Nedílnou součástí vybavení zdravotnických pracovníků je pracovní nebo ochranná obuv, kterou poskytuje zaměstnavatel na základě vlastního předpisu. Obuv zdravotnického pracovníka je nadměrně zatěžovaná a následně opotřebovaná, proto se zařazuje dle zákoníku práce do skupiny osobních ochranných prostředků. V některých případech se požadují speciálně ochranné vlastnosti obuvi proti rizikům vyplývajících z charakteru obuvi nebo provozu. U zdravotníků se jedná o ochranu obuvi proti uklouznutí a pádu. Obuv musí být vyrobena z kvalitních materiálů, má mít uspokojivý vzhled, tvar a musí zajišťovat komfort uživateli. Pohodlí obuvi je dále zajištěno ortopedicky tvarovanou stélkou obuvi. Barva obuvi, včetně podešve, může mít jinou než bílou barvu. Zdravotní obuv musí mít na patě zadní pásek, který je požadován zákoníkem práce v rámci zajištění bezpečnosti při práci. (7, 34)

Od 1. 1. 2002 platí nový prováděcí předpis Ministerstva práce a sociálních věcí. Při čtení a orientaci v něm mám spíše pocit, že je obsahově více zaměřen na oblast průmyslu a výroby než do oboru zdravotnictví. (34)

Pacient, klient se ve zdravotnickém zařízení setkává s mnoha zdravotnickými pracovníky. Uniformy sester jsou dnes různorodé, liší se nejen v každé nemocnici, ale někdy dokonce i v rámci jednoho oddělení. Často je obtížné rozpoznat, zda se jedná o sestru, ošetřovatelku, lékařku, uklízečku či pomocnici v kuchyni. Pacient, klient neví, s kým hovoří, koho vlastně oslovil. Vzhledem k různé rozmanitosti uniforem a k možnosti zdravotnických pracovníků oblékat si cokoli pomůže pacientovi v lepší orientaci jmenovka zdravotnického pracovníka. Sestry, které pracují na lůžkových odděleních, by měly nosit vizitku (jmenovku) na viditelném místě. Velikost, umístění i obsah jmenovky je dán vnitřním předpisem zdravotnického zařízení. Jmenovka obsahuje křestní jméno, příjmení, titul, často i funkční zařazení a odbornost, může a nemusí obsahovat fotografii. Zdravotničtí pracovníci, kteří se podílejí na léčebné

a ošetrovatelské péči (fyzioterapeuti, psychologové,...), se představují a nosí svoji vizitku na viditelném místě. (10)

Praktikují-li žákyně zdravotnické školy v nemocnicích, jsou i ony povinny se představit a nosit vizitku na viditelném místě. Víím, že dětské sestry, sestry pracující na jednotkách intenzivní péče nebo sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních vizitky nenosí, aby při ošetrovatelské činnosti nezranily dítě nebo neporanily pacienta. Tyto sestry jsou povinné alespoň představit se. (46)

Trvalým problémem sesterské profese zůstává, zda sestra může nosit nápadné doplňky, jako jsou výrazné náušnice, prsteny, zda je vhodné, aby nosila módní kroužky v nose a větší počet náušnic v uchu. K eleganci sestry rozhodně patří trochu nenápadnosti. Osobní image sestry částečně poškozuje, používá-li příliš silný parfém nebo naopak nepříjemně tělesně páchne, má nezdravou pleť a pokud nosí jemný lak, neměl by se na nehtech olupovat. (52, str.121, 35)

Ucítí-li pacient u sestry těžký parfém, který mu nevoní, nemůže odejít, když je mu nevolno, a pak, musí jen doufat, že sestra za chvíli odejde.

V dnešní době se setkáváme i s tím, že zdravotničtí pracovníci splňují „standard o používání pracovního oděvu,“ přesto dochází k omylu ze strany pacienta z hlediska zařazení zdravotnického pracovníka do funkce.

Úprava zevnějšku a čistá uniforma ovlivňuje pacienta či klienta. Nemusí se jednat pouze o profesi zdravotní sestry. Dnes se čím dál častěji setkáváme s muži v oblecích, v bílé košili s kravatou a s ženami v elegantních kostýmech.

Zanedbaný zevnějšek nevzbuzuje důvěru. Oblečení dotváří první dojem každého, kdo se s námi setká. Oblečení je součástí našeho obrazu, doplňuje vnější podobu fyzického vzhledu každého z nás. Určitý oděv patří ke každému povolání. Pracovníci ve zdravotnictví se nemají stydět za své společenské zařazení, nýbrž za zanedbanost svých svršků. (3)

5. Role a kompetence sestry

Sesterská profese je jedno z povolání, které je velmi náročné a může být vykonáváno pouze osobami, které odpovídají přísným kritériím vymezenými zákonnými i podzákonnými normami. Označují se jako regulované profese (povolání). Mezi regulovaná povolání se řadí lékaři, zubní lékaři, farmaceuti a porodní asistenti, kteří pracují podle direktiv EU. (30)

V souladu s novými potřebami oboru ošetrovatelství se postupně mění role sestry. Sestra se více stává členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své profese. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah práce. Profese se stává samostatnější. Kompetence sestry pomáhají vyjasnit roli sestry. Kompetence je určena právními normami, erudicí tradicemi, ale i tím, co se od ošetrovatelství „očekává“. Profesionální kompetence je oprávněnost k výkonu a způsobilost k určitým odborným činnostem. Sestry cestují a zastávají svoji profesi po celém světě. Výsledkem je mezinárodní uznání odborných kvalifikací souvisejících kompetencemi sester. (35)

Mezinárodní rada sester hájí zájmy celosvětové ošetrovatelské a zdravotní péče a usiluje o poskytování co nejkvalitnějších ošetrovatelských služeb. ICN vytvořila kompetence pro všeobecnou sestru při vstupu do praxe, tj. po ukončení základního vzdělávacího programu pro zdravotní sestry v její zemi. Kompetence pro sestry vznikaly po dlouhých podrobných průzkumech literatury v mnoha zemích a po sériích konzultací. Kompetence sestry jsou dostatečně široké a specifické pro možnost úpravy v konkrétní zemi. Pro všeobecnou sestru byly kompetence ICN seskupeny do tří základních skupin. Do skupiny profesionální, etické a zákonné praxe. Jejich konkrétními složkami jsou odpovědnost, etická praxe, zákonná praxe. (28)

Druhá základní skupina je oblast poskytování péče a management péče. Do této skupiny řadíme hodnocení stavu nemocného, plánování, realizaci, hodnocení, terapeutickou komunikaci, mezilidské vztahy a podporu zdraví, dále bezpečí prostředí, interprofesní péči, delegaci úkolů, dohled. (28)

Třetí základní skupinu představuje profesionální rozvoj, profesionální zdokonalování, zvyšování kvality, kontinuální vzdělávání. (28)

ICN při vytváření kompetencí pro všeobecné sestry vycházela z celosvětového problému (ekonomického, sociálního a politického), z oblastí požadavků a povinností Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO). WHO bojuje za co největší zajištění zdravotní péče pro všechny. Zdravotnická péče reaguje na prudký vzrůst znalostí, na rychlou komunikaci a propracovanější technologie proto, aby se kvalita zajišťování zdravotnické péče zlepšovala. Podle WHO je nutné zdraví podporovat proaktivně ve

spolupráci s osobami, rodinami a komunitami, a ne čekat na výsledný špatný zdravotní stav. Na úrovni státu obvykle fungují národní zdravotní politiky a národní plán zdraví, které ozřejmují klíčové znaky zajišťování zdravotnické péče v dané zemi. Dalším výchozím bodem pro utváření kompetencí byl kontext odborného ošetřovatelství, jaké je postavení sester, kvalifikace sester, práce sestry v ošetřovatelském týmu. (28, 2)

Na úrovni státu funguje ošetřovatelská politika s ošetřovatelskými cíli a plány, ke kterým se vyjadřuje nejvyšší metodický článek daného státu.

V České republice (ČR) se problematikou kompetencí zabývá MZČR ve spolupráci s představiteli a členy pracovních skupin profesních organizací se zástupci ošetřovatelské praxe a zástupci vzdělávacích institucí. MZČR vyhláškou č. 424 ze dne 30. června 2004 stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (28, další prameny zákon č. 96/2004 Sb.).

Hlavní sestry jednotlivých zdravotnických zařízeních si kompetence společně s vedoucími pracovníky prostudují, popřípadě upraví, a informují své zaměstnance. Zákon nabízí opravdu maximum kompetencí, proto je vhodná úprava kompetencí podle specifikace oboru jednotlivých oddělení.

Sestra jako samostatný odborník, „specialista na ošetřování,“ plní své profesionální role samostatně. Používá při tom pracovní metody, které neovládají jiní specialisté. Samostatná role sestry se také vyznačuje tím, že iniciativa k vytváření a plnění takových rolí vychází od sestry samé. (35, str. 10, 11)

Sesterské role jsou pro ošetřovatelství tak typické, že je se samozřejmostí v odborné i laické veřejnosti od sestry očekávána.

Jednou z rolí je sestra – pečovatel. Pečuje o nemocné v nemocniční nebo v terénní péči, zaměřuje se na potřeby nemocného, stanovuje ošetřovatelské diagnózy, zajišťuje plán a jeho řešení. Vždy dbá, aby k pacientům přistupovala komplexně (holistické ošetřovatelství). (45)

Sestra – edukátor nemocného a jeho rodiny a pacienta se podílí na edukační činnosti rodiny a pacienta, prevenci a předcházení komplikací včetně nácviku praktických dovedností. (45)

Další základní rolí je sestra – obhájce nemocného. Tuto roli zastává tehdy, nemůže-li pacient projevit svoje přání a potřeby. Jako koordinátor vystupuje v době plánování a realizace ošetřovatelského procesu ve spolupráci s ošetřovatelským týmem. V momentě, kdy sestra připravuje nemocného k vyšetření, sama v diagnosticko-terapeutické péči zastává roli sestry – asistenta.

Sestra ve svém povolání provádí několik činností, které souvisí se zajišťováním základní ošetrovatelské péče, s diagnosticko-terapeutickou činností, s psychosociální činností, dále vede administrativu, připravuje ošetrovatelské, diagnostické a léčebné výkony. Podle potřeby moderního ošetrovatelství vykonává funkci sestry jako sestru primární, skupinové, stoma sestru. atd. (45)

6. Osobnost sestry

6.1 Sociální zralost sestry

Jedním z předpokladů kvalitní zdravotní sestry je její sociální zralost. Ta se projeví ve vztahu k nemocným, ve vztahu k ostatním členům ošetrovatelského týmu, k vlastní práci a úzce souvisí s celospolečenským postavením sestry. Předpokladem dobré úrovně sociálně zralé sestry je prvotní rozhodnutí dospělé osoby k výkonu zdravotnického povolání. (10, str. 27)

Cílem Vyšší odborné školy (VOŠ), Vyšší zdravotnické školy (VZŠ) a bakalářských programů na lékařských fakultách je vychovat samostatného, aktivního jedince, vybaveného schopnostmi správné analýzy problému a schopného adekvátní reakce na vzniklý problém. Předpokladem pro přijetí je minimální věková hranice osmnácti let a střední vzdělání ukončené maturitou. (10)

Povolání sestry patří mezi ty profese, které kladou zcela specifické požadavky na osobnost, na charakterové vlastnosti a na psychické předpoklady. Velmi důležitým požadavkem jsou i schopnosti a dovednosti sestry. Specifickou dovedností sestry je umět komunikovat na profesionální úrovni. Sestra jako profesionálka má i osvojené profesionální chování. Dokáže své potřeby potlačit a preferuje potřeby druhých, je schopna se chovat ke všem lidem stejně vlídně, je schopna adekvátně řešit náhle vzniklé situace, má smysl pro pořádek, je tolerantní, empatická. Ne každá dívka může být dobrou sestrou a dělat svoji práci tak, aby to přinášelo užitek nemocným a dobrý pocit jí samé. (5, str. 84)

Důvěryhodný, opravdový, skutečný vztah pacienta ke zdravotní sestře vyplývá z jejího chování a jednání. Z ošetrovatelské péče, kterou pacientovi poskytuje, pacient usoudí, zda svoji roli bere či nebere doopravdy. Jeho důvěru může ovlivnit očekávání, které je v rozporu se skutečnou sestrou. Nezáleží na tom, jak dlouho pacient sestru zná, ale jak ji vnímá. Je ale také pravda, že lidem čistým, upraveným a hezkým jsou obvykle přisuzovány pozitivní charakterové vlastnosti, snadněji si získávají důvěru a navazují lépe kontakt s druhými lidmi.

Důvěru a úctu u pacientů sotva vzbudí ten, kdo je bezcharakterní, nezásadový, nesvědomitý v plnění svých povinností, kdo je člověkem dvou tváří, kdo je zákeřný, podlézavý, kdo pomlouvá a osočuje své spolupracovníky, nadřizené, případně i pacienty, kdo je nesnášenlivý, kdo roznáší klevety, je lhostejný, nepřístupný, hrubý a netaktní. (13, str. 8) Viz příloha č. 2.

Povolání zdravotní sestry vyžaduje i zdravé sebevědomí, které charakterizuje sebedůvěra, sebeúcta, solidnost, vyrovnanost, přiměřená vážnost sama sebe a skromnost. Povýšenost, samolibost, ješitnost, ale i uzavřenost a poníženost znesnadňují její výkon. (57, str. 155, 156)

Náplň práce zdravotní sestry klade nároky i na morální vlastnosti sestry, především její postoj k druhým, ale i k sobě samé a k životu vůbec. Morální zásady získané výchovou, determinované rozvojem osobnosti a vývojem společnosti se odráží v našem profesionálním přístupu. Během prvního roku života nás ovlivňuje rodina, která dotváří základní ladění osobnosti. Optimisticky ladění jedinci se naučili, že druhý člověk je zdrojem příjemných pocitů, život s ním je radostnou událostí, že druhý mi porozumí a věnuje mi pozornost. Pesimističtí jedinci nerozumí světu kolem sebe, jsou zdrojem neklidu, nejistoty a nepříjemných pocitů. Jejich přítomnost v nás vyvolává obavy a úzkost. (5)

6.2 Profesionální chování sestry

Profese se stala v moderní společnosti určujícím faktorem sociálního statusu člověka. Dospělý člověk je posuzován podle profese, na kterou se připravuje. Izolace starých lidí je z velké míry způsobena ztrátou profesní role, v jejichž termínech člověk sám sebe posuzuje. Protože na vykonávané profesi závisí do značné míry příjem, moc i prestiž osoby, je volný výběr profese prostředkem mobilitních šancí. I když je v praxi situace závislá na typu socializace, kvalitě rodinného zázemí, vrozených schopnostech a dalších faktorech v principu je přístup k profesím oproti tradičním společnostem vskutku liberalizován. (5)

V angličtině termín *profession* označuje pouze ta povolání, v nichž převažuje duševní činnost. Vykonavatelé profese mají víceméně samotné postavení a vynikají nad ostatní povolání zejména vysokou prestiží. Nejtypičtějšími příklady takto chápaných profesí byla v minulosti tzv. svobodná povolání (lékaři, advokáti, univerzitní profesori atd.). Znak profesí:

- a) *systematická teorie* – osvojení profese vyžaduje zvládnout teorii, která je s výkonem profese spjata
- b) *profesní autorita* – vychází z ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje, odborník je schopen určit, co pacient potřebuje
- c) *profesní asociace* – plní více funkcí, pečuje o růst a kvalifikaci svých členů, tím posiluje odbornou kompetenci, definuje pravidla profesního chování

d) *profesní etika* – normuje vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi.

Existují i další znaky profesí: neostře ohraničení pracovní doby a volného času, pocit závaznosti činící z výkonu profese něco víc než jen prostředek k získání obživy. (21)

Profesionální role sestry přináší zcela specifické požadavky na chování. Základem jsou ty vlastnosti a schopnosti, které vedou k vývoji kladného, psychologického vztahu zdravotníka a nemocného a k příznivé komunikaci mezi nimi. Sestra jako nositelka profesionálního chování, je v očích pacienta člověk, který má pochopení pro jeho problémy v nemoci a laskavě a trpělivě je dokáže s pomocí pacienta řešit. (5)

Chování sestry a nemocného je v jejich interakci zásadně odlišné. Zatímco pacient má právo na expresivní chování, od sestry vyžadujeme v komunikaci s nemocným chování převážně adaptivní, respektující práva pacienta. Sestra se chová tak, že nedá na sobě znát, co právě prožívá, nebo co si myslí. Adaptivním chováním roste profesionalita sestry. Expresivně se sestra může projevit pouze tehdy, když sama k nemocnému prožívá pozitivní emoce (radost) a když je sdělí vyvolá to příznivou odezvu u nemocného. (5, str. 79)

Kromě adaptivního chování a respektování kodexu „Práva pacienta“ plynou pro roli sestry ještě tři znaky, které ji, podle sociologických rozborů, charakterizují:

- a) *kolektivní orientace*, což znamená, že sestra při své činnosti preferuje zájmy a potřeby nemocných a staví je nad své vlastní, což je charakteristická vlastnost sociálně zralé osobnosti. Lékaři a sestry by měli být tak sociálně zralí, aby pro ně orientace na druhého byla samozřejmostí.
- b) *universalismus*, ten předpokládá chování sestry ke všem pacientům stejné bez ohledu na to, jaký vztah má k jednotlivým nemocným (vyloučit sympatie a antipatie). Totéž platí i v případě chování ke spolupracovníkům,
- c) *emocionální neutralita*, která je také důležitá pro jednání s pacienty. Sestra musí mít své chování v přítomnosti pacienta pod kontrolou a své negativní emoce musí podřídit rozumové kontrole tak, aby pacient nepocítil jakékoli pochybnosti.

Ke správnému profesionálnímu chování sestry nestačí jen správně pochopit a pojmout svoji roli, ale záleží také na osobnostních předpokladech, které roli realizují. Tedy k pojetí role sestry je třeba i její naplnění. Z toho pak vycházejí dva faktory ovlivňující výslednou kvalitu profesionálního chování. (33)

Faktory vnější jsou dány sociálním prostředím, ve kterém sestra žije (svůj vliv má historie profese), kde se připravuje na svoji profesi (systém školské a zdravotnické politiky) a kde pracuje (pracoviště sestry a požadavky spolupracovníků, nadřízených i

pacientů na chování sestry). Zdravotní politiku ovlivňují názory a očekávání veřejnosti. Když jsou lidé informováni o možnostech zdravotnických postupů, které zlepšují kvalitu života nebo jej dokonce udržují, zvyšují se nároky na zdravotní péči i naléhavost, se kterou se jich lidé domáhají. Úspěch moderního zdravotnictví může vést k pocitu zklamání, když se někoho nepodaří zachránit. Podobně jsou lidé méně tolerantní k chybám zdravotníků, což má za následek soudní pře a pacienti se pak často domáhají odškodnění. (26, str. 124, 125)

Významnou součástí hodnocení profese je etika a etické normy společnosti, které jsou formulovány v dokumentech. Pro profesi sestry a jejího chování to jsou Práva pacienta a Etický kodex sester. Dodržováním pravidel Etického kodexu sestry přispívá k dobré pověsti a zvýšení společenské prestiže profese sestry a celého zdravotnického zařízení. Viz příloha č. 3, 4.

Sestra se na pracovišti setkává s různými požadavky na své chování. Zcela specificky utváří chování sestry skupina nejbližších spolupracovníků. Absolventka přichází ze školy s určitou představou a s ideály, jak má vypadat její práce. Mladá sestra se pak stává často nežádoucí nebo se velice rychle přizpůsobí kolektivu, aby obstála. Některé sestry své vnitřní a vnější konflikty „řeší“ odchodem ze zdravotnického zařízení. (5)

Sestry při svých jednáních s pacienty zapomínají na tzv. samozřejmé informace. Mnoho pacientů, kteří jsou hospitalizováni si dělá úsudek o našem zdravotnickém systému podle úrovně „banalit“. Mezi jednotlivé banality, které sestry podceňují jsou vlastní představení se, přivítání a povzbuzení pacienta, poskytnutí informací týkajících se organizačního chodu oddělení a nemocnice (občerstvení, telefon), kontinuální informování pacienta, informování o tom, jaký výkon zdravotní sestry provádějí, co ho čeká, poučení o existenci práv pacientů, představení nového pacienta na nemocničním pokoji, řádné oslovování pacienta příjmením, na srozumitelná komunikace bez zdravotnické hantýrky, vzbuzení pocitu důvěry a v neposlední řadě to, že je-li zdravotník pacientem, potřebuje stejně citlivé vysvětlení jako laik. (14)

Faktory vnitřní ovlivňují osvojení si správného profesionálního chování a jsou vázané na samostatné nositele profese. Zůstává otázkou, zda jedinec má předpoklady k tomu předpoklady k tomu, aby splnil očekávání vybraného povolání. (5, 37)

6.3 Psychické předpoklady pro práci sestry

Nároky na odbornou přípravu a výkonnost jsou rozdílné podle charakteru práce podmíněného specializací medicínských oborů. Zvládnutí požadované odbornosti je

třeba v různých sférách.

Ve sféře intelektu předpoklady vyplývají ze složitosti pracovních situací, z nutnosti zvládnout množství informací, z tvořivého přístupu k problematice, kterou je třeba řešit.

Předpoklady v senzomotorické sféře vyplývají z potřeby nezkradeného vnímání všech jevů týkajících se nemocného a z velkého množství pohybových činností (př. šikovnost, zručnost, pohybová obratnost, atd.).

V autoregulační sféře vyplývají předpoklady z potřeby zvládnout vysoké pracovní nároky, z potřeby přizpůsobení, sebezapření.

Předpoklady v sociální sféře vyplývají z faktu, že pro úspěch léčby je významný pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, vést dialog, vcítit se do stavu druhého, přejímat různé sociální role, být pro druhého smysluplný, apod.

V poslední estetické sféře vyplývají předpoklady z potřeby smyslu pro líbivou úpravu vlastního zevnějšku a zdravotnického prostředí. (5, 57, str. 157)

Pro práci zdravotní sestry jsou velmi důležité sociální a autoregulační předpoklady.

Předpoklady sociální vycházejí z primárního postavení mezilidských vztahů v procesu socializace, jsou považovány za klíčové, protože zdravotní sestra je v intenzivní interakci s nemocnými, působí na lidi, rozmlouvá, komunikuje s nimi při veškerých ošetrovatelských činnostech, umí z neverbálních projevů odhadnout prožívání a jejich intenzitu. Sestra, která nemá tyto předpoklady, často neumí a nedokáže navázat vztahy ke spolupracovníkům, k nemocným, ale i k lidem, se kterými se běžně během života setkává.

Předpoklady autoregulační jsou nezbytné vzhledem k vysokým požadavkům na morálně charakterové vlastnosti. Sestra pracuje do značné míry samostatně, realizuje některé ošetrovatelské výkony sama, je zvýšeně odolná ke stresu, umí se ovládat. Tyto předpoklady mají velký vliv pro profesionální chování sestry a pro naplnění vlastní role sestry. (5, 13)

6.4 Profesionální vlastnosti sestry

K profesionálním vlastnostem patří proces identifikace, ztotožnění se s rolí nebo osobou, s názory, hodnotami, postojem, motivy sesterského povolání. (5)

Empatie je schopnost vcítění se do duševního stavu a prožívání druhého. Přitom je zapotřebí odložit stranou veškeré vlastní předsudky. Je naopak třeba soustředit se na porozumění způsobu vnímání postiženého. (19, str. 263)

Sebezpoznání je důležité nejen pro sestru, ale pro každého člověka. Vědět, jak mě vidí ostatní, co si o mně myslí, jakou mám pro ně hodnotu, jaké místo mám v sociální

skupině, kam patřím, pro jaké vlastnosti si mě ostatní váží a co jim na mě vadí.
(5, str. 86)

Další profesionální vlastností a dovedností sestry je tolerantnost, zodpovědnost, povinná mlčenlivost ve služebních záležitostech a povinnost poskytnout první pomoc.
(13)

I při značné diferenciaci charakteru odborné přípravy a náplně práce sestry se kladou jisté společenské požadavky na její pracovní vlastnosti, zejména na svědomitost, smysl pro povinnost, angažovanost, usilovnost, houževnatost, iniciativu, tvořivost, důkladnost, přesnost a důslednost, pořádkumilovnost, dochvilnost, organizační schopnosti. Sestra si v každé chvíli své činnosti musí plně uvědomit důsledky svého jednání pro zdraví a život nemocného. (57, str. 157)

6.4.1 Sesterské komunikační dovednosti

Profesionální zdatností sestry je umění správné komunikace. Ta pomáhá řešit běžné i nestandardní situace a je specifickou dovedností každé sestry. (13)

Sestra profesionálka při verbální komunikaci s pacienty používá specifické komunikační dovednosti. Naslouchá aktivně i pasivně, dává najevo, že sdělovanému porozuměla, vhodně klade otázky, podněcuje pacienty při rozhovoru, pacientovi dává najevo, že mu rozumí a že dokáže vyjádřit a pojmenovat jeho pocity. Po rozhovoru s pacientem může již řečené částečně shrnout, pro lepší pocit, že pacientovi rozumí a nic důležitého jí neuniklo. Jasnou artikulací a vhodným tónem hlasu vyjadřuje respekt k člověku, se kterým mluví. Informace pacientovi předává způsobem, jenž je pro něho pochopitelný. (5, 56)

Komunikace sestry s pacientem začíná dříve, než se vzájemně pozdraví. Nonverbální – mimoslovní komunikaci používáme v 70 – 90 %. Neverbálním chováním vyjadřujeme vztah k druhému člověku, snadněji vyjadřujeme své emoce, povzbuzení, sounáležitost s druhým, porozumění jeho stavu a situace. První dojem z velké části rozhoduje o tom, zda lidé budou ochotně spolupracovat, jeden druhému naslouchat, nebo vzniknou problémy, kdy jedna strana nebude chtít komunikovat. Sestra toho nemusí ani mnoho říci a pacient, aniž by si to uvědomoval, odhadne jaká sestra je. (46)

Sestry si často neuvědomují, že po celou dobu služby je pacienti vnímají a sledují. Zvláště pacienti, kteří jsou citliví na gesta a jiné nonverbální projevy. Pacient ve většině případů neumí správně posoudit provedený výkon sestry, ale umí velmi dobře posoudit její chování a způsob komunikace nejen s ním, ale i se spolupracovníky a také její celkový přístup. (37, str. 5)

Ne vždy má každý z nás dobrou náladu a úsměvy na rozdávání. Své soukromé problémy jako sestry profesionálky necháváme „za dveřmi“. Stejně tak pracovní problémy nepřenášíme do soukromého života. Pacienti si často všimnou, že to není jejich „sestřička“. Mohou nás politovat v našich starostech, ale podruhé si začnou říkat: „Je tady přece pro nás!“ (15, str. 49)

Pokud s pacientem jednáme, musíme opravdu vzbudit dojem, že jsme tu jen pro něj. Sestry se často při mechanických činnostech (př. stlaní) věnují své kolegyni, pokud je na pokoji a vůbec se s pacientem nebaví. V ambulantní části při jednání s pacientem rozhodně nejíme, netelefonujeme, mluvíme-li s ním, nevyplňujeme tiskopisy. V pacientovi nesmí zůstat pocit, že nás obtěžuje, že dnes máme před sebou celou službu. Je velmi nevhodné a neslušné, oslovujeme-li nemocné „babi“ nebo „dědo“. Oslovujeme celým jménem, titulem. S pacientem po celou dobu verbální komunikace udržujeme oční kontakt. Je to pro něho ujištění, že se mu věnujeme. Sestra se může setkat s pacienty, kteří nedokážou komunikovat, jsou ostýchaví, mají zábrany se zeptat. Sestra může použít metakomunikační vsuvku. Usoudí, jaký má pacient názor, co si myslí, čeho se obává. Předpokládané obavy, nejistoty a nejasnosti vysloví za pacienta a zároveň je zodpoví. Tyto vsuvky umožňují ozřejmit drobné detaily, vedou k nápravě drobných nepochopení a nedorozumění. (Př. Možná, že si přejete... Nevím, zda jste neuvažoval také o... I to je řešení). (46)

Při nonverbální komunikaci je důležité zaměřit se na oblast čela a očí. Nemocný, který prožívá strach, úzkost, něco nepříjemného, má pokrčené čelo, přivřené až zavřené oči. Mimické svalstvo nemocného prozradí často mnohem víc, než on sám může nebo chce říct. Úsměvem velice rychle navazujeme kontakt, úsměv demonstruje přátelství. (15, 38)

I když je zdravotnické prostředí prostředím seriózním, důstojným a vážným, má zde vlídný úsměv na správném místě a ve správný čas své nezastupitelné místo. Snižuje obavy, strach a úzkost, zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Pacient rychle pozná, zda je úsměv nucený, nadřazený, přezíravý či koketně vyzývavý. (46)

Z hlediska neverbální komunikace je důležitý tělesný kontakt. Jeden laskavý dotek je za desítky slov. Někteří autoři se domnívají, že tělesný kontakt do profesionálního vztahu nepatří, že u dospělých má vždy sexuální podtext a erotizující funkci. Domnívám se, že tomu tak není. Sestra při neverbální komunikaci nepoužije tělesný kontakt u těch pacientů, kteří by věkově a sociálně mohli být jejími potenciaálními životními partnery. Při komunikaci se všemi ostatními je tělesný kontakt pro pacienty žádoucí a nesmírně důležitý. Pokud budou pacienti patřit k těm, kteří by mohli být

potencionálními životními partnery a budou v těžkém somatickém stavu, u nich dotek sestry užije bez jakýchkoliv problémů. (5, str. 29)

Při komunikaci pacientovi dopřejeme alespoň trochu pocitu, že může okolnosti svého ošetřování také částečně kontrolovat. Ptáme se ho, zda mu vyhovuje tento způsob nebo nabízíme jiný způsob. K profesionálnímu jednání také patří nechat si poradit od lidí handicapovaných na jaký způsob pomoci jsou zvyklí, a těmto potřebám se co nejvíce přizpůsobit při jednání s nimi. K práci sestry patří bezpodmínečně i trpělivost. Trpělivě nasloucháme a podněcujeme pacienta k rozhovoru. Před ostatními se nesluší pacienta kritizovat, naopak před ostatními lidmi vyslovená pochvala je krok k další dobré spolupráci. (13, 15)

Pochválí-li pacient nás, pochvalu přijmeme a upřímně poděkujeme. Během pobytu pacienta si nezačínáme žádné citové či sexuální vztahy. Pro sestru to většinou znamená skandál a malér. Po pacientově uzdravení je na místě zamyslet se, zda má rád sestru jako člověka nebo jako ošetřovatelku. Od sestry profesionálky se očekává lidského pochopení jak pro různé slabosti a prohřešky, tak pro utrpení a bolest. (15)

7. Profesionální adaptace a deformace

Podmínkou úspěšnosti a spokojenosti sestry ve své profesi je dobrá profesionální adaptace, dobré přizpůsobení se povolání. Adaptovat se na povolání sestry znamená překonat počáteční velmi hluboké a živé prožívání mnohých zatěžujících událostí, s nimiž se ve své práci denně setkává. Sestra získá jistý stupeň emocionální odolnosti a neztotožňuje se s pacientem natolik, aby sama prožívala citové ztráty. (52)

Proces adaptace je velmi psychicky i fyzicky náročný. Sestře není lhostejné, jak tráví volný čas, jakým způsobem odpočívá, aby nabrala nové síly pro své povolání. Umět se věnovat sám sobě není tak jednoduché, stejně jako naučit se vnímat potřeby svého těla i duše a umět jim vhodným způsobem vyhovět. Uštvaná sestra nemůže být dobrou sestrou. Být příslušníkem pomáhající profese je určitá oběť, ale ta má v dnešní době své meze. Sestry na jedné straně obětují svou energii a pozitivní city, a tak mohou na druhé straně požadovat ohledy. Nejlepší protiváhou vyčerpávající profese je dobré rodinné zázemí a smysluplný život. Žít s takovým partnerem, který je pro ni oporou, pomocí a ochranou a je také tolerantní k drobným ženským slabostem. (25, 52)

Při delším vykonávání sesterského povolání může dojít k profesionální deformaci. Osobnost sestry se postupně vyhraní do některého z nežádoucích typů. Sestra rutinního typu má vysokou odbornost, dbá na přesnost. Uniká jí ale lidská stránka ve vztahu k pacientům. Velitelský typ charakterizuje sestru despotismem, agresivitou, kasárenským pořádkem, přehnaným sebevědomím, rozhodností, energetičností, nekompromisností, a to bez lidské účasti. Hereckým typem sestra ukazuje svoji důležitost, vystupuje afektovaně. Nervózní typ sestry se projevuje podrážděností, nervozitou, permanentní únavou a pocitem, že pacienti dostatečně neocení její úsilí. Tyto čtyři typy sester mají jen krůček k syndromu vyhoření. (13, str. 8, 9)

Z interního semináře, kterého jsem se zúčastnila uvádím citaci přednášky paní Mátlové, která je odborníkem v oboru psychologie: „Ohníček plápolá, hřeje a hoří. Hoří však jen tehdy, když má dostatek suchého dřeva. Nedostatkem suchého dřeva se oheň vyčerpává, uhasíná až nakonec zhasne.“ Jde o jev známý pod českým termínem „vyhoření“, což je překlad anglického výrazu „burnout“, který znamená totéž. (31)

Viz příloha č. 5

Podrážděná a napjatá sestra není schopna reagovat na požadavky a potřeby pacientů. S poklesem elánu a zaujetí klesá i motivace. Ošetřovatelská péče se stává rutinní záležitostí. Vyhoření také snižuje schopnost kriticky uvažovat, řešit problémy a rozhodovat se. To může velmi ohrožovat bezpečnost pacientů. Není neobvyklé, že lidé,

kteří trpí syndromem vyhoření, se snaží řešit situaci alkoholem, narkotiky a cigaretami. To všechno může ještě více přispívat k ohrožení pacienta. (24, str. 98)

Sestry jsou vyčerpané v oblasti tělesné, duševní i citové. I sebeobtížnější situaci lze zvládnout, jestliže člověk najde způsoby, jak kompenzovat své psychické zatížení, jestliže má dost sil bojovat s neúspěchy. (41, str.102)

Krátce uvádím několik způsobů kompenzace, psychohygieny:

- každý z nás by se měl umět uvolnit, „vyjít ze sebe“ a připoutat pozornost k něčemu příjemnému, hezkému, pozitivně laděnému
- umět odložit pracovní únavu, mít alespoň pět minut pro sebe, kdy si člověk utřídí myšlenky, zhodnotí si celý den, může si o svých problémech se svými nejbližšími popovídat
- dodržovat správnou životosprávu, naslouchat svým potřebám
- dobře, klidně a vydatně se vyspat. (5)

8. Vztah mezi ošetřovatelstvím a sesterskou profesí

8.1 Sesterské povolání jako profese

Člověk stráví v profesi více než polovinu produktivního života. Pokud je sestra ke svému povolání vázána silným poutem, zvolí si jej dobrovolně, podaří se jí naplnit své životní představy, osobně se angažuje v jeho rozvoji, cítí radost a uspokojení. Spokojenost v povolání je důležitou složkou celkové životní spokojenosti. V takové profesi má sestra utvořený silný vztah. Její povolání jí umožňuje realizovat hodnoty, které pokládá v životě za důležité. Povolání zdravotní sestry se pro ni stává perspektivní. (46)

Povolání sestry je tedy profesí a její hlavní činnost – ošetřování – je také profesionální. Problém je, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě (v zákonech, vyhláškách, směrnicích), zda má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperují profese a pacienti, jakou úroveň mají kooperující vztahy, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry a jakou prestiž jí připisují. (2, str. 125)

Vývoj ošetřovatelství je spjat od začátku především se ženou. Původní ošetřování nemocných bylo založeno na ideologii „přirozené“ povinnosti ženy. Ta, která si jí služebně oddala, zřekla se společenských kontaktů i své role ženy. Její společenská prestiž byla nízká, nedůstojně a špatně se s ní zacházelo. Nepříznivě se projevoval názor společnosti a její odpor k ženě, která příliš intimně zachází s lidským tělem a tělesnými produkty, je vystavena styku s utrpením a se smrtí, a proto se musí citově otupět a zhrubnout. (18)

Vývoj ošetřovatelství je spojen s překonáváním takových představ, kdy se prosazují emancipační snahy a zásadní změny v postavení ženy ve společnosti. Vznikají nové požadavky na znalosti a dovednosti ošetřovatelek a tím na jejich odborné vyškolení. Těžiště ošetřovatelství se přenáší z obětavé a emotivně motivované služby do oblasti racionální činnosti mající odbornou přípravu. (35, str. 91)

8.2 Co ovlivňuje prestiž sesterského povolání

Moderní ošetřovatelství není jen péče o nemocného, ale ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví. Pokrokové ošetřovatelství je založeno na identifikaci individuálních potřeb péče o zdraví a rozvoj soběstačnosti, kdy sestra jednak podporuje osobu, jejíž zdravotní stav chce ovlivnit v sebepéči, a jednak je v aktivním kontaktu s jeho nejužším sociálním okolím, tj. rodinou a nejbližšími přáteli,

kteře edukuje v poskytování laické pēče, a jednak sama profesionální pēči poskytuje.

(49, str. 5)

Dalším kladem a další prestižní záležitostí v pēči sestry je poskytování pēče realizací ošetřovatelského procesu. Realizaci lze zajistit změnou systému práce sester. Sestra může během směny pečovat o nemocného formou skupinové nebo primární pēče. Sestry směnové odpovídají za celkovou práci ošetřovatelského personálu v průběhu každé směny. Dalšími prvky profesionálního rozvoje je již zmíněná registrace sester a ošetřovatelský výzkum. V souladu s definicí a cíli ošetřovatelství se stále více rozšiřuje samostatná činnost sester v terénním ošetřovatelství. (49)

Ošetřovatelství v zahraničí klade velký důraz na takovou přípravu sester, která zajistí vzdělání sester samostatně pracujících a orientovanou na ošetřovatelskou pēči. Sestra využívá svých kompetencí, samostatnosti, znalostí a profesionality. (10)

České ošetřovatelství usiluje o zlepšení kvality ošetřovatelské pēče – tedy zkvalitnění sesterské profese a zvýšení společenské prestiže sester, včetně jejich ocenění. (49)

Sestra je stále více na očích veřejnosti. Podle toho, jak jedná, jak se chová a jak vypadá, vytváří nejen obraz o sobě samé, ale je nevědomým tvůrcem neformální prestiže oboru a svého povolání. (45)

Na hodnocení prestiže sesterského povolání se také podílí vlastní profesionální příprava sester, o které jsem se stručně zmínila v kapitole Možnost vzdělávání sester v minulosti a dnes.

8.2.1 Předchozí výzkumy prestiže povolání

Prestiž (prestiže) je úcta, kterou prožívá člověk nebo skupina určitého sociálního statutu. Je to významný ukazatel sociálního postavení. Často bývá pojem prestiž ztotožňován s pojmem sociálního statutu, ačkoliv je spíše jedním z jeho ukazatelů (spolu s profesí, příjmem, vzděláním, životním stylem, bydlištěm, krásami). Osoby s vysokou prestiží jsou obdivovány, napodobovány, působí přitažlivě, mají silný sociální vliv. Někdy se používá označení prestižní třída pro kategorie osob s podobně vysokou prestiží. Nejde však o skutečně existující skupinu, ale především o výsledek subjektivního hodnocení. Prestiž je vždy záležitostí veřejného mínění, které je proměnlivé, což se nápadně ukazuje, když si sociologové přivydělávají sestavováním žebříčku popularity politiků, zpěváků, sportovců. Tzv. negativní prestiž označuje malou vážnost nebo špatnou pověst, kterou osoba prožívá. (21)

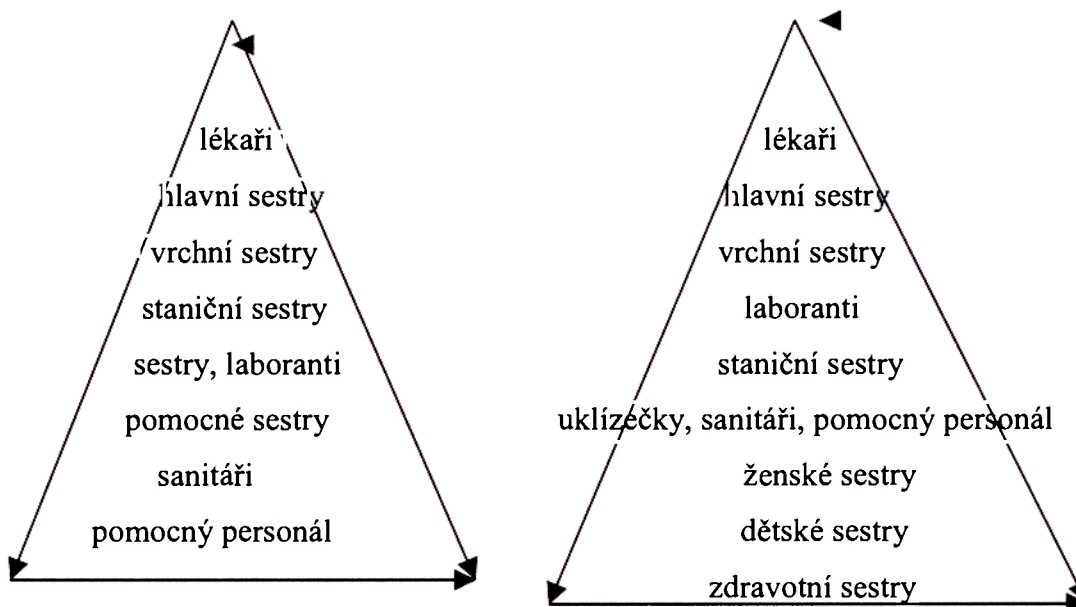
Prestiží povolání sester se mimo jiné zabývalo podrobné sociologické šetření profese zdravotních, dětských a ženských sester, které provedl v roce 1969 kabinet sociologie Univerzity Palackého v Olomouci pod vedením doc. Koudelky. Výsledky vyšetření nebyly zveřejněny a materiály byly určeny pouze pro vnitřní potřebu některých vybraných pracovišť. Autoři si vytkli 23 dílčích cílů. Výzkumu se zúčastnilo 2500 respondentek z řad sester. (33)

Výsledky výzkumu také ukázaly, že životní úroveň 2/3 vdaných sester byla v roce 1969 pod celostátní úrovní. Zadluženost u sester byla vyšší než u jiných středoškolsky vzdělaných pracovníků. Vdané sestry měly významně méně dětí, než byl průměr v československé populaci. (33)

Tyto nízké materiální podmínky byly považovány za důvod nízké prestiže povolání mezi zdravotnickými pracovníky. Doc. Koudelka zjistil, že existuje rozdíl mezi modelem a skutečnou pyramidou v prestiži povolání ve zdravotnictví. (33)

Schéma č. 1 (33, str. 95)

Model(vlevo) a skutečná pyramida (vpravo) v prestiži povolání dle doc. Koudelky



Zatímco modelově doc. Koudelka předpokládal postavení sester ve středu pyramidy, ve skutečnosti se zdravotní sestry umístily až na jejím konci. Lépe než sestry byly hodnoceny i uklízečky a pomocný personál. Také staniční sestry ve skutečnosti klesly pod laboranty. Pouze pořadí na prvních třech místech se potvrdilo. (33)

Další výzkumy provedené v roce 1990 opět umístily tuto profesi na 9. místo, přičemž na prvních místech byla uvedena povolání vyžadující vysokoškolské vzdělání (např. lékař, učitel, vědec). Výzkum prestiže z roku 1992 zařazuje toto povolání na 8. místo. (18, 33)

Problematiku společenské prestiže profese zdravotní sestry zkoumá Babincová ve své diplomové práci z roku 1996. Mgr. R. Babincová studovala obor pedagogika- ošetrovatelství. Cílem její práce bylo zjistit, jak veřejnost hodnotí profesi zdravotní sestry, jak profesi sestry hodnotí skupina zdravotníků, jaké je umístění profese v žebříčku vybraných povolání. Výzkumu se zúčastnilo 797 respondentů. Mgr. R. Babincová si je rozdělila do pěti skupin. (1)

První skupinou bylo asi 290 žáků základních škol ve věku 13 –14 let, druhá skupina byli studující zdravotnické školy v počtu 199 ve věku 14 – 28 let. Třetí skupinou byli studující obchodní akademie s počtem respondentů 97 ve věku 14 –18 let. Ve čtvrté skupině byl 35 hospitalizovaných pacientů a poslední pátou skupinu tvořili zdravotničtí pracovníci v počtu 176. (1)

Výzkumnou metodou jí byl dotazník i strukturovaný rozhovor. Vhodně zvolený dotazník použila pro respondenty základních škol a pro studující na střední zdravotnické škole a na obchodní akademii. Druhý dotazník použila u zdravotnických pracovníků. Jako druhou metodu použila strukturovaný rozhovor. Komunikovala se žáky základních škol, se studujícími na střední škole, s hospitalizovanými nemocnými a se zdravotnickými pracovníky. Mgr. R. Babincová došla k zajímavým výsledkům. (1)

Žáci základních škol se shodli, že volba životního povolání ve věku 14 letech je brzká. Také už poznali některé zápory sesterské profese. Profesi zdravotní sestry viděli jako vysoce prestižní. (1)

Studující zdravotnických škol celkově hodnotí profesi na prvním místě, u vyšších ročníků klesá hodnocení na třetí až dokonce na osmé místo.

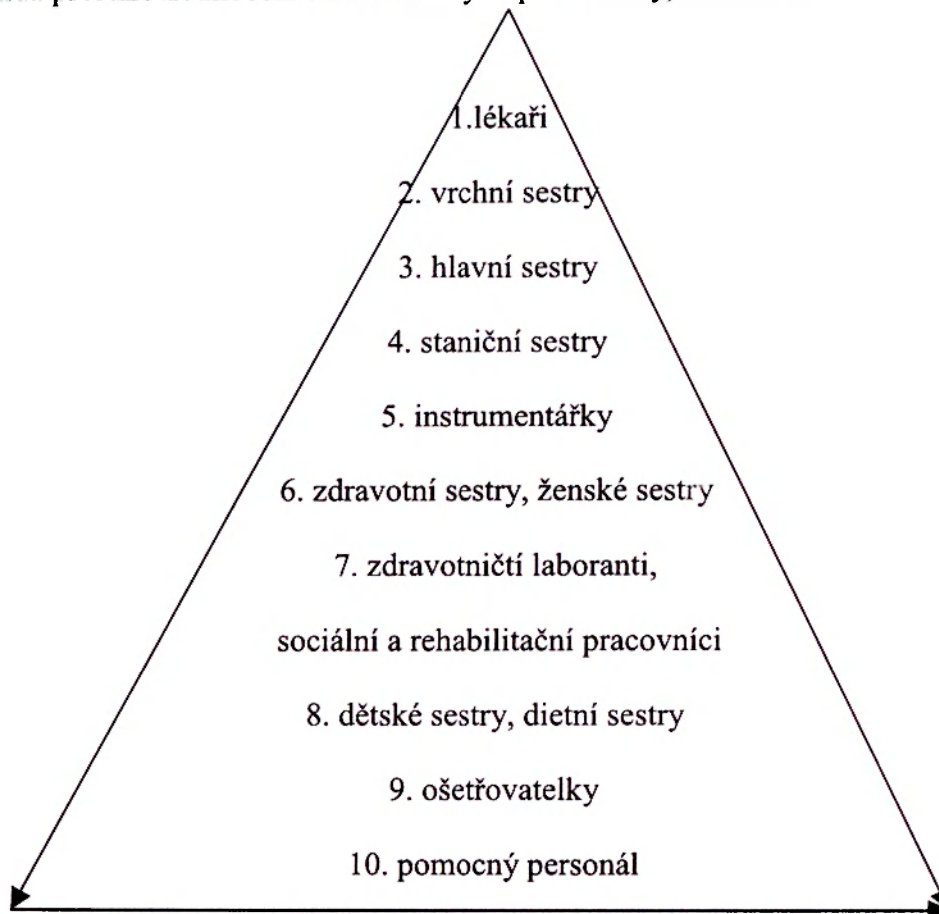
Dotazovaní z obchodní akademie přiřadili celkově profesi sestry na 6. místo. Hospitalizovaní pacienti hodnotili profesi, prvním místem společně s profesí lékaře. Poslední pátou skupinu zdravotnických pracovníků Mgr. R. Babincová dále člení. (1)

Skupina 107 zdravotních sester ohodnotila profesi na 6. místě. Objevují se zde poznámky k postavení práce sestry, která je nezáviděníhodná, finančně nedocenená. Sestry nejsou spokojeni s náplní práce, ztěžují si na vysoký počet pacientů na jednu sestru, na absenci nízkého a pomocného zdravotnického personálu, Na některých pracovištích je nedostatečný počet sester a nadbytek přesčasových hodin, ne vždy jsou ideální pracovní vztahy a způsob vzdělání, které sestry neuspokojuje. Hodnocení 13 lékařů se shoduje s hodnocením zdravotních sester, tedy umístění na 6. – 7. místě. Skupina 12 dětských sester staví sestry na poslední místo, snad protože, že se sestry cítí velice podhodnoceny. Skupina 10 staničních sester hodnotí profesi sestry na druhém místě. Respondenty denní formy bakalářského studia oboru ošetrovatelství v počtu 64

hodnotí profesi na 6. místě. Studentky dálkové formy studia hodnotí profesi na 8. místě. Příčinou tohoto rozdílu je jistě získaná dlouholetá zkušenost v praxi. Výsledky hodnocení 12 vrchních sester odpovídají již zmíněným výsledkům. Tedy lékaři na 1. místě, zdravotní sestry, hlavní, staniční sestry, instrumentářky se dělí o 7. – 9. místo v žebříčku prestiže povolání. (1)

Schéma č. 2 (1, str. 80)

Pyramida prestiže hodnocení zdravotnických pracovníků, rok 1996.



Celkové hodnocení kategorií zdravotnických pracovníků vychází jako ideální model prestiže povolání a nahrazuje model pyramidy podle doc. Koudelky z roku 1969.

V krátkosti se zmíním o diplomové práci Mgr. Hany Janouškové, která se zabývala problematikou prestiže povolání sestry ve zdravotnictví. Hana Janoušková studovala navazující magisterské studium obor učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. Uvádím pouze dva z jejích cílů. V prvním vytyčeném cíli se kolegyně snažila zjistit postavení sester v porovnání s ostatními středními zdravotnickými pracovníky, a v druhém zjišťovala, jaké je celkové hodnocení sester. (18)

K zjištění potřebných údajů použila metodu dotazníkového šetření. Respondenti se vyjadřovali k prestiži 17 povolání středních zdravotnických pracovníků. Výzkumu se zúčastnilo 405 respondentů, z Prahy, z Roudnice nad Labem, z Tábora, tvořili je

zaměstnanci velkých i malých nemocnic, zaměstnanci služeb provozovaných hlavním městem, i zaměstnanci ze soukromých praxí a provozoven. Mgr. H. Janoušková zjistila, že největší prestiž má profese dipl. zdravotnických záchranářů (viz tabulka č. 2), což se projevuje velkým zájmem o studium tohoto nového oboru. Vliv na to můžou mít televizní seriály, které ukazují záchranáře ve velmi dobrém světle. Umístění dipl. porodních asistentek na 2. místě se dá vysvětlit dlouhou historií této profese. Třetí místo dipl. sester pro intenzivní péči svědčí o technické náročnosti jejich práce. Nevím, zda 9. místo dipl. sester můžeme považovat za úspěch. Tato střední pozice se však nepotvrdila jako předpokládaný důvod pocitu nedocení sester. (18)

Tabulka č. 2 (18, str. 23)

Pořadí prestiže profesí

pořadí	profese	body
1.	dipl. zdravotnický záchranář	7,7
2.	dipl. porodní asistentka	7,6
3.	dipl. sestra pro intenzivní péči	7,6
4.	dipl. dětská sestra	7,0
5.	dipl. fyzioterapeut	6,9
6.	dipl. oční optik	6,6
7.	dipl. zubní technik	6,5
8.	farmaceutický laborant	6,5
9.	dipl. všeobecná sestra	6,4
10	dipl. radiologický asistent	6,3
11.	dipl. sestra pro psychiatrii	5,8
12.	ortopedicko – protetický technik	5,8
13.	dipl. zdravotní laborant	5,6
14.	dipl. ergoterapeut	5,4
15.	dipl. dietní sestra	5,2
16.	dipl. dentální hygienista	4,9
17.	dipl. asistent hygienické služby	4,2

Co se týká druhého cíle, diplomované všeobecné sestry hodnotily prestiž své profese na 5. místě. Toto preferování vlastní profese je zřejmě přirozené a ukazuje na dobrou adaptaci s profesní rolí. (18)

Pokusím se krátce zamyslet, co může ovlivnit prestiž a image profese zdravotní sestry. Mezi první bych zmínila pracovní podmínky pro sestry. S tím úže souvisí

vzájemné vztahy na pracovišti, uznání sester od lékařů a neustálý odchod sester za prací do zahraničí. Dobré pracovní podmínky tvoří dobré finanční ohodnocení sestry, v dnešní době stále diskutovaný problém, který není zcela ideálně vyřešen.

Domnívám se, že pokrok ve vzdělávání je v této problematice stěžejní, sestra se již díky vysokoškolskému vzdělání přiblíží lékaři a bude pro něj větším partnerem. Tím by se mohlo i zvýšit sebevědomí sester, pozitivní smýšlení o sobě samých, možná i více vlastního pochválení. Sestry by měly silnější „moc“ a postavení. Dále je důležité, v jakém světle se o profesi hovoří v médiích, jak na profesi nahlíží společnost. Zda se hovoří o tom, kdo profesi vykonává, zda muži či více ženy. Pokud se o profesi hovoří pouze v souvislosti se zvyšováním platu, pak se zvýšení prestiže nikdy nedočkáme. Prestiž a image sesterského povolání se začíná budovat již při studiu na středních a vyšších odborných školách. Na prosazování a hájení zájmů sester usilují sesterské profesní organizace, jejich představitelé a bezesporu každá zdravotní sestra.

9. Profesionální image sester

Lidé získávají představu o ošetřovatelství a sestře z různých zdrojů. Nejčastějšími zdroji jsou však jejich vlastní zkušenosti nebo zkušenosti jejich přátel. Sestry se prezentují při styku s pacientem, ale i na chodbách nemocnic, u výtahu či v jídelně. Všude tam, kde sestra působí, může dojít buď k pozitivnímu či negativnímu vlivu na veřejné mínění lidí nebo médií. (40)

Sestra svým jednáním může způsobit negativní dojem o sobě samé, a o zdravotnickém zařízení také tím, že poskytne informace sdělovacím prostředkům. Sestra je vázána povinností mlčenlivosti a takovéto její jednání je bráno jako neetické. Ve větších zdravotnických zařízeních tyto služby zajišťuje konkrétní pracovník, který komunikuje se sdělovacími prostředky. (46)

Image se mění s časem a v každé kultuře je vnímána poněkud jinak. V současné moderní době došlo ve vyspělých státech k takřka sjednocenému pohledu na ošetřovatelství a na sestry samotné. Přesto existují dvě navzájem zdánlivě těžko slučitelné image sestry. (55)

Na jedné straně je představa sestry, lidské a obětavé ženy, více či méně kompetentní a obdarované empatií, soucitem a neobyčejnou schopností vypěstovat si důvěryhodný vztah. Představa někoho, kdo dává sám sebe. (55)

Na druhé straně je to image sestry, vzdělané profesionálky, která efektivně ovládá moderní technologii, je řízena ve svém rozhodování rozumem a ne svými emocemi a na kterou je vždy možné se spolehnout. Představa někoho, kdo vykonává svoji práci s odstupem svého „já“. Pravděpodobně žádná ze sester nemůže pokrýt celou škálu těchto představ, většina sester se pohybuje mezi těmito dvěma póly. (55, str. 13)

Image ošetřovatelství, kterou vnímají studentky zdravotnické školy, se liší od představ, kterou mají sestry samy. Tyto různé image se opět liší od toho, jak vnímají svoji profesi a samy sebe zdravotní sestry. Vnímání ošetřovatelství a image sester studentkami zdravotnické školy je odrazem mnoha působících faktorů. Jedním z nich, snad pozitivně ovlivňujícím, je většinou společná praxe odborných učitelek a studentek v nemocnici. Odborné učitelky vedou studentky k pochopení, že ošetřovatelství je profese, nejen zaměstnání. Odborná učitelka na praxi v nemocnicích vytváří takové prostředí, které umožní rozvoj zdravého sebevědomí žákyně. Střední zdravotnické a vyšší zdravotnické školy si samy vypracovávají vnitřní předpisy pro studentky. Tento vnitřní předpis obsahuje jednotlivé body, jak by se měly studentky chovat při poskytování ošetřovatelské péče a jaká by měla být úprava žákyně v době praktického vyučování ve zdravotnickém zařízení. (55)

Vyzařuje-li ze studentek a zdravotních sester při styku s veřejností a pacienty zdravá interní image, podílejí se na tvoření vlivné image oboru ošetrovatelství. (55, str. 13)

9.1 Profesionální hrdost

M. Škrlová se ve své stati zmiňuje o vědeckých výzkumech v USA, které zjišťovaly, jak veřejnost, lékaři a sestry samy vnímají ošetrovatelství jako profesi. Z výsledků jejich výzkumu vyšlo najevo, že mělo-li dojít k vyjádření jedním slovem, veřejnost nejčastěji užívala slov jako: péče, empatie, soucit, dotek, starostlivost, citlivost, trpělivost. (40)

Ve studii, kde lékaři vyhodnocovali sestry, se objevovala adjektiva jako: efektivní, kompetentní, profesionální, odpovědné. (40)

Nejzajímavější byla třetí studie, kde sestry hodnotily samy sebe: přepracované, chaotické, uspěchané, stresované, náladové, nedoceněné, utlačované. Tato studie jasně poukazuje na to, že i v USA ještě před několika lety, sestry neměly zdravou představu o sobě samých. Od té doby se mnohé změnilo. (40)

9.2 Strategie budování nové ošetrovatelské image

Budování nové ošetrovatelské image by se dalo shrnout do několika následujících bodů:

1) zdravá sebedůvěra a touha po nové image, upravenost uniformy a vzhledu sestry, profesionální chování, efektivní verbální a neverbální komunikace, kontinuální touha a úsilí vzdělávat se, přesvědčení o významu ošetrovatelství pro společnost, politická asertivita

2) své nízké sebevědomí, negativní smýšlení o sobě samých a o své profesi sestry ještě stále v mnohých zdravotnických zařízeních prezentují neverbální komunikací, tj. nedbalé oblečení, neupravené vlasy, neprofesionální chůze, gesta, grimasy, způsob sezení a stání, nezáměr o pacienta, který často nevypovídá o zájmu sester o celou jeho osobnost, reakce sester.

3) zdravotní sestry mohou hovořit jednotným hlasem, s autoritou a přesvědčením

4) zdravotní sestry mohou být hrdé na své povolání a poslání

5) zdravotní sestry svými postoji a iniciativou zajišťují úctu a respekt nejen samy sobě, ale všem ženám

6) zdravotní sestry by měly být schopné vstoupit do dalšího tisíciletí a do Evropské unie připravené

Sestry musí být přesvědčené o tom, že jsou profesionální skupinou, která je schopna převzít kontrolu a odpovědnost za svou práci a za své životy bez ohledu na externí faktory, které v současné době nejsou neoptimálnější. (40)

Seznam zkratk:

SAŠO	Spolek absolventek školy ošetrovateľské
SDS	Spolek diplomovaných sester
ČSR	Československá republika
ČSČK	Československý červený kříž
OZSR	Ošetrovateľská a zdravotní služba v rodinách
ČSS	Česká společnost sester
FF UK	Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
UK	Univerzita Karlova
ICN	International Council Nurses, Mezinárodní rada sester
USA	United states of America, Spojené státy americké
EU	Evropská unie
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ČR	Česká republika
ČAS	Česká asociace sester
SZŠ	Střední zdravotnická škola
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
WENR	Pracovní skupina sester pracujících ve výzkumu
PCN	Stálý výbor sester rady Evropy
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
FF UK	Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
FVL	Fakulta všeobecného lékařství
SZP	Středně zdravotnický pracovník
JIP	Jednotka intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Metodika výzkumu

1.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce bylo zmapovat pohled veřejnosti a zdravotních sester na profesní image sester.

Cílem výzkumu je:

1. Zjistit, zda jsou sestry informovány o tom, kdo se podílí, vytváří a je součástí profesní image sester.
2. Zjistit, jak by v dnešní době podle sester měla vypadat zdravotní sestra a jak na ně působí kolegyně (sestra).
3. Zjistit postoje sester k pracovním podmínkám na pracovišti, souvislost mezi poskytovanou péčí a vzděláváním, možnostmi ovlivnění image sestry rozvojem ošetřovatelství.
4. Zjistit, zda nemocnice má vypracovaný standard pracovního oblečení a jak je zdravotními sestrami dodržován.
5. Zjistit, jak je veřejnost ovlivněna prezentací profese zdravotní sestry v médiích.
6. Zjistit, zda veřejnost hodnotí a vnímá chování zdravotních sester, jak vidí postavení a náročnost profese zdravotní sestry ve společnosti.
7. Zjistit, jak na veřejnost působí různá image (vzhled) zdravotních sester, včetně různorodosti uniforem.

1.2 Hypotézy výzkumu

Na základě stanovených cílů jsem formulovala několik hypotéz.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že sestry budou považovat image sestry za důležitou ale, že neví, že ony samy se mohou podílet na vytváření profesní image sester.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že sestry si kolegyni představují bez extravagance, bez výstřelků módy (piercingu, tetování, dredů,...), podle toho si k ní vytváří svůj vztah. Svou kolegyni posuzují podle jejího celkového dojmu.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že dobré pracovní klima, rozvoj oboru ošetřovatelství a současné vzdělávání sester jsou nezbytné pro interní a externí image sester i pro externí image oboru ošetřovatelství.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že v současnosti sestry spíše neznají a tím nedodržují standard oblékání.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že laická veřejnost je ovlivněna médii, která neprezentují profesi vždy pozitivně.

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že veřejnost profesi zdravotní sestry vnímá jako velmi náročnou s negativním postavením a nedostatečným finančním ohodnocením.

Hypotéza č. 7: Předpokládám, že veřejnost může vnímat image zdravotních sester negativně a tím může být narušena dobrá spolupráce v průběhu ošetřování.

1.3 Použité metody

Pro účely výzkumného šetření jsem zvolila metodu dotazníků a strukturovaného rozhovoru. Použila jsem dva dotazníky vlastní konstrukce. Jeden dotazník byl určen zdravotním sestrám pracujících na různých odděleních ve dvou zdravotnických zařízeních. Druhý dotazník vlastní konstrukce vyplňovala laická veřejnost z kožních a alergologických ambulancí ve dvou okresních městech. Vyplnění dotazníků bylo anonymní.

Druhou výzkumnou metodou byl strukturovaný řízený rozhovor. Ten jsem prováděla s hospitalizovanými pacienty ve dvou zdravotnických zařízeních na interním a chirurgickém oddělení, a na jednotce intenzivní péče interního a chirurgického typu. Dotazovaní pacienti byli poučeni o anonymitě a dobrovolnosti při rozhovoru a o tom, že se podílejí na výzkumu. Rozhovor mi umožnil přímý verbální kontakt s dotazovanými respondenty. Objasnil a upřesnil názor hospitalizovaných pacientů v problematice image sester. Do rozhovoru jsem zařadila 7 logicky navazujících otázek. Strukturovaný rozhovor jsem zvolila proto, že pacienti byli otevřenější, sdílnější, bez pocitu obav, či strachu něco sdělit. Vzor dotazníků a strukturovaného rozhovoru je uveden v přílohách č. 6, 7, 8, 9.

Dotazník pro zdravotní sestry obsahoval 16 položek, dotazník pro laickou veřejnost 22 položek. V obou dotaznících byly použity otázky uzavřené, polootevřené a otevřené. Výsledky dotazníků jsem setřídila a statisticky zpracovala. U většiny položek v dotaznících jsem stanovila relativní četnost a relativní četnost v procentech. V některých položkách jsem zjišťovala závislost mezi dvěma položkami. Pro znázornění výsledků jsem využila zobrazení v tabulkách a v grafech.

1.4 Organizace výzkumu

Dotazníkové průzkumy jsem prováděla ve dvou etapách.

První etapou byly pilotní studie, které byly provedeny na jednom ze sledovaných oddělení a mezi laickou veřejností. Probíhaly začátkem listopadu roku 2005. Bylo do ní zahrnuto přibližně deset sester a asi patnáct respondentů a dotazovaných z laické veřejnosti. Poté jsem dotazníky a rozhovor na základě získaných informací upravila. Druhou etapou byl vlastní výzkum, který probíhal od poloviny listopadu 2005 do konce ledna 2006. Oslovila jsem několik zdravotnických zařízení, výzkum se ale nakonec uskutečnil ve dvou okresních nemocnicích – v nemocnici Nové Město na Moravě a v nemocnici Třebíč.

Oba dotazníky byly rozdány na odděleních intenzivní péče chirurgického a interního typu a na oddělení standardního typu interního a chirurgického. Laickou veřejnost jsem oslovila na kožních a alergologických ambulancích v Třebíči a v Novém Městě na Moravě. Tento typ ambulancí jsem si vybrala proto, že je navštěvují pacienti v mladším, středním i produktivním věku a dále také z důvodu, že nejsou ovlivněni zkušenostmi z nemocnice a jsou relativně zdraví.

Vzhledem k časové náročnosti jsem osobně dotazníky do ambulancí rozdávat nechodila. Po dohodě s lékaři a sestrami na ambulancích jsme se dohodli na tom, že dotazníky rozdává sama sestra. Aby respondenti neměli obavy, že vyplněný dotazník si znovu přečte sestra na ambulanci, každý dostal k dotazníku velkou obálku, kam uložil svůj vyplněný dotazník a zalepil jej. Tento návrh se mi osvědčil.

1.5 Charakteristika výzkumného vzorku

První dotazník byl určen pro zdravotní sestry různých oddělení, ne pro nižší zdravotnický personál viz příloha č. 6. Druhý dotazník byl určen veřejnosti kožních a alergologických ambulancích viz příloha č. 7. Polovina respondentů tvořili muži, druhou polovinu tvořily ženy. Další kritéria jsem nestanovila. Všichni respondenti byli poučeni, že se podílejí na výzkumu, který je součástí diplomové práce. Všechny dotazníky vyplňovali dobrovolně a anonymně.

Dotazované pacienty, se kterými jsem prováděla rozhovor, jsem si rozdělila do čtyř cílových skupin dle typu oddělení, v jaké nemocnici byli hospitalizováni, dle pohlaví, délky hospitalizace a v jaké nemocnici rozhovory proběhly. Další kritéria jsem nestanovila. Celková velikost vzorku byla 298 respondentů. Ze 168 rozdaných dotazníků pro sestry se mi jich vrátilo 140. Ke statistickému zpracování jsem jich použila 122, protože ostatní dotazníky byly vyplněny nevhodně nebo jen zčásti.

Z devadesáti rozdaných dotazníků na alergologických a kožních ambulancích se mi vrátilo 80. Mohu říci, že jsem byla velmi překvapena z návratnosti dotazníků od veřejnosti, návratnost byla téměř stoprocentní. Ke statistickému zpracování jsem jich použila 80. Dokonce se mi podařilo i stejně početně zastoupit pohlaví respondentů. Od sester jsem očekávala mnohem větší návratnost než od veřejnosti. Za dva a půl měsíce jsem provedla 96 rozhovorů s hospitalizovanými pacienty ze dvou zdravotnických zařízení. S pacienty na standardních chirurgických odděleních probíhaly rozhovory mnohem snadněji, snad proto, že byli poměrně v mladém či produktivním věku.

1. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Seznam zkratk používaných ve výzkumné části:

n_i – absolutní četnost

f_i – relativní četnost

$f_i\%$ – relativní četnost v procentech

JIP – jednotka intenzivní péče

ČR – Česká republika

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

Standard – oddělení standardního typu

SZŠ – střední zdravotnická škola

VOŠ – vyšší odborná škola

VZŠ – vyšší zdravotnická škola

VŠ – vysoká škola

PSS – postgraduální specializační studium

Nejdříve představím výsledky sester respondentek ze zdravotnických zařízení, poté výsledky výzkumu laické veřejnosti a nakonec výsledky z provedených rozhovorů. Pouze u některých položek uvádím podrobnější zastoupení sester, veřejnosti.

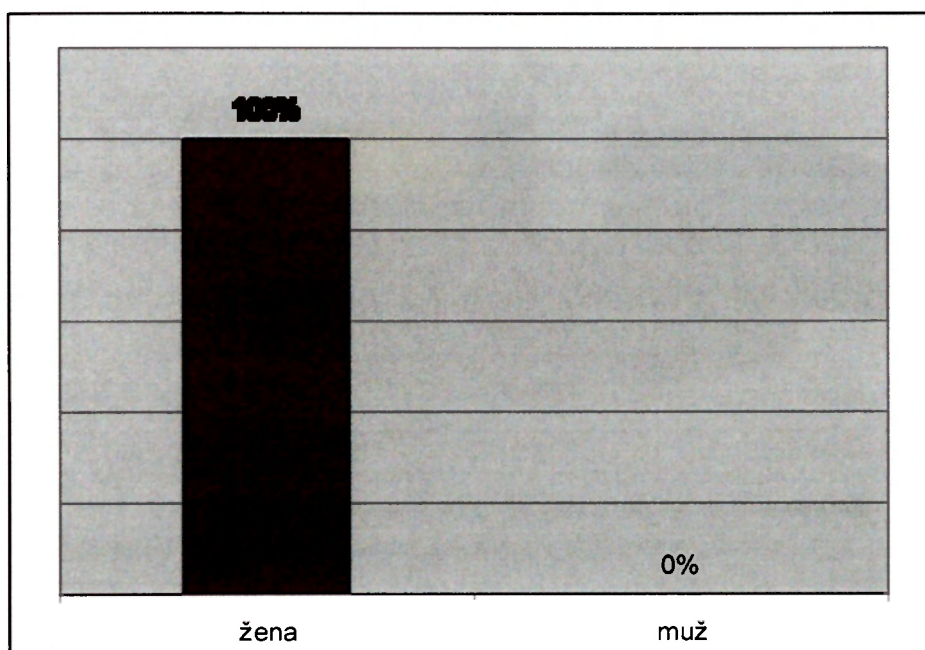
2.1 Interpretace dotazníku pro sestry

Položka č. 1: V této položce jsem chtěla zjistit, jakého jsou respondenti pohlaví.

Tab. č. 1: Zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku.

	n_i	f_i	$f_i\%$
žena	122	1	100%
muž	0	0	0%
celkem	122	1	100%

Graf č. 1: Procentuální zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku.



Ve výzkumném vzorku bylo 122 respondentek, 122 žen, což je 100% z celkového počtu respondentů. To odpovídá vysoké feminizaci profese.

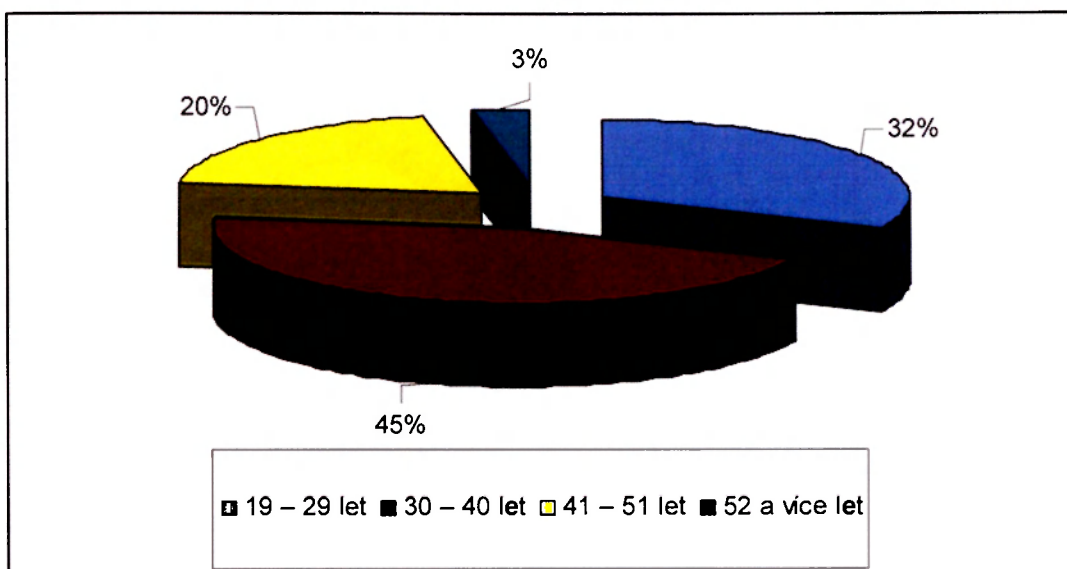
Položka č. 2: Kolik je vám let?

V této položce jsem zjišťovala jakého jsou věkové zastoupení respondentky. Zařadila jsem je do čtyř věkových skupin.

Tab. č. 2: Věkové zastoupení respondentek.

	n_i	f_i	$f_i\%$
19 – 29 let	39	0,32	32%
30 – 40 let	35	0,45	45%
41 – 51 let	24	0,20	20%
52 a více let	4	0,03	3%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 2: Věkové zastoupení respondentek.



Tabulka s grafem vyjadřuje, jaké procentuální zastoupení v daných věkových skupinách má zkoumaný vzorek. V největším počtu se nacházejí respondentky ve věku 30 – 40 let. Nejméně zastoupená je skupina respondentek nad 52 a let. Na odděleních intenzivní péče pracují spíše sestry ve věku od 19 do 29 let a od 30 do 40 let. Nejvíce sester od 30 do 40 let pracuje na chirurgických standardních odděleních, na odděleních standardního interního typu pracují sestry od 19 do 29 let, od 30 do 40 let, od 41 do 51 let. Nejvíce sester nad 52 let pracuje na interních odděleních.

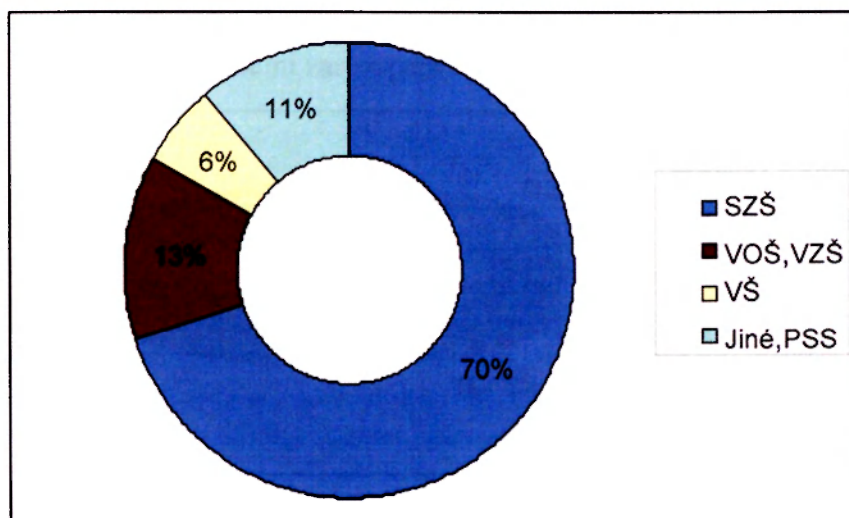
Položka č. 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

V dané položce jsem chtěla získat informace o typu dosaženého vzdělání respondentek. Zda je absolventka střední zdravotnické školy, vyšší zdravotnické školy, vyšší odborné školy nebo vysoké školy nebo zda má postgraduální specializaci.

Tab. č. 3: Dosažené vzdělání respondentek.

	n_i	f_i	$f_i\%$
SZŠ	85	0,70	70%
VOS, VZS	16	0,13	13%
VŠ	7	0,06	6%
Jiné, PSS	14	0,11	11%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 3: Dosažené vzdělání respondentů.



Touto otázkou jsem zjistila, že 70 % zdravotních sester ze vzorku má středoškolské vzdělání, vyšší vzdělání má 13 % respondentek a vysokoškolské vzdělání má pouze 6 % respondentek. Postgraduální specializační studium má ukončeno 11 % respondentek. Nejvíce vysokoškolsky vzdělaných sester je podle mého výzkumu na oddělení JIP interního typu. Naopak na standardních odděleních převládají sestry se středoškolským vzděláním. Sestry s vysokoškolským vzděláním jsou mladších věkových skupin.

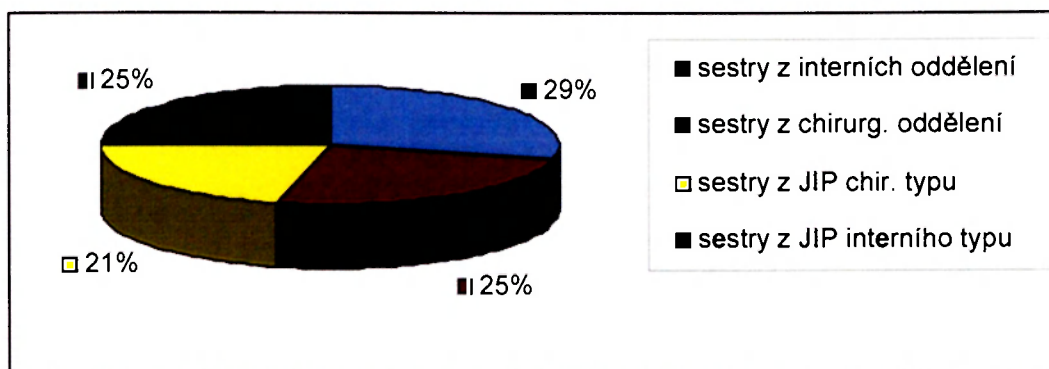
Položka č. 4: Na jakém typu oddělení pracujete?

Zde jsem chtěla vědět, z jakého typu oddělení respondentka je. Výzkum jsem prováděla na odděleních intenzivní péče chirurgického a interního typu, standardních oddělení interních a chirurgických.

Tab. č. 4: Celkové procentuální zastoupení sester ze dvou okresních nemocnic.

	n_i	f_i	$f_i\%$
sestry z interních oddělení	35	0,29	29%
sestry z chirurg. oddělení	31	0,25	25%
sestry z JIP chir. typu	26	0,21	21%
sestry z JIP interního typu	30	0,25	25%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 4: Procentuální zastoupení respondentů na daném typu oddělení.



Z interních oddělení obou okresních nemocnic bylo 29 % sester z interního typu standardního oddělení, 25 % sester z chirurgického standardního typu oddělení, 21 % sester z JIP chirurgického typu a 25 % sester u JIP interního typu. Ze vzorku je patrné, že procentuální zastoupení sester v různých odděleních je vyrovnané. Tedy sester ze standardních oddělení se výzkumu účastnilo 54 %, sester z oddělení interního či chirurgického typu JIP se zúčastnilo 46 %.

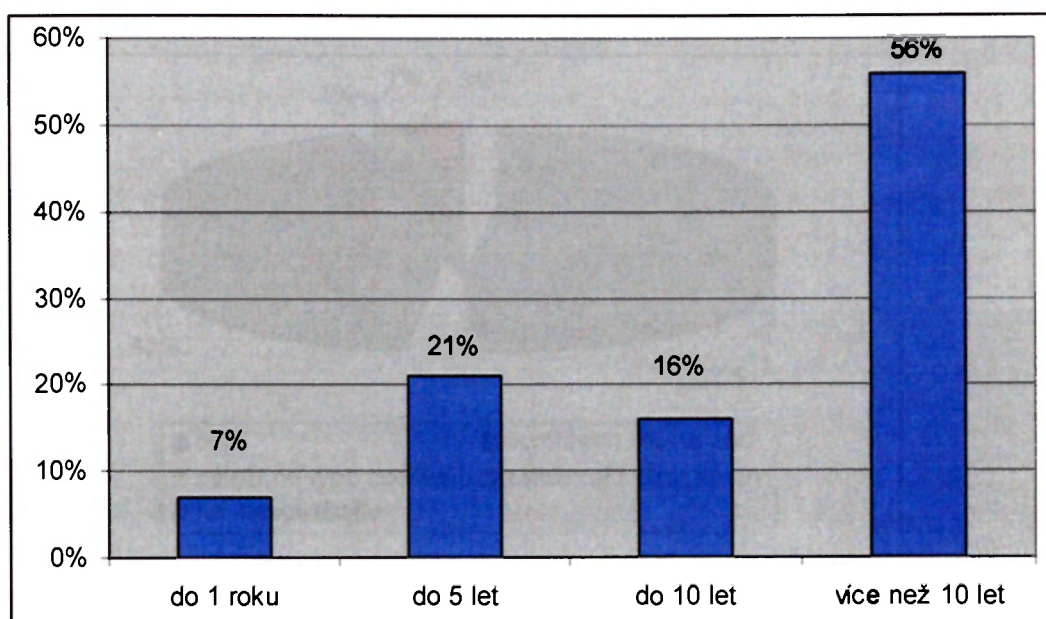
Položka č. 5. Jaká je vaše celková délka praxe ve zdravotnictví?

Zde jsem zjišťovala, jak dlouho sestry pracují ve zdravotnictví.

Tabč. 5: Celková délka praxe sester ve zdravotnictví.

	n_i	f_i	$f_i\%$
do 1 roku	8	0,07	7%
do 5 let	26	0,21	21%
do 10 let	20	0,16	16%
více než 10 let	68	0,56	56%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 5: Procentuální zastoupení celkové praxe sester ve zdravotnictví.



V této položce jsem zjistila, že více než 10 let praxe ve zdravotnictví má 56 % respondentek ze vzorku, 21 % respondentek ze vzorku má praxi do 5 let, do 10 let má praxi 16 % sester a 7 % má délku praxe ve zdravotnictví do jednoho roku. Sestry pracující na chirurgických odděleních a sestry pracující na JIP chirurgického typu mají nejdelší délku praxe ve zdravotnictví. Naopak nejkratší délka praxe byla nejvíce u sester pracujících na interních odděleních.

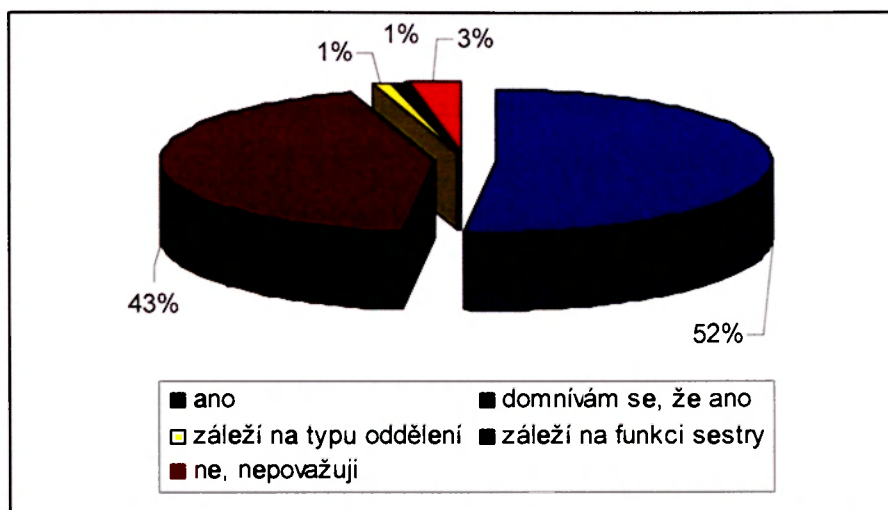
Položka č. 6: Považujete image sestry za důležitou?

Touto položkou jsem chtěla zjistit, zda pro samy sestry je vůbec image důležitá.

Tab. č. 6: Zastoupení image sester podle toho, jak je důležitá.

	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	63	0,52	52%
domnívám se, že ano	52	0,43	43%
záleží na typu oddělení	2	0,01	1%
záleží na funkci sestry	2	0,01	1%
ne, nepovažuji	3	0,03	3%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 6: Procentuální zastoupení důležitosti image sester.



Z tabulky a grafu vyplývá, že image sestry je v 95 % pro sestry důležitá. Z tohoto počtu se 43 % sester domnívá, že image je důležitá. Pouze 3 % nepovažují image sestry za důležitou. Po 1 % se sestry vyjádřily, že image sester je důležitá podle toho, na jakém oddělení sestra pracuje a v jaké funkci sestra je.

Při srovnání této položky s odpovědí veřejnosti je patrné, že veřejnost považuje v 78 % image sestry za důležitou. Za důležité považují i to, jak se sestry chovají a vystupují v areálu nemocnice a jak se chovají mimo nemocnici.

Tuto otázku jsem zařadila proto, že jsem chtěla zjistit, zda si sestry uvědomují, jak je image důležitá jako individuální pohled sestry na sebe sama, tedy interní image sestry. Z výsledků jsem překvapena.

Položka č. 7: Označte, co je podle vás stěžejní pro vytváření pozitivní image sester.

V této položce měly respondentky označit čísla od 1 do 5, co je podle nich prioritní v pozitivní image sester. Přitom 1=nejdůležitější, 5=nejméně důležité. Uvádím seřazení názorů, které jsou stěžejní pro pozitivní image sester.

V této položce jsem zjistila, že za nejdůležitější pro vytváření pozitivní image sester je podle sester osobnost a vlastnosti sestry, ihned poté chování a jednání sestry na pracovišti i mimo něj, dále vzhled sestry (vlasy, líčení, tetování,..), plnění společenských zásad při oblékání sester (hloubka výstřihu, příliš krátká uniforma,..) a na posledním místě se umístil názor veřejnosti na profesi. Respondentky z intenzivní péče interního typu vzhled sestry zařadily skoro na nejméně důležitou pozici. Vysvětlují si to charakterem náplně práce sestry na JIP.

Podle výpovědí veřejnosti je chování sester v 81 % důležití pro vytváření image sester. Veřejnost 51 % hodnotí postavení sestry pozitivně, 38 % neutrálně. Sestra si své postavení ve své profesi, tudíž i svoji image, může zlepšit 36 % sebevzděláváním a 63 % vlídnějším chováním. Veřejnosti by v 31 % vadila sestra s extravagancí, se zdobením na různých částech těla (nosu, brady, obočí) se šperky či náušnicemi. Důvěru by k této sestře mělo pouze 31 % veřejnosti. K příliš krátké délce uniformy sester, která může odhalovat spodní prádlo, je veřejnost tolerantnější, nevádí jí to v 66 %.

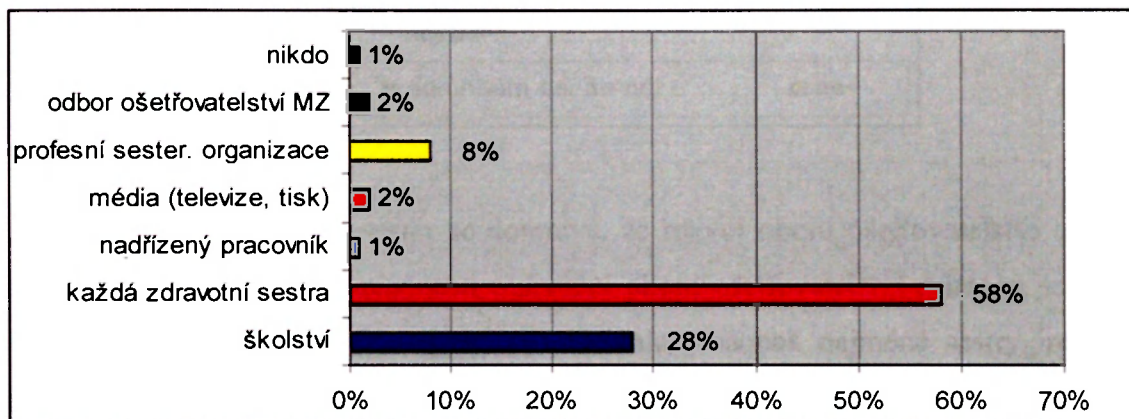
Položka č. 8: Kdo by podle vás měl (a, y) budovat profesní image sester?

V této položce měly respondentky označit, kdo podle nich buduje image sester. Otázkou jsem chtěla zjistit, do jaké míry si samy sestry uvědomují, že se podílejí na vytváření pozitivní image sester, a dále kdo další se podle nich na image sestry podílí. Sestry chirurgických a interních odděleních standardního typu označily mnohem větší procentuální zastoupení – v profesních sesterských organizacích a odboru ošetrovatelství MZ, kteří se podílejí na budování image.

Tab. č. 8: Kdo se podílí na budování profesní image sester.

	n_i	f_i	$f_i\%$
školství	34	0,28	28%
každá zdravotní sestra	71	0,58	58%
nadřízený pracovník	1	0,01	1%
média (televize, tisk)	3	0,02	2%
profesní sester. organizace	10	0,08	8%
odbor ošetrovatelství MZ	2	0,02	2%
nikdo	1	0,01	1%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 8: Kdo se podílí na budování profesní image sester.



Z dané tabulky a grafu vyplývá, že v 58 % budují profesní image sester samy sestry, ve 28 % sestry se domnívají, že o image by mělo usilovat školství a pouze v 8 % profesní sesterské organizace. Je proto nutné, aby sesterské profesní organizace více hájily a prezentovaly zájmy sester na veřejnosti, aby okamžitě reagovaly na jakýkoli článek, pořad, film, knihu, která nějakým způsobem zlehčuje práci, znalosti a osobnost sestry a ošetrovatelství. Školství získalo 28 %, ale výsledek změny ve školství nenastane ihned. Není vhodné čekat na sestry, které touto změnou ve školství prošly a mají správnou představu o sobě samých.

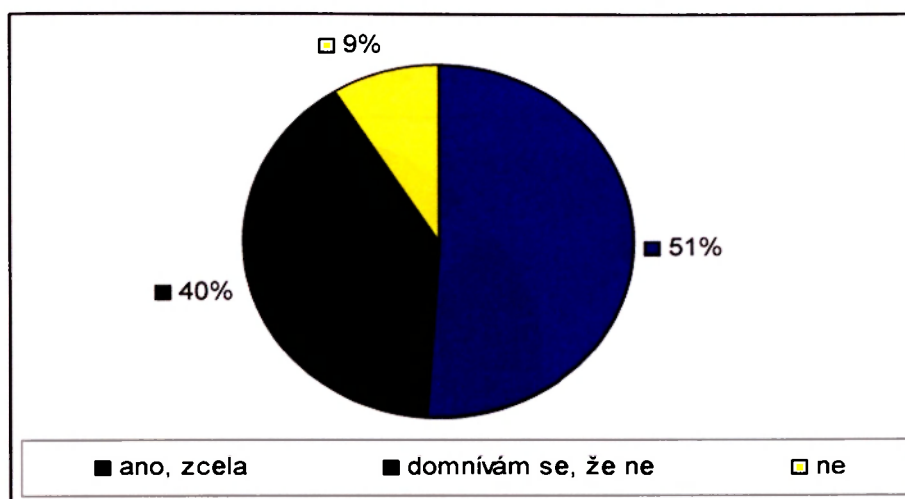
Položka č. 9: Myslíte si, že rozvoj oboru ošetřovatelství ovlivnil image sestry?

V této položce jsem zjišťovala, zda rozvoj oboru ošetřovatelství ovlivnil image sestry.

Tab. č. 9: Rozvoj oboru ošetřovatelství, který ovlivnil image sestry.

	n_i	f_i	$f_i\%$
ano, zcela	62	0,51	51%
domnívám se, že ne	49	0,40	40%
ne	11	0,09	9%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 9: Procentuální zastoupení oboru ošetřovatelství, který ovlivnil image sester.



Pouze polovina vzorku sester se domnívá, že rozvoj oboru ošetřovatelství ovlivnil image sester. O vzájemné možnosti ovlivnění oboru ošetřovatelství a image sestry se nejvíce domnívají sestry chirurgických oddělení, naopak nejméně sestry interních standardních oddělení.

Touto otázkou jsem se chtěla od respondentek dozvědět, zda existuje souvislost ovlivnění mezi vývojem oboru ošetřovatelství a image sester. Image ošetřovatelství ovlivňoval a nadále ovlivňuje image sester.

Sestry v 9 % označily, že jsou určité přesvědčeny o tom, že obor ošetřovatelství neovlivnil image sestry, 51 % je opačného názoru a 40 % se pouze domnívá, že nedošlo k ovlivnění image sestry oborem ošetřovatelství.

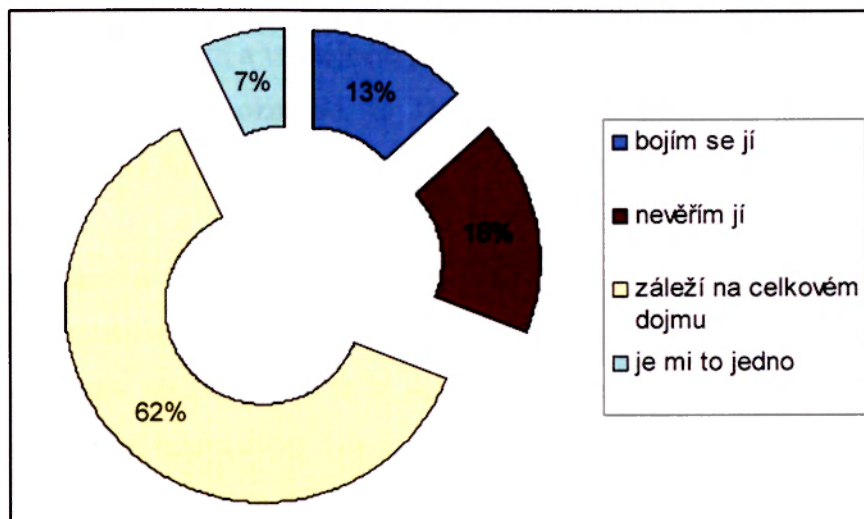
Položka č. 10: Jak na veřejnost působí sestra, která je potetovaná, má ozdobený nos, obočí, rty, šperky a má neučesané mastné vlasy, dlouhé a výrazně nalakované nehty?

V této položce jsem chtěla zjistit, jak „takovou“ sestru vnímají sestry mezi sebou.

Tab. č. 10: Image sestry, která je extravagantní, s výstřelky současné módy.

	n_i	f_i	$f_i\%$
bojím se jí	16	0,13	13%
nevěřím jí	22	0,18	18%
záleží na celkovém dojmu	76	0,62	62%
je mi to jedno	9	0,07	7%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 10: Procentuální zastoupení image sestry, která je potetovaná, má ozdobený nos, bradu, obočí, rty šperky a má neučesané vlasy, dlouhé a výrazně nalakované vlasy.



Z tabulky je patrné, že 62 % sester vypovědělo, že záleží na celkovém dojmu, 18 % takové kolegyni nevěří, 13 % se jí bojí a 7 % je to jedno.

Tuto položku jsem zařadila proto, že několik sester s touto imagí jsem již na odděleních viděla pracovat. Zajímalo mě, jaké mohou být reakce ostatních kolegyně. Osobně si myslím, že takto „zdobená“ žena do profese zdravotní sestry nepatří, devalvuje toto povolání a rozhodně se nepodílí svým vzhledem k vytváření pozitivní image sester.

Sestry, které označily odpověď „je mi to jedno“, pracovaly na chirurgických odděleních. Vysvětlují si to tím, že snad již začínají pomalu trpět syndromem vyhoření (mají více než 10 let praxe ve zdravotnictví v 81 %, v 71 % jsou ve věku od 30 – 40 let), dále i charakterem a náplní práce sester na těchto typech oddělení. Tyto sestry nemají čas si více všimnout takovéto extravagantní kolegyně. Sestrám z interních oddělení je to také jedno. Při pohledu na věk pracujících těchto oddělení pracují převážně sestry od 30 do 40 let, od 41 do 51 let v 26%, od 19 do 29 let v 43 %, při celkové délce praxe nad 10 let v 46 %. K odpovědi „nevěřím jí“ se nejvíce vyjádřilo sester pracujících na JIP interního typu s věkovým zastoupením převážně od 19 do 29 let a od 30 do 40 let, s délkou praxe více jak 10 let a 5 let.

Sestry v položce č. 11 se měly možnost vyjádřit, jak by podle nich měla vypadat sestra. Z otevřených odpovědí v souvislosti s touto položkou vyplynulo, že rozhodně preferují sestru, která harmonicky, bez výstředností „zapadne“ do nemocničního prostředí. Svým vzhledem působí klidně a je bez extravagance.

Veřejnost se s „takovou“ sestrou setkala pouze v 9 % a v 14 % měla pocit příjemný, ve 43 % neutrální a ve stejném procentuálním zastoupení pocit nepříjemný. Z celkového vzorku veřejnost označila, že 31 % by vadilo, kdyby je tato sestra ošetřovala, 28 % nikoli a 41 % se shodlo, že na vzhledu nezáleží. Pouze 31 % by mělo k této sestře důvěru.

Pokud o „takové“ sestře budu uvažovat jako o studentce SZŠ, je důležité, jak dalece tuto problematiku zachycuje školní řád a postoj ostatních učitelů. Pokud se chce studentka takto zdobit, je to její image, snad i současná móda, může svoji image vystavovat mimo dobu, kdy je alespoň v nemocnici. Časem přijde i ona sama na to, že je to pouze móda a nic víc. V této položce je zajímavý názor veřejnosti na „takovou“ sestru.

Položka č. 11: Jak by podle vás měla v dnešní době vypadat zdravotní sestra.?

Uvádím zde krátké shrnutí odpovědí této položky.

Ve výpovědích sester se objevovaly vlastnosti sester, psychické předpoklady pro práci sestry ve sféře autoregulační a sociální, které jsou velmi podstatné pro práci sestry. Zdá se mi, že do této položky se promítly ony samy, tedy jejich image. Tak jak vypadají ony samy, tak chtěly, aby vypadaly ostatní sestry. Všech 122 respondentek uvedlo:

Milá, přívětivá, slušná, přátelská, usměvavá, tolerantní, komunikativní, vlídná, ochotná, obětavá, citlivá, se zájmem o práci, trpělivá, klidná, umí se ovládat. Z tohoto počtu respondentek k tomuto výčtu přispělo 28 sester těmito následujícími požadavky: jemně naličená, bez extravagance (hlavně dredů), příjemně voňavá, krátké mehty a jemný lak na ruku, svým vzhledem by měla harmonicky „zapadnout“ do nemocničního prostředí. Výčet budí dojem, jako kdyby sestry psaly náplň standardu pracovního oblečení, který zahrnuje i chování zdravotnických pracovníků k nemocným, včetně požadavků na uniformu. Jedna sestra se vyjádřila, že v současnosti jsou uniformy sester příliš usedlé, přísné, konzervativní.

Z celkového počtu sester se o šikovnosti a zručnosti sestry zmínilo 10 sester. Myslím si, že šikovnost a zručnost je více otázka vlastní praxe.

Vzhled sestry, který u nemocného vzbudí důvěru, zdůraznily 2 sestry.

Ve stejném počtu se sestry nezapomněly zmínit o psychické a fyzické vyrovnanosti a o vyzařování klidu a pohody ze strany sestry. Spokojenost ještě utvrdily v dostatečném finančním ohodnocení sester.

Pouze 29 sester ze vzorku by chtělo, aby sestra byla, sebevědomá, rozhodná, samostatná, chytrá, samostatná, měla vymezené kompetence k výkonu práce, sestra, která se umí ovládat, sestra s profesionálním přístupem.

Jen 1 sestra se zmínila o manažerských schopnostech sestry.

V nepatrném počtu odpovědí 4 respondenty daly jasně najevo, že není důležité, jak člověk vypadá, ale jakou práci odvádí, jak kvalitně a dobře pracuje, jaký má vztah k lidem. Sestry v této položce byly více sdílnější na interních odděleních standardního typu a na JIP interního typu.

Ve velmi malém počtu sester zaznělo zdravé sebevědomí, samostatnost, rozhodnost, vzdělanost.

Pro srovnání uvádím závěr z položky č. 14 v dotazníku pro veřejnost, kdy 52 % respondentů ze vzorku by vadilo, kdyby je ošetřovala sestra výstřední, s dredy,

s tetováním na viditelných částech těla, s nalakovanými a dlouhými nehty a s náušnicemi na různých částech těla. Na vzhledu nezáleží 25 % respondentů a 23 % by nevadilo ošetření takovou sestrou, a 41% by k takové sestře důvěru nemělo.

Existuje zde tedy souvislost mezi tím, jak sestra vypadá a jak si nemocný vytváří důvěryhodný vztah k ní.

Položka č. 12: Co pro sestry znamenají pracovní podmínky a dobré klima na pracovišti?

Respondentkám jsem dala vybrat ze tří možných odpovědí. Pracovní podmínky mohly považovat za důležité pro práci sestry, za nutnost, kdy se člověk chce přizpůsobit, pokud chce na svém pracovišti vydržet, a za zcela nepodstatné, je jedno, jaké podmínky na pracovišti existují.

Tab. č. 12: Co pro sestry znamená mít pracovní podmínky a dobré klima na pracovišti.

	n_i	f_i	$f_i\%$
pracovní podmínky jsou důležité pro práci sestry	110	0,90	90%
jsou nutnost, a člověk se musí přizpůsobit	11	0,09	9%
jsou zcela nepodstatné, je jedno jaké podm. jsou	1	0,01	1%
celkem	122	1,00	100%

Tuto položku jsem zařadila proto, že dobré pracovní podmínky pokládám za důležité, zvláště v tomto povolání. Bude-li sestra na svém pracovišti spokojená, bude se moci uplatnit v celém ošetrovatelském týmu, dostane ocenění od svých nadřízených, bude mít zájem v práci, přátelské kolegy, pak i ona sama bude spokojená, pozitivně myslící a zdravě sebevědomá. Samozřejmě dobré pracovní podmínky tvoří dobré finanční ohodnocení sestry.

Překvapilo mě, že k označení pracovních podmínek za nepodstatné vůbec došlo. Mám toto vysvětlení. Tato sestra neměla možnost poznat jiné pracovní podmínky (i vztahy) nebo již trpí syndromem vyhoření. Téměř 90 % vzorku sester považuje pracovní podmínky za velmi důležité pro profesi zdravotní sestry.

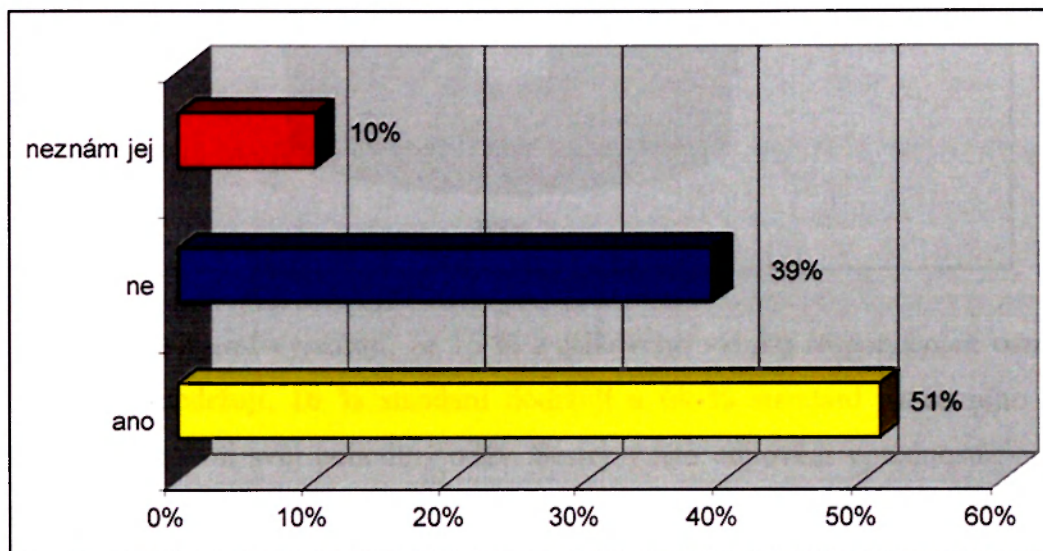
Položka č. 13: Má zdravotnické zařízení vytvořený standard pracovního oblečení?

Touto otázkou jsem zjišťovala, zda zdravotnické zařízení má vytvořený standard pracovního oblečení, který by měl zahrnovat délku šatů uniformy či sukně, hloubku výstřihu atd.

Tab. č. 13: Vytvořený standard pracovního oblečení ve zdravotnickém zařízení.

	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	62	0,51	51%
ne	48	0,39	39%
neznám jej	12	0,10	10%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 13: Procentuální zastoupení situace, kdy zdravotnické zařízení dle výpovědi sester má vytvořený standard pracovního oblečení.



Z celkového počtu respondentek označilo 51 %, že zdravotnické zařízení má vytvořený standard pracovního oblečení, 39 % nikoli a 10 % jej nezná. Sestry z Nového Města na Moravě vypověděly, že ve 45 % jejich zdravotnické zařízení má vytvořený standard pracovního oblečení, v 22 % nemá, 33 % jej nezná. Z 67 respondentek třebičské nemocnice 55 % odpovědělo, že zdravotnické zařízení má vytvořený standard, 39 % nikoli, ale 6% jej personál nezná. Z toho plyne, že obě nemocnice podle odpovědí sester standard vypracovaný mají.

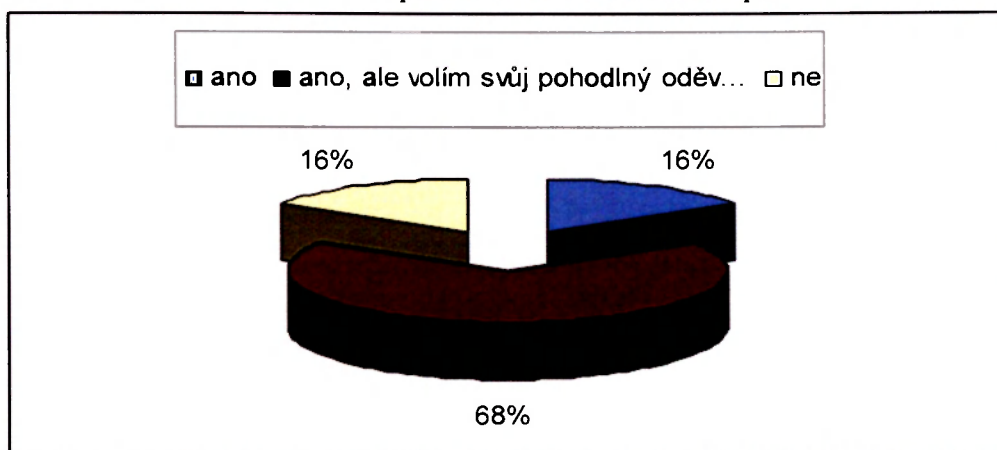
Položka č. 14: Dodržují sestry standard pracovního oblečení?

Zde jsem zjišťovala, zda sestry standard dodržují, nebo volí svůj pohodlný oděv, ale dodržují jej také, či jej nedodržují.

Tab. č. 14: Dodržení standardu pracovního oblečení.

	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	19	0,16	16%
ano, ale volím svůj pohodlný oděv...	83	0,68	68%
ne	20	0,16	16%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 14. Procentuální zastoupení o dodržení standardu pracovního oblečení.



Tabulka i graf vyjadřují, že 16 % z celkového vzorku respondentek označilo, že standard nedodržují, 16 % standard dodržují a 68 % standard pracovního oblečení dodržuje, ale volí svůj pohodlný oděv. Sestry v této odpovědi upřednostňovaly raději nošení volných bílých triček, volných barevných halen, aniž by standard porušily.

Tuto otázku jsem zařadila proto, že sestra svým zevnějškem reprezentuje nejen sama sebe, ale i vztah k ošetrovatelství. Chtěla jsem se dozvědět, zda zdravotnická zařízení mají vytvořený standard jako vnitřní směrnici, a zda tato směrnice limituje počet šperků či ozdob na různých částech těla,...

Sestry z Nového Města na Moravě standard dodržují v 78 %, v 22 % nikoli. Sestry třebičské nemocnice, které jej dodržují v 96 % a ve 4 % nikoli. Zda je čeká postih za nedodržení standardu, jsem nezjišťovala.

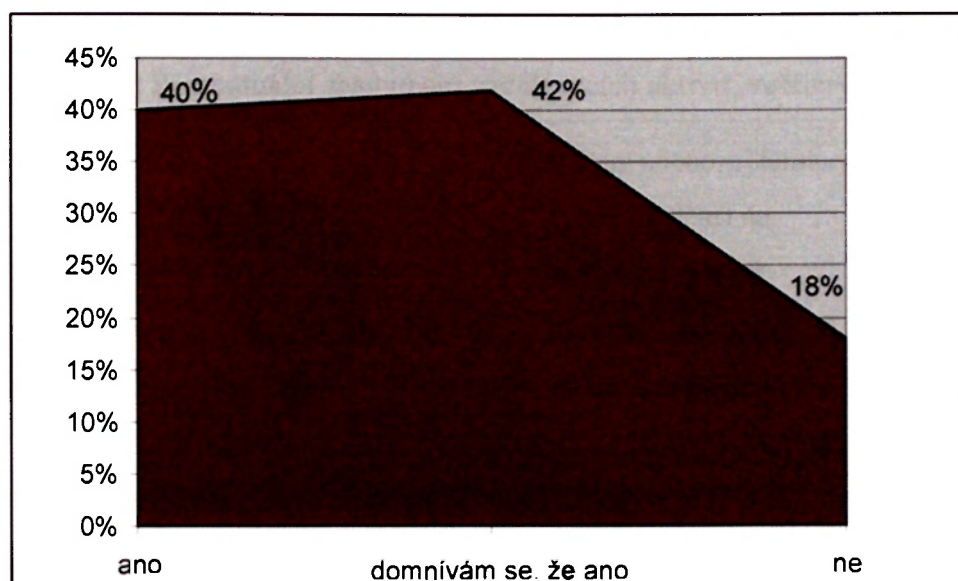
Položka č. 15: Ovlivňuje současné vzdělávání sester kvalitu ošetrovatelské péče?

V této položce jsem zjišťovala, názor sester na současné možnosti vzdělávání sester.

Tab. č. 15: Vzdělávání sester, které ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče.

	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	49	0,40	40%
domnívám se, že ano	51	0,42	42%
ne	22	0,18	18%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 15: Procentuální zastoupení vzdělávání sester, které ovlivňuje kvalitu péče.



Z tabulky vyplývá, že 82 % sester si myslí, že vzdělávání ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Z grafu se 42 % domnívá, že ano. Pouze 18 % respondentek ze vzorku tento názor nesdílí. Sestry z JIP interního typu obou okresních nemocnic se z ostatních skupin sester vyjádřily nejvíce. V 93 % jsou přesvědčeny o současném vzdělávání sester, které by mohlo ovlivnit kvalitu poskytované péče. V souvislosti s dosaženým vzděláním měly tyto sestry 23 % VZŠ, VOŠ, 13 % VŠ, 13 % PSS.

Tuto otázku jsem zařadila proto, že čím více se sestry budou moci vzdělávat, poznávat, zajímat se o nové poznatky v medicíně a ošetrovatelství, tím si mohou být jistější při poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče. Vzdělávání v tomto případě bude mít vztah k interní image sester, ale i externí image oboru ošetrovatelství.

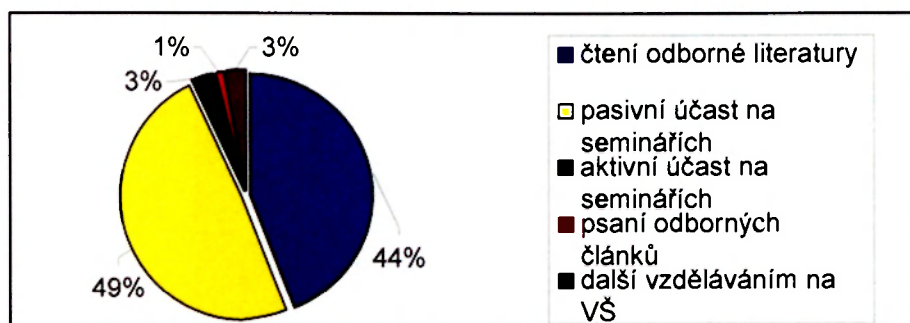
Položka č. 16: Ve kterých vzdělávacích aktivitách se nejvíce realizujete?.

V této položce si respondenty mohly vybrat z výčtu vzdělávacích aktivit a označit, ve kterých se nejvíce realizují.

Tab. č. 16: Vzdělávací aktivity, ve kterých se nejvíce respondenty realizují.

	n_i	f_i	$f_i\%$
čtení odborné literatury	53	0,44	44%
pasivní účast na seminářích	59	0,49	49%
aktivní účast na seminářích	5	0,03	3%
psaní odborných článků	1	0,01	1%
další vzděláváním na VŠ	4	0,03	3%
jiné...	0	0	0%
celkem	122	1,00	100%

Graf č. 16: Procentuální zastoupení vzdělávacích aktivit, ve kterých se sestry realizují.



Vyhodnocování této položky bylo obtížné, protože respondenty označily i několik odpovědí. Příště bych tuto otázku raději obodovala, abych se vyhnula její obtížnosti při vyhodnocování.

Respondentky v 49 % navštěvují semináře s pasivní účastí, v 44 % čtou odbornou literaturu, 3 % sester se aktivně účastní seminářů a 3 % označily i možnost dalšího vzdělávání na vysoké škole. Pouze 1 % sester se aktivně podílí na publikační činnosti psaním odborných článků do odborných časopisů. Vysoké procento pasivní účasti na seminářích je proto, že semináře jsou pro sestry snadno dostupné. Aktivní účast na seminářích nejvíce označily sestry z chirurgických oddělení a sestry z JIP interního typu. V souvislosti s dosaženým vzděláním tyto sestry dosáhly vyššího procentuálního zastoupení v absolvování VOŠ, VZŠ, VŠ a PSS. Domnívám se, že sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním jsou samy aktivní a iniciativní ve vzdělávacích možnostech.

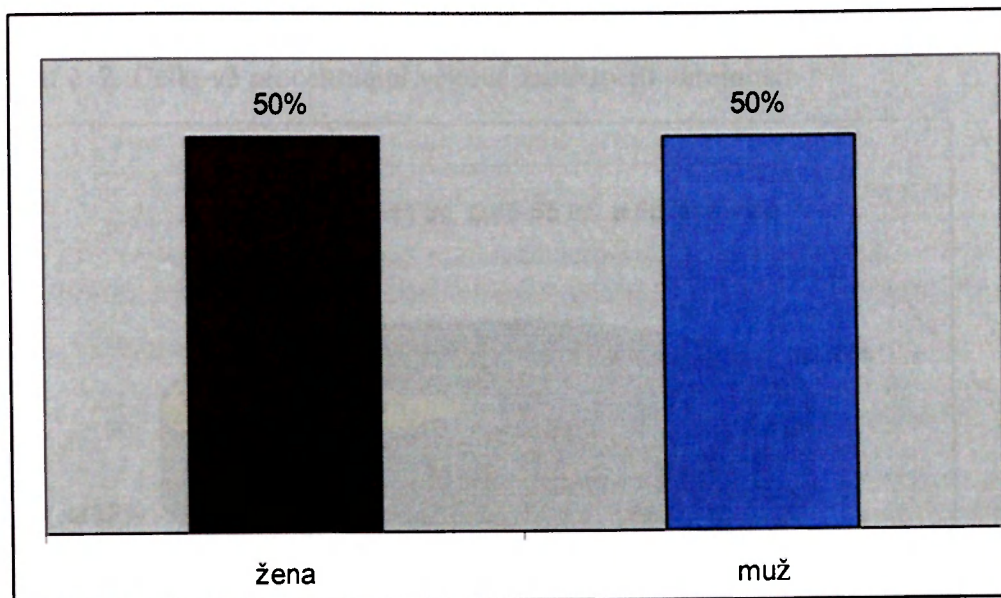
2.2 Interpretace dotazníku pro veřejnost

Položka č. 1: Pohlaví respondentů.

Tab. č. 1: Zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku veřejnosti.

	n_i	f_i	$f_i\%$
žena	40	0,5	50%
muž	40	0,5	50%
celkem	80	1,00	100%

Graf č. 1: Procentuální zastoupení mužů a žen z výzkumného vzorku veřejnosti.



Ve výzkumném vzorku bylo 80 respondentů, z toho 40 mužů tedy 50 %, a 40 žen, tedy 50 %. Jedná se tedy o vyváženost pohlaví.

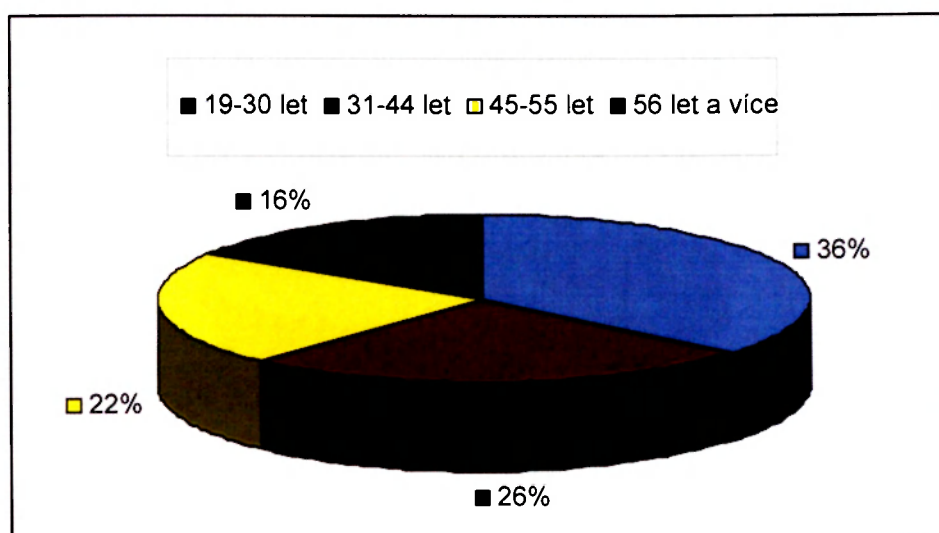
Položka č. 2: Kolik je vám let?

V této položce jsem zjišťovala, jakého věkové zastoupení mají respondenti. Respondenty jsem rozdělila do čtyř věkových skupin.

Tab. č. 2: Věkové zastoupení veřejnosti.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
19 – 30 let	29	0,36	36%	42%	30%
31 – 44 let	21	0,26	26%	20%	32%
45 – 55 let	17	0,22	22%	23%	20%
56 let a více	13	0,16	16%	15%	18%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 2. Celkové procentuální věkové zastoupení veřejnosti.



Tabulka vyjadřuje, jaké procentuální zastoupení v daných věkových skupinách má zkoumaný vzorek. V největším počtu se nacházejí respondenti ve věku od 19 do 30 let, tedy 36 %. Nejméně zastoupená skupina respondentů je nad 56 let, 16 %, 31 – 44 let 26 %, od 45 do 55 let 22 %. Při srovnání s pohlavím, jsou nejvíce zastoupeny ženy ve věku od 19 do 30 let 42 %, muži od 19 do 30 let v 30 % a 32 % mužů je ve věku od 31 do 44 let.

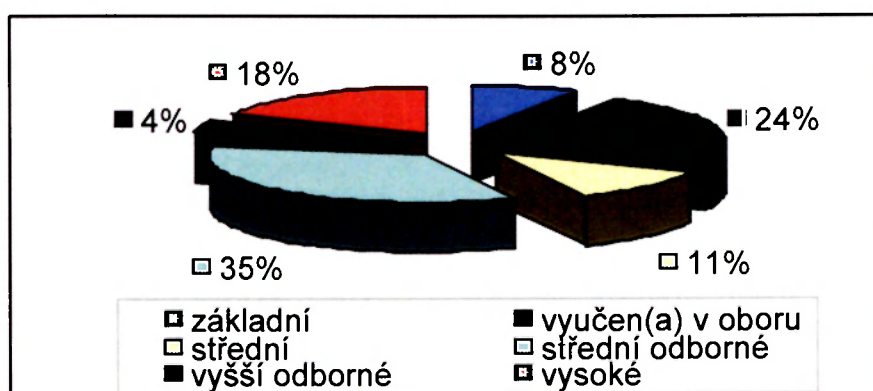
Položka č. 3: Jaké je vaše dosažené vzdělání?

V dané položce jsem chtěla získat informace o typu dosaženého vzdělání respondentů. Zda respondent(ka) ukončil pouze základní školu, zda má výuční list, zda je respondent(ka) absolventem střední, střední odborné, vyšší nebo vysoké školy.

Tab. č. 3: Stupeň dosaženého vzdělání u veřejnosti.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
základní	7	0,08	8%	12%	5%
vyučen(a) v oboru	19	0,24	24%	20%	27%
střední	9	0,11	11%	5%	18%
střední odborné	28	0,35	35%	45%	25%
vyšší odborné	13	0,04	4%	8%	0%
vysokoškolské	14	0,18	18%	10%	25%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání všech respondentů-veřejnost



Touto otázkou jsem zjistila, že 35 % respondentů z celkového vzorku má střední odborné vzdělání, 24 % je vyučen(a) v oboru, 18 % absolvovalo vysokou školu, 11 % má střední vzdělání, 8 % základní vzdělání a 4 % vyšší odborné vzdělání.

Ženy oproti mužům absolvovaly téměř o polovinu více středního odborného vzdělání, o 7 % více muži než ženy jsou vyučeni, nikdo z mužů ze vzorku neabsolvoval vyšší odborné vzdělání.

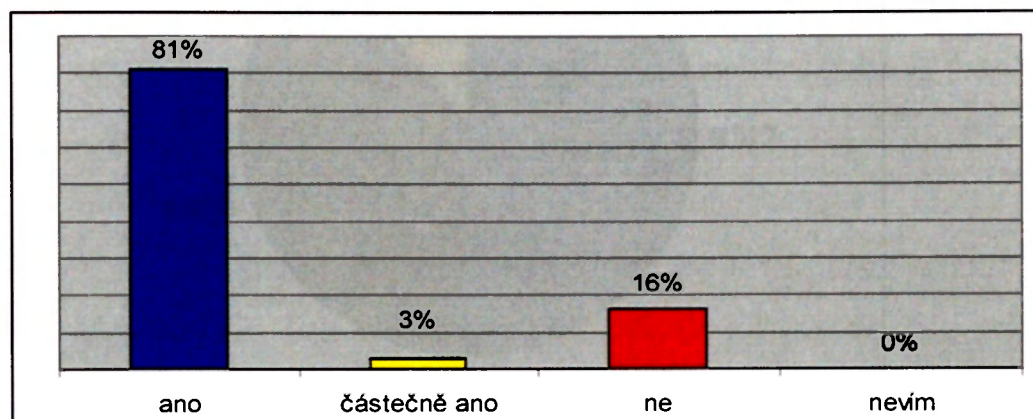
Položka č. 4: Pokládá veřejnost za důležité vystupování a chování sester na veřejnosti, je důležité, jak na sestry nahlíží jiní lidé.

Tato položka úzce souvisí s vnější imagí každého z nás. Sestry posuzujeme nejen sestry podle toho, ale také podle toho, jak vypadají, jak se chovají a vystupují. Na základě toho si k nim vytváříme vztah a důvěru. Pro sestry je důležité proto, aby si uvědomily, že vytváří image, image své profese.

Tab. č. 4: Posouzení důležitosti chování sester na veřejnosti-mimo nemocnici.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	65	0,81	81%	85%	78%
částečně ano	2	0,03	3%	10%	22%
ne	13	0,16	16%	5%	0%
nevím	0	0	0%	0%	0%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 4: Procentuální zastoupení chování sester na veřejnosti.



Touto otázkou jsem zjistila, že pro 81 % respondentů z celkového vzorku je jednoznačně důležité, jak sestra vypadá a jak se chová na veřejnosti, 16 % se domnívá, že je to částečně důležité a pro 3 % to není vůbec důležité. Muži respondenti ve 100 % jednoznačně hodnotí důležitost chování sester na veřejnosti, včetně vzhledu.

Oslovená veřejnost na ambulancích si velmi všímá, jak se sestra na ambulanci chová a také ji při práci pozoruje. Zjišťovala jsem, zda jsou hospitalizovaní pacienti spokojeni s chováním sester. Ve svých odpovědích jsou ve většině s chováním sester v nemocnicích spokojeni. Je ale možné, že tato odpověď může být zkreslena obavami vyjádřit negativní soudy o chování sester během hospitalizace.

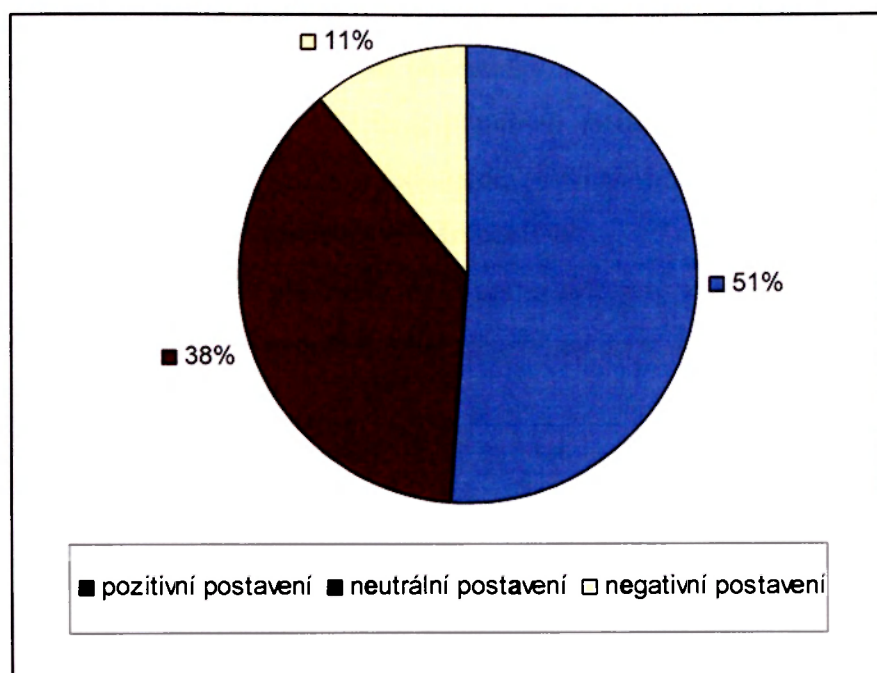
Položka č. 5: Jak v současné době hodnotíte postavení profese zdravotní sestry?

V této položce jsem zjišťovala, jak veřejnost hodnotí postavení profese, jak na profesi nahlíží veřejnost.

Tab. č. 5: Hodnocení postavení profese zdravotní sestry z pohledu veřejnosti.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
pozitivní postavení	41	0,51	51%	45%	58%
neutrální postavení	30	0,38	38%	35%	40%
negativní postavení	9	0,11	11%	20%	2%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 5: Procentuální zastoupení postavení profese zdravotní sestry.



Z tabulky a grafu vyplývá, že celkově všichni respondenti hodnotí postavení profese zdravotní sestry v 51 % pozitivně, neutrálně v 38 % a negativně v 11 %. Ženy v této položce hodnotí postavení zdravotní sestry jako profese více negativně než muži.

Položka č. 6: Jak může podle vás zdravotní sestra zlepšit postavení ve své profesi?

V této otázce jsem chtěla zjistit, jak by podle veřejnosti mohla sestra zlepšit své postavení.

Tab. č. 6: Názor veřejnosti na zlepšení postavení v profesi sestry.

	n_i	f_i	f_i%	f_i% ženy	f_i% muži
sebevzděláváním	29	0,36	36%	30%	43%
vlídným chováním	50	0,63	63%	70%	55%
postavení zlepšit nemůže	1	0,01	1%	0%	2%
jiné	0	0	0%	0%	0%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

I když asi polovina respondentů vzorku z předešlé položky hodnotí postavení profese pozitivně, přesto poukazuje na nedostatky, na kterých je nutné pracovat v rámci profese.

Z celkového počtu se 63 % respondentů shodlo na tom, že sestra své postavení může zlepšit vlídným chováním a jednáním, 36 % vidí řešení v sebevzdělávání sester a 1 % tvrdí, že sestra své postavení zlepšit nemůže.

Muži jsou v 2 % přesvědčeni, že sestra své postavení zlepšit nemůže. Ženy si v 70 % myslí, že sestry by rozhodně měly zlepšit své chování k nemocným.

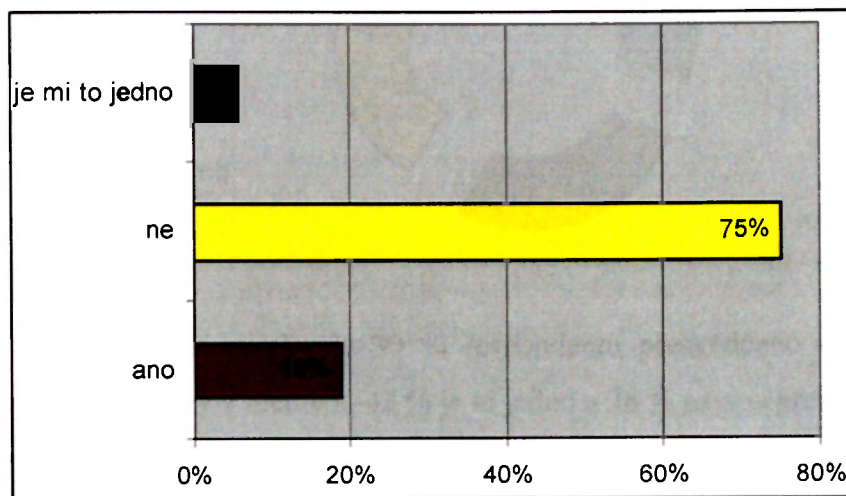
Položka č. 7: Ovlivňují média (televize, rozhlas, seriály) váš názor na profesi zdravotní sestry?

V této položce jsem zjistila, jak je veřejnost ovlivněna požadavky v médiích, která představují profesi zdravotní sestry.

Tab. č. 7: Ovlivnění veřejnosti médii na profesi zdravotní sestry.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	15	0,19	19%	15%	23%
ne	60	0,75	75%	80%	70%
je mi to jedno	5	0,06	6%	5%	7%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 7: Procentuální zastoupení v ovlivnění veřejnosti médii na profesi zdravotní sestry.



Mohu konstatovat, že veřejnost je v 19% ovlivněna médii, v 75 % nikoli a 6% je to jedno. Tento výsledek je potěšující. Podobné zastoupení platí pro ženy i muže.

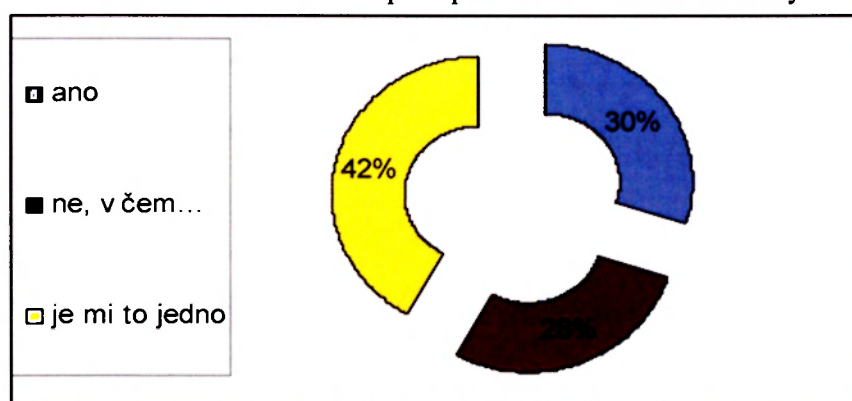
Položka č. 8: Myslíte si, že média prezentují zdravotní sestru pravdivě?

V této položce jsem se zaměřila na to, zda veřejnost věří médiím, která nám prezentují zdravotní sestry v různém světle.

Tab. č. 8: Náзор veřejnosti na prezentaci profese zdravotní sestry.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	24	0,3	30%	25%	35%
ne, v čem...	22	0,28	28%	28%	28%
je mi to jedno	34	0,42	42%	47%	37%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 8: Procentuální zastoupení prezentace zdravotní sestry médii.



Z celkového vzorku je 30 % respondentů přesvědčeno o pravdivosti prezentace zdravotní sestry v médiích, 42 % je to jedno a 28 % nejsou přesvědčeni o pravdivosti při prezentaci zdravotní sestry v médiích. Jedna z odpovědí na tuto otázku byla polootevřená. Respondenti se měli vyjádřit, v čem si myslí, že média prezentují roli sestry nepravdivě. Pouze čtyři respondenti jsou toho názoru, že televize práci sestry zlehčuje, pouze ukazuje ideální stavy a šťastné konce. Devatenáct procent důvod nedokázalo uvést.

Při zdůvodnění této odpovědi záleží na zkušenosti respondentů s profesí, jak si oni sami představují náplň práce zdravotní sestry a její vytíženosti při práci, zda ve svých představách rozlišují sestru pracující na ambulanci nebo v nemocnici, či si představují sestru „záchránářku“. Jiná je také zdravotní sestra v českém filmu a jinou ve filmu USA. V neposlední řadě zde určitě hraje i roli osobnost, která postavu zdravotní sestry ztvárňuje.

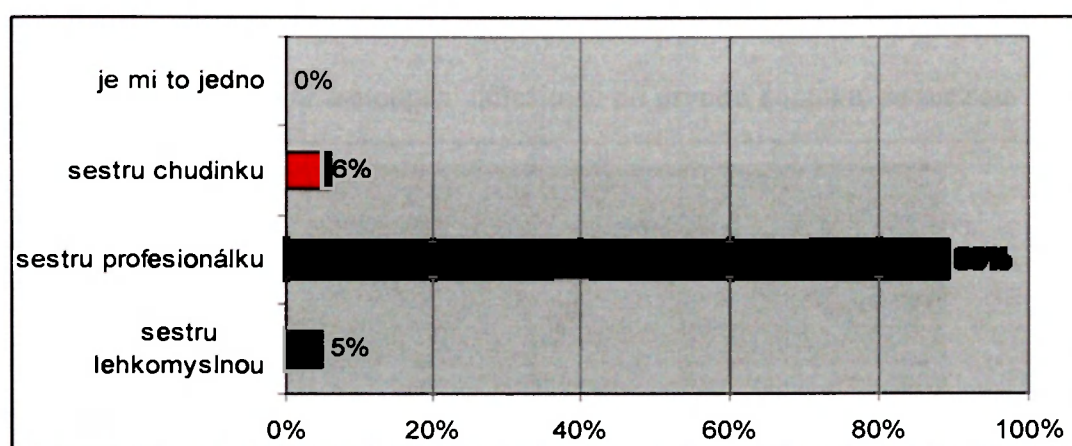
Položka č. 9: Jak v dnešní době vnímáte zdravotní sestru vy?

V této položce jsem se zajímala o to, jak respondenti skutečně vnímají zdravotní sestru.

Tab. č. 9: Vnímání skutečné zdravotní sestry veřejností.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
sestru lehkomyšlnou	4	0,05	5%	7%	2%
sestru profesionálku	71	0,89	89%	83%	95%
sestru chudinku	5	0,06	6%	10%	3%
je mi to jedno	0	0	0%	0%	0%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 9: Procentuální zastoupení vnímání zdravotní sestry veřejností.



Jako sestru profesionálku vnímá 89 % veřejnosti vzorku, 6 % ji vnímá jako chudinku, která si neustále ztěžuje na těžkost své profese, 5 % vnímá sestru jako lehkomyšlnou, flirtující s lékařem.

Výsledek této položky je potěšující. Přesto se zde objevují zkušenosti veřejnosti se sestrou, kterou vnímají jako chudinku a sestru, dále sestru, která flirtuje s lékařem. Ženy vnímají sestru více než muži jako sestru lehkomyšlnou. Domnívám se, že respondenti vycházeli z vlastní zkušenosti a také z dojmu při ošetřování zdravotní sestrou.

Ve velmi malém počtu také zaznělo, že by sestra měla být odpovídající vzdělání, nutnou dávku samostatnosti, rozhodnosti, zdravého sebevědomí, měla by mít profesionální přístup a manažerské schopnosti, měla by být součástí ošetrovatelského týmu a měla by pracovat podle svých kompetencí. Pro úplné srovnání této položky by bylo vhodné získat od sester odpovědi, jak hodnotí ony samy sebe.

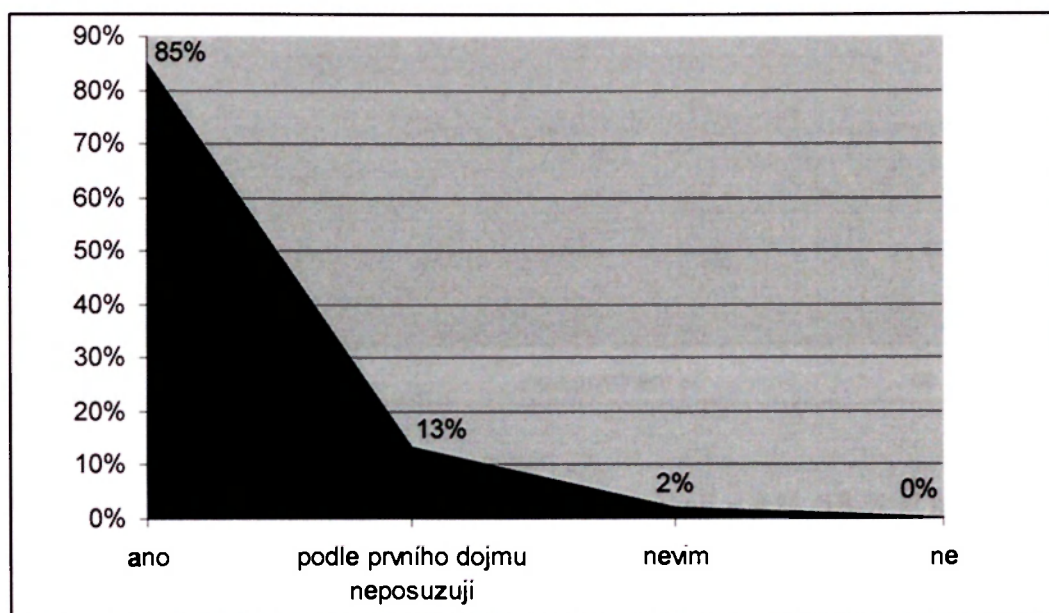
Položka č. 10: Je pro vás k navázání dobré spolupráce důležitý první kontakt (dojem) se sestrou?

Tuto otázku jsem zařadila proto, že první dojem bývá většinou vizuální, ty další člověk vytváří svým chováním a postojem. První dojem bývá rozhodující, může ovlivnit další spolupráci. Některé sestry si tento fakt neuvědomují.

Tab. č. 10: Posouzení veřejností prvního kontaktu se zdravotní sestrou.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	68	0,85	85%	95%	75%
podle prvního dojmu neposuzuji	11	0,13	13%	2,50%	25%
nevím	1	0,02	2%	2,50%	0%
ne	0	0	0%	0%	0%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 10: Procentuální zastoupení důležitosti při prvním kontaktu se sestrou.



Pro 85 % respondentů z celkového vzorku je první kontakt ke spolupráci důležitý, 13 % podle prvního dojmu sestru neposuzuje, 2 % neví a nikdo neoznačil, že první kontakt není důležitý.

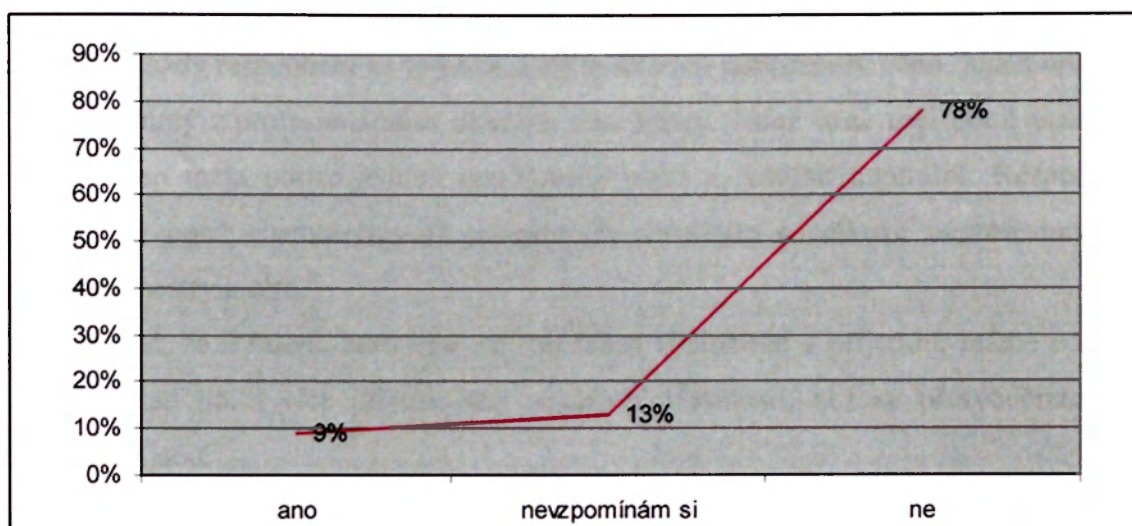
Z položky č. 10 v dotazníku pro sestry vyplynulo, že některé sestry se domnívají, že není důležité, jak sestra vypadá. Sestry uvádí, že první dojem není rozhodující, ale rozhodující je pro pacienta pouze to, jakou práci sestra odvádí, jak dobře pracuje. Veřejnost v ambulancích práci sester sleduje, ale také si všímá, jak sestra vypadá a jak spolupracuje s lékaři a kolegyněmi.

Položka č. 11: Setkali se sestrou, která byla potetovaná na viditelných částech těla, měla zdobené obočí, nos, bradu, měla výrazné množství náušnic v uchu, či byla silně nalíčena a měla dlouhé (nalakované) nehty, neučesané vlasy?

Tab. č. 11: Setkání respondentů s „takovou sestrou“.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	7	0,09	9%	8%	10%
nevzpomínám si	11	0,13	13%	7%	20%
ne	62	0,78	78%	85%	70%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 12: Procentuální zastoupení setkání respondentů s „takovou“ sestrou.



Respondenti uvádí, že se s „takovou“ sestrou setkali v 9 %, 13 % si nevzpomíná a 78 % se sestrou neseťkalo.

Tuto otázku jsem zvolila proto, že dnešní doba přináší velkou volnost nejen ve stylu oblékání, ale i ve zdobení různých částí těla tetováním, piercingem, atd. Pokud sestra takovéto zdobení ukazuje na viditelných částech těla v době výkonu svého povolání, znehodnocuje vážnost profese a do zdravotnické profese nepatří.

Je to ovšem i otázka středních zdravotnických škol, zda tuto image tolerují a jak situaci řeší. Respondenty jsem oslovila ve dvou okresních městech.

Myslím si, že ve velkoměstech by byla procenta setkání s takovou sestrou vyšší. Velkoměsta jsou svým způsobem specifická.

Položka č. 12. Jaký jste měl(a) pocit při tomto setkání s takovou zdravotní sestrou?

Otázka vychází z položky č. 11. Při statistickém zpracování jsem vycházela z odpovědí respondentů, kteří v otázce č. 11 odpověděli, že se s takovou sestrou setkali.

Tab. č. 12: Pocity respondentů při setkání s takovou sestrou.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
příjemný...	1	0,14	14%	0%	25%
nepříjemný...	3	0,43	43%	30%	50%
neutrální...	3	0,43	43%	70%	25%
celkem	7	1,00	100%	100%	100%

Respondenti měli na výběr z odpovědí, které byly polootevřené. Zajímalo mě jejich pocity. Ne každý respondent se vyjádřil. Dva muži měli nepříjemný pocit, jeden muž měl pocit příjemný z profesionálního přístupu této sestry, jeden muž měl pocit neutrální. Jedna z žen měla pouze jeden nepříjemný pocit a dvakrát neutrální. Respondenti nepříjemný pocit charakterizovali arogantním chováním a celkově neprofesionálním přístupem sestry k nim.

Je zřejmé, že k lidem, kteří nám nejsou ihned sympatičtí a příjemní, máme otažitý vztah a snad jim i více přisuzujeme negativní vlastnosti, než se přesvědčíme, jací doopravdy jsou.

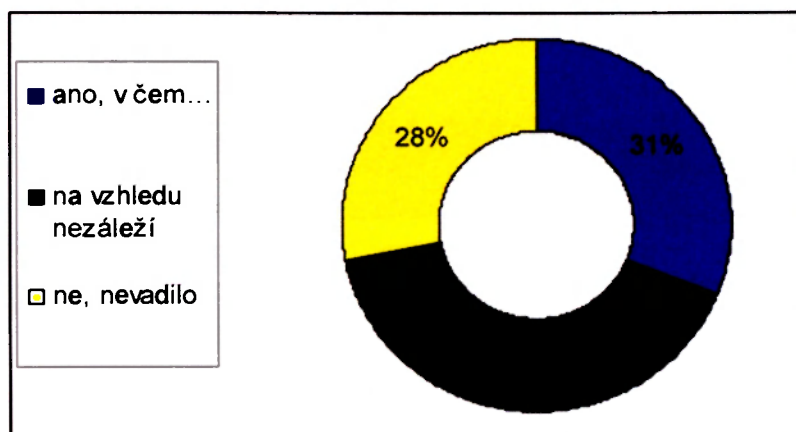
Položka č. 13: Vadilo by vám, kdyby vás ošetřovala sestra s viditelným tetováním na krku, obličeji, rukou? Kdyby měla nos, obočí, bradu, rty, uši zdobené náušnicemi či jinými šperky? Kdyby měla neupravené a nečesané vlasy?

Zajímalo mě, zda by veřejnosti při ošetřování „taková“ sestra vadila. Jaký postoj by veřejnost k této sestře zaujala a zda by veřejnost tento zevnějšek v profesi tolerovala. Pokusila jsem se zjistit, co by jim vadilo nejvíce.

Tab. č. 13: Názor veřejnosti při ošetření „takovou“ sestrou.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano, v čem...	25	0,31	31%	55%	50%
na vzhledu nezáleží	33	0,41	41%	22%	27%
ne, nevadilo	22	0,28	28%	23%	23%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 13: Procentuální zastoupení názoru veřejnosti na „takovou“ sestru.



Při srovnání této položky s procentuálním zastoupením věku mužů i žen se domnívám, že taková sestra vadí nejen mladým respondentům, ale i respondentům v produktivním věku. Mladí respondenti nejsou k takové sestře tolerantnější. Ženy oproti mužům byly v polootevřené položce sdílnější.. Respondenti 5x uvedli, že jim nejvíce vadí dredy z důvodu nečistoty vlasů, 2x nedůvěra k této sestře, 2x nevhodné nedůstojné chování sestry, 1x tetování, piercing a pocit strachu z takové sestry.

Sestry se měly možnost vyjádřit v položce č .11. Jen málo sester se vyjádřilo více konkrétněji. Těmto sestrám u jejich kolegyně vadí nejvíce dredy.

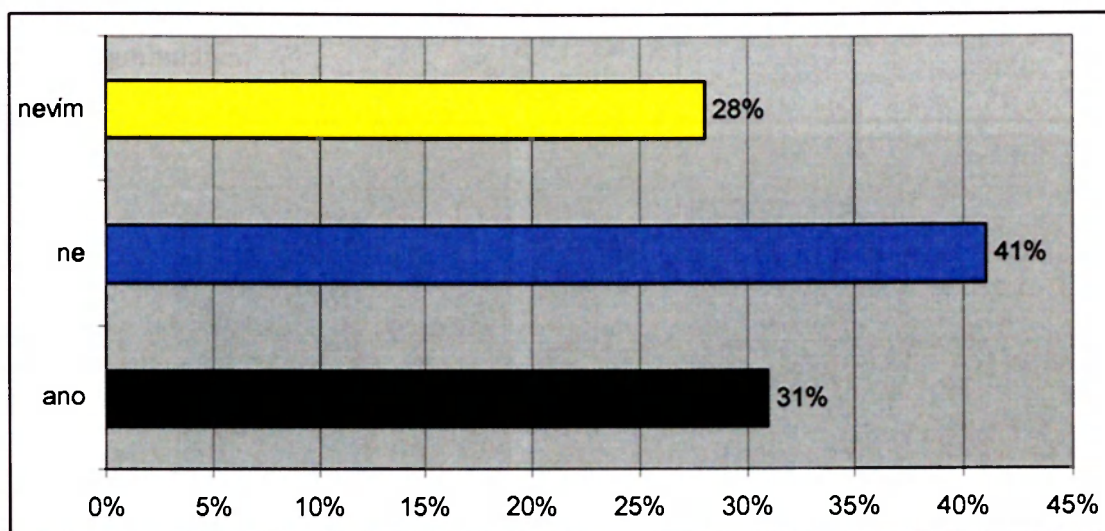
Položka č. 14: Měl(a) byste k takové sestře stále důvěru?

V této položce jsem se snažila zjistit souvislosti, zda důvěra může souviset s tím, jak člověk vypadá.

Tab. č. 14: Zjištění důvěry veřejnosti při ošetření „takovou“ sestrou.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	25	0,31	31%	30%	32%
ne	33	0,41	41%	43%	40%
nevím	22	0,28	28%	27%	28%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 14. Procentuální zastoupení důvěry veřejnosti při ošetření „takovou“ sestrou.



Z tabulky a grafu vyplývá, že 31 % veřejnosti by k takové sestře důvěru mělo při ošetření, 41 % nikoli a 28 % neví, zda by měli důvěryhodný vztah.

Při rozboru jednotlivých položek jsem poodhalila souvislosti. Pro 85 % dotázaných je první kontakt důležitý pro navázání vzájemné spolupráce, pouze 7 pacientů se setkalo s takovou sestrou, 3 z nich měli nepříjemný pocit při tomto setkání, další 3 pocit neutrální a 1 respondent měl pocit příjemný. Více jak polovině respondentů (52 %) by vadilo, kdyby je taková sestra ošetřovala, 41 % uvedlo, že by k takové sestře mělo nedůvěru.

Existuje zde souvislost mezi tím, jak sestra vypadá, a následně vytvořením si důvěryhodného vztahu, který je nepostradatelný pro dobrou spolupráci sestry s pacientem.

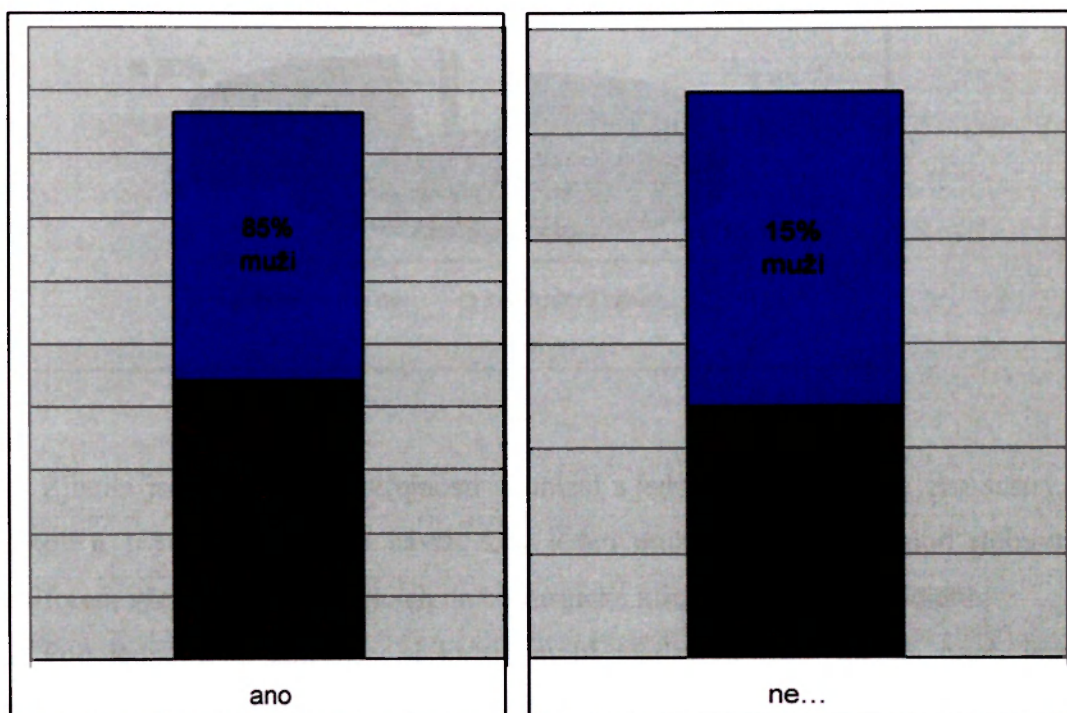
Položka č. 15: Jste spokojen(a) s chováním a jednáním zdravotních sester v ambulancích? Pokud ne, vysvětlete prosím.

V této položce jsem zjišťovala, v jakém procentuálním zastoupení jsou respondenti spokojeni s chováním a jednáním sester v ambulanci.

Tab. č. 15: Spokojenost veřejnosti s chováním a jednáním sester v ambulanci.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	29	0,86	86%	88%	85%
ne...	11	0,14	14%	12%	15%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 15: Procentuální zastoupení spokojenosti veřejnosti s chováním a jednáním sester v ambulanci.



Z celkového vzorku je 86 % respondentů spokojeno s chováním sester v ambulanci, 14 % nikoli. Pokud respondenti nebyli spokojeni, mohli se konkrétně vyjádřit. Z počtu 11 nespokojených respondentů byl 2x neprofesionální přístup, 2x arogance ze strany sester, 3x necitelné a neochotné sestry, 2x sestry, které neberou zřetel na bolest a nepřístupují k nemocným individuálně, 2x nebylo uvedeno. Při zodpovězení této položky respondenti vycházeli z vlastních zkušeností. Více s chováním sester byly nespokojeny ženy.

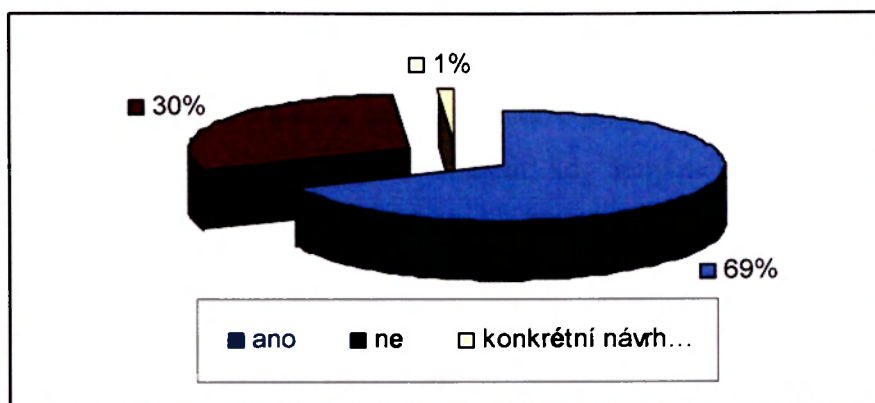
Položka č. 16: Domníváte se, že by uniforma zdravotních sester měla být jednotná?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda veřejnost souhlasí či nesouhlasí s jednotnou uniformou sester.

Tab. č. 16: Náзор veřejnosti na jednotnost uniforem pro sestry.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	55	0,69	69%	88%	58%
ne	24	0,30	30%	20%	40%
konkrétní návrh...	1	0,01	1%	0%	2%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 16: Procentuální zastoupení názoru veřejnosti na jednotnost uniforem.



Zjistila jsem, že 69 % veřejnosti souhlasí s jednotností uniforem pro sestry, 30 % nikoli a 1 % má konkrétní návrh, kdy jeden muž požadoval alespoň stejnou barvu uniforem všech sester pracujících na chirurgické klinice, interním oddělení.

Pod jednotností uniformy si každý mohl představit něco jiného, např. jednotnou barvu, střih (šaty nebo kalhoty). Ženy více souhlasí s jednotností uniformy.

Položka č. 17: Dokážete rozpoznat ve zdravotnických zařízeních zdravotnické pracovníky podle jejich ošacení?

V této otázce jsem zjišťovala, zda veřejnost rozpozná podle oblečení zdravotnické pracovníky. Zda poznají, jestli hovoří s lékařkou, sestrou, pomocnicí či uklízečkou.

Tab. č, 17: Rozpoznatelnost zdravotnických pracovníků podle pracovního oblečení

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	0	0	0%	0%	0%
domnívám se, že ano	25	0,31	31%	25%	38%
domnívám se, že ne	43	0,54	54%	50%	57%
ne	12	0,15	15%	25%	5%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Pouze 31 % respondentů ze vzorku se domnívá, že zdravotnické pracovníky podle oblečení rozpozná. Nikdo, tedy 0 %, je určitě nerozpozná, 54 % se domnívá, že je spíše nerozpozná, 15 % ví, že je určitě nedokáže rozpoznat. Ženy jsou ve výpovědích téměř procentuálně srovnatelné až na moment, kdy ženy se o 20 % více vyjádřily, že určitě podle oblečení pracovníky nedokážou odlišit.

Tuto otázku jsem zařadila proto, že image není jen o chování, o důvěře, ale také o tom, jaký má člověk zevnějšek, jak vypadá, jestli podle oblečení poznáme ve zdravotnických zařízeních rozlišení pracovníků. Existují stejnokroje (uniformy) v některých profesích (letušky, policisté) a každý nositele této profese ihned pozná.

Zdá se mi, že v současnosti je čím dál těžší od sebe odlišit zdravotnické pracovníky na základě oblečení. Mění se nejen od nemocnice k nemocnici, ale liší se i ošacení zdravotnických pracovníků pracujících na jedné klinice. Nevím, zda je to tím, že dnes existují velké a pestré nabídky ošacení zdravotníků. Vnáší to však zmatek při oslovování zdravotníků pacienty. U některých zdravotníků to může vést i k dotčení z devalvace funkce.

Položka č. 18: Jaký pocit ve vás vyvolá zdravotní sestra, která nosí příliš krátké šaty, že odhalují spodní prádlo?

V této otázce jsem zjistila, jaký je názor veřejnosti na krátké šaty sestry, které jí odhalují spodní prádlo.

Tab.č. 18: Krátké šaty zdravotní sestry u veřejnosti vyvolají tento pocit.

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
zahanbení či stud	12	0,15	15%	28%	2%
odpor	3	0,04	4%	7%	0%
nevadí mi to	53	0,66	66%	45%	88%
jiné a to...	12	0,15	15%	20%	10%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Respondentům v 66 % nevadí, když sestra nosí tak krátké šaty, že odhalují spodní prádlo, 15 % pociťuje zahanbení či stud, 4% pociťují odpor a 15 % mělo jinou odpověď. Jeden z respondentů mužského pohlaví v odpovědi jiné uvedl, že jsou mu tak Krátké sukně velmi příjemné.

V této položce je zřejmé, že ženy respondentky jsou mnohem kritičtější k délce šatů sester, snad i proto, že ony samy jsou nositelkami sukní a šatů. Mužům respondentům sestry s krátkými šaty nevadí. Domnívám se, že kdybych do odpovědi v této položce zařadila: „Krátké šaty sestry jsou mi velmi příjemné.“ Muže bych potěšila a odpověď „nevadí mi to,“ by byla v procentuálním zastoupení nižší. Možná bych tím více popudila ženy, které by ostřeji kritizovaly.

Tuto položku jsem do dotazníku pro veřejnost zařadila proto, že i to, jak se sestra obléká, zda dodržuje požadavky na délku uniformy, svědčí o její imagi.

Položka č. 19: Napadlo vás, že vy nebo vaše dítě by chtělo studovat na střední zdravotnické škole?

Touto položkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti samotní nebo jejich děti uvažují o vykonávání této profese. Pokud o ní neuvažují, tak mě zajímal důvod.

Tab. č. 19: Výpovědi veřejnosti o možnosti studia na SZŠ.

	n_i	f_i	f_i%	f_i% ženy	f_i% muži
ano	39	0,49	49%	40%	58%
ne, protože...	41	0,51	51%	60%	42%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Z celkového počtu se 49 % respondentů vyjádřilo, že o profesi zdravotní sestry uvažovalo a 51 % nikoli. Pouze osm respondentů uvedlo důvod – vysoká náročnost profese po psychické a fyzické stránce, a náročnost na osobnostní a intelektuální vlastnosti. Výsledek mě překvapil.

Předpokládala jsem, že ženy nebo jejich potomci o povolání více uvažují, snad i proto, že v tomto povolání je převážná většina žen.

Položka č. 20: V čem je profese zdravotní sestry náročná?

Respondenti označili bodově odpovědi od 1 do 5 podle důležitosti, 1= nejdůležitější, 5= nejméně důležité.

Za nejdůležitější v profesi zdravotní sestry považuje veřejnost schopnost sestry správně se rozhodnout, umět řešit konflikty a umět komunikovat s pacienty.

Ihned poté respondenti označili zvládnutí teoretických poznatků a dále praktické zkušenosti sestry. Někde se však za nejméně důležité objevily praktické zkušenosti sestry a teoretické znalosti.

Za nejméně důležité považují respondenti v profesi sestry přizpůsobení se nepravidelné životosprávě a režimu dne a přizpůsobení se aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta.

Při porovnání pohlaví jsem neshledala v této položce žádné výrazné odchylky výpovědí.

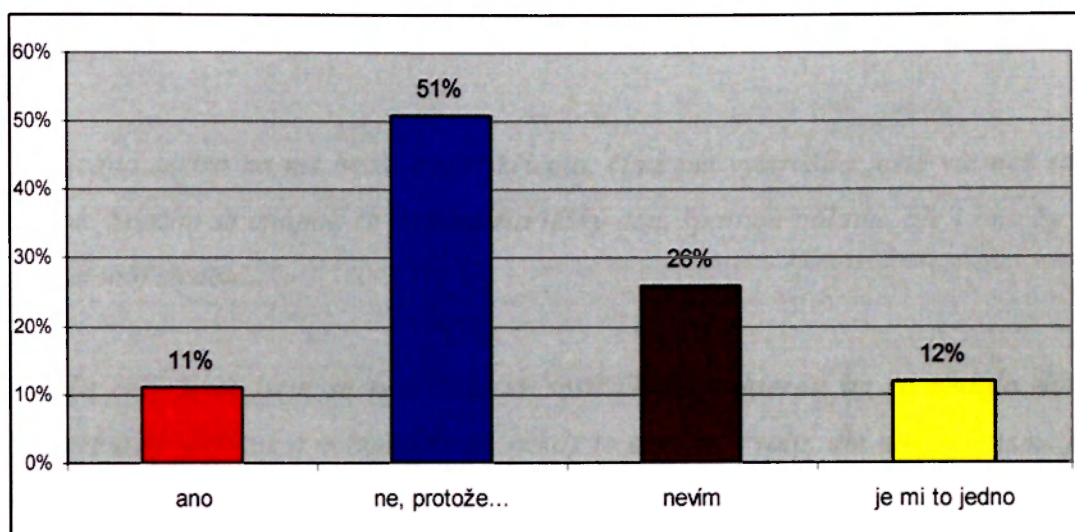
Položka č. 21: Je podle vás povolání zdravotní sestry dostatečně finančně ohodnoceno?

Zajímá mě názor veřejnosti, zda jsou přesvědčeni o dostatečném či neadekvátním ohodnocení sester.

Tab. č. 21: Finanční ohodnocení sester

	n_i	f_i	$f_i\%$	$f_i\%$ ženy	$f_i\%$ muži
ano	9	0,11	11%	5%	18%
ne, protože...	41	0,51	51%	52%	50%
nevím	21	0,26	26%	30%	22%
je mi to jedno	9	0,12	12%	0%	10%
celkem	80	1,00	100%	100%	100%

Graf č. 21: Procentuální zastoupení finančního ohodnocení sester veřejností.



Pouze 11 % respondentů vzorku je přesvědčeno o adekvátním finančním ohodnocení profese, 51 % je opačného názoru, 26 % neví a 12 % je to jedno. Pokud uvedli, že si myslí, že sesterské povolání není adekvátně ohodnoceno, zajímá mě důvod. 37 respondentů důvod nevedlo a 4 konstatovali, že je profese podhodnocena oproti ohodnocení sester v zahraničí. Dále uvedli, že v ČR pracují zdravotní sestry ze Slovenska a Ukrajiny, což je pro nás levnější pracovní síla.

To, co si veřejnost o profesi myslí, jak si jí váží, ovlivňuje postavení profese jako takové, včetně oboru ošetrovatelství.

Položka č. 22: Máte natolik silnou osobní zkušenost v souvislosti se sesterskou profesí, že byste se o ni chtěl (a) podělit? Ať by to byla pozitivní či negativní zkušenost.

Pouze malé množství respondentů tuto potřebu mělo. Z některých dotazníků bych si dovolila citovat.

„Nevhodné chování po prodělaném operačním zákroku (došlo k vnitřnímu krvácení). Třetí den po operaci po mně sestra vyžadovala převléci si lůžko a košili. Po odmítnutí mě nazvala „chcíplým čertem“.

„Sestra mého praktického lékaře se chová velmi vlídně přes plnou čekárnu remcajících pacientů vše zvládá s nadhledem, umí člověku vysvětlit, co ho čeká, umí poradit“

„Jedna sestra na mě bezdůvodně křičela, čímž mě vystrašila ještě víc než samotný zákrok. Snažím se chápat, že třeba měla těžký den, špatnou náladu, ale i ona by mohla chápat můj strach...“

„Za celý život jsem se nesečkala se sestřičkou, se kterou by se nedalo domluvit. Některé byly vstřícné a ochotné hned, někdy to chvíli trvalo, ale nakonec jsme si vždy porozuměly. Myslím si, že hodně záleží na vztahu pacienta k ošetřujícímu personálu. Když jsem já slušná, vstřícná a dám najevo, že chápu problémy, které má ošetřující personál, nestalo se mi, abych se setkala s negativní odezvou“.

„Po samovolném potratu se ke mně několik sester chovalo velmi nehezky, bez pochopení“.

„Umožnila bych více působit řádovým sestrám v nemocnicích. Je to jejich poslání a věnují nemocným mnohem více péče a jsou laskavější. Nevracejí se domů k manželům a zlobivým dětem, ale žijí pro své poslání. V jejich péči o nemocné je to velmi znát“.

2.3 Charakteristika cílových skupin hospitalizovaných pacientů

2.3.1 Interpretace rozhovorů

Dotazované pacienty, se kterými jsem prováděla rozhovor, jsem si rozdělila do čtyř cílových skupin. Podle typu oddělení, podle toho, v jaké nemocnici byli hospitalizováni, podle pohlaví a podle délky hospitalizace. Strukturovaný rozhovor s hospitalizovanými pacienty a jejich rozdělení uvádím v příloze č. 8, 9. Podmínkou pro rozhovor byla ochota ze strany pacientů a jejich stabilizovaný zdravotní stav. Snažila jsem se mít cílové skupiny z obou okresních nemocnic rovnoměrně početně zastoupené, včetně pohlaví. Věkové dělení hospitalizovaných pacientů jsem blíže neurčovala.

Názory veřejnosti ze čtyř cílových skupin uvádím v souvislém textu, odpovědi na okruh otázek se plynule prolínají a navazují na sebe v logické posloupnosti.

První dotazovanou skupinou bylo 10 pacientů hospitalizovaných 2. – 4. den z interní JIP zastoupení 10 pacienty hospitalizováni 2. – 4. den.

Druhou dotazovanou skupinou bylo 8 pacientů hospitalizovaných 1. – 6. den z chirurgické JIP. Více vzorků z těchto dvou oddělení JIP nebylo možné provést vzhledem k časové náročnosti a k aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocných.

Třetí hospitalizovaní pacienti byli v obou nemocnicích z chirurgických oddělení. Těchto 40 pacientů pobývalo v nemocnici 1. – 14. den.

Poslední cílovou skupinou bylo 36 pacientů, opět z obou okresních nemocnic z chirurgických standardních oddělení, hospitalizovaných od 2. do 11. dní.

Dotazovaní jsou s jednáním a chováním sester převážně spokojeni a mají pozitivní zkušenosti. Občas vzpomínají na situaci před 15-ti lety, na velmi direktivní nevstřícný přístup sester. Pouze tři dotazovaní muži z oddělení na JIP se zmínili o občasně neochotě sester k nim. Zajímavé bylo, že jeden dotazovaný podotkl, že jak se pacienti chovají k sestřím, tak se k nim chová personál. Jeden dotazovaný muž z chirurgického oddělení je občas ráno buzen smíchem a hlasitou komunikací sester a není mu příjemné rozsvícené světlo po dobu měření tělesné teploty, když ještě spí. Jeden názor muže, opět z chirurgického oddělení, je z předchozí hospitalizace na Slovensku, kdy měl pocit, že sestry byly na něj zlé. Žádnou komunikační bariéru nezaznamenal, sestřím porozuměl dobře.

Setkala jsem se s názorem, že sestry ze Slovenska odmítají mluvit česky a to může činit problémy na odděleních mladších dětí.

Při srovnání výpovědí s odpovědi pacientů na ambulanci jsou s chováním sester v 86% spokojeni, ve 14% nikoli. Jako důvod uvádějí neprofesionální přístup, aroganci ze strany sester, které jsou necitelné a neochotné, neberou zřetel na bolest a nepřístupují individuálně.

Pokusím se komentovat výrok pacienta ve smyslu, že chování sester k nemocným je obrazem toho, jak se nemocní chovají k sestřím. Do profesionálního chování sestry patří převážně adaptivní typ chování, profesionální přístup k nemocným, kolektivní orientace sestry, universalismus a emocionální neutralita.

Zodpovědět otázku zaměřenou na vlastnosti sestry a podle čeho hospitalizovaní pacienti hodnotí sestru dobrou a špatnou bylo náročné. Sdílnější byly ženy. Všichni dotazovaní se shodli, že sestra by měla mít vlastnosti profesionální. Se špatnou sestrou se pacienti nesetkali. Právě toto sdělení může být ovlivněno tím, že jsou ještě stále hospitalizováni a tedy nejsou ochotni vyjadřovat negativní soudy o personálu. Dotazovaní začali jmenovat psychické předpoklady a osobnostní vlastnosti pro práci sestry. Z odpovědí je patrné, že většina sester se s rolí sester téměř identifikovala. Dobrou sestrou by pro nemocné byla ta, která je ochotná, vlídná, usměvavá, poslouží, komunikativní, naslouchá pasivně i aktivně, umí se ovládat, je trpělivá, všímavá, kolegiální, pacientovi vysvětlí výkon, pacientovi porozumí a poslouží, chápe ho, nepovyšuje se nad ním, je sympatická, pracovitá, šikovná, má vztah k práci a svoji práci dělá s láskou, pohladí nejen slovem. O jejím vzdělání se zmínil pouze jeden dotazovaný. U žen se více objevoval pocit vztahu k lidem, humánnost sestry. U mužů převládala obětavost ze strany sestry, komunikativnost, usměvavost a větší trpělivost. Z odpovědí žen vyplývá, že více preferují potřebu starat se o někoho.

Špatná sestra by pro ně byla ta, která by je pomlouvala a způsobovala by záměrně bolest, byla by drzá, neochotná, zlá, ta, co by jim neposkytla dostatek informací o zákroku či vyšetření, byla by netrpělivá, co by komunikovala odměřeně a dokonce by na nemocné svalovala vinu a neprávem je obviňovala. Jeden dotazovaný označil za špatnou sestru tu, která by mu slíbila, že přijde k němu, že nyní nemůže a zapomněla by na něj. Pacienti právem požadují dostatek informací. Dotazovaní plně vystihli drobnosti v práci sestry. Sestry samy často zapomínají tyto drobnůstky, které jsou ze strany pacientů velmi důležité.

Důvěryhodná sestra pro nemocné je ta, která vzbudí důvěru, je čistá, upravená, slušná, sestra s profesionálními vlastnostmi. Asi pro polovinu vzorku dotazovaných

mužů i žen je důvěra pro další spolupráci důležitá. Druhá polovina je názoru, že na vzhledu nezáleží. Nikdo z dotazovaných se se sestrou s piercingem, tetováním či jinými ozdobami současné módy nesešel. Vypadá to, že to je problém velkých měst a studentů. Pokud by je ošetřovala sestra s piercingem, tetováním, dredy... sledovali by, jak kvalitně pracuje a důvěra by vznikla až po delší době. Pacientům by nejvíce vadily z hygienických důvodů dredy a piercing. Sestra s dredy nevzbuzuje pocit čistoty a nemá naučené hygienické návyky. Piercing a tetování jsou v pozadí, jemný piercing a tetování nevadí. Jako důvod, proč pacienti s těmito výstřelky nesouhlasí, je názor, že do profese zdravotní sestry se to nehodí a profesi to devaluje. Dlouhé nehty, za kterými možná zůstává špína, a které mohou pacienta zranit, se také do profese nehodí. Výrazně nalakované nehty vyvolávají pocit odporu, povrchnosti. Dotazovaným mužům z interních oddělení vadí tetování sestry na viditelných částech těla, ostatní jmenované prvky zevnějšku např. dredy, jsou jim lhostejné, záleží na tom, zda jim to dovolí nadřízený pracovník. Jeden dotazovaný muž si všiml, že žvýkání sester, včetně nošení většího množství šperků je neslušné. Dlouhé nehty vadí dotazovaným pacientkám z chirurgických a interních JIP. Jsou i více v této části otázky kritičtější. Obávají se o možné zranění sestrou s takovými nehty. Červený lak u těchto žen vyvolal pocit nafintěnosti, štitivosti. Také se objevil názor, že délku nehtů si určuje sestra sama. Pokud jí to nevadí při práci, pacientům je to jedno. V oblasti líčení a vůně jsou muži i ženy jednotně pro jemnou vůni sestry a jemné přirozené nalíčení, ale pro každého jemná vůně znamená něco jiného.

Při srovnání odpovědi s pacienty v ambulancích je první kontakt k navázání vzájemné spolupráce a následně i důvěry důležitý v 85 %. Tato část veřejnosti se v 9 % setkala se sestrou s piercingem, tetováním, dredy, se sestrou s dlouhými nebo nalakovanými nehty a zdobením na různých částech těla nosu, obočí, brady, uší. Ošetření takovouto sestrou by jim vadilo v 31%, a stejně tak důvěru by si sestra získala v 31%.

Při dalším srovnání této položky s některými výpovědmi sester, jsou sestry přesvědčeny, že pro pacienta není důležité, jak sestry vypadají, ale jakou práci odvádí. Toto tvrzení sester zcela jednoznačné není, klíčová je zde důvěra. Pacienti mají čas pozorovat a hodnotit práci sester, zatímco sestry jsou pohlceny prací. Pacienti si všimají, čím je sestra zdobená. Tato skutečnost může ovlivnit další průběh ošetřování.

Další otázkou v řízeném strukturovaném rozhovoru byl *názor dotazovaných pacientů na prezentaci sestry v médiích*, jestli média ovlivňují pacienty v názoru na profesi sestry a jak ji vnímají oni sami.

Mohu konstatovat, že převážná část veřejnosti médii ovlivněna není. Dotazovaní mají svůj kritický názor na roli sestry a sestru vnímají jako profesionálku. To platí i pro veřejnost v ambulancích. Dotazované ženy z chirurgických oddělení podotýkají, že televize ukazuje vše příliš ideálně, realita je mnohem náročnější, ve skutečnosti je role sestry mnohem zodpovědnější. Pokud se v médiích vůbec mluví o sestrách, tak pouze v souvislosti se zvýšením platu, což rozhodně prestiž tomuto povolání nezvyšuje. Sestry se oproti lékařům prosazují málo. Pouze dvě ženy z chirurgických oddělení se domnívají, že sestry neustále flirtují s lékařem a označují tyto sestry „lovkyně doktorů.“ Několik mužů ze standardních oddělení interního typu uvedlo, že sestra je žena pro všechno, je doslova nádeník, ale současně je i ženou, která neustále flirtuje s lékařem.

V této otázce dotazovaní vycházeli z vlastní zkušenosti během hospitalizace. Otázka je ovlivněna, jaký seriál sledují, zda jsou to seriály české, německé, americké. Sestry v seriálech pracují na různých typech oddělení, s různou náplní práce. Obsah seriálu je uspořádaný tak, aby zashovaly do vztahů mezi lidmi, zasahovaly mezi jejich problémy. Při vyhodnocování odpovědí z dotazníku pro veřejnost se domnívám, že podobné názory vychází s hospitalizovanými pacienty.

Hospitalizovaní pacienti jsou spokojeni s barevností, ale občas se objevila touha po kombinaci modré a bílé barvy. Barevnost uniforem je spojena s příjemnými pocity veselosti, radosti, svěžesti. Pevnější část nerozezná zdravotnické pracovníky podle jejich uniformy, ale oproti předešlé době pacienti oceňují pohodlnost oděvu. Pacienti oslovují všechny zdravotnické pracovníky „sestřičky“. Sestru určitě poznají podle její náplně práce, „aplikuje jim injekce“. Tuto situaci pacientům neulehčí ani představování sester. Pouze dva pacienti si jsou vědomi představení sester. Vizitky (jmenovka, identifikační štítky) podle postřehů pacientů sestry nosí, ale někteří bez brýlí vizitku nepřečtou. Další šance na rozpoznání zdravotnických pracovníků je mizivá. Zcela určitě nemocní rozpoznají podle oblečení řádové sestry. Většina dotazovaných nesouhlasí s jednotností uniforem. Zde záleží na tom, co si pod jednotností uniformy představili. Dotazovaní muži souhlasí s názorem, že „čím kratší, tím lepší“. Podotkli, že sestra musí být natolik soudná, jak krátkou sukni si může dovolit. Pokud není sestra soudná v délce sukne, muži se pobaví. Ženy v této části otázky byly mnohem kritičtější. Samy navrhly optimální délku ke kolenům a kratší délku si mohou výjimečně dovolit skutečně mladé

sestry. Jinak se to do profese nehodí a působí to příliš vyzývavě. Podobných názorů jsou i respondenti, kteří vyplňovali dotazník pro veřejnost.

V rozhovoru s pacienty mě zajímalo, *co sestra ve své profesi nemůže dělat, co oni považují za nepřipustné a co by je jako pacienty zamrzelo, či je dokonce psychicky poškodilo*. Dotazovaní uváděli agresivitu ze strany sestry, urážky, devalvace, drzost sestry, vulgárnost, porušení povinné mlčenlivosti sestry a dokonce pití alkoholu a kouření sester. Některé ženy z interních standardních oddělení uvedli lenost sestry, oslovení „babi a dědo“.

Poslední otázkou rozhovoru jsem zjišťovala, *zda by dotazovaní toto povolání mohli vykonávat a pokud ne, zajímal mě důvod*. Uvádím krátké srovnání výsledků veřejnosti v ambulancích. Zjistila jsem, že z celkového vzorku pacientů z ambulance o profesi sestry uvažovalo 49 %. Za nejnáročnější v profesi zdravotní sestry považují komunikační schopnosti sestry, množství teoretických znalostí, dále praktické zkušenosti. Téměř za nejméně náročné označili opět praktické zkušenosti a teoretické znalosti. Za nejméně náročné v profesi považují nepravidelnou životosprávu a přizpůsobování se aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. Pouze 11 % respondentů vzorku je přesvědčeno o adekvátním finančním ohodnocení sester.

Zajímavým důvodem, proč by toto povolání nemohli někteří hospitalizovaní pacienti vykonávat, byl, malý efekt, a nejistý výsledek práce, což skutečně v době nemoci je reálné. Jeden muž, zastával názor, že práce je otravná náročná. Pokud by někteří hospitalizovaní pacienti chtěli povolání vykonávat, tak rozhodně ne u dětí, a museli by vidět, jen uzdravující se nemocné. Toto není však vždy splnitelné. Pouze ženy z chirurgických standardních oddělení by opravdu toto povolání vykonávat chtěli. Ženy by pracovaly v organizacích jako dobrovolnice.

Dotazovaní pacienti v nemocnici si skutečně profesi sestry cení, potvrdili to i svými výroky: „To není povolání, ale poslání, práce se musí dělat s citem, s lidským přístupem“. Pacienti si nejvíce váží ochoty a trpělivosti sester, humánnosti a citu v profesi, psychické a fyzické náročnosti tohoto povolání. Sami uvedli velké množství teoretických znalostí v profesi, přítomnost při utrpení nemocných a velká odpovědnost v práci.

3. Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že sestry budou považovat image, za důležitou, ale neví, že ony samy se na vytváření profesní image sester mohou podílet.

Zjistila jsem, že 95 % respondentek odpovědělo, že image sestry považují za důležitou, z toho 43 % se domnívá spíše ano. Pro vytváření a prohlubování pozitivní image sester je nejdůležitější osobnost a vlastnosti sestry a její chování a jednání nejen na pracovišti. Za nejméně důležité označily, jak se o profesi vyjadřuje veřejnost. Z celkového výzkumu vyplynulo, že profesní image sester v 58 % buduje každá sestra sama, ve 28 % je to škola. Pouze v 8 % jsou to profesní sesterské organizace, ve 2 % média (televize, tisk, rozhlas), ve 2 % odbor ošetrovatelství MZ, v 1 % je to nadřízený pracovník a v 1 % nikdo.

Nyní uvádím již podstatné procentuální zastoupení odpovědí této položky. Při vyhodnocení dle typu oddělení jsem zjistila, že 2 % sester chirurgických oddělení standardního typu označily odbor ošetrovatelství MZ, v 6 % označily profesní sesterské organizace, v 22 % školství, v 61% sestra sebe sama, média označily 3 %, nadřízeného pracovníka 3 % a nikdo 3 %. Dle sester z JIP chirurgického typu v 18% budují image profesní sesterské organizace, ve 2 % odbor ošetrovatelství MZ, 27 % školství, každá sestra sebe sama v 50 %. Sestry interních oddělení se domnívají, že image buduje každá sestra v 66 %, školství v 29 %, profesní sesterské organizace ve 4 %, odbor ošetrovatelství MZ v 1 %. Podle sester pracujících na JIP interního typu image buduje 5 % každá sestra, 34 % školství, profesní sesterské organizace v 10 %, odbor ošetrovatelství MZ v 0 %.

Hypotézu č. 1 jsem nepotvrdila, i když existuje převaha sester, které považují image za důležitou.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že sestry si kolegyni představují bez extravagance, bez výstřelků módy (piercingu, tetování, dredů) a extravagantní kolegyni posuzují dle jejího celkového dojmu a vztahu k ní.

Pomocí dotazníku jsem zjistila, že 62 % sester záleží na celkovém dojmu, 18 % „takové“ sestře nevěří, 13 % se jí bojí a 7 % je to jedno. Po vyhodnocení na jednotlivých odděleních jsem zjistila, že takovéto sestře nejvíce nevěří sestry z JIP interního typu s věkovým zastoupením od 19 do 29 let, od 30 do 40 let a s délkou praxe

více jak 5 a 10 let. Nejvíce by se takovéto kolegyně bály sestry z chirurgických odděleních standardního typu. Odpověď „je mi to jedno“ nejvíce označily sestry z interních odděleních a sestry z chirurgických oddělení. Sestry z chirurgické JIP posuzují kolegyni podle celkového dojmu. Jsou to převážně sestry ve věku od 19 do 29 let, od 30 do 40 let s nejvyšším procentuálním zastoupením PSS.

Ve výpovědích sester se objevovaly vlastnosti sester, psychické předpoklady pro práci sestry ve sféře autoregulační a sociální, které jsou pro práci sestry velmi podstatné. Zdá se mi, že se do této položky promítly ony samy, tedy jejich image. Tak jak vypadají ony samy, tak chtěly, aby vypadaly ostatní sestry, 122 respondentek uvedlo tyto vlastnosti sestry:

milá, přívětivá, slušná, přátelská, usměvavá, tolerantní, komunikativní, vlídná, ochotná, obětavá, citlivá, trpělivá, klidná, má zájem o práci, umí se ovládat. Z tohoto počtu respondentek k tomuto výčtu přispělo 28 sester těmito následujícími požadavky: jemně nalíčená, bez extravagance, příjemně voňavá, jemný lak a krátké nehty na rukou, svým vzhledem musí harmonicky „zapadnout“ do nemocničního prostředí.

Z celkového počtu sester se o šikovnosti a zručnosti sestry zmínilo 10 sester. Myslím si, že šikovnost a zručnost je více otázka vlastní praxe. Dvě sestry se zmínily o takovém vzhledu sestry, která u nemocného vzbudí důvěru. Ve stejném počtu se sestry nezapomněly zmínit o psychické a fyzické vyrovnanosti a o vyzařování klidu a pohody ze strany sestry. Spokojenost ještě utvrdily v dostatečném finančním ohodnocení sester. Pouze 29 sester vzorku by chtělo, aby sestra byla vzdělaná, sebevědomá, rozhodná, samostatná, inteligentní, chytrá, měla vymezené kompetence k výkonu práce, sestra, která se umí ovládat, sestra s profesionálním přístupem.

Pouze jedna sestra se zmínila o managerských schopnostech sestry. Čtyři respondenty daly jasně najevo, že není důležité, jak člověk vypadá, ale jakou práci odvádí, jak kvalitně a dobře pracuje, jaký má vztah k lidem.

Sestry v této položce byly více sdílné na interních odděleních standardního typu a na JIP interního typu. Ve velmi malém počtu zaznělo od sester zdravé sebevědomí, samostatnost, rozhodnost, vzdělanost.

Hypotézu č. 2 jsem potvrdila.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že dobré pracovní klima, rozvoj oboru ošetrovatelství a současné vzdělávání sester jsou nezbytností pro interní image sester i pro externí image ošetrovatelství.

Zjistila jsem, že respondenty si v 51 % myslí, že rozvoj ošetrovatelství ovlivnil image sester, 9 % je opačného názoru a 40 % se domnívá, že image sester neovlivnil obor ošetrovatelství. Sestry z chirurgických oddělení se v 65 % domnívají, že ošetrovatelství ovlivnilo image sestry, naopak sestry z interních oddělení jsou opačného názoru.

Z celkového hodnocení považují sestry pracovní podmínky za důležité, pro tak náročnou profesi zdravotní sestry v 90 %, v 9 % sestry považují pracovní podmínky za nutnost, kdy se člověk musí přizpůsobit svému pracovišti vydržet a v 1 % označilo podmínky za zcela nepodstatné a je jedno jaké podmínky na pracovišti existují.

Z celkového počtu sester vyplývá, že 82 % sester si myslí, že vzdělávání ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče, z toho 42 % se pouze domnívá, že ano, 18 % respondentek tento názor nesdílí. Největší procentuální zastoupení měly sestry z JIP interního typu obou zdravotnických zařízení, kdy v 93% se vyjádřily, že současné vzdělávání sester ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. V souvislosti s dosaženým vzděláním měly tyto sestry 23 % VZŠ a VOŠ, 13 % VŠ, 13 % PSS a 50 % SZŠ.

Sestry v 49 % se vzdělávají pasivní účastí na seminářích, 44 % čtením odborné literatury, 3 % aktivní účastí na seminářích 3 %, 1 % psaním odborných článků, 1 % a 3 % dalším vzděláváním na VŠ. Aktivními účastníky na seminářích jsou sestry ze standardních chirurgických oddělení a sestry z JIP interního typu.

Hypotézu č. 3 jsem potvrdila.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že v současnosti sestry spíše neznají, a tím nedodržují, standard oblékání.

Zjistila jsem, že 51 % sester označilo, že jejich zdravotnické zařízení má vytvořený standard pracovního oblečení, 39 % tvrdí, že nikoli a 10 % standard nezná. Respondentky třebovské nemocnice v 55 % označily, že zařízení má standard vypracovaný, 39 % tvrdí, že nikoli a 6 % jej nezná. Sestry třebovské nemocnice v 24 % standard dodržují, 72 % jej také dodržuje, ale volí svůj pohodlný oděv, 4% jej nedodržují. Respondentky z nemocnice v Novém Městě na Moravě si v 45% myslí, že jejich zdravotnické zařízení má vytvořený standard, 22 % nikoli, 33 % jej nezná. Sestry

z této nemocnice 78 % standard dodržují, ale volí svůj pohodlný oděv, 22 % sester standard nedodržuje.

V této otázce, vztahující se k hypotéze, mohl být zakryt faktor, že se sestry bály odpovědět, zda jejich zařízení má či nemá vytvořený standard. Je také pravda, že jednotná norma oblékání není.

Pro objektivní ověření výpovědí jsem pátrala po standardu. Našla jsem je v obou sledovaných zdravotnických zařízeních. Obsahovaly používání pracovního oděvu, kdo pracovní oděv nosí, na jakém pracovišti se používá, o jaký druh prádla se jedná, standard stanovil požadavky na pracovní oděv (čistý, upravený,..), povinnost nosit identifikační štítek se jménem, šaty patřičné délky, přiměřenou délku nehtů bez výrazných barev. Byl v něm vyjádřen standard o chování a komunikaci zdravotnického personálu k pacientům. Zde jsem také vyčetla nejen délku uniformy ke kolenům, možnost nošení snubního prstenu, povinnost zdravotnického personálu představovat se, nosit vizitky. Bližší a konkrétnější výčet (např. hloubka výstřihu) jsem nenalezla.

Hypotézu č. 4 jsem zcela nepotvrdila, ale výsledky od sester nejspíš úplně pravdivé nebudou. Při rozhovoru s hospitalizovanými pacienty jsem zjistila, že sestry se nepředstavují a délka šatů vždy splněna podle požadavků standardu není. Sestry tento standard nedodržují.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že laická veřejnost je ovlivněna médii, která neprezentují profesi vždy pozitivně.

Zjistila jsem, že 75 % respondentů není ovlivněna médii, 19 % ano a 6 % je to jedno. O pravdivé prezentaci role sestry je přesvědčeno 30 % respondentů, 28 % nikoli a 42 % je to jedno. Respondenti v 89 % zodpověděli, že zdravotní sestru v současnosti vnímají jako profesionálku, 6 % jako sestru chudinku, co si neustále ztěžuje, v 5% berou sestru jako lehkomyšlnou. Nečekala jsem, že veřejnost bude lhostejná k tomu, jak média prezentují sestru.

Při srovnání pohlaví uvádí 15 % žen, že jejich názor na profesi ovlivňují média, 5% žen je to jedno, 80 % má svůj názor. Muži respondenti uvádí, že jejich názor na profesi v 23 % ovlivňují média, v 70 % nikoli a 7% je to jedno.

Ženy vzorku jsou o pravdivé prezentaci profese médii přesvědčeni v 25 %, 27 % nikoli, 47 % je to jedno. Zatímco muži jsou o pravdivosti přesvědčeni v 35 %, 37 % je to jedno a 28 % ví, že média prezentují sestru nepravdivě.

Ženy z celkového vzorku veřejnosti vnímají sestru jako profesionálku v 83 %, 7 % žen vnímá sestru, která flirtuje s lékařem, v 10% je to sestra chudinka. Muži v 95% vnímají sestru jako profesionálku, ve 3 % jako chudinku a ve 2 % jako sestru lehkomyšlnou.

Hypotézu č. 5 jsem nepotvrdila.

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že veřejnost profesi sestry vnímá jako velmi náročnou s negativním postavením a nedostatečným finančním ohodnocením.

Zjistila jsem, že 51 % respondentů vzorku veřejnosti vnímá postavení sestry pozitivně, 38 % neutrálně, 11 % negativně.

Při srovnání veřejnosti podle pohlaví 45 % žen hodnotí postavení profese sestry pozitivně, 35 % neutrálně a 20 % negativně, 58 % mužů vzorku veřejnosti vnímají sestru pozitivně, 40 % neutrálně a pouze 2 % negativně. Podle nabídky odpovědí se respondentky z celkového vzorku veřejnosti v 63 % shodly, že sestra své postavení může zlepšit vlídnějším chováním, 36 % sebevzděláváním a v 1 % své postavení zlepšit nemůže. Podle žen z veřejnosti může sestra postavení zlepšit 30% sebevzděláváním, 70% vlídným chováním. Muži se domnívají, že sestra své postavenílepší v 43 % sebevzděláváním, v 55 % vlídnějším chováním, ve 2 % své postavení zlepšit nemůže.

Zjistila jsem, že s chováním sester v ambulanci jsou respondenti ze vzorku veřejnosti spokojeni v 86 %, ve 14% jsou nespokojeni. Jako důvod uváděli neprofesionální přístup, aroganci sester, necitelnost, neochotu, dále sestrám často chybí profesionální přístup a neberou zřetel na bolest, nepřístupují individuálně.

O vykonávání tohoto povolání uvažovalo 49 %, 51 % nikoli, z důvodu náročnosti profese. Výsledek u mužů a žen byl překvapivý. Ženy ve označily 40%, že by mohly toto povolání vykonávat a v 60% nikoli. Zatímco muži ve 42 % by povolání nemohli vykonávat a v 58% ano.

Veřejnost za nejnáročnější v profesi vnímá schopnost správně se umět rozhodnout a umět řešit konflikt. Jako nejméně náročné označili nepravidelnou životosprávu. Dále jsem zjistila, že 11 % z celkového počtu respondentů vzorku veřejnosti je přesvědčeno o dostatečném finančním ohodnocení sester, 51 % tento názor nesdílí, 26 % neví 12% je to jedno.

Hypotézu č. 6 jsem potvrdila, i když sestru vnímá pouze 11 % veřejnosti negativně.

Hypotéza č. 7: Předpokládám, že veřejnost může vnímat image sester negativně, a tak může být narušena dobrá spolupráce v průběhu ošetřování.

Pro 85 % respondentů je první dojem k navázání spolupráce důležitý, 13 % podle prvního dojmu sestru neposuzuje, 2 % neví a žádný respondent neoznačil, že první dojem není důležitý pro spolupráci. Se sestrou, která je viditelně potetovaná (ruce, obličej, krk), má ozdobené obočí, nos, bradu šperky, má výrazné množství náušnic v uchu, je silně nalíčena nebo má dlouhé (nalakované) nehty či neučesané neupravené vlasy, se setkala 9 % z celkového vzorku respondentů, 13 % si nevzpomíná a 78 % se s „takovou“ sestrou nesetkalo. Jeden respondent uvedl, že měl při setkání s takovou sestrou pocit příjemný, tři respondenti měli neutrální pocit a další tři pocit příjemný.

Veřejnosti by v 52 %, vadilo, kdyby je taková sestra ošetřovala, 41 % uvedlo, že by k takové sestře důvěru neměli. Existuje zde souvislost mezi tím, jak sestra vypadá a následně utvářením si důvěry k takové zdravotní sestře.

Při srovnání procentuálního zastoupení věku mužů i žen vzorku veřejnosti se domnívám, že tato sestra vadí nejen mladým respondentům, ale i respondentům v produktivním věku. Mladí respondenti nejsou tedy tolerantnější.

Do této hypotézy jsem zařadila otázku, ve které jsem zjišťovala názor veřejnosti na uniformy. Celkem 69 % respondentů vzorku veřejnosti souhlasí s jednotností uniforem, 30 % nikoli a 1 % má konkrétní návrh, který spočíval v jednotné barevnosti uniforem sester pracujících na oddělení. Při srovnání pohlaví veřejnosti ženy s jednotností uniformy souhlasí v 80 %, muži v 58 %. Pouze 31 % respondentů vzorku pro veřejnosti se domnívá, že zdravotnické pracovníky rozpozná podle uniformy, 54 % je spíše nerozpozná a 15 % ví, že je určitě nedokáže rozpoznat. Příliš krátké šaty, které odhalují spodní prádlo 66 % respondentů vzorku veřejnosti nevdí v 66 %, 15 % pocituje zahanbení či stud, 4 % pocitují odpor a 15 % se vyjádřilo, že je to vyzývavé a nehodící se do profese. Ženy respondenty byly mnohem kritičtější, 28 % žen má pocit zahanbení či studu, 7 % odpor, 45 % to nevdí, 20 % jiné. Zatímco mužům tak krátké šaty nevdí v 88 %, pouze ve 2 % mají pocit studu, 0 % odporu, 10 % jiné. Jedna z odpovědí zněla: „Ba naopak, čím kratší, tím lepší“.

Hypotézu č. 7 jsem částečně potvrdila.

4. Diskuze

Pro výzkum jsem si vybrala dvě zdravotnická zařízení. Jedno mi výzkum povolilo okamžitě, druhé požadovali schválení dotazníků etickou komisí. Proto jsem z časových důvodů s tímto zařízením přestala spolupracovat. Při telefonickém rozhovoru s dalším zařízením mi byla práce odmítnuta. Kontaktovala jsem se se čtvrtým zařízením, kde mi spolupráci slíbili. Zůstaly mi tak dvě nemocnice, a to v Třebíči a Novém Městě na Moravě.

Musím konstatovat, že jsem očekávala problémy při rozdávání dotazníků, ale nečekala jsem, že se to bude týkat právě sester. Měla jsem větší obavy veřejnosti, která by mohla mít strach vyjádřit se do dotazníků, z obavy, že si sestra v ambulanci dotazníky přečte. Situaci jsem proto předešla obálkami, které pacienti s dotazníkem zalepili a vrátili sestře v ambulanci.

Když jsem dotazníky třídila, z některých odpovědí jsem byla víc než zaskočena. Tyto dotazníky jsem ke svému výzkumu nepoužila, protože sestry si v nich dělaly legraci z image. Vysvětluji si to tím, že sestry mohly být znechuceny vyplňováním dotazníků nebo určitá část sester svojí imagí devalvovala profesi zdravotní sestry. Podle mě to svědčí o nezralosti sestry v této profesi. Mohlo se také jednat o sestru, která je psychicky i fyzicky vyčerpaná a dochází u ní k syndromu vyhoření. Takto vyplněných dotazníků však bylo jen několik. Z dotazníku pro sestry bych položku č. 12 položila jiným způsobem. V této položce jsem zjišťovala, co pro ně znamenají pracovní podmínky a dobré klima na pracovišti. Dnes bych spíše volila lepší formulaci položky i výběry odpovědí (pracovní podmínky na vašem pracovišti považujete za: velmi příjemné, dobré, špatné, odůvodněte prosím..., velmi nepříjemné). Pro lepší vyhodnocování položky č. 16 v dotazníku pro sestry bych zvolila bodový systém. V dotazníku pro veřejnost bych upravila položku č. 17. Zjišťovala jsem, zda veřejnost souhlasí více či méně s jednotností uniforem zdravotnických pracovníků. V položce bych uvedla, co mám na mysli jednotností, zda v barvě, délce, či střihu.

Zpracování celé diplomové práce pro mě bylo velkým přínosem, obzvláště práce na výzkumné části. Zjišťovala jsem, jakým způsobem se výzkum provádí, zpracovala jsem všechny jeho části, vypracovala dotazníky, rozhovor, upravila je podle pilotní studie do konečné podoby. Dotazníky jsem setřídila a statisticky zpracovala. Práce s počítačem byla pro mě ze začátku překážkou, kterou jsem později překonala.

Celému zpracování diplomové práce jsem věnovala nesmírné množství času, proto si dovolím říci, že mám problematiku image sester a externí image oboru ošetřovatelství

prostudovanou. Také bych dokázala vysvětlit souvislost a význam budování pozitivní image sester ve vztahu k utváření externí image oboru ošetřovatelství.

IV. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Každý z nás nějak vypadá, každý chce na druhého udělat správný první dojem, který pak ovlivňuje další spolupráci. Základem pro kvalitní vztah je důvěra. To by si mnohem více měli uvědomit zdravotníci, kteří pracují s nemocnými. Téma image sester a image oboru ošetřovatelství je dnes téma velmi aktuální. Sestry by měly mít přehled o tom, co vše image vytváří, proč je důležitá, kdo ji buduje. Zvláště v současné době je budování pozitivní image sester a prestižního postavení profese ve společnosti nutností. Je nezbytné, aby každá sestra dokázala prezentovat svoji profesi, aby samy sestry hájily zájmy sester ve vládě, v profesních organizacích. Veřejnost musí vnímat ošetřovatelství jako důležitou složku zdravotnictví a sestry jako nepostradatelné členky léčebného týmu. Pokud si každá sestra uvědomí interní image, pak se může podílet na externí imagi oboru ošetřovatelství.

V závěru této diplomové práce bych se chtěla zamyslet nad tím, co z ní vyplynulo. Při vyhodnocování dotazníků určených pro sestry jsem zjistila, že sestry považují image za důležitou. Stěžejní pro vytváření pozitivní image je osobnost a vlastnosti sestry, chování sestry. Kvalitní komunikace se jeví jako nejdůležitější. Samy sestry si částečně uvědomují, že se podílejí na vytváření image, ale stále to nestačí. Svoji kolegyni by posuzovali podle celkovému dojmu a vztahu k ní, ale se současnými výstřelky módy, které by nosila sestra, převážně nesouhlasí. Pro vytváření pozitivní image sester jsou nezbytné dobré pracovní podmínky, adekvátní ohodnocení profese a možnost vzdělávání sester. Sestry si musí více uvědomit, že ony samy dávají image i oboru ošetřovatelství a vzájemně dochází k ovlivňování. Zevnějšek a chování sester patří mezi první momenty, kterých si nemocný všimá. Sestry mohou také ovlivnit další spolupráci pacienta při ošetřování.

Veřejnost není tak silně ovlivněna médii, která prezentují zdravotní sestru často v negativním světle. Skutečnou sestru vnímají jako profesionálku. Veřejnosti by vadilo, kdyby byla ošetřena sestrou s dredy, tetováním, piercingem,.... Důvěra by se k takové sestře vytvořila později, podle toho, jak by sestra kvalitně pracovala. Sestry by podle odpovědí veřejnosti měly zlepšit své chování, veřejnost si podle svých vyjádření či odpovědí profese váží.

Před vstupem žáků a studentů na praxi v nemocnicích bych v rámci výuky na SZŠ a VZŠ doporučila alespoň ve dvou vyučovacích hodinách přiblížit studentům image sestry a image oboru ošetřovatelství, přestože vím, že studenti jsou nejen s pokyny na úpravu zevnějšku v době praktického vyučování seznámeni. Mnohem efektivnější by

bylo, kdyby se nad vším mohli zamyslet v předmětu psychologie v kapitole profesní chování sester. Měli by se nad tím zamyslet i z pozice nemocného, aby sami přišli na úskalí interní image sester. Absolventi většinou neví, jakou image sestry vytváří. Měli by být seznámeni s literaturou, která se týká této problematiky a která je nejen spojená s imagí sester ale i s profesionálním chováním a s psychickými předpoklady a vlastnostmi sestry. Studenti při vstupu do praxe na prvním setkání se sestrou, která rozhodně nebude zrovna reprezentovat profesi nejsou úplně připraveni, ale více informací pro ně bude přínosem a prevencí proti „takové“ imagí sester.

Zdravotním sestrám bych doporučila, aby více navštěvovaly semináře o problematice image sester i image oboru ošetrovatelství. Zde by mohly být zodpovězeny nejasné otázky, diskutovaly by o samotné problematice. Také by jim mohlo být nabídnuto několik příkladů sester z USA, které neustále pracují na budování pozitivní image sester a dosahují výborných výsledků. Dále bych doporučila větší kontrolu profesních organizací nad médii. Organizace by mohly více reagovat na články, pořady, filmy o sestřích, které nějakým způsobem zlehčují roli sester či ošetrovatelství. Mohly by více prezentovat, hájit názory a práva sester, podporovat image sester, a to pomocí zastoupení sester ve vládě. Lepší rozpoznatelnost zdravotnických pracovníků podle uniforem by se dala vyřešit ve zdravotnických zařízeních informacemi v nemocničním či domácím řádu každého oddělení. Informace by se týkaly popisu oděvu (hlavně barevnosti), podle které by pacienti odlišily sestru od pomocnice nebo uklízečky. Rozdělení sester podle funkce by bylo také možné, podle barevnosti a počtu proužků na uniformě. Ty by vyjadřovaly, v jaké funkci sestra je. Pro doplnění názornosti by byly vhodné fotografie uniforem s popiskami na nástěnce každého oddělení. Situaci by sestry více zpřehlednily, kdyby se nemocným představovaly. Navázat důvěryhodný vztah s nemocnými by se sestrám podařilo dříve. V neposlední řadě by každá sestra měla mít zdravé sebevědomí. Toho může docílit neustálým sebevzděláváním. Pak by byla v ošetrovatelském týmu partnerkou lékaře. Dále je vhodné, aby sestry ve své profesi hledaly pozitivní prvky a nestěžovaly si na obtížnost práce a špatné finanční ohodnocení.

Jedna zdravotní sestra při vyplňování dotazníku odpověděla, že pokud nemá po dvanácti hodinové službě vlasy zrovna učesané nebo že je zpocená, bude muset přestat pracovat, aby měla hezkou image. Bohužel, tato sestra vůbec nepochopila image sestry. Má pravdu v tom, že do image patří zevnějšek, ale to je jen dílčí část celé problematiky. Věřím, že takových sester je málo a ostatní sestry usilují o celkovou image, která se pozitivně promítá do oboru ošetrovatelství.

V. SEZNAM LITERATURY

1. BABINCOVÁ, R. *Společenská prestiž profese zdravotní sestry*. Diplomová práce Filozofické fakulty UK, Praha : 1996.
2. BÁRTOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2003.181 s. ISBN 80-7013-391-0.
3. BRÁZDOVÁ, D. *Zásady společenského chování*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství ROAD Praha, 1991.101 s. ISBN 80-85-385-09-0.
4. CROOK, M. *V zajetí image těla. Jak chápat a odmítat mýty o vzhledu těla*. 1. vyd. Ostrava: Olda-Ostrava, 1995.136 s. ISBN 80-85594-02-8.
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*: 2.vyd. IDVPZ: Brno, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
6. DEJMKOVÁ, J. a kolektiv autorů rady pro rozvoj ošetrovatelství. *České ošetrovatelství 2: Zjišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry.1.vyd. Brno: IDVPZ, 1998.47 s. ISBN 80-7013-270-1.
7. DRAŠAR, J. *Oblékání zdravotníků. Módní trendy oblékání zdravotníků*. Příloha časopisu Sestra, 2002, roč. XII, č. 6, s. 4 – 9. ISSN 1210-0404.
8. EISLEROVÁ, I. *Image sestry*. Nепublikovaná přednáška, Praha 2001.
9. FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. 260 s. ISBN 80-246-0173-7.
10. FRIEDLOVÁ, K. ANASTISSIADOU, H. *Pojetí ošetrovatelství u nás a v zahraničí*. Sborník příspěvků 2. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Olomouc: Nakladatelství Galén, 2000, s. 27-29. ISBN 80-8627-21-5.
11. FROMOWITZ, M. *Dáma s lampou...a s kočkami*. Sestra, 2003, roč. XIII, č. 12, s. 20. ISSN 1210-0404.
12. GROGAN, S. *Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-907-7.
13. GULÁŠOVÁ, I. *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry* Sestra, 2004, roč. XII, č. 6, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice*. Ediční rada – Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. IDVPZ: Brno, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
15. HONZÁK, R. *Umění správné komunikace*. Sestra pacient. Sestra, 2001, roč. XI, č. 1, s. 49. ISSN 1210-0404.

16. HORÁKOVÁ, E. Využití sester bakalářek-absolventek 1. LF UK v Praze. Diplomová práce 1. LF UK, Praha: 2005.
17. HRACHOVINOVÁ, T. CHUDOBOVÁ, P. *Body image a možnosti jeho měření*. Československá psychologie, 2004, roč. XLVIII, č. 6, s. 499 – 509. ISSN 0009-062X.
18. JANOUŠKOVÁ, H., MELLANOVÁ, A. *Prestiž profese sestry ve zdravotnictví*. Sestra, 2005, roč. XV, č. 11, s. 22 – 23. ISSN 1210 – 0404.
19. JEDLIČKA, R. A KOLEKTIV. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Tiskárny MV, p. o., 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.
20. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství*. 1. vyd. IDVPZ: Brno, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
21. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 4. vyd. Praha: Vydalo Sociologické nakladatelství (Slon), 2002. 204 s. ISBN 80-85850-25-7.
22. KOLEKTIV HLAVNÍCH SESTER. *Profesní oděvy pro sestry*. Minianketa. Sestra, 2001, roč. XI, č. 9, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
23. Koncepce ošetřovatelství. Citace 26.10.2005.21.20. Dostupné na:
<http://www.mzcr.cz/data/c1254/lib/Koncepce-osetrovatel.rtf>
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
25. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing., a. s., 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
26. LEMON 3: *Učební texty pro ošetřovatelství SZO/EURO* (editor M. Staňková). 1. 1. vyd. IDVPZ: Brno, 1997. 155 s. ISBN 80-7013-244-2.
27. LUKÁŠOVÁ, R., URBÁNEK. *Image firmy: současné přístupy*. Zprávy – Psychologický ústav AVČR, 2000, roč. VI, č. 3, s. 1-12. ISSN 1211-8818.
28. MARGARET, F. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. NCONZO: Brno, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
29. MAŘÍKOVÁ, H. A KOLEKTIV. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.
30. MASTILIAKOVÁ, D. *Regulované profese ve zdravotnictví*. Sborník příspěvků 2. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí. Olomouc: Nakladatelství Galén, 2000, s. 85. ISBN 80-86257-21-5.
31. MÁTLOVÁ, J. *Syndrom vyhoření*. Nepublikovaná přednáška, Jihlava 2003.

32. MATĚJKA, J. Co je image. Haló noviny, 1998, roč. VIII, č. 130, s. 1, 5. ISSN 1210-1494.
33. MELLANOVÁ, A. *Psychologie v ošetrovatelství*. I. část. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 150 s.
34. Ochrana pracovních prostředků. Citace 26.10.2005. 21.40.
Dostupné na: <http://www.guard.7cz/legislativa/495-01.htm>
35. PACOVSKÝ, V. *O klinické medicíně*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1989. 100 s.
36. PACOVSKÝ, V. *Ošetrovatelská diagnostika: Teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. 65 s. ISBN 80-7066-871-7.
37. PAVLICOVÁ, J. *Jakou prestiž má česká sestra?*. Sestra, 2000, roč. X, č. 5, s. 5. ISSN 1210-0404.
38. PEASE, A. *Řeč těla. Jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*: 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-582-2.
39. Registrace sester. Citace 7.8.2005.10.15.
Dostupné na: <http://www.nconzo.cz/registr/proc.html>
40. Profesní image sestry a strategie pro jeho změnu. Citace 19.7.2005.15.00. Dostupné na: <http://www.intermed.cz/index>
41. ROZSYPALOVÁ, M., HALADOVÁ, E. *O sestrách pro sestry*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 128 s.
42. SAMPSONOVÁ, E. *Jak si vytvořit působivý image*. 1. vyd. Praha: Management Press, 1996. 126 s. ISBN 80-85943-08-5.
43. SPILLANEOVÁ, M. *Image ženy. Poradce úspěšné ženy*. 2. vyd. Praha: Ikar, 1997. 158 s. ISBN 80-7202-202-4.
44. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 7. Galerie historických osobností*. Ediční rada – Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. IDVPZ: Brno, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
45. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra-reprezentant profese*. Ediční rada – Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. IDVPZ: Brno, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-329-5.
46. STAŇKOVÁ, M. A KOLEKTIV. *České ošetrovatelství 13. Sestra a pacient (komunikace v praxi). Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. Ediční rada – Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. NCONZO: Brno, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.

47. STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant ošetrovateľskej profese*. Sestra, 2000, roč. X, č. 1, s 8. ISSN 1210-0404.
48. STAŇKOVÁ, M. *Tři vrcholy ošetrovateľství*. Sestra, 1992, roč. II, č. 2., s. 4-5. ISSN 1210-0404.
49. STAŇKOVÁ, M. *Vztah mezi ošetrovateľstvom a sesternou profesí*. Zpravodaj ČAS 1998, 8, s. 4-8.
50. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Vydavateľství Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
51. STAŇKOVÁ, M. *Z historie charitatívnej a řádové ošetrovateľské péče*. Mimořádná příloha časopisu Sestra, 2003, roč. XIII, č. 6, s. 3-18. ISSN 1210-0404.
52. STRNADOVÁ, J. *Etika – nedílná součást ošetrovateľství*. Sborník příspěvků 2. konference v ošetrovateľství s mezinárodní účastí. Olomouc: Nakladateľství Galén, 2000, s. 116-118. ISBN 80-86257-21-5.
53. ŠIMEK, J. *Image sestry. Sociálně psychologické aspekty sesterné profese*. Sborník příspěvků 2. konference v ošetrovateľství s mezinárodní účastí. Olomouc: Nakladateľství Galén, 2000, s. 119-121. ISBN 80-86257-21-5.
54. ŠKOCHOVÁ, D. *Časopis moderního ošetrovateľství Florence*. Florence, 2005, roč. I, č. 1, s. 15. ISSN 1801-464X.
55. ŠKRLOVÁ, M. *Profesionální image sestern*. Časopis společnosti instrumentárek, 2000, č. 3, s. 12-14. ISSN 1213-1350.
56. ŠKRLOVI, P., M. *Kreativní management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
57. ŠTEFANOVIČ, J., GRESINGER, J. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 256 s.

Další prameny:

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

VI. PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: VÝVOJOVÝ ŘADA UNIFOREM ČESKÝCH SESTER 20.STOLETÍ

Příloha č. 2: DESATERO DŮVĚRYHODNÉ SESTRY

Příloha č. 3: PRÁVA NEMOCNÝCH

Příloha č. 4: ETICKÝ KODEX SESTER

Příloha č. 5: DESATERO PÉČE O ZDRAVÍ SESTRY

Příloha č. 6: DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

Příloha č. 7: DOTAZNÍK PRO VEŘEJNOST

Příloha č. 8: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR PRO HOSPITALIZOVANÉ
PACIENTY

Příloha č. 9: TABULKOVÝ PŘEHLED HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Příloha č. 1: VÝVOJOVÁ ŘADA UNIFOREM ČESKÝCH SESTER VE 20. STOLETÍ (7, str. 14)

Zleva: ● První slavnostní uniforma z let 1918 až 1922. Čepec se závojem, tmavomodré dlouhé šaty, krátká pláštěnka.

● 20. léta. Oblečení pro návštěvní službu v rodinách – šedé šaty, tmavomodrý čepec, dlouhá tmavá pláštěnka.

● Pracovní oblečení sestry ČSČK – 30. léta

● Nemocniční sestra během II. světové války, skládaný čepec, šedomodré šaty.

● Slavnostní tmavomodré šaty s bílým límečkem, do 50. let 20.stol.

● A to už známe „těčko“ čepec.



Příloha č. 2: DESATERO DŮVĚRYHODNÉ SESTRY (45, str. 21-22)

1. Nebud' **anonymní**.
2. Při prvním setkání s nemocným se **představ** plným jménem. Nos trvale jmenovku.
3. Dohodni se s nemocným předem, jak se budete oslovovat. Nezapomeň, že každý člověk má **své příjmení** – nikdo není bezejmenný, ale není pro tebe děda, babička či Frantík či Andulka(s výjimkou dětí), a to bez ohledu na věk, nemoc či postižení. Teprve vzájemná dohoda vám umožní jiné oslovení! Oslovuj nemocné často, čekají na projev tvého zájmu.
4. Dospělému člověku vždy **vykej**. Ani ty si nenechej tykat.
5. Chovej se **kultivovaně**. Nepokřikuj, nebud' vulgární. Pacient i veřejnost tě slyší, i když si to neuvědomuješ.
6. Podporuj komplianci, bud' **kolegiální**. Nepomlouvej, ani neverbálně nedevalvuj své spolupracovníky.
7. Nezapomínej, že důvěryhodnost podporují i tvoje neverbální projevy. Využívej pozitivně všech forem neverbální komunikace. Nezapomeň, že sděluješ mnoho:
 - **fyzickým postojem** – nestojím často nad nemocným či spolupracovníci s rukama v bok, rozkročeně apod.
 - **gestikulací** – nehrozím často či nevyhrožuji
 - **proxemikou** – na jakou vzdálenost komunikuji
 - **haptikou** – pokládám laskavě ruku na pacienta? Podtrhuji svůj pokyn dotekem
 - **mimikou** – mám ve tváři výraz vstřícnosti a porozumění?"
 - **mluv** co nejčastěji **očima**. Nikdo nemůže chtít, abys měla stále na tváři úsměv. Ale tvoje oči mohou být pozorné, laskavé a vstřícné vždycky.
8. Pamatuj, že důležitou **vizitkou** důvěryhodnosti zdravotníka jsou jeho ruce. Ošetřeným, přiměřeně dlouhým a čistým nehtům nevadí jemná barva laku. Tmavé dlouhé nehty, ale i zanedbané ruce důvěru nebudí.

9. Ve službě buď vždy **čistá a upravená**. Přiměřená délka sukně mírně nad kolena působí seriózně. Nedoplňuj služební oděv obnošenými věcmi (svetry, tričky, pantoflemi). Neklapou zbytečně tvoje boty? Jen lehké naličení tě zkrášlí a vyvolá posít důvěry. Přiměřenost patří i k nošení šperků. Malé náušnice zpravidla nevadí, kroužky v uchu a nose vadí, stejně jako několik řetízků na krku a velké prsteny.
10. Před nástupem do služby se podívej do zrcadla a polož si otázku: vypadám a chovám se tak, že bych jako pacientka **měla k takové sestře důvěru**?

Příloha č. 3: PRÁVA NEMOCNÝCH (6, str. 44 – 46)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení tohoto způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má právo s nimi seznámen. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření i léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacienta žádostem o poskytování péče

v míře odpovídající povaze onemocnění. Je – li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam může být převezen. Musí mu však být poskytnuto úplné zdůvodnění, informace o nezbytnosti tohoto předání a informace o ostatních alternativách, které existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí přeložení nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo předem vědět, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v další péči.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení, když se lékař rozhodl ne pro nestandardní postup či experiment. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to, i bez uvedení důvodu, z experimentu ustoupit, když byl seznámen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný má právo v závěru života na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo i povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha č. 4: ETICKÝ KODEX SESTER (6, str. 41 – 43)

Sestra a spoluobčan

Sestra nese odpovědnost za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče respektuje náboženské přesvědčení člověka, jeho životní hodnoty a zvyky a snaží se mu zajistit takové podmínky, které by mohly vyhovovat jeho individuálním potřebám.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace a pečlivě hodnotí, komu může tyto informace předat.

Sestra a ošetrovatelská praxe

Sestra nese plnou zodpovědnost za ošetrovatelské činnosti, které v praxi provádí, a za rozvíjení svých odborných znalostí cestou neustálého kontinuálního vzdělávání.

Sestra se snaží dodržovat co nejvyšší úroveň standardní péče v jakékoli situaci.

Je-li sestra pověřena určitým úkolem, bere na sebe zodpovědnost za jeho provedení jen v případě, že je k tomu kvalifikována. Pokud určitou činnost předává jinému pracovníkovi, bere v úvahu, zda je pro ni kvalifikován.

Svým jednáním přispívá sestra vždy k dobré pověsti ošetrovatelského povolání.

Sestra a společnost

Sestra podobně jako ostatní občané iniciuje a účastní se všech společenských aktivit, které se týkají zlepšení zdravotního a sociálního zabezpečení obyvatelstva.

Sestra a spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi zdravotnickými pracovníky, členy zdravotnického i ošetrovatelského týmu, i s pracovníky dalších oborů.

Pokud by byla jednáním některého spoluzaměstnance ohrožena péče o nemocného, je sestra povinna účinně zasáhnout.

Sestra a povolání

Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň zdravotní a ošetrovatelské péče a získat co nejvyšší stupeň odborného vzdělání v oblasti, ve které pracuje.

Sestra se aktivně účastní při definování odborného obsahu ošetrovatelské péče.

Prostřednictvím odborné nebo odborové organizace sleduje sestra pracovní poměry a dodržování podmínek pro stanovení přiměřeného platu pro ošetrovatelské pracovníky.

Příloha č. 5: DESATERO PÉČE O ZDRAVÍ SESTRY (45, str. 75)

1. Žij zdravě – dobře víš, jak – pokus se ve svém životě dodržovat všechna pravidla skutečně zdravého způsobu života.
2. Pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami: radostí z blízkých, kulturou, sportovní aktivitou, setkáváním s přáteli, veřejnou a dobrovolnou činností.
3. Vytvoř si i při směnném provozu jistou pravidelnost a systematičnost životního rytmu.
4. Nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání.
5. V zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy. Nevytvářej zbytečně aerosoly nešetrou manipulací s potřísněnými pomůckami.
6. Občas se cíleně zamysli na svými pocity , projevy, vystupováním, chováním, nad svojí image.
7. Občas se cíleně ptej svého okolí – spolupracovníků, přátel, pacientů atd., zda se nechováš jinak - lhostejně, podrážděně, odcizeně, hrubě.
8. Pečuj o své zdraví, objeví – li se potíže, nesnaž se je léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem (nikoli jen konzultující spolupracovnicí).
9. V případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak by sis přála, aby ho dodržovali tví pacienti.
10. Zvaž, co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné:

.....

Příloha č. 6: DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

Milé kolegyně, kolegové,

ve svých odděleních se setkáváte s různými kolegyněmi-sestrami. Každá z nás je jiná, odlišně se chováme, dbáme o svůj vzhled, ve svém vzhledu uplatňujeme každá něco více či méně důležitého. V současné době se mluví o profesní image sester. Každá(ý) z nás má svoji image, měli bychom mít zájem, abychom společně usilovali nejen o pozitivní image sester, ale i oboru ošetrovatelství.

Jsem studentkou 1. LF UK, 5. ročníku oboru Učitelství zdravotnických předmětů pro zdravotnické školy. Podmínkou ukončení mého studia je zpracování diplomové práce. Vybrala jsem si téma: Profesní image sester z pohledu sester a veřejnosti.

Mým cílem je zjistit postoje zdravotních sester ke své profesi, jakou image Vy sami vytváříte.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a pomůže mi získat potřebné informace.

Při vyplňování dotazníku Vás prosím, abyste u dotazů, kde jsou uvedeny možnosti, zakroužkovali tu, popřípadě ty, které odpovídají Vašemu současnému stavu. Nejsou - li vyjádřeny možnosti, vyjádřete se prosím stručně a čitelně vlastními slovy.

Předem Vám děkuji za Váš čas, který vyplnění tohoto dotazníku věnujete. Možná jednou i Vy samy budete pracovat na výzkumu.

Děkuji Vám.

Bc. Tereza Stupavská

1. Jste

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je vám let?

- a) 19 – 29
- b) 30 – 40
- c) 41 – 51
- d) 52 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠ, VZŠ
- c) VŠ
- d) jiné a to.....

4. Na jakém typu oddělení pracujete?

- a) standardní oddělení interního typu
- b) oddělení intenzivní péče interního typu
- c) standardní oddělení chirurgického typu
- d) oddělení intenzivní péče chirurgického typu

5. Jaká je vaše celková délka praxe ve zdravotnictví?

- a) do 1 roku
- b) do 5 let
- c) do 10 let
- d) více než 10 let

6. Považujete image sestry za důležitou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) záleží na typu oddělení
- d) záleží na funkci sestry
- e) ne, nepovažuji

7. Označte prosím, co je podle vašeho názoru stěžejní pro pozitivní image sester?

Označte čísla od 1 – do 5 podle důležitosti.

1 = nejdůležitější, 5 = nejméně důležité

- a) chování a jednání sestry nejen na pracovišti
- b) vzhled (vlasy, líčení, tetování, ozdoby na obočí,...)
- c) plnění společenských zásad při oblékání (hluboký výstřih, příliš krátká uniforma)
- d) jak se o profesi vyjadřuje veřejnost
- e) osobnost a vlastnosti sestry

8. Kdo by podle vás měl (a,y) budovat profesní image sestry?

- a) školství, školy připravující studenty k profesionálnímu povolání zdravotní sestry
- b) každá zdravotní sestra
- c) pouze nadřízený pracovník(staniční,vrchní,hlavní sestra)
- d) média(televize, tisk)
- e) profesní sesterské organizace
- f) odbor ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví
- g) nikdo

9. Myslíte si, že rozvoj oboru ošetřovatelství ovlivnil image sestry?

- a) ano, zcela
- b) domnívám se, že ne
- c) ne

10. Jak na vás působí kolegyně (sestra), která je potetovaná, má ozdobený nos, obočí, rty šperky a má neučesané mastné vlasy, dlouhé a výrazně nalakované nehty?

- a) bojím se jí, nechtěla bych, aby mě ošetřovala
- b) nevěřím jí
- c) záleží na celkovém dojmu, na vzájemném vztahu mezi sestrami
- d) je mi to jedno

11. Jak by podle vás v dnešní době měla sestra vypadat?

.....

.....

.....

.....

12. Pracovní podmínky a dobré klima na pracovišti považujete za:

- a) důležité pro tak náročnou práci jako je profese zdravotní sestry
- b) nutnost, kdy se člověk se musí přizpůsobit, pokud chce na svém pracovišti vydržet
- c) zcela nepodstatné, je jedno jaké podmínky na pracovišti jsou

13. Má vaše zdravotnické zařízení vytvořený standard pracovního oblečení? (délka šatů, sukně, hloubka výstřihu, jednotná uniforma,...)

- a) ano
- b) ne
- c) neznám jej

14. Dodržujete standard pracovního oblečení na pracovišti?

- a) ano
- b) ano, ale volím svůj pohodlný oděv-jaký.....
- c) je mi to jedno
- d) ne

15. Domníváte se, že současné vzdělávání sester ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) domnívám se, že ano
- c) ne

16. Označte prosím, ve kterých vzdělávacích aktivitách se nejvíce realizujete?

- a) čtením české odborné literatury
- b) pasivní účastí na seminářích
- c) aktivní účastí na seminářích, konferencích
- d) psaním odborných článků
- e) dalším vzděláváním na vysoké škole

Příloha č. 7: DOTAZNÍK PRO VEŘEJNOST

Milí pacienti, klienti,

ve zdravotnických zařízeních (ambulancích) se setkáváte se sestrami, které mohou mít různý vzhled, mají rozdílné chování, vyjadřování, každá je jinak nalíčená, zdobení se šperky v obočí, nose, uších, má potetovaná místa na viditelných částech těla. V současné době je dána také volnost ve způsobu oblékání našich sester (různé druhy a barvy uniforem, délky uniforem, délky šatů a sukní). Měli bychom se zajímat o to, co by se dalo zlepšit při společném setkání Vás a zdravotních sester.

Jsem studentkou 1. LF UK, 5. ročníku oboru Učitelství zdravotnických předmětů pro zdravotnické školy. Podmínkou ukončení mého studia je zpracování diplomové práce. Vybrala jsem si téma: Profesionální image sester z pohledu sester a veřejnosti.

Mým cílem je zjistit názor veřejnosti na profesi sestry, vztah veřejnosti k sestrami se zaměřením na image sester.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a pomůže mi získat potřebné informace.

Při vyplňování dotazníku Vás prosím, abyste u dotazů, kde jsou uvedeny možnosti, zakroužkovali tu, popřípadě ty, které odpovídají Vašemu současnému stavu. Nejsou - li vyjádřeny možnosti, vyjádřete se prosím stručně a čitelně vlastními slovy.

Předem Vám děkuji za Váš čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Vyplněný dotazník vložte do obálky. Zalepenou obálku odevzdejte sestře při vstupu do ambulance.

Děkuji Vám.

Bc. Tereza Stupavská

1. Jste

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je vám let ?

- a) 19 - 30
- b) 31 - 44
- c) 45 – 55
- d) 56 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen(a) v oboru
- c) střední
- d) střední odborné
- e) vyšší
- f) vysokoškolské

4. Je podle vás důležité, jak sestry v dnešní společnosti vypadají, jak se chovají na veřejnosti, jak na ně nazírají druzí lidé?

- a) ano
- b) částečně ano
- c) ne
- d) nevím

5. Postavení zdravotních sester v současnosti hodnotíte:

- a) pozitivně, kladně hodnoceno
- b) neutrálně, stále stejně, bez zlepšení či zhoršení
- c) negativně, záporně hodnoceno

6. Jak může podle vás zdravotní sestra zlepšit postavení ve své profesi?

- a) sebevzděláváním se
- b) vlídným chováním a jednáním
- c) domnívám se, že sestra své postavení zlepšit nemůže
- d) jiné.....

7. Ovlivňují média (televize, rozhlas, seriály) váš názor na profesi zdravotní sestry?

- a) ano
- b) ne
- c) je mi to jedno

8. Myslíte si, že média prezentují zdravotní sestru pravdivě?

- a) ano
- b) ne, v čem.....
- c) nevím
- d) je mi to jedno

9. Jak v dnešní době vnímáte zdravotní sestru vy?

- a) sestru lehkomyšlnou, co flirtuje s lékařem
- b) sestru jako profesionálku, sestru, která je vzdělaná nejen ve svém oboru, ale umí se chovat ke svým nemocným
- c) sestru chudinku, udřenou, věčně nespokojenou
- d) je mi to jedno

10. Je pro vás k navázání dobré vzájemné spolupráce důležitý první kontakt (dojem) vzájemné spolupráce?

- a) ano
- b) podle prvního dojmu neposuzuji
- c) nevím
- d) ne

11. Setkal(a) jste se někdy se setrou, která byla viditelně potetovaná (ruce, obličej, krk), měla šperky ozdobené obočí, nos, bradu, měla výrazné množství náušnic v uchu, byla silně nalíčena a měla dlouhé nalakované nehty, neučesané, neupravené vlasy?

- a) ano
- b) nevzpomínám si
- c) ne

12. Jaký jste měl(a) pocit při tomto setkání s takovou zdravotní sestrou?

- a) příjemný, v čem.....
- b) nepříjemný, v čem.....
.....
- c) neutrální.....

13. Vadilo by vám, kdyby vás ošetřovala sestra s viditelným tetováním na krku, obličej, rukou., měla nos, obočí, rty bradu, uši zdobené náušnicemi či jinými šperky a měla neupravené neučesané vlasy?

- a) ano, v čem
- b) na vzhledu nezáleží
- c) ne

14. Měl(a) byste k takové zdravotní sestře stále důvěru?

- a) ano
- b) ne, z důvodu.....
- c) nevím

15. Jste spokojen(a) s chováním a jednáním zdravotních sester v ambulancích?

Pokud ne, vysvětlete prosím.

- a) ano
- b) ne.....

16. Domníváte se, že by uniforma zdravotních sester měla být jednotná (stejná)?

- a) ano
- b) ne
- c) máte nějaký konkrétní návrh.....

17. Dokážete rozpoznat ve zdravotnických zařízeních zdravotnické pracovníky podle jejich ošacení? (Př. poznáte zdravotní sestru od pomocnice,...)

- a) ano
- b) domnívám se, že ano
- c) domnívám se, že ne
- d) ne

18. Jaký pocit ve vás vyvolá zdravotní sestra, která nosí příliš krátké šaty, že odhalují spodní prádlo?

- a) zahanbení či stud
- b) odpor
- c) nevadí mi to
- d) jiné a to.....

19. Napadlo by vás, že vy nebo vaše dítě by chtělo studovat na střední zdravotnické škole?

- a) ano
- b) ne, protože.....

20. Označte prosím, v čem je podle vás profese zdravotní sestry náročná?

Označte čísla od 1 do 5 podle důležitosti

1 = nejdůležitější, 5 = nejméně důležité.

- a) ve zvládnutí teoretických poznatků, kterých stále přibývá
- b) v přizpůsobování se přizpůsobování aktuálním změnám zdravotního stavu pacienta
- c) v praktických zkušenostech
- d) v nepravidelné životosprávě a režimu dne
- e) ve schopnosti umět se správně rozhodnout, umět řešit konflikt, umět komunikovat s pacienty

21. Je podle vás povolání zdravotní sestry dostatečně finančně ohodnoceno?

- a) ano
- b) ne, protože
- c) nevím
- d) je mi to jedno

22. Je některá vaše osobní zkušenost v souvislosti se sesterskou profesí natolik silná, že byste se chtěl(a) o ni podělit? (ať již pozitivní či negativní zkušenost)

.....
.....

Příloha č. 8: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR PRO HOSPITALIZOVANÉ PACIENTY

- 1. Jste jako pacient s jednáním a chováním sester spokojen? Jakou máte zkušenost?**
- 2. Podle čeho rozlišujete sestry dobré a špatné? Musí mít nějaké výjimečné (profesionální) vlastnosti?**
- 3. Jak by podle vás měla vypadat zdravotní sestra, která vzbudí důvěru?**
- 4. Jak média prezentují zdravotní sestru v seriálech, pořadech? Ovlivňují Vás tyto pořady?**
- 5. Jaký je váš názor na různorodost uniforem zdravotnických pracovníků? (př. sesterských šatů, včetně jejich délky a barvy).**
- 6. Existují podle Vás věci, které jsou v profesi zdravotní sestry nepřístupné? Prosím uveďte je, př. co sestra nesmí dělat.**
- 7. Chtěl(a) byste toto povolání vykonávat? Pokud ne, proč.
Vážíte si profese zdravotní sestry? Pokud ano, čeho si nejvíce ceníte?**

Příloha č. 9 : TABULKOVÝ PŘEHLED HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Tab. č. 1: Dotazování z obou okresních nemocnic na interní JIP

	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Nové Město na Moravě	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Třebíč
žena	2	2. – 3. den	2	3. – 4. den
muž	3	3. – 4. den	3	3. – 4. den

Tab. č. 2: Dotazování z obou okresních nemocnic na chirurgické JIP

	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Nové Město na Moravě	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Třebíč
žena	2	1. – 2. den	2	1. – 2. den
muž	2	2. – 6. den	2	1. – 2. den

Tab. č. 3: Dotazování z obou okresních nemocnic na chirurgických odděleních

	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Nové Město na Moravě	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Třebíč
žena	10	1. – 14. den	10	2. – -8. den
muž	10	3. – 9. den	10	2. – 8. den

Tab. č. 4: Dotazování z obou okresních nemocnic na interních odděleních

	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Nové Město na Moravě	počet	kolikátý den hospitalizace v nemocnici Třebíč
žena	8	2. – 9. den	10	2. – 11. den
muž	8	2. – 5. den	10	2. – 10. den