

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra psychologie
obor sociální psychologie

Disertační práce

Mgr. Jana Woleská

**Sociální dovednosti všeobecných sester pracujících
na specializovaných odděleních**

The Social Skills of Nurses Who Work in Specialized Departments

Vedoucí práce: prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.

2018

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9.2.2018

Mgr. Jana Woleská

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří mé školitelce prof. PhDr. Lence Šulové, CSc., za vedení mé práce a za její podnětné rady a připomínky, které jsem využívala v průběhu celého svého doktorského studia.

Dále děkuji za podporu a povzbuzení prof. Ronaldu E. Riggiovi, Ph.D., z Kravis Leadership Institute, Claremont McKenna College, jehož cenné rady a připomínky jsem využívala zejména pak v druhé části svého doktorského studia (jeho odborné vyjádření viz příloha číslo 12).

Dále děkuji PhDr. Simoně Horákové Hoskovcové, Ph.D., za cenné rady a připomínky, které jsem využila v druhé části svého doktorského studia.

Taktéž bych ráda věnovala vzpomínku a poděkování za odborné rady a připomínky již zesnulému prof. PhDr. Jaromíru Janouškovi, DrSc.

Dále děkuji JUDr. Janu Vondráčkovi za cenné rady a připomínky v oblasti zdravotnické legislativy.

Mé poděkování patří i RNDr. Petru Boschekovi, CSc., za cenné rady a doporučení týkající se zpracování a vyhodnocení dat v empirické části disertační práce.

V neposlední řadě patří mé poděkování za možnost realizace výzkumné části mé disertační práce Mgr. Janě Novákové, MBA, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v pražské Fakultní nemocnici v Motole, a Mgr. Taťaně Maňasové, vrchní sestře Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol. Dále pak patří mé poděkování za realizaci výzkumné části mé disertační práce Mgr. Marii Fryaufové, ředitelce pro ošetrovatelskou péči Krajské nemocnice Liberec, a. s.

Mé velké poděkování patří i veškerému zdravotnickému personálu, který se do výzkumu souvisejícího s disertační prací zapojil, a to v obou výše uvedených nemocnicích a Panochově nemocnici v Turnově, která je součástí Krajské nemocnice Liberec, a. s.

Ráda bych též poděkovala Mgr. Kláře Dvořákové z Ústavu pro jazyk český Akademie věd ČR za cenné rady a připomínky.

Dále mé poděkování patří Mgr. Markétě Kytnerové, specialiste na citování, za cenné rady a připomínky.

Dále pak bych ráda poděkovala svému synovci Bc. Tomáši Mikovi za technickou podporu a svému synu MUDr. Jakubu Woleskému za podporu lidskou.

ABSTRAKT

Hlavní záměr výzkumné studie je zjištění sociálních dovedností všeobecných sester pracujících na specializovaných odděleních – anesteziologie, resuscitace a na dalších odděleních intenzivní péče.

Teoretická část se zabývá otázkou profesní přípravy a vzdělávání všeobecných sester v České republice. Kdo jsou všeobecné sestry a jak se připravují na svoji profesi? Jaké jsou odlišnosti v sesterské profesi? Dále se zde zaměřujeme na profesní přípravu sester v podmínkách Evropské unie. Nahlížíme na otázku osobnosti sestry, na proces jejího formování a utváření, dále pak na rozdíly u sesterské profese ve vazbě na genderové a rolové charakteristiky. Věnujeme zde pozornost i vlastnostem osobnosti všeobecné sestry a speciálním dovednostem všeobecných sester, zejména pak výše uvedeným sociálním dovednostem, které jsou hlavním tématem naší výzkumné studie. Zabýváme se rozvojem a utvářením sociálních dovedností v procesu života člověka, v našem případě sestry, a faktory, které tyto sociální dovednosti ovlivňují. Též riziky devalvace sociálních dovedností, jako je stres, syndrom burnout či nedostatečná psychohygiena. Důležité místo v oblasti sociálních dovedností mají i jejich limity. Pozornost zde věnujeme také komunikaci jako základnímu nástroji sociálních dovedností. A myslíme i na to, že hlavními představitelkami sesterské profese jsou stále ženy, přestože je v našich podmínkách již asi 5 % sester mužů – všeobecných ošetřovatelů, a proto je nutné myslet nejen na profesní roli sestry, ale i na její životní roli – roli ženy.

Ve výzkumné části práce zjišťujeme sociální dovednosti všeobecných sester (dále jen „sestry“) pracujících na specializovaných odděleních ve srovnání se sestrami pracujícími na standardních odděleních a v ambulancích. Nutné je zde zmínit, že všeobecné sestry pracující na specializovaných odděleních ARO a JIP jsou vlastně sestry, které pokud pracují bez odborného dohledu sestry se specializovanou způsobilostí, mají ještě specializační vzdělání pro intenzivní péči nebo v případě ARO jsou povoláním zdravotničtí záchranáři. Pokud jsou jen všeobecnými sestrami / všeobecnými ošetřovateli, vykonávají tuto profesi pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí. Klademe si zde otázku ohledně odlišnosti sociálních dovedností sestry ve vazbě na délku její praxe v profesi všeobecné sestry. Zjišťujeme, zda existují specifika emoční a sociální kontroly u sester mužů, tedy všeobecných ošetřovatelů, oproti sestrám ženám. Zkoumáme též

otázku provázanosti sociálních dovedností se vzděláním a životní i pracovní spokojeností. Ověřujeme teoretická východiska, která byla stanovena na základě pilotního projektu, studia odborné literatury a konzultací s profesorem Riggim, autorem jednoho z klíčových dotazníků našeho výzkumu. Naším cílem je využití těchto zjištění k vytvoření programu dalšího rozvoje, motivace, podpory a vzdělávání sester.

Klíčová slova: sestra, sociální dovednosti, životní spokojenost, vzdělávání.

ABSTRACT

The main intent of the research study is to find out about social skills of registered nurses working at specialized wards - anaesthesiology, resuscitation and other wards of intensive care.

In the theoretical part the article looks into the question of vocational preparation and professional education of registered nurses in the Czech Republic, who all are registered nurses and how they prepare for their profession. What differences there are in the profession of a nurse. The article is also concerned with the vocational preparation of nurses in the European Union.

We address the question of nurse's personality, the question of her formation and creation, and also the differences with nurse's profession in relation to gender and role characteristics. The article inquires into the character features of a registered nurse and special skills of registered nurses and especially above mentioned social skills, which are the main topic of our research work. The article covers the development and formation of social skills in the course of a person's lifetime, in our case a nurse, and factors that influence them. The article also follows up the risks of devaluation of social skills like stress, burnout syndrome as well as insufficient psychic hygiene. An important place in the field of social skills belongs even to limits in the sphere of social skills. We also occupy ourselves with communication as a basic tool of social skills. Last but not least we have in mind that the main representatives of the nurse's profession are women, although in our conditions there already are about 5 % of male nurses - general hospital attendants and therefore it is necessary not to think only of the professional role of a woman but also of her life role – role of a woman.

In the research part the article focus on finding out about social skills of registered nurses /further only nurses/, working in specialized wards as opposed to nurses working at standard wards and clinics. It is necessary to mention here that registered nurses working at specialized wards of Department of Anesthesiology and Resuscitation and Intensive Care Unit are in fact nurses who - if they work without expert supervision of a nurse who has a specialized qualification - also completed special education for intensive care or in case of Department of Anesthesiology and Resuscitation – they are paramedics by profession.

If they are only registered nurses/general hospital attendants, they perform this profession under an expert supervision of a nurse who has a special qualification. The article asks ourselves a question here regarding differences in social skills in relation to amount of experience in the profession of a nurse. The article looks into whether there are specifics of emotional and social control with male nurses, i.e. general hospital attendants as opposed to female nurses. We also address the question of interconnection of social skills with education and life and work satisfaction. We verify theoretical solutions which we determined based on a pilot project, a study of professional literature and tutorials with professor Riggio, the author of one of our key questionnaires of the research. Our objective is to apply these findings into the program of further development, motivation, support and education of nurses.

Keywords: nurse, social skills, life satisfaction, education.

Obsah

Úvod	12
I. Teoretická část	14
1. Historie sesterské profese	15
2. Všeobecné sestry v České republice a v Evropské unii.....	17
2.1 Vzdělávání a profesní příprava všeobecných sester v České republice	17
2.2 Vzdělávání a profesní příprava sester v Evropské unii	21
3. Všeobecné sestry pracující na specializovaných odděleních ARO a JIP	26
3.1 Kritéria výběru všeobecných sester pro práci na specializovaných odděleních ARO a JIP.....	27
3.2 Typy sester pracujících na specializovaných odděleních ARO a JIP.....	28
4. Odlišnost všeobecné sestry pracující na standardním oddělení od všeobecné sestry pracující na specializovaných odděleních ARO a JIP	30
5. Osobnost všeobecné sestry	32
5.1 Obecné pojetí osobnosti.....	33
5.2 Utváření a formování osobnosti	34
5.3 Osobnostní specifika	34
5.4 Utváření a formování osobnosti všeobecné sestry	35
5.5 Genderové a rolové charakteristiky	36
5.5.1 Genderové a rolové charakteristiky v sesterské profesi	38
6. Vlastnosti osobnosti.....	42
6.1 Speciální vlastnosti osobnosti všeobecné sestry.....	42
7. Sociální dovednosti	44
7.1 Rozdíl mezi sociálními a interpersonálními dovednostmi	47
7.2 Roviny sociálních dovedností.....	48
7.3 Sociální inteligence, sociální kompetence a sociální dovednosti	49
7.4 Sociální dovednosti versus struktura osobnosti, jejich místo v procesu	

socializace.....	50
7.5 Utváření a vývoj sociálních dovedností.....	51
7.6 Utváření a vývoj sociálních dovedností všeobecných sester.....	52
8. Vývoj sociálních dovedností v průběhu života	59
8.1 Faktory ovlivňující sociální dovednosti	61
9. Komunikace jako hlavní nástroj sociálních dovedností	63
9.1 Komunikace sester.....	63
9.1.1 Verbální komunikace.....	64
9.1.2 Význam verbální komunikace pro profesi všeobecné sestry.....	64
9.1.3 Neverbální komunikace.....	64
9.1.4 Význam neverbální komunikace pro profesi všeobecné sestry.....	65
9.2 Specifika komunikace sester na specializovaných odděleních.....	65
10. Asertivita a komunikace	66
10.1 Význam asertivity v komunikaci sestry.....	66
11. Obranné mechanismy v komunikaci	68
11.1 Obranné mechanismy v komunikaci sestry.....	69
12. Rozvoj sociálních dovedností nácvikem a procesem vzdělávání	71
12.1 Programy nácviku sociálních dovedností	71
12.1.1 Programy nácviku sociálních dovedností u sester	72
12.1.1.1 Nácvik sociálních dovedností u sester.....	72
12.2 Limity v nácviku sociálních dovedností.....	74
12.2.1 Limity v nácviku sociálních dovedností sester.....	74
13. Mechanizmy devalvace sociálních dovedností.....	76
13.1 Mechanizmy devalvace sociálních dovedností u sester	77
14. Psychohygienu.....	79
14.1 Psychohygienu u sesterské profese.....	79
14.2 Stres	80

14.2.1	Stres u sesterské profese	81
15.	Syndrom vyhoření	85
15.1	Syndrom vyhoření u sester	87
16.	Všeobecná sestra jako žena	89
16.1	Profesní a životní role všeobecné sestry.....	89
II.	Empirická část	90
17.	Cíle disertační práce	91
18.	Pilotní výzkum.....	92
18.1	Cíle pilotního výzkumu	92
18.2	Charakteristika vzorku pilotního výzkumu	92
18.3	Stanovení výzkumných metod ke sběru dat pilotního výzkumu, vlastní organizace sběru dat a způsob vyhodnocení získaných dat.....	93
18.4	Výsledky pilotního výzkumu a jejich analýza.....	96
18.4.1	Výsledky rozhovorů a jejich analýza.....	96
18.4.2	Výsledky inventáře sociálních kompetencí	99
18.5	Shrnutí výsledků pilotního výzkumu.....	100
18.6	Závěr pilotního výzkumu a doporučení vyplývající z pilotního výzkumu pro další výzkum.....	101
19.	Výzkumný projekt	103
19.1	Stanovení hypotéz	103
19.1.1	Hypotézy.....	103
19.2	Výzkumný vzorek	104
19.3	Výzkumné metody.....	104
19.3.1	Dotazník sociálních dovedností / Social Skills Inventory	105
19.3.2	Dotazník životní spokojenosti	106
19.4	Organizace získávání dat a jejich statistické zpracování.....	107
19.5	Metody statistické analýzy dat	110
19.6	Výsledky statistické analýzy dat (výzkumné hypotézy).....	110

20. Diskuse	114
21. Závěr.....	116
Citovaná literatura	119
Přílohy	134

ÚVOD

Dobrá sociální interakce a komunikace jsou důležitými komponentami procesu úspěšného zapojení do života i profese. Týká se to zejména profesí zaměřených na práci s lidmi. Profese všeobecné sestry, dříve označovaná jako profese zdravotní sestry, s případnou možnou další odbornou specializací, je jednou z velmi náročných a citlivých profesí. Hlavní náplní práce všeobecné sestry (dále jen „sestra“) je práce s lidmi, a to s lidmi nemocnými, odmyslíme-li na okamžik dispenzární péči, kde ovšem správná komunikace je taktéž důležitá a významně ovlivňuje prevenci. Všeobecné sestry se při své práci setkávají s lidmi převážně v momentě jejich životních komplikací, změn, adaptace na změnu, které přináší nemoc. Nároky kladené na jejich psychiku jsou vyšší, než je tomu ve většině dalších profesí. Správná komunikace zde může v mnohém pomoci a usnadnit situaci, naopak špatná komunikace může způsobit totální kolaps, mít nedozírné následky či výrazně negativně ovlivnit další život jedince, v našem případě klienta/pacienta. Jak řekl Mark Twain: „Rozdíl mezi správným a téměř správným slovem je stejný jako rozdíl mezi bleskem a světluškou.“

Sociální dovednosti jsou v této profesi klíčem k mnoha situacím a jejich úspěšnému vyřešení či alespoň přijatelnému zvládnutí. Prevence dalších obtíží spočívá v nepřehlédnutí významných momentů, které mohou velmi ovlivnit či změnit běh dalších událostí a náplň lidského života. Sociální dovednosti jedince souvisí s jeho emoční a sociální inteligencí, významně je formuje prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, žije a utváří si vlastní hodnotový systém. K formování osobnosti jedince, tedy jeho jedinečnosti, dochází od jeho raného věku. Základy utváření osobnosti jedince, ve smyslu jeho jedinečnosti, z hlediska psychologických charakteristik jsou formovány kolem věku tří let, kdy dítě o sobě začíná hovořit v první osobě. Ve vazbě na kognitivní vývoj dochází v tomto věku k seberegulaci a sebeuvědomování, objevují se nové složitější emoce, někdy též označované pojmem emoce sebeuvědomování – stud, hrdost, vina, žárlivost, závist, rozpaky, které později fungují jako sociální regulace chování. [1]

Hlavní obsah osobnostních charakteristik – hlavní základy struktury jedinečnosti jsou pak hotové kolem období pubescence, ale další formování a rozvoj jedince je celoživotní proces. Sociální dovednosti jsou proto předmětem formování a rozvoje

v průběhu celého lidského života. Za určitých okolností se můžeme setkat i s jejich deteriorací či úplnou devastací.

Problematika sociálních dovedností všeobecných sester je stále aktuálním tématem. Problematika studia, rozvoje a podpory sociálních dovedností sester je ošetřena jak v pregraduálním, tak v postgraduálním procesu vzdělávání.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. HISTORIE SESTERSKÉ PROFESE

Historie vzniku ošetrovatelství sahá do raného středověku a je propojena se vznikem a šířením křesťanství. Na rozvoj ošetrovatelské péče měly též velký vliv války, ty s sebou přinášely zvýšenou potřebu péče a lékařského ošetření. Často mnohem více vojáků zemřelo na onemocnění ze špatných hygienických podmínek než v důsledku samotného válečného útoku. Velkým mezníkem v historii ošetrovatelství je období krymské války spojené se jménem Florence Nightingalové, kdy došlo k prvním velkým změnám v koncepci ošetrovatelství. Florence Nightingalová žila v letech 1820 až 1910, v roce 1860 založila v Londýně první ošetrovatelskou školu na světě. Její usilovná snaha a trpělivá práce ovlivnily nejen práci ošetrovatelek v Anglii, ale i rozvoj ošetrovatelství v Rakousku-Uhersku. Nejstarší zmínky o ošetrování nemocných na našem území se pojí se svatou Anežkou Českou a jsou z 13. století. Nejstarší zmínky o ošetrovatelském vzdělávání jsou spojovány s rokem 1620 a otevřením nemocnice Milosrdných bratří v Praze Na Františku, ta však byla určena pouze pro mužské pacienty. Rozšíření vzdělávání opatrovníků bylo už v 18. století nařízeno Marií Terezií a dále pak se rozvíjelo i za vlády Josefa II. V roce 1874 vznikla v Praze první česká ošetrovatelská škola, ta však po sedmi letech fungování skončila. Výuka byla teoretická i praktická. První absolventky školy pracovaly jako ošetrovatelky v nemocnici. Pro práci v nemocnici byly ošetrovatelky školeny přímo v nemocnicích formou tzv. vyučení. Celý kurz byl zakončen zkouškou a absolventky obdržely diplom. Po vzoru první české ošetrovatelské školy byla v roce 1882 založena ošetrovatelská škola ve Vídni. Období od konce 19. století až do konce 2. světové války se pojilo s prudkým rozvojem nemocnic a vznikem ošetrovatelských škol při těchto nemocnicích. [2]

Velké zásluhy v oblasti českého i slovenského ošetrovatelství patří Alici Masarykové, která přivezla do Čech z USA nové pohledy na ošetrovatelství a přivedla na české školy vzdělané americké sestry a umožnila českým sestrám studium v zahraničí. Mezi další významné osobnosti českého ošetrovatelství pak patří Sylva Macharová, Emilie Ruth Tobolářová či Anna Rypáčková. [3]

Po 2. světové válce, respektive po roce 1948, studovaly sestry pouze na středních zdravotnických školách, které vznikly sloučením ošetrovatelských, rodinných a sociálních

škol. Studium trvalo 4 roky a začínalo ve 14 či 15 letech věku. Tento model studia skončil ve školním roce 2003/2004 přijetím posledních studentek a studentů do oboru všeobecná sestra. [2]

2. VŠEOBECNÉ SESTRY V ČESKÉ REPUBLICĚ A V EVROPSKÉ UNII

Dnes se správně pro kvalifikované nelékařské zdravotnické pracovníky – sestry, dříve označované jako zdravotní sestry, používá v České republice termín všeobecná sestra pro ženy a všeobecný ošetřovatel pro muže. Česká republika se v rámci Evropské unie podílí na sjednocování vysokoškolského vzdělávání a to se týká i vzdělávání sester. V roce 1998, na schůzce čtyř ministrů v Paříži, byla předmětem jednání otázka jednotného vzdělávacího systému v Evropě, který by byl v souladu s realizací koncepce celoživotního vzdělávání a umožňoval by volný pohyb studentů, učitelů a pracovních sil v Evropské unii. Boloňská deklarace pak rozdělila vzdělávání na dva druhy, a to pregraduální a postgraduální, přičemž podmínkou k možnosti realizace postgraduálního vzdělávání je splnění prvního cyklu, většinou tříletého, a získání titulu Bc. (bakalář). Tento kvalifikační stupeň je pak platný v rámci evropského pracovního trhu. Druhý cyklus je návazný a vede k získání magisterského či doktorského titulu (či obou titulů), tak jak je to ošetřeno vzdělávacími programy mnoha evropských zemí. Celá problematika evropského vzdělávání stále prochází procesem vývoje a úpravy, aby tak splňovala kritéria požadavků kladených na odbornou profesní přípravu jedinců akademicky vzdělaných a též odpovídala požadavkům trhu práce. [2]

2.1. Vzdělávání a profesní příprava všeobecných sester v České republice

Příprava a vzdělávání všeobecných sester v České republice je ošetřena zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (zejména zákon č. 189/2008 Sb. významně novelizoval výše uvedený zákon č. 96/2004 Sb.). Poslední, zde popsána platná verze vychází z platné úpravy vyplývající právě ze zákona č. 96/2004 Sb. ve znění dle poslední novely provedené zákonem č. 201/2017Sb., účinným od 1. 9. 2017. Vzdělávání sester je dále upraveno vyhláškou č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní program k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb. a též metodickým pokynem k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra a v neposlední řadě i vyhláškou

č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou též upravila novelizující vyhláška č. 2/2016 Sb. [4] [5] [6] [7] [8] [9]

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry je definována zákonem č. 96/2004 Sb. Profese všeobecné sestry má na získání odborné způsobilosti následující požadavky, které se pojí s absolvováním:

- „a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,
- b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,
- c) studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle §5a odst. 1 písm. a) nebo písm. b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání,
- d) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,
- e) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- f) studijního oboru všeobecná sestra na středních zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- g) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo toto studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997,
- h) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.“ [4]

Při výkonu povolání všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči. Všeobecná sestra se ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační,

paliativní, neodkladné či dispenzární péči. [4]

Odborně způsobilý k výkonu povolání všeobecné sestry je ten, komu byla uznána odborná kvalifikace. Vykonávat povolání všeobecné sestry na území České republiky může ten, jemuž byla uznána způsobilost k výkonu povolání. O uznání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví. Odborná kvalifikace osob, které jsou způsobilé v jiném členském státě k výkonu povolání všeobecné sestry, se uznává. Ministerstvo zdravotnictví vychází ze směrnice 2005/36ES. [4]

Dalším nezbytným předpokladem pro výkon povolání všeobecné sestry v České republice je kromě odpovídající kvalifikace i zdravotní způsobilost dle § 79 a § 80 bezúhonnost dle zákona č. 96/2004 Sb. U jiných žadatelů než občanů České republiky a Slovenské republiky pak též splnění § 82 a ověření znalosti českého jazyka dle zákona č. 96/2004 Sb. [4]

Vyhláška č. 39/2005 Sb. stanoví minimální požadavky na studijní program k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a uvádí pro všeobecné sestry následující: „Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním akreditovaného studijního programu nebo akreditovaného vzdělávacího programu.“ [6] [7]

Podle § 4, všeobecná sestra, bodu 2 písmene a) má studijní program v prezenční formě studia specifický odborný charakter a zahrnuje nejméně 3 roky studia a nejméně 4600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování. Z toho pak je doba praktického vyučování nejméně 2300 hodin a nejvýše 3000 hodin. V podobě jiné než v prezenční formě studia není celková doba výuky kratší, než je doba výuky podle písm. a), a není dotčena úroveň vzdělání. Studium lze vyjádřit také v odpovídajících kreditech kreditního systému, jak je tomu ve vysokoškolském vzdělávání, tak jak je používán v evropském prostoru vysokoškolského vzdělávání. [6] [7]

Názvy studijních programů jsou: 5341 R ošetrovatelství, bakalářský studijní program, a 5341-N/1 diplomovaná všeobecná sestra, vzdělávací program pro vyšší odborné školy zdravotnické. Názvy kvalifikačního studijního oboru a oboru vzdělávání jsou všeobecná

sestra a diplomovaná všeobecná sestra. Forma studia pak je v bakalářském studijním programu prezenční, distanční nebo kombinovaná a ve vzdělávacím programu vyšší odborné školy zdravotnické denní, večerní, dálková, distanční nebo kombinovaná. [10]

Výstupní podmínky a ukončování studia jsou dány studijním programem, studijním plánem a zkušebním řádem vysoké školy. V případě vyšší odborné školy pak vzdělávacím programem, učebním plánem a školním řádem vyšší odborné školy. Podmínkou uzavření studia je dosažení cílů studijního a vzdělávacího programu, získání předepsaného množství kreditů v předepsané skladbě a splnění předepsaných studijních povinností, a to do doby dané maximální možné délky studia. Vysokoškolské vzdělávání se ukončuje státní závěrečnou zkouškou, která se skládá z obhajoby závěrečné práce a ze zkoušky z předmětů ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech a humanitní vědy. Vyšší odborné vzdělávání se zakončuje absolutoriem, které se skládá z obhajoby absolventské práce a dále pak z teoretické zkoušky z odborných předmětů, kterými jsou ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech a humanitní vědy, a dále je součástí absolutoria i povinnost zkoušky z cizího jazyka. V obou případech zahrnuje předmět ošetrovatelství – teorii ošetrovatelství, ošetrovatelský proces a potřeby člověka, multikulturní ošetrovatelství, výzkum v ošetrovatelství. Předmět humanitní vědy, v případě vyššího odborného studia i v případě vysokoškolského studia, zahrnuje psychologii, pedagogiku a etiku v ošetrovatelství. Zkouška z cizího jazyka je součástí absolutoria, ale není součástí státní závěrečné zkoušky na bakalářském programu, tam je zkouška z cizího jazyka samostatnou dílčí zkouškou během vysokoškolského studia. Po úspěšném zakončení vysokoškolského bakalářského studijního programu získává absolvent titul Bc. (bakalář) a po úspěšném zakončení studia na vyšší odborné škole získává absolvent titul DiS. (diplomovaný specialista). [10]

Vyšší odborné studium je v České republice od června 1995, po ukončení experimentálního projektu bylo začleněno do novely školského zákona a rokem 1996 byl zahájen vznik většího počtu vyšších odborných škol v České republice. [11]

V souladu s předchozím ustanovením byla ještě ponechána možnost dokončení pomaturitního studia na zdravotnických školách, a to ve školním roce 1996/1997, a počínaje 1. 9. 1997 bylo zahájeno vyšší odborné vzdělávání na vyšších odborných zdravotnických školách. [11]

Bakalářské studium je v České republice realizováno a uznáváno jako vysokoškolské studium na základě platnosti zákona č. 172/1990 Sb., o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů, respektive aktuálně na základě zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách. V oblasti profesní přípravy sester jde o bakalářský studijní program v oboru ošetrovatelství, který je v České republice realizován od roku 2001 a jehož obsah je plně srovnatelný s evropským obsahem tohoto studia. [2] [12]

Vysokoškolské studium ošetrovatelství bylo v tehdejší Československé republice od roku 1960, za jeho klíčovou osobu je pokládána, již zesnulá, docentka Marta Staňková. Nové podoby nabylo toto vzdělávání koncem osmdesátých let, po politických změnách v tehdejší Československu. Další změny pak nastaly po roce 1993, kdy došlo k rozdělení Československa a ke vzniku samostatné České republiky. Tato forma vzdělávání se však stále výrazně odlišovala od bakalářského vysokoškolského programu, který běží od roku 2001. Od roku 2011 existuje i návazná specializovaná forma studia ošetrovatelství v magisterském programu a jednou z jejích podob je i ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

Pro všechny zdravotnické pracovníky je povinné celoživotní vzdělávání, které má podobu specializačního vzdělávání, certifikovaných kurzů, inovačních kurzů v akreditovaných zařízeních, dále pak podobu odborných stáží v akreditovaných zařízeních a též podobu účasti na školicích akcích, konferencích a sympoziích. Patří sem i vzdělávání v podobě publikační, pedagogické a vědecko-výzkumné činnosti, vypracovávání standardu nebo nového postupu, též absolvování e-learningového kurzu či samostatného studia odborné literatury.

Celá výše uvedená problematika je stále předmětem odborných diskusí a stále se hledá optimální obraz vzdělávání a profesionální přípravy všeobecných sester.

2.2. Vzdělávání a profesní příprava sester v Evropské unii

Nejprve je nutné upozornit na pojmovou nejednotnost v české verzi směrnic Evropského parlamentu viz níže. Setkáváme se zde s označením zdravotní sestra či všeobecná zdravotní sestra pro ženskou profesi a ošetrovatel odpovědný za všeobecnou péči pro mužskou profesi, přestože se v našich podmínkách už označení zdravotní sestra nepoužívá. Označení zdravotní sestra bylo nahrazeno označením všeobecná setra pro ženy

a všeobecný ošetrovatel pro muže. V materiálech Evropského parlamentu však vycházíme z jejich označení a též zde toto označení užíváme.

Tématu mobility zdravotních sester se věnuje Evropská komise (její výbory). Tyto výbory mají vždy několik členů a každý europoslanec je zpravidla zároveň i členem několika výborů.

Vzdělávání sester se v Evropské unii dělí na:

- základní kvalifikační – studium k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání, probíhá na vysokých školách univerzitního a neuniverzitního typu nebo na vyšších typech škol,
- další postkvalifikační vzdělávání – je nezbytné k udržení odbornosti sestry, případně je určeno k jejímu dalšímu profesnímu růstu. Zahrnuje studium specializační, univerzitní postkvalifikační studium bakalářského nebo magisterského stupně, které probíhá v České republice zpravidla na lékařských fakultách či sociálně-zdravotních fakultách a v zahraničí pak často na fakultách ošetrovatelství. K postkvalifikačnímu vzdělávání patří kontinuální, celoživotní vzdělávání, které je povinné. [2]

Praktické informace o vzdělávání, profesní přípravě a uznávání odborných kvalifikací v Evropské unii jsou určeny směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005, o uznávání odborných kvalifikací: „Podle článku 3 odstavce 1 písmene c) Smlouvy představuje odstranění překážek volného pohybu osob a služeb mezi členskými státy jeden z cílů Společenství. Pro státní příslušníky to znamená možnost vykonávat povolání, ať již jako osoba samostatně výdělečně činná, nebo jako zaměstnanec, v jiném členském státě než v tom, ve kterém získali odbornou kvalifikaci. Kromě toho článek 47 odstavec 1 Smlouvy stanoví, že budou přijaty směrnice upravující vzájemné uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o kvalifikaci.“ [13]

Tato směrnice umožňuje státním příslušníkům členských států vykonávat povolání v jiném členském státě než v tom, ve kterém získali svou odbornou kvalifikaci. Článek 47 odstavec 1 Smlouvy stanoví podmínky k přijetí směrnic upravujících vzájemné uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o kvalifikaci. 23. a 24. března 2000, po zasedání Evropské rady v Lisabonu, Evropská komise přijala toto sdělení „Strategie vnitřního trhu pro služby“.

[13]

Toto sdělení je zaměřené na volné poskytování služeb v rámci Evropského společenství a jeho usnadnění v rámci jednotlivých členských států. „Po přijetí sdělení Komise s názvem „Nové evropské trhy práce, otevřené a přístupné všem“ pověřila Evropská rada na zasedání ve Stockholmu 23. a 24. března 2001 Komisi, aby po zasedání Evropské rady na jaře 2002 předložila konkrétní návrhy na jednotnější, průhlednější a pružnější režim uznávání kvalifikací.“ [13]

Tato směrnice poskytuje záruku pro osoby, které získaly odbornou kvalifikaci v jednom členském státě se stejnými právy, aby měly stejná práva v jiném členském státě jako ostatní příslušníci tohoto státu. Měla by existovat zvláštní pravidla pro rozšíření možnosti vykonávat činnost pod původním označením profese za účelem usnadnění volného poskytování služeb. U povolání, na něž se vztahuje obecný systém pro uznávání kvalifikace (tzv. regulovaná povolání), by mělo být členským státům ponecháno právo určit si onu minimální úroveň kvalifikace, která bude zaručovat kvalitu služeb, které jsou poskytovány na jejich území. Každý hostitelský členský stát, ve kterém je povolání regulováno, musí vzít v úvahu kvalifikace, které osoby získaly v jiném členském státě, a musí si stanovit, zda tyto kvalifikace odpovídají požadovaným kvalifikacím na jeho území. Tento obecný systém však nebrání žádnému členskému státu, aby pro každou osobu, která na jeho území vykonává regulované povolání, předepsal zvláštní požadavky, které vyplývají z profesních pravidel, která jsou odůvodněna obecným veřejným zájmem. Příslušné směrnice se několikrát měnily. Jejich cílem bylo uspořádat a racionalizovat použitelné zásady. Mechanismus uznávání kvalifikace stanovený směrnicí 89/48/EHS a směrnicí 92/51/EHS se nemění, ale obsah je blíže upraven směrnicí Evropského parlamentu a Rady 1999/42ES, o obecném uznávání dokladů o dosažené kvalifikaci, a směrnicemi Rady 77/452EHS, 77/453EHS, 78/687/EHS, 78/1026/EHS, 78/1027/EHS, 80/154/EHS, 80/155/EHS, 85/384/EHS, 85/432/EHS, 85/433/EHS a 93/16/EHS, které se týkají povolání zdravotní sestry a ošetřovatele odpovědného za všeobecnou péči a i některých dalších profesí. [13]

Svoboda pohybu osob a vzájemné uznávání dokladů o získané kvalifikaci zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči by měly mít podobu automatického uznávání dokladů o dosažené kvalifikaci na základě úpravy minimálních požadavků na odbornou přípravu. Kromě toho by měl být v členských státech k těmto povoláním přístup, který bude zaručovat splnění minimálních požadavků na odbornou přípravu osob. Systém

by měl být doplněn řadou práv, která mohou být využita kvalifikovanými odborníky. Směrnice stanovuje pravidla odborné kvalifikace získané v jednom nebo více členských státech a tato pravidla opravňují jejich držitele vykonávat regulované povolání v jiných členských státech. [13]

Oddíl 3, článek 31 stanovuje jasné požadavky na odbornou přípravu zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči. Je požadováno ukončení všeobecného školního vzdělávání v trvání deseti let potvrzené diplomem, osvědčením nebo jiným dokladem vydaným příslušnými orgány členského státu, příp. osvědčením o složení přijímací zkoušky na rovnocenné úrovni do školy pro vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů. Odborná příprava zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči zahrnuje minimálně tři roky studia nebo 4600 hodin teoretického a klinického výcviku, přičemž délka teoretického výcviku obsahuje alespoň jednu třetinu a délka klinického výcviku alespoň jednu polovinu minimální délky odborné přípravy. Členské státy mohou poskytnout osobám, které absolvovaly určitou část výuky jinou formou, která má srovnatelnou úroveň, částečnou výjimku. Členské státy jsou odpovědné za koordinaci teorie a praxe po dobu celého vzdělávacího programu svými odbornými institucemi pro vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči. [13]

Pro uznání odborné kvalifikace je požadována jazyková znalost osob, které budou povolání vykonávat, v rozsahu nezbytném k výkonu tohoto povolání v hostitelském členském státě. [13]

Dalším krokem pro sjednocení podmínek výkonu profese všeobecné zdravotní sestry v zemích Evropské unie je evropský profesní průkaz, který se týká všeobecných zdravotních sester nebo ošetřovatelů a několika dalších konkrétně vyjmenovaných profesí. Je to elektronický certifikát o dokončeném administrativním postupu, na jehož základě byla jeho držiteli uznána odborná kvalifikace v hostitelské zemi Evropské unie. Mohou o něj požádat i jedinci, kteří získali odbornou kvalifikaci mimo Evropskou unii, a ta jim byla uznána v některé ze zemí Evropské unie a svou profesi tam vykonávali nejméně 3 roky po tomto uznání. [14]

Profese (všeobecné zdravotní sestry) všeobecné sestry patří v Evropské unii mezi

tzv. regulovaná povolání, což znamená, že pro vykonávání povolání všeobecné sestry je předepsáno odpovídající vzdělávání, složení určitých zkoušek nebo registrace u profesního sdružení. Existuje databáze regulovaných povolání v rámci Evropské unie, kde jsou uvedeny i úřady, které je mají tzv. „na starosti“. [15]

3. VŠEOBECNÉ SESTRY PRACUJÍCÍ NA SPECIALIZOVANÝCH ODDĚLENÍCH ARO A JIP

Jedná se o sestry pracující na jednotkách intenzivní péče (dále jen „JIP“) a na odděleních anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (dále jen „ARO“). Jedná se o sestry pracující buď pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí, nebo o sestry, které mají vzdělání všeobecné sestry rozšířené o specializační vzdělávání. V podmínkách ARO pak vykonávají vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči i zdravotničtí záchranáři. Na těchto odděleních sestry / všeobecní ošetrovatelé pracují s klientem/pacientem v závažném somatickém stavu, často i s klientem/pacientem v přímém ohrožení života a též používají i větší množství speciální přístrojové techniky. Jedná se o sestry, které mají specializační vzdělávání podle § 57 zákona č. 96/2004 Sb. a podle § 96 zákona č. 96/2004 Sb., dále pak o sestry mající specializační vzdělávání nejen podle § 58, ale navíc ještě podle vyhlášky č. 55/2011Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [4] [8] [9]

Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky v souladu s nařízením vlády č. 31/2010 Sb. jsou pro obor všeobecná sestra následující:

- intenzivní péče,
- perioperační péče,
- ošetrovatelská péče v pediatrii,
- intenzivní péče v pediatrii,
- komunitní ošetrovatelská péče,
- ošetrovatelská péče v interních oborech,
- ošetrovatelská péče v chirurgických oborech,
- ošetrovatelská péče v psychiatrii,
- perfuziologie. [16]

Podmínkou zařazení do specializačního vzdělávání je úspěšné ukončení kvalifikačního vzdělávání, které opravňuje jedince k výkonu zdravotnického povolání všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb. Přesná délka specializačního vzdělávání není stanovena. Trvá od 18 do 24 měsíců a pro podmínky intenzivní péče zahrnuje 560 hodin teoretického

vzdělávání a praktické výuky. Praktická výuka by měla tvořit alespoň 50 % celkového počtu hodin, včetně odborné praxe na akreditovaných pracovištích. Hodinová dotace odborné praxe je stanovena tímto programem. Specializační vzdělávání lze získat pomocí akreditovaného programu při Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví nebo též formou magisterského programu vysokoškolského studia. [17]

Náročnost práce všeobecných sester na ARO a JIP je dána závažností zdravotního stavu klienta/pacienta, rozsahem a obsahem ošetrovatelské péče, která se pojí i s vysokou odborností péče a používáním většího množství přístrojové techniky, která často dokáže nemocnému nahradit funkci některých životně důležitých orgánů. U sester pracujících na odděleních ARO a JIP je i při výkonu vlastní profese větší požadavek na hlubší odborné znalosti a praktické dovednosti, na větší samostatnost a rychlost. Studium dostupných pramenů ukazuje na to, že sestry pracující na ARO a JIP jsou v průměru nižšího věku, do 30 let jich zde pracují přibližně 2/3. [18]

3.1. Kritéria výběru všeobecných sester pro práci na specializovaných odděleních ARO a JIP

Na danou problematiku se lze podívat ze dvou úhlů pohledu, a to za předpokladu splněného požadavku na odbornou způsobilost. Na jedné straně je volba oddělení/pracoviště samotnou všeobecnou sestrou a její motivace pracovat na oddělení JIP či ARO. Na druhé straně je doporučení konkrétní všeobecné sestry, která se uchází o zaměstnání na takovém typu oddělení (konkrétním pracovišti), sestrou manažerkou, ať už se jedná o doporučení sestrou manažerkou na nejnižší úrovni, tedy staniční sestrou na daném oddělení, kde se konkrétní všeobecná sestra o místo uchází, či o doporučení jinou sestrou manažerkou. Ve většině případů se však jedná o setkání všeobecné sestry – uchazečky o zaměstnání se sestrou manažerkou na nejvyšší úrovni, a to s hlavní sestrou (náměstkyní pro ošetrovatelskou péči) příslušné nemocnice či zdravotnického zařízení. Ta pak posuzuje všechna kritéria potřebná k výkonu profese na tomto typu pracoviště, v našem případě JIP či ARO.

U všeobecné sestry, uchazečky o povolání, jistě hraje roli finanční ohodnocení, které je dáno požadovaným vzděláním v oboru – tj. nejvyšším dosaženým vzděláním v daném oboru a počtem odpracovaných let v oboru, ale i prestiž sesterské profese. Prestiž sesterské profese byla v počátcích tohoto povolání poměrně vysoká a v průběhu let poklesla. Nyní se

opět nároky na kvalitu péče a vzdělávání sester pozvolna zvyšují a tím se zvyšuje i prestiž sesterské profese. Výzkumný projekt zaměřený na prestiž povolání v 90. letech ukázal, že prestiž profese se liší podle pohlaví, věku a velikosti města. Výzkum „Sociální rozdíly a prestiž povolání“ byl proveden v listopadu 1990 Střediskem empirických výzkumů při Sociologickém ústavu ČSAV pod vedením M. Tučka. Profese zdravotní sestry se ve škále prestiže padesáti povolání umístila na deváté pozici. Ve výzkumu v roce 2005, který proběhl uvnitř skupiny, mezi samotnými zdravotnickými pracovníky, se sestra pro intenzivní péči umístila na třetím místě, za zdravotnickým záchranářem a porodní asistentkou. [19]

Důležitou roli při volbě pracoviště (konkrétního typu oddělení) samotnou všeobecnou sestrou hraje kromě prestiže této profese i osobnostní struktura a aspirační úroveň sestry. Důležitými faktory pak jsou předchozí vzdělání a praxe, odborné znalosti a zkušenosti a splnění požadavků na odbornou způsobilost k výkonu profese bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb. [4]

3.2. Typy sester pracujících na specializovaných odděleních ARO a JIP

Na specializovaných odděleních pracují všeobecné sestry, tak jak jsou definovány zákonem č. 96/2004 Sb., a dále pak sestry se specializačním vzděláním, jak je určeno vyhláškou č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. Na odděleních urgentní intenzivní péče a odděleních anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny pak pracují i zdravotničtí záchranáři, jak jsou definováni zákonem č. 96/2004 Sb. a dále pak vyhláškou č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., kterou jsou stanoveny činnosti zdravotnických pracovníků. [4] [8] [9]

Práce ve zdravotnictví klade vysoké nároky na odolnost proti stresu a zátěži. Práce na specializovaných odděleních typu ARO a JIP klade vzhledem k charakteru klientů/pacientů, závažnosti jejich onemocnění a momentálnímu zdravotnímu stavu, kdy jsou klienti/pacienti v bezprostředním ohrožení života, a tudíž i typ požadované ošetrovatelské péče od personálu je náročný, pak ještě mnohem vyšší nároky na odolnost proti stresu a zátěži, než je tomu na standardních odděleních a v ambulancích. Stres a odolnost proti němu jsou dány hladinou frustrační tolerance, tzv. „hladinou únosnosti“, co je ještě pro jedince snesitelné a co už není. U všech jedinců, a tedy i u sester, je tento intraindividuální rozdíl velký. Pojem stres se začal používat primárně v technice, ve vazbě

na tlak a zátěž, později i u člověka, když je na něj vyvíjen veliký tlak nebo tlaky. V lidském společenství je pojem tlaky nahrazen pojmem stresory. [20]

Při zvládnání stresu, a tedy i zátěže hraje roli adaptace čili adaptivní chování. Adaptivní chování je základem pro přežití jedince. [21]

Nároky na adaptaci personálu – sester jsou v podmínkách ARO a JIP vyšší než v podmínkách standardních oddělení a ambulancí.

Jak se vyvíjela lidská společnost a docházelo k rozvoji civilizace, měnily se podmínky života, role, stabilita společnosti, učení i práce. Vyvíjely se i modely pomoci, které zahrnovaly víc empatie a vnímavosti, respekt, vřelost, odpovědnost. To vše se projevilo i ve vzhledu do situace a usnadnilo to vlastní proces pomoci. [22]

Totéž platí i v péči o pacienty/klienty na odděleních ARO a JIP. Hovoříme o bio-psycho-sociálním přístupu ke klientovi/pacientovi od zdravotnických pracovníků, v našem případě všeobecných sester. Pomáhající přináší do procesu pomoci vlastní zkušenosti a při jejich zpracovávání se vytvářejí dovednosti poznávací i emoční. Proces pomáhání je interpersonální proces. [22]

Jsou kladeny i odlišné požadavky na osobnostní výbavu všeobecných sester pracujících na specializovaných odděleních, neboť charakter a typ práce na těchto odděleních je odlišný od práce na standardních odděleních a v ambulancích.

4. ODLIŠNOST VŠEOBECNÉ SESTRY PRACUJÍCÍ NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ OD VŠEOBECNÉ SESTRY PRACUJÍCÍ NA SPECIALIZOVANÝCH ODDĚLENÍCH ARO A JIP

Požadavky na nelékařský zdravotnický personál, v našem případě všeobecné sestry, které pracují na ARO a JIP či specializovaných odděleních urgentní péče, kde se péče podobá péči na ARO a JIP, jsou ošetřeny zákonem č. 96/2004 Sb. K výkonu povolání na těchto odděleních je odborně způsobilá sestra pro intenzivní péči či zdravotnický záchranář, a to na základě vzdělání. Výkon zdravotnických činností – specializované ošetrovatelské péče je pak dále ošetřen vyhláškou č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [4] [8] [9]

Na vysoce specializované ošetrovatelské péči se mohou tedy podílet i všeobecné sestry bez specializačního vzdělání pro intenzivní péči či zdravotničtí asistenti, ale pouze pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí. K některým vysoce specializovaným činnostem je sestra pro intenzivní péči kompetentní bez odborného dohledu a bez indikace lékaře a k jiným bez odborného dohledu a na základě indikací lékaře, tak jak jsou činnosti zdravotnických pracovníků jasně stanoveny vyhláškou č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v plném znění. [4] [8] [9]

Odlišnost sester na odděleních ARO a JIP však není dána jen požadavky vyplývajícími z právních norem pro výkon profese, jako je odborná způsobilost, zdravotnické činnosti či typ vysoce specializované odborné ošetrovatelské péče, která souvisí s vážným somatickým stavem klientů/pacientů na těchto odděleních. Odlišnost je zde dána zejména zvýšenými nároky na odolnost vůči zátěži a stresu u sester v souvislosti se zvýšenými nároky na některé osobnostní vlastnosti a dovednosti. Z části se této problematice věnovala i III. jarní konference FNKV v Praze, a to v otázce zaměřené na zátěže a zasažení ztrátou u pacientů/klientů na ARO a JIP, u jejich blízkých a i u zdravotnického personálu, který zde s klienty/pacienty a jejich blízkými přichází do styku. Setkáváme se zde častěji s otázkou velkého zasažení do života pacienta, s ireverzibilními změnami, s velkými celoživotními omezeními, tedy se zátěží a ztrátou. Ztráta má v té nejkrajnější podobě podobu smrti. [23]

Americké standardy pro intenzivní péči hovoří u sester pracujících na odděleních intenzivní péče o vyšších nárocích na jejich morální a etickou stránku. Hovoří o nich jako o opatrovnicích lidstva „guardians of humanity“ či jako o strážcích společnosti „sentinels of society“. [24]

Grossman se zabývá otázkou sesterské efektivity řízení, tvrdí, že sestry v intenzivní péči potřebují více řídicích schopností a potřebují být efektivnějšími manažerkami ve zdravotnictví. Uvádí, že pokud kdy byl požadavek na sestry, aby byly kreativní, flexibilní a schopné povzbudit ostatní k tomu, aby i oni byli flexibilní a kreativní, tak je to právě nyní a přináší to vývoj společnosti ve všech směrech. Sestry podle Grossman potřebují získat více manažerské a lingvistické praxe. Grossman popisuje, jak sestry mentorky učí a rozvíjí kompetenci řízení a vedení u sester. Důraz je kladen na proces individuálního učení a zdůrazňuje se, že s tím se sestry nerodí, ale učí se tomu. Právě ti, kdo ovládají efektivitu vedení, pak mohou posilovat druhé a pomáhají jim s jejich rozvojem. Zkušenost s individuálním učením v procesu vedení je často citována jako mechanismus rozvoje řídicích schopností. [25]

5. OSOBNOST VŠEOBECNÉ SESTRY

Požadavky na všeobecné sestry jsou dány profilem oboru a zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), činnosti všeobecné sestry jsou pak dány vyhláškou č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [4] [8] [9]

Požadavky na osobnost všeobecné sestry jsou vysoké, velký důraz je kladen na samostatnost. Všeobecná sestra musí být schopna obhájit své stanovisko a musí též být na vysoké odborné úrovni. [26]

Osobnost všeobecné sestry souvisí i s její motivací k výkonu této profese a posléze i s její úspěšností. Jednotliví autoři a jednotlivé studijní programy tohoto oboru uvádějí ve shodě podobné penzum požadavků. American Association of Colleges of Nursing hovoří o profesionalitě a profesionálních hodnotách a pokládá je za základ sesterské profese. Součástí odborné ošetrovatelské praxe je její pochopení v kontextu historickém, právním a současném. Profesionalismus je definován jako ucelený soubor základních hodnot, kdy sestry pracují s jinými odborníky na dosažení optimálních výsledků v oblasti zdraví a zdraví pacientů, rodin, komunit, a to pomocí moudře užitých principů altruismu, dokonalosti, péče, etiky, respektu, komunikace a odpovědnosti. Profesionalismus též zahrnuje odpovědnost vůči sobě sama a ošetrovatelské praxi, včetně nepřetržitého profesionálního zapojení a celoživotního vzdělávání. Profesionální hodnoty jako altruismus, samostatnost, lidská důstojnost, čestnost, sociální spravedlnost (spravedlivé zacházení se všemi) symbolizují profesionální sesterskou péči. [27]

Chápeme-li pojem osobnost jako jedinečnou neopakovatelnou bytost, pak každá všeobecná sestra je osobností. Pojem osobnost všeobecné sestry pak můžeme definovat na základě definice sestry z roku 1987, již vytvořila Mezinárodní rada sester – International Council of Nurses. **„Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Sestra je připravena a oprávněna zapojovat se do všeobecné**

ošetřovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních, vyučovat témata spadající do zdravotnické péče, plně se zapojovat do zdravotnického týmu, dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetřovatelství a zdravotnické péči a školit je a zapojovat se do výzkumu.“ [28, s. 30]

Tato definice však popisuje více odborné předpoklady k výkonu sesterské profese než předpoklady osobnostní. Když hovoříme o osobnosti všeobecné sestry, dostaneme se kromě odborných předpokladů k určitým osobnostním předpokladům pro tuto práci, ty pak zahrnují úroveň prožívání a odolnost vůči stresu, kladný charakter a sociální předpoklady v podobě sociální zralosti, sociální inteligence a empatie.

Eysenck provedl v roce 1970 výzkum, kdy vyšetřil zdravotní sestry mužského pohlaví, většina z nich byla ve věku 18 až 30 let. Bylo použito dvou testů inteligence a dvou osobnostních dotazníků. Vyšetření přineslo následující zjištění, osobnost sester vykazovala oproti ostatní populaci vyšší extraverci a nižší neuroticismus. Inteligence byla zjištěna jako nezávislá na extraverci a neuroticizmu, ale negativně korelovala se lži skórem. [29]

5.1. Obecné pojetí osobnosti

Psychologie používá pojmu osobnost v mnoha významech. Čáp zmiňuje zejména dva hlavní významy. V prvním významu chápe osobnost jako souhrn všech psychologicky významných vlastností člověka, tak i těch vlastností zdůrazňujících momenty sociální, psychofyziologické nebo vlastností silně determinovaných biologicky. Jako příklad psychofyziologicky determinovaných vlastností pak uvádí temperament. Osobností se zde míní člověk, aniž bychom hodnotili stupeň jeho vývoje, jeho rozvinutí a společenské hodnocení. V druhém významu je osobnost člověka nahlížena z hlediska společenských aspektů a tím se míní vyšší stupeň jeho rozvinutí. [30]

Zde pak vzniká problém, na kterém stupni rozvoje začínáme hovořit o osobnosti a jak označujeme člověka předtím, než k požadovanému stupni rozvoje dospěje. Zde se ovšem dostáváme i do problému etického, spojeného s úctou ke každému člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti, individuu. Čáp proto hovoří o lepší možnosti, namísto pojmu osobnost užití pojmu „**mnohostranný – jednostranný člověk**“. [30]

Další vysvětlení a užití pojmu osobnost se uvádí v souvislosti s nutností studia duševního

života člověka jako celku, a to počátkem 20. století. Osobnost je zde pojata jako celek dispozic, které společně se situací určují obsah a průběh psychických procesů, ty jsou pak chápány jako reakce na určitou situaci, v níž se individuum vyskytuje. Osobností je tedy každý jedinec od raného věku, kdy jeho psychika začne projevovat specificky lidské fungování. [31]

Různé směry v psychologii a různá pojetí předmětu psychologie vedou k tomu, že existuje řada rozdílných teorií osobnosti a pojetí osobnosti.

5.2. Utváření a formování osobnosti

Významnou úlohu sehrávají i biologické determinanty osobnosti – člověka. Člověk je bytost společenská, ale i biologická s fyziologickými potřebami. Hovoříme-li o biologických determinantách organismu, hovoříme o vrozeném uspořádání organismu, o vrozených reflexech, o vrozeném chování, o vrozených mechanismech učení. U člověka pak máme na mysli instinktivní tendence. Člověk je bytost bio-psycho-sociální, tudíž osobnost jedinečná, neopakovatelná bytost, která vzniká formováním genetické dispozice v prostředí a procesu interakce. Dědičnost psychických vlastností je stále předmětem zkoumání a víme o ní daleko méně než o dědičnosti vlastností tělesných. Nakonečný vychází z Breuera (1981) a hovoří o tzv. „řídících genech“, které mají významný vliv na činnost mozku: **„Dědičnost způsobu chování spočívá v první řadě v dědičnosti stavebního plánu mozku.“** [31, s. 17] I zde však významnou úlohu v konečném obrazu osobnosti sehrává prostředí a v něm pak zejména výchova. Nedostatky v biologické výbavě pak mohou být u člověka kompenzovány životem ve společenských podmínkách, tedy procesem socializace. Ten začíná u člověka v rodině, do níž se jedinec rodí, a pokračuje dál přes skupinu vrstevníků k vlivům společnosti, v níž jedinec žije, pracuje a nakonec i umírá. Vývoj osobnosti probíhá od jednoduchých vrozených adaptačních mechanismů ke komplexním obrazům jednání regulovaným volní kontrolou.

5.3. Osobnostní specifika

Pod pojem osobnostní specifika můžeme zahrnout specifické vlastnosti osobnosti či popisné charakteristiky osobnosti, tedy pojem charakter. Za jádro charakteru bývá někdy označována osobní morálka. Psychologové se v tomto pojetí velmi rozcházejí, jedni hovoří o charakteru jako o osobní morálce, jiní toto pojetí pokládají za velmi úzké a nedostačující pojetí jádra charakteru. Častěji se setkáváme s pojetím charakteru jako se souborem

určitých rysů, charakter je zde jako celek a je tvořen charakterovými vlastnostmi.

Za důležitý aspekt osobnosti je pokládáno prosociální chování – etický aspekt lidského charakteru, který spočívá v přechodu od egocentrismu k alocentrismu. Na prosociální chování a alocentrismus jsou však různé názory, někteří psychologové je pokládají za jiný způsob realizace vlastních cílů, tedy za zvláštní formu egocentrismu, oproti tomu pak stojí pojetí prosociálního chování a alocentrismu jako osvojení si systému společenských hodnot. [31] Nezřídka se setkáváme i s názory, které spojují projevy altruismu s následnou reakcí na potlačení egocentrismu formou trestu. V důsledku toho pak dochází k rozvoji altruismu.

Hovoříme-li o morálních aspektech charakteru, pak se dostáváme k pojmu svědomí. Svědomí je dle Nakonečného „**na sebereflexi založené internalizované morální řízení individuálního chování**“. [31, s. 224] Svědomí nutí jedince k společensky přijatelným vzorcům chování, pokud je jedinec překročí, trestá jej výčitkami. Právě ony základní emoční komponenty svědomí se vytvářejí již v raném dětském věku a na počátku jsou regulovány autoritou. [31]

5.4. Utváření a formování osobnosti všeobecné sestry

Jedna rovina formování a utváření osobnosti všeobecné sestry bude dána procesem vzdělávání a profesionální přípravou sester. Druhá rovina bude vycházet z vlastností osobnosti sestry jako člověka. Člověka s konkrétní osobní minulostí, s individuálním vývojem jedince žijícího v určitém kulturním prostředí. Třetí rovina pak bude dána vlastním výkonem profese sestry a zkušenostmi získanými při výkonu této profese. Všechny tyto tři roviny lze zahrnout do procesu formování a utváření všeobecné sestry a budou se tzv. sčítat. Jejich vliv pak může být kladný, obohacující a vést k profesní úspěšnosti sestry, stejně tak však může být devalvující a negativně se odrazit v utváření a formování osobnosti sestry a může tak vést k selhání v dané profesi.

Když hovoříme o osobnosti sestry, je nutné si uvědomit, že osobnost všeobecné sestry souvisí mimo jiné s pojetím a vývojem osobnosti jako takové. Osobnost se utváří od raného dětského věku v procesu socializace. Proces socializace je celoživotním procesem, a proto i k určitému vývoji neboli formování či jisté modifikaci osobnosti dochází po celý život člověka. O prvních ucelených základech osobnosti hovoříme ve věku mezi druhým

a třetím rokem, kdy dítě začíná používat první osobu já. Nakonečný hovoří o psychologickém pojetí osobnosti, které pojí s filosofií – „osobnost jako psychologický hypotetický konstrukt“, dále o biologické determinaci osobnosti a o sociokulturní determinaci osobnosti v kulturním prostředí. V souvislosti s malým dítětem pak používá pojem tzv. „bazální osobnosti“, která odráží konkrétní situaci dítěte a je utvářena konkrétními zkušenostmi dítěte a pojí se s ní emoce bazální jistoty či nejistoty. Emoce hrají dle Nakonečného v upevňování zkušeností základní úlohu a zkušenosti formují osobnost dítěte. Období mezi 3 a 4 rokem života je jakési rozhodující formativní období, kdy se například vlivem citové deprivace mohou vytvořit nezvratné rysy osobnosti v podobě agresivity, citové lability, sebedoceňování. [31]

Jakési širší základy osobnosti jsou hotovy na počátku dospívání jedince. Někteří autoři jako Benjamin, Ebstein, Belmaker či Nelson se též zabývají vlivem genetiky na osobnostní charakteristiky a interakcí těchto genetických dispozic v kombinaci s vlivy prostředí. [21]

Vývoj osobnosti jedince tedy probíhá do určité míry po celý život, od raného dětského věku, a má několik důležitých vývojových mezníků. Stejně to je s formováním osobnosti sestry, také se jedná o proces, který trvá celou dobu výkonu profese.

5.5. Genderové a rolové charakteristiky

Identita pohlaví neboli rodová identita je to základní, co ovlivňuje vnímání sebe sama a označuje individuální zkušenosti jedince jako muže nebo ženy. Identita vyjadřuje chování a postoje jedinců vůči postavení muže nebo ženy. Psychologické vysvětlení pohlavní identity je proces identifikace, pozorování a kategorizace. Tento proces zahrnuje identifikaci se stejným pohlavím, přijímání a dodržování vhodného chování podle pohlaví. Dále pak kategorizaci činností a postojů podle pohlaví a zpracovávání informací podle pohlaví. Různé teorie mají různá pojetí úlohy muže a ženy ve společnosti. Vliv pohlaví na osobnostní rozdíly mezi muži a ženami se sleduje zejména v oblasti agresivity, vyjadřování a prožívání emocí a intimity, sociálního vlivu, osobního rozvoje a očekávání, sklonu k radosti a smutku a v oblasti kognitivních funkcí. [21]

Význam rolí a úloha pohlaví mají stále významné místo ve společnosti a i v profesním uplatnění. Mnoho psychologických teorií hovoří o rozdílnosti pohlaví v širokém kulturním rámci. Velké rozdíly mezi pohlavími jsou pak mezi muži a ženami v neindustriálních

společnostech. Na začátku lze vyjít z antropologických studií, které hovoří o rozdělení prací mezi mužem a ženou. Další rozdíl se pak týká mužské síly a chování. Řada psychologických teorií hovoří také o sociální perspektivě a ta úzce souvisí se sociálním kontextem a vyspělostí společnosti. Jsou například aktivity, které jsou napříč společnostmi pokládány za ryze mužské, jako lov velkých vodních tvorů, tavení rudy, práce s kovem, zpracovávání dřeva, lov velkých zvířat, práce se dřevem, práce v lese, výroba hudebních nástrojů, chytání do pastí, stavění lodí, práce s kamenem, opracovávání kostí a rohů, těžba a dobývání, řeznictví, sbírání divokého medu, odklízení půdy, rybaření, chování velkých zvířat, stavění domů, příprava půdy, výroba sítí, výroba lan a šňůr. Dále pak jsou aktivity společné, které se mohou vyskytovat jak u mužů, tak u žen, a to jsou – zakládání ohně, tělesné poškozování/týrání, opracovávání kůže, chování malých zvířat, vysazování plodin, výroba kožených produktů, sklizeň, obdělávání plodin, dojení zvířat, výroba košů, nošení břemen, výroba rohoží, péče o malá zvířata, konzervování masa a ryb, výroba tkanin, chov malých vodních tvorů, výroba šatů, hrnčířství. A pak jsou aktivity, které jsou pokládány za ryze ženské, jako je obstarávání paliva, příprava nápojů, sbírání divokých rostlin, výroba mléčných produktů, předení, praní, přinášení vody, vaření, příprava rostlinných potravin. Napříč kulturami je rozdíl v tom, zda péče o děti je mužská či ženská aktivita, třebaže hlavní mužská role je stále ještě častěji v ekonomickém zajištění rodiny a hlavní ženská role v péči o domov. Dominance mužské role, tzv. patriarchát, není univerzální v lidské společnosti a jsou i společnosti, které jsou matriarchální a řídicí úlohu v nich má žena. Whyte v roce 1978 našel 52 indikátorů rozdílů mezi pohlavími. V 67 % kultur byli ve Whyte indikátorech muži pokládáni za dominantnější než jejich ženy, přibližně ve 30 % byla shledána rovnováha v dominanci mezi mužem a ženou a pouze ve 3 % byly ženy pokládány za dominantnější než jejich muži. Role žen a mužů v industriální a postindustriální společnosti se mění. Vzrostl počet pracujících žen, žen studujících a počet žen majících vysokoškolské vzdělání dokonce překročil v USA a některých dalších zemích světa počet mužů. Třebaže vzrostl též počet mužů pečujících o děti, zapojení mužů do dalších domácích prací je méně časté. Změnila se dělba práce a pohled na to, co je mužský a ženský vzorec chování. Ženská pracovní pozice se přiblížila mužské. A ženské rizikové chování se přiblížilo též mužskému. Ženské vnímání své vlastní asertivity, dominance a síly vzrostlo a přiblížilo se mužskému. Přes všechny změny však stále přetrvávají patriarchální vlivy a ženy mají stále oproti mužům obtížnější možnost dostat se na silné a vlivné pozice. I přesto je mužské a ženské chování dostatečně tvárné a obě pohlaví mají potenciál pro role ve všech rovinách. To ukazuje na značnou variabilitu,

která byla nalezena v činnostech mužů a žen v různých společnostech. [32]

5.5.1. Genderové a rolové charakteristiky v sesterské profesi

Profese všeobecné sestry, mužská alternativa je všeobecný ošetřovatel, je i dnes jednou z těch nejfrekventovanější zastoupených ženami. V Čechách pracuje v profesi všeobecného ošetřovatele něco mezi 3 až 5 % mužů, ale údaje o tomto počtu se rozcházejí. Dle posledních dostupných informací z roku 2013, podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, pracovalo na pozici všeobecné sestry (zahrnující i porodní asistentky) v roce 2013 celkem 83 129 osob a z toho bylo 1858 mužů, tedy něco kolem 2,2 %. [33] Novější data nejsou v České republice k dispozici, neboť databáze Ústavu zdravotnických informací prochází velkou úpravou a znovu funkční bude až na jaře 2018. Data z registru Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů nejsou též k dispozici, neboť je jeho činnost k 1. 9. 2017 pozastavena ve vazbě na poslední novelu zákona č. 96/2004 Sb., jedná se o novelu 201/2017, platnou od 1. 9. 2017.

V ostatních zemích světa pracuje na pozici všeobecného ošetřovatele velmi různé procento mužů, např. v USA pracuje v této profesi kolem 10 % mužů. V USA pracovalo v roce 2011 celkem 3,5 milionu sester, z toho bylo okolo 3,2 milionu žen a 330 000 mužů. Z celkového počtu sester bylo 78 % registrovaných sester, 19 % sester s licenci praktické sestry a s licenci odborné sestry, 3 % byly praktikující sestry a 1 % byly anesteziologické sestry. V roce 1970 pracovalo v USA v sesterské profesi 6 % mužů a v roce 2011 už 9,6 % mužů. Registrovaných všeobecných ošetřovatelů praktikujících sesterskou profesi v USA jako sestru s licenci praktické sestry a s licenci odborné sestry bylo v roce 2011 celkem 8,1 %. Nejvíce mužů v sesterské profesi v USA v roce 2011 pracovalo v profesi anesteziologické sestry, bylo to něco kolem 41 % z celkového počtu všech pracujících všeobecných ošetřovatelů (mužských sester). Stále však trvá nedostatek sester a je zde tedy snaha získat více sester a též všeobecných ošetřovatelů, tedy mužů, do řad sester. V minulých dekádách bylo v USA mnoho právních překážek, které neumožňovaly mužům pracovat a vzdělávat se na tomto poli a připravovat se na profesi všeobecného ošetřovatele. Poptávka v praxi však vedla k tomu, že Nejvyšší soud USA vystoupil proti a stát v roce 1981 podpořil školy připravující sestry muže (všeobecné ošetřovatele). V roce 2010 bylo prokázáno, že počet mužů v této profesi vzrostl. Muži jsou v této profesi více vyhledáváni a i lépe placeni. [34]

V Kanadě v roce 2006 pracovalo v sesterské profesi jako registrovaná sestra muž (všeobecný ošetřovatel) 5,6 % mužů, kolem 10 % mužů pak bylo v této profesi uvedeno v Austrálii, Anglii, Maďarsku, Mexiku, Skotsku a Thajsku. Přibližně 20 % činili muži v sesterské profesi v Itálii, Španělsku a Portugalsku, 25 % na Filipínách a 50 % ve frankofonní části Afriky. [35]

Clow, Ricciardelli a Bartfay připomínají, že mnoho lidí si neuvědomuje, že ještě před Florence Nightingalovou bylo v sesterské profesi pravidelně zaměstnáváno mnoho mužů v tehdejších „vojenských nemocnicích“. A právě s příchodem Florence Nightingalové došlo k velké změně, neboť ona sama sebe pokládala za reformátorku ošetřovatelství. Clow, Ricciardelli a Bartfay uvádějí, že právě Florence Nightingalová vynaložila veškeré úsilí, aby sebrala ošetřovatelství z rukou mužů a vložila ho do rukou žen a učinila je zde odpovědné za vše. [35]

Prezidentka České asociace sester (ČAS) Martina Šochmanová se domnívá, že nedostatek mužů v této profesi může být zapříčiněn výsledkem genderových rolí a stereotypů, podle ní v Čechách panuje názor, že všeobecná sestra je ryze ženská profese, a společnost vnímá ženu jako více empatickou, pečující s vyšší mírou altruismu, muži pak jsou přisuzovány charakteristiky, jako je bojovnost, agresivnost a jiné. Dle Šochmanové se jedná o předsudky, které je potřeba odstranit, a je třeba získat více mužů pro tuto profesi, jako tomu bylo ve světové historii. [36]

Clow, Ricciardelli a Bartfay tvrdí, že bariéry pro mužské zastoupení v sesterské profesi vytváří i vzdělávání, že se jedná o jakousi „sociální izolaci“, neboť je zde neochota diskutovat o genderových rozdílech v poskytování péče v oblasti zejména fyzických možností mužů a žen, dále zmiňují sexismus v tom smyslu, že většina cvičení a učebních textů je zaměřena na ženské pohlaví u sesterské profese. Učební texty a sesterské programy dle nich ignorují historickou úlohu mužů v této profesi a zobrazují pouze ženu jako sestru. Též média, pokud zobrazují muže jako sestru (všeobecného ošetřovatele), činí tak v kontextu sociální či sexuální deviantnosti. A mnoho těchto bariér může vycházet dle nich i z genderových stereotypů a z předsudků. Clow, Ricciardelli a Bartfay se domnívají, že právě snížení genderových předsudků by podnítilo a zvýšilo nábor a udržení mužů v této profesi. [35]

Clow, Ricciardelli a Bartfay upozorňují též na to, že mezinárodní výzkumy napříč národy ukázaly, že lidé očekávají sestru ženu, a pokud je sestrou muž (všeobecný ošetrovatel), pokládají ho za majícího ženské vlastnosti a tolerují ho. [35]

Výzkumy ukazují, že existují skutečně předsudky vůči mužům sestrám a jejich kariéra v ošetrovatelství je složitější. Ale jak vzrůstá nábor a počet mužů v sesterské profesi, dochází ke změně genderových stereotypů a sociální role mužů a žen v sesterské profesi se vyrovnává. [35]

Výzkum, který byl proveden ve skupině mužů a žen v profesích sester a policistů, ukázal, že velikost skupiny je důležitějším ukazatelem než její gender a proporcionální rozložení skupiny je důležitější než vliv vnímání známosti ve skupině. Vysoký status skupiny spojuje jedince, zatímco nízký status skupiny vede více k projevení individuality. Ženy se více vnímají jako součást skupiny, zatímco muži více jako soubor individuí ve skupině. Dalším důležitým aspektem pro obě pohlaví v souvislosti s velikostí skupiny je známost ve skupině. Ženy vnímají méně skupinový status a kohezi skupiny než muži. [37]

Práce nemocničních sester je jakýmsi teoretickým klíčem pro rasové dělení pracovních procesů a ukazatelem, jak se práce měnila v čase a jak je tato změna úzce spojena s postavením a druhem dovednosti. Jeden z obvyklých příkladů „ženské práce“ je ošetrování, které bylo pravidelně znehodnocováno a využíváno, a žena zde fungovala jako efektivní pracovní síla. Byly zde velké rozdíly mezi sestrami v postavení, ohodnocení i zacházení. [38]

Pokud hovoříme o sesterské profesi u mužů (všeobecných ošetrovatelů), ukazuje se konflikt mezi prací a rodinnými vztahy o standardní odchylku nižší, než je tomu u mužů inženýrů. Muži (všeobecní ošetrovatelé), kteří pocíťovali menší konflikt mezi prací a rodinnými vztahy, též dosahovali vyšší pracovní spokojenosti. Pracovní spokojenost, životní spokojenost a podobnost pracovních překážek se u mužů (všeobecných ošetrovatelů) neliší od jiných skupin dospělých mužů. Byla též prokázána nižší pracovní bariéra související s pohlavím u této méně tradiční mužské profese. Naopak muži (všeobecní ošetrovatelé), kteří popisovali větší konflikt mezi prací a rodinným životem, pak dosahovali nižší spokojenosti se svými pracovními dovednostmi. Pokud měli menší podporu od svých rodin, dosahovali vyšších pracovních bariér spojených s pohlavím v této

profesi. Všeobecní ošetřovatelé, kteří dostali sociální oporu od druhých, vnímali menší množství genderových bariér na pracovišti a to vedlo k větší spokojenosti s vlastním životem. [39]

Muži, kteří pracují v profesích, které jsou pokládány za primárně ženské, mohou čelit potencionálním konfliktům z tzv. očekávání společnosti. Lidé věří, že muž by měl být dominantní, nezávislý, agresivní. Naopak v profesi převážně zastoupené ženami se očekávají společenské dovednosti jako být milý, hodný, pečující, pomáhající, zajímaví se o ostatní. Wallen, Mor a Devine uvádějí, že například muž všeobecný ošetřovatel má dvě identity, které se mohou propojovat a kombinovat – muž a profesionál sestry (všeobecný ošetřovatel) a on je může používat více či méně propojené. Jestliže muž přijme své pohlaví a profesionální roli jako nedostatečně propojené, může si myslet, že být sestrou (všeobecným ošetřovatelem) zahrnuje péči, soucit, laskavost, ale být mužem to nezahrnuje, pak nemůže propojit tyto charakteristiky. Stejný problém může nastat v profesích, které jsou primárně mužské a vykonávají je ženy. Identifikace s profesí významně ovlivňuje uspokojení z práce a přístup k práci. Naopak identifikaci s profesí významně ovlivňuje její prestiž. Výsledky výzkumu ukazují, že překrývání profesionální role a identity souvisí s emoční angažovaností. [40]

6. VLASTNOSTI OSOBNOSTI

Homola užívá shodně pojmu vlastnost a rys osobnosti. Guilford na podkladě faktorové analýzy chápe osobnost individua jako jedinečný soubor jeho vlastností. O vlastnosti osobnosti pak hovoří jako o relativně trvalém způsobu, jímž se jedno individuum odlišuje od druhého. Když hovoříme o vlastnostech osobnosti, hovoříme o výsledku působení všech determinant a ty působí jako vzájemně se ovlivňující celek. Jednotlivé osobnostní vlastnosti podléhají různé kombinaci determinant, jako je prostředí (sociální prostředí kultury, učení, výchova a sebevýchova) a dědičnost. Působení jednotlivých determinant na hotové vlastnosti však lze jen obtížně zjistit. Když hovoříme o souboru vlastností osobnosti, užíváme pojmu charakter. [41]

Nakonečný též užívá shodně pojmů vlastnosti a rysy a zabývá se otázkou existence obecných a specifických vlastností osobnosti. Dochází k tomu, že vzácně existují obecné vlastnosti osobnosti, jako je například čestnost. Zmiňuje zde i Allportovo pojetí společných a individuálních rysů, přičemž společné rysy se vyskytují u každého a individuální rysy jen u určitých osob jako interindividuálně různé vlastnosti. Ale společné vlastnosti mohou být u různých jedinců zastoupeny v různé intenzitě (např. agresivita). Allport chápe rysy jako „mentální struktury“ nebo také jako „neuropsychické dispozice“, reprezentující určitý úsek/část osobnosti. [31]

Vlastnosti osobnosti souvisí s obrazem sebe sama a s motivací. Gillernová, Hermochová a Šubrt hovoří ve vazbě na osobnost učitele též o „reflexivních vlastnostech osobnosti“, které se dle nich projevují milým, laskavým, přátelským a podporujícím chováním, kdy je učitel citlivý k potřebám svých žáků. Gillernová, Hermochová a Šubrt zde hovoří i o „temperamentově-charakterových vlastnostech osobnosti“ a potřebě vysoké integrity osobnosti, která se projevuje emoční stabilitou v podobě vyrovnané, jednoznačné a převážně kladné odezvy učitele na žáky a ta vytváří pocit bezpečí a jistoty. [42, s. 27] Stejných vlastností je potřeba i u všeobecných sester, jejich práce je stejně náročná, křehká a hluboce působící na jedince, jako je práce učitele.

6.1. Speciální vlastnosti osobnosti všeobecné sestry

Když hovoříme o všeobecných sestřích a jejich vlastnostech osobnosti, nevyhneme se

pojmu speciální ve smyslu důležité pro tu konkrétní profesi a činnosti s ní spojené. Je to profese, která obsahuje vlastnosti osobnosti, které se projevují v podobě stabilní a klidné reakce. Tyto vlastnosti se pojí se znalostí sebe sama a jsou pozorovatelné v podobě určitých sociálních dovedností, spojených s uměním pomoci druhým.

7. SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI

Setkáváme se s celou řadou definic sociálních dovedností. Je nesporná provázanost sociálních dovedností s problematikou emoční inteligence. [43]

Historicky jsou sociální dovednosti vyhodnoceny ze dvou perspektiv, v první perspektivě jako osobnostní charakteristiky, tento pohled je podpořen vědeckým a pojmovým propojením mezi sociálními dovednostmi a individuálními rozdíly osobnosti, jako je empatie a extraverte. Naopak molekulární model povyšuje sociální dovednost na specifické situační chování, které může být změněno v průběhu pozorování, protože sociální dovednost je částečně naučené a používané hraní důležité role, ovlivněné faktory prostředí. [44]

Problematika sociálních dovedností sehrává důležitou úlohu v profesích, oborech a oblastech, které jsou zaměřené na lidské konání a jednání a mají velký dopad na další život jedince. S pojmem sociální dovednosti se poprvé setkáváme u Argyla (social skills), který zdůrazňuje též jejich analogii s psychomotorickými dovednostmi. Hovoří o tom, že směřují k určitému konci a zahrnují výsledek či cíl. Dochází zde k určitému selektivnímu vnímání podnětů tvůrcem. Argyl hledá konkrétní informaci v prostředí, které se s dovednostmi pojí. Informace zde získané pak převede do vhodných činností. Celý proces je pak účinnější a přichází automaticky. Hovoříme o jakési hnací síle či proudění činností. Sociální dovednosti se též projevují v tělesném pohybu – jak se člověk pohybuje. Objevuje se zde i zpětná vazba a korektivní činnost. Průběh každé činnosti nabízí další informace, které umožňují úpravu činnosti, a tak zvýšení její efektivity. Načasování činnosti je důležité pro její účinnost. Jednotlivé kroky utváření reakcí je nutné řídit opatrně, aby byly vhodné. Zde pak není těžké vidět, že sociální dovednosti lze získat v podstatě podobným způsobem jako psychomotorické dovednosti a právě zde je několik důležitých momentů, jak se lze sociálním dovednostem naučit [45].

Argylův model sociálních dovedností byl založen na předpokladech, že interaktory hledají cíle, které se skládají z požadovaných reakcí ze strany ostatních, a že jeden společenský čin vede k jinému a že sociální chování spočívá v jisté škále verbálních a neverbálních signálů. Argylův model má značný dopad v oblasti sociálního chování. [46]

V pojetí českých a slovenských autorů se můžeme s termínem social skills setkat také v podobě překladu – pro sociální dovednost tak existují různé termíny jako „zručnost“ u Jurčové, Nakonečný hovoří o „sociální obratnosti“ a Orosová o „sociální způsobilosti“.

[47]

Sociální dovednosti ve škole definují autorky Gillernová, Krejčová a kol. následujícím způsobem: „Obecně lze sociální dovednosti vymezit jako učením získané předpoklady pro adekvátní sociální interakce a komunikaci. Sociální dovednosti, sociální inteligence, emoční inteligence jsou pojmy, které vyjadřují část schopností a dovedností jedince pro psychologicky přiměřené poznávání a ovládání sebe samého a jednání s ostatními lidmi, vyjadřují sociální obratnost v interpersonálních vztazích.“ [48, s. 32]

Můžeme tedy o sociálních dovednostech hovořit jako o určitém souboru předpokladů k jednání či odborné způsobilosti jednat v náročných sociálních situacích. Sociální dovednosti mohou být definovány jako reakce zaměřené na cíl, které jsou vzájemně propojenými sociálními reakcemi, je možné se je naučit a jedinec je může kontrolovat. [48]

Sociální dovednosti jsou stavební základ pro sociální interakci a je možné se jim učit v mnoha oblastech života. Můžeme se setkat i s definicí sociálních dovedností podle Smékala, který na ně nahlíží jako na součást sociální kompetence, jako na její dílčí část.

[48]

Kohoutek ve svých přednáškách a textech uchopuje sociální dovednosti jako předpoklad funkčních mezilidských vztahů, jako dobrou sociální adaptaci a schopnost porozumět sobě i druhým, jako podmínku pro dobré fungování ve skupině, schopnost řešit problémy a komunikovat. Kohoutek často spojuje sociální dovednosti se sociální komunikací. [49]

Burke definuje sociální dovednosti jako dovednosti zaměřené na úspěšné interakce mezi lidmi, jako nástroj řízení, vedení a fungování obecně a postrádá jejich dostatečné zastoupení v procesu edukace. Burke také sociální dovednosti rozděluje z pohledu jejich užití v procesu edukace a dělí je do čtyř skupin, kterými jsou:

- „základní interakce,
- komunikační dovednosti,
- řešení konfliktů,

- dovednosti související s budováním týmu.“ [50]

Riggio hovoří o sociálních dovednostech jako o modelu dyadické komunikace, tedy o neverbálních komunikačních dovednostech a verbálních komunikačních dovednostech. Neverbální dovednosti pokládá za základ emoční inteligence, a když hovoří o emočních neverbálních dovednostech, dělí je na emoční vyjadřování, emoční vnímání a emoční kontrolu. Vysvětluje zde, že komunikace emocí je primárně neverbální a polovina modelu sociálních dovedností je tvořena dovednostmi v emoční – neverbální komunikaci. Když hovoří o sociálních verbálních dovednostech, dělí je na sociální vyjadřování, sociální vnímání a sociální kontrolu. Těchto šest výše uvedených částí modelu dyadické komunikace pokládá za inventář sociálních dovedností. Emoční vyjadřování nazývá klíčovým elementem osobního charismatu. Emoční vnímání je podle Riggia schopnost číst emoce a pocity druhých lidí a popisuje je jako empatii. Hovoří též o tom, že extrémní emoční vnímání přináší problémy. Emoční kontrola je schopnost kontrolovat neverbální a emoční projev. Emoční kontrola se pak dle Riggia skládá z interpersonální a intrapersonální kontroly. Emoční kontrola v modelu sociálních dovedností je především o interpersonální regulaci zobrazování emočních zpráv a signálů. Druhou část modelu sociálních dovedností tvoří sociálně-kognitivní komunikační dovednosti. Tyto dovednosti zahrnují verbální komunikaci v odesílání, přijímání a regulaci verbálních zpráv, ale též zahrnují schopnost číst sociální situace, a navíc i scénář a regulaci vlastního sociálního chování. Souhrnně jsou tyto dovednosti pokládány za reprezentanty sociální kompetence nebo sociální inteligence. Patří mezi ně sociální vyjadřování, které odpovídá podle Riggia schopnosti hovořit spontánně a zapojit druhé do sociální interakce. Dále pak sociální vnímání, které zahrnuje porozumění verbálnímu sdělení a jemným rozdílkům ve verbální komunikaci, dále je to schopnost pochopit sociální situace a znalost sociálních norem a scénářů. Riggio hovoří o individuálním monitoringu projevů v sociálních situacích a rozpoznání, co je vhodné a taktní. Upozorňuje též na to, že příliš mnoho sociálního vnímání může být problematické a vede k nedostatečnému sebevědomí, k tendenci příliš analyzovat sociální situace a přílišné kritice vlastního sociálního chování a výsledkem zde může být korelace se sociální úzkostí. Poslední dimenzí je sociální kontrola, kterou nazývá jakousi sofistikovanou dovedností v hraní sociálních rolí. Inventář sociálních dovedností tedy ukazuje na variabilitu sociálních dovedností. Riggio též vymezuje index rovnováhy, který je kombinací nízké a vysoké dimenze dovedností, které mohou být problematické. Souhrnné skóre inventáře sociálních dovedností pak poskytuje

ucelený obraz emoční a sociální kompetence a ten pozitivně koreluje s efektivním zahájením interakce a negativně koreluje s osamělostí, plachostí a maladaptací. [51]

Sociální kontrola významně koreluje s „Big Five“ faktory osobnosti (extraverze, spokojenost, svědomitost, emoční stabilita, otevřenost zkušenostem). Ty poskytují souhrnný soubor charakteristik, které jsou spojeny s pohledem na sebe sama. Sociální kontrola pozitivně koreluje s extravertí, otevřeností pro zkušenosti, spokojeností a svědomitostí a negativně koreluje s neuroticizmem. Z hlediska obrazu vnímání osobnosti by tedy jednotlivci s relativně vyšším skórem sociální kontroly byli popsáni jako společenšší, přátelšší, emocionálně stabilní a přizpůsobiví různorodému společenskému prostředí. [52]

7.1. Rozdíl mezi sociálními a interpersonálními dovednostmi

Sociální dovednosti jsou v pojetí mnoha autorů chápány jako nadřazená skupina interpersonálních dovedností a základ interpersonálních vztahů. U některých autorů se setkáváme s interpersonálními dovednostmi začleněnými pod pojem sociálních dovedností automaticky, a to bez hlubšího vysvětlení. Pojem sociální dovednosti je zde pak užít jako nadřazený a interpersonální dovednosti jsou do něj přidány jako jeho součást. Tito autoři považují interpersonální dovednosti za schopnost angažování se ve všech aspektech života. Vysvětlují časté slučování pojmů komunikace a jazyk a vysvětlují jejich odlišnost. Podle nich nemusíme hovořit konkrétním jazykem, a přesto můžeme být schopni se domluvit. Walker, Payne, Jarrett a Ley hovoří o tom, že špatné sociální dovednosti jsou předpokladem vedoucím k izolaci a ta pak přispívá k duševním problémům. [53]

Definování sociálních dovedností vytváří obvykle širší výčet dovedností a ten je pak často vytvořen pro určitou specifickou oblast činnosti lidského života či pro určitou profesi, kdežto při definování interpersonálních dovedností se často setkáváme s obsáhlým seznamem nahlížejícím na dovednosti více konkrétně a pouze z úhlu lidské interakce a komunikace.

Gillernová a Krejčová definují například velmi pečlivě profesní dovednosti učitele. [48] Sociální dovednosti jsou obvykle definovány širěji, třebaže je jejich definování někdy vágnější. Sociální dovednosti zahrnují více obrazů než interakční dovednosti. Sociální dovednosti zahrnují způsob interakce, ale také obrazy chování, které nejsou jen

komunikačními dovednostmi, ale i jakými základními kameny či stavebními bloky, které usnadňují interpersonální komunikaci. Můžeme tedy skutečně nahlížet na interpersonální dovednosti jako na podmnožinu dovedností sociálních.

7.2. Roviny sociálních dovedností

Efektivnost sociálních dovedností spočívá v tom, že víme kdy, kde, jak a které sociální dovednosti použít a kdy je ukončit. Pokud přijmeme sociální dovednosti jako soubor technik a postupů, pak mohou být velmi nepřírozené a vést k neúspěchu či selhání.

První rovinou osvojování si sociálních dovedností je získání určitých informací o sociálních dovednostech. Získání informací, které směřují k určitým jednotlivým krokům, vede k určitým cílům, kterých chceme sociálními dovednostmi dosáhnout. Druhou rovinou osvojování si sociálních dovedností je vlastní praktický nácvik sociálních dovedností. Je nutné si též uvědomit, že reálné životní situace jen málokdy odpovídají předem připraveným či známým postupům z procesu nácviku osvojování sociálních dovedností. Nikdy se tedy nepřipravíme na nic zcela plně, aby nás nic nepřekvapilo. Nácvik sociálních dovedností může být náročný v počátku, vyžadovat určitou iniciativu, ale následně se sociální dovednosti mohou stát v podobě konstantního užívání součástí určitého praktického repertoáru.

Všeobecné sestry například uvádějí, že je nutné myslet i na to, že užití sociálních dovedností může být časově náročné. Přestože je užití sociálních dovedností náročné, snižuje zátěž právě tím, že usnadňuje ošetrovatelskou péči a je prevencí k problémům plicím se s nenaplněním sociálních a emocionálních potřeb. Nenaplněné sociální a emocionální potřeby zde mohou vést například k suicidálním pokusům, poruchám pozornosti, nespolečnosti v podobě maladaptivního chování, naučené bezmoci, agresivitě, úzkosti a beznadějí a některé problémy pak mohou vést až ke ztrátě sociálních a emocionálních potřeb. [45]

Sociální dovednosti a možnost jejich použití souvisí s určitým poznáním situace a prostředí, ve kterých mají být použity. Schopnost objektivního rozpoznání osobních potřeb a problémů je jedním ze základních předpokladů vhodného použití sociálních dovedností. Budeme-li hovořit o použití sociálních dovedností v našich podmínkách, pak jde o použití sociálních dovedností jako součásti péče o pacienta. To vyžaduje schopnost

definovat lidské funkce z pohledu bio-psycho-sociálního přístupu ke klientovi/pacientovi.

7.3. Sociální inteligence, sociální kompetence a sociální dovednosti

Všechny tři výše uvedené pojmy jsou propojeny, vzájemně spolu souvisí a formují se a ovlivňují navzájem.

Sociální inteligence, můžeme o ní hovořit jako o určitém vhodném předpokladu či vhodném vzorci chování, které směřují k úspěchu v určité sociální situaci či vztahu. Guilford nazývá sociální inteligenci behaviorální kognicí. Poprvé byla sociální inteligence popsána Thorndikem v roce 1920, kdy byla chápána jako důležitá součást výkonové struktury. Thorndike ji nazval přímo termínem „výkonový konstrukt“. Jejím obsahem je schopnost porozumění lidem, schopnost na ně reagovat, dokázat s nimi jednat a řídit je, moudře jednat v mezilidských vztazích. Právě porozumění emocím a jejich řízení představují důležitou součást sociální inteligence. V posledních letech je pojem sociální inteligence spojován s pojmy jako sociální kognice, sociální výkonnost, sociální dovednosti a sociální schopnosti. [43]

Sociální inteligence souvisí velmi významně i s řešením problémů – právě zde jsou důležité znalosti a myšlení. Důležitá část sociálních dovedností se nazývá „porozumění“. Jde o způsob použití zpětné vazby, informace, která ovlivňuje chování. Příkladem může být situace, kdy ostatní již nehovoří víc a stávají se hostilními či demonstrují nějaké jiné, další problémy. Vědět, co s nimi v tu chvíli můžeme udělat. Vědět, jak si s tím poradíme. [54]

Sociální inteligence je tedy bazálnější strukturou související s inteligencí v obecnějším pojetí a sociální kompetence je určitou nadstavbou, která se jasně manifestuje v chování. [55] Zde bychom si dovolili dodat, že právě součástí obsahu chování jsou sociální dovednosti.

Block se zabývá otázkou IQ versus emoční inteligence a hovoří spíše o konceptu „odolnosti ega“ než o emoční inteligenci. Hlavní komponentou je zde emoční seberegulace a řízení impulzů, hodnota sebe sama a sociální inteligence. Odtud jsou základní prvky emoční inteligence a odolnost ega může být chápána jako náhradní měření emoční inteligence. [56]

Interpersonální situace zažíváme každodenně a právě charakteristiky důležité pro detekci a interpretování určitého typu chování jsou označovány pojmem sociální inteligence a sociální kognice. [55]

Někteří autoři nemají shodný pohled na definici a odlišení pojmů. Dostáváme se tak ke dvěma základním přístupům studia sociální inteligence – psychometrickému přístupu a osobnostnímu přístupu sociální inteligence. Psychometrický přístup ukazuje na to, jak faktorovou analýzou bylo odhaleno sedm dimenzí sociální inteligence – kompetence (pojmů je zde užíváno ve shodě): „extraverze, vřelost, sociální vliv, sociální vhled, sociální vnímavost, sociální přiměřenost a sociální přizpůsobení“. [55]

Osobnostní přístup je pak jakousi alternativou k psychometrickému přístupu a zahrnuje dvě výrazné kategorie: „deklarativní poznatky“, pojící se s konkrétními událostmi a prožitky, a „procedurální poznatky“, které zahrnují pravidla a způsoby, jimiž člověk zpracovává právě ony deklarativní poznatky. [55, s. 202]

Sociální kompetence – zabýváme-li se sociální kompetencí, pak nám vyvstávají tři základní obsahy: „ukazatelé, kritéria, zdroje informací“. [55] S ohledem na práce dalších autorů „lze sociální kompetenci definovat jako kapacitu jedince ke kognitivně-afektivně-behaviorálnímu manažerování chování ve směru dosažení osobních/sociálních cílů“. [55, s. 206] Hovoříme-li tedy o sociální kompetenci, pak hovoříme o jakémsi vhodném modelu vzorců chování, které užijeme v určitém sledu na cestě za nějakým cílem.

7.4. Sociální dovednosti versus struktura osobnosti, jejich místo v procesu socializace

Když hovoříme o struktuře osobnosti, vybaví se nám proces utváření a formování osobnosti. Ten však nemůže probíhat bez života ve společnosti, tedy bez procesu socializace jedince. K procesu socializace jedince začíná docházet bezprostředně po jeho narození a trvá po celý lidský život.

Obsahem **socializace** je přijetí určitých rolí a norem. Procesy socializace nepůsobí odděleně, v jednu dobu probíhají na různých úrovních, v různých prostředích. Pro úspěšné žití ve společnosti je nutné si osvojit vlastnosti a dovednosti, které preferuje daná společnost. Proces socializace probíhá jednak v procesech učení, jednak působením regulačních činitelů socializace – jako jsou na počátku rodina, pak škola a vrstevnické

skupiny, následně práce, organizace a masmédiá.

Formování osobnosti v procesu socializace utváří sociální dovednosti jedince a je zde pravděpodobně přímá úměrnost mezi úspěšným procesem socializace a osvojováním si sociálních dovedností. Lze předpokládat, že při úspěšném procesu socializace, vlivem procesů učení a regulačních mechanismů, dochází k osvojování nových informací, praktických dovedností a návyků a ty se spolupodílejí na rozvoji sociálních dovedností. Sociální dovednosti jsou definovány, v jedné z mnoha definic, jako úspěšné fungování v sociálních vztazích. Proces socializace, probíhá-li dobře, je určitým vývojem osvojování si všeho, co bude společnost od jedince postupně vyžadovat a na co od něj bude požadovat adekvátní reakce.

Sociální dovednosti se utvářejí působením vnějších a vnitřních vlivů v procesu socializace na sociální schopnosti (individuální charakteristiky jedince). Gillernová a Krejčová hovoří o třech úrovních předpokladů sociálních dovedností: „bytí a prožívání, komunikace a interakce a vztahy“. [48] Když hovoříme o úrovních předpokladů k užití sociálních dovedností, pak přicházíme přímo k jejich projevům, které mají podobu vztahů, seberegulace, vzdělávání a osvojování si informací, kooperace a interakce s druhými lidmi.

7.5. Utváření a vývoj sociálních dovedností

Sociální dovednosti souvisí s procesy učení a formování jedince a vznikají právě v průběhu procesu socializace. Jsou velké individuální rozdíly mezi jedinci v osvojování a zvládnutí sociálních dovedností. Sociální dovednosti obvykle nasedají na sociální schopnosti, které jsou charakteristikami každého jedince a jsou předpokladem k vytvoření sociálních dovedností, které mají více praktický ráz.

Sociální dovednosti se však dají dle mnoha autorů rozvíjet a prohlubovat, souvisí se sociální inteligencí a sociální kompetencí, zde jistě je přímá úměrnost jejich nárůstu a rozvoje. Proces rozvoje sociálních dovedností popisuje French od počátečního pozorování a uvědomování si sebe sama přes analýzu lidského chování k analýze lidské komunikace a nalézání nedostatků v lidské komunikaci. Dalšími kroky pak jsou sebereprezentace či uchopení sebe sama a uzavření či otevření se ve smyslu hranic k otevřenosti a spolupráci na straně jedné a na straně druhé až k hranici limitu – zde je to moje, dál už nikdo nemůže, dál nikoho nepustím. Od toho se pak odvíjejí další kroky, a to

v podobě vysílání zpráv prostřednictvím užívání jazykových dovedností, od čtení a následně až k psaní a sdělování a také k přijímání zpráv prostřednictvím dovednosti účasti – zaměřené pozornosti a naslouchání. To vše výše uvedené pak ústí v zrcadlení – reflektování, parafrázování – převyprávění a shrnutí. Od toho se pak následně odvíjí identifikace – utváření osobních cílů a vyhodnocení osobních potřeb a problémů, poskytování zpětné vazby a utváření a vznik otázek. Vzniklé otázky pak ovlivňují vysvětlení, pochopení, a tedy také konverzaci, která zahrnuje vědomí bytí a čistý respekt na straně jedné, na straně druhé pak citlivou empatickou reakci a podporu. Utváření osobních cílů a vyhodnocení osobních potřeb a problémů následně vede k utváření nových scénářů, ty pak zahrnují empatické porozumění a konkrétní bezprostřední náročné návrhy. Toto všechno pak směřuje k využití správných technik k motivaci jiných v podobě jejich uklidnění a vedení skupiny. Vyvrcholením celého procesu je pak obraz v podobě poradenství, řešení agrese, hraní – přehrávání – nácviku, rozhovorů a učení. To vše je označeno jako proces osvojování interpersonálních dovedností a ten je pak modelem pro učení se sociálním dovednostem. [45]

7.6. Utváření a vývoj sociálních dovedností všeobecných sester

Vývoj sociálních dovedností sester začíná tak jako vývoj sociálních dovedností všech ostatních lidí, a to v raném dětském věku, a pokračuje přes dospívání až do dospělosti. Sociální dovednosti však jsou jakousi živou vrstvou v prožívání a chování jedince a formují se vlastně celý život.

Frenchovo pojetí dovedností je optimistické, říká, že každý člověk má potenciál zlepšovat své dovednosti potřebné pro interpersonální vztah. French pokládá sociální dovednosti za podstatné dovednosti pro interpersonální vztah, věnuje se sociálním dovednostem konkrétněji, tak jak i nás zajímají, a to z pohledu všeobecné sestry, a vnímá je jako součást obrazu kvality práce všeobecné sestry. Současně říká, že je možné se sociálním dovednostem naučit, tak jako je možné se naučit i jiným dovednostem. [45]

Sommer hovoří vlastně také o sociálních dovednostech, jen je nenazývá sociálními dovednostmi, ale „soft skills“ a jejich pojetí je širší a zahrnuje i určité aspekty technického rázu. Právě tyto „měkké dovednosti“ jsou zde definovány v návaznosti na oblast profesionální komunikace, oblast profesionality, oblast informačních technologií, oblast vedení a řízení, oblast péče o sebe. [57]

Kagan a Evans se zabývají otázkou profesionálních interpersonálních dovedností v ošetrovatelství, jejich přístup je jedním z těch, který překračuje teorie a modely komunikace nebo sociálních dovedností. Hovoří o několika rovinách profesionálních interpersonálních dovedností, jako je například já a vědomí sebe sama, sociální chování, sociální percepce, komunikace, schopnost řešení problémů, podpora a schopnost ji nabídnout, poradenství, ujištění, sociální vliv, sociální kontrola. [58]

Já a vědomí sebe sama znamená schopnost zaměřit se na získání pozitivního postoje k sobě sama. V reflexi sebe sama je nutné se popsat s lidským přístupem. Analyzovat odlišné způsoby, kterými jedinec a další lidé popisují sami sebe. Odlišit mezi veřejným já, osobním já, konceptem sebe sama, aktuálním já a ideálním já. Hledat zpětnou vazbu u ostatních lidí, dále pak cvičit se v sebereflexi, a to pomocí psychometrických testů s pozitivním postojem k osobnímu vývoji. Akceptovat existenci skrytých aspektů v sobě a omezení týkající se sebevědomí celkově z psychoanalytického pohledu. Být si vědom toho, že část konceptu obranných mechanismů a analýza snů mohou hrát roli v pohledu na sebe sama. Obraz sebe sama je pak klíčem k interpersonálním, a tedy i sociálním dovednostem. Pokud budeme hovořit o sociálních a interpersonálních dovednostech, musíme se zaobírat sociálním chováním.

Sociální chování má vždy verbální a neverbální stránku projevu. V určitých situacích pak může z nejrůznějších důvodů jedna stránka převážit nad druhou a být výraznější. Občas se může stát i to, že neverbální a verbální projevy chování budou v nesouladu, tam pak bude hrát významnou roli situace, v níž se vyskytnou, a prostředí, respektive společnost a způsob, jakým společnost daný typ chování vysvětluje. Výsledek sociálního chování souvisí s očekáváním a kulturním prostředím, ve kterém se sociální chování vyskytlo. Zvyky jsou naučené, obsahují určitá sdělení a jejich změna je obtížná. Dominance projevu sociálního chování spočívá právě v nonverbálním chování. Zde se skrytě projevuje význam sdělení. [58]

Sociální percepce znamená, že sociální a interpersonální dovednosti nesouvisí pouze s tím, co a jak říkáme a děláme, ale i jak pozorujeme, co říkají a dělají druzí, a jak si to vysvětlujeme. Tak jak jdeme životem, utváříme si určitá schémata – obrazy sebe, druhých, způsobu života, které pak velmi významně ovlivňují, co a jak vnímáme. První fixace jakéhosi schématu či způsobu vnímání chování a jednání je velmi pevná, ne snadno

změnitelná a je zde velké riziko „haló efektu“. Počáteční úsudek často vzniká v rovině osobní důležitosti. [58]

Komunikaci lze pokládat za základní kámen sociálních dovedností. Komunikace je předpokladem interakce a projevení se, ale i tzv. „neprojevení se“. Komunikace podává informace o situaci a daném jedinci, má složku verbální – řečovou a neverbální, vyplývající z pohybu, tedy řeči těla. Hovoříme-li o sociálních dovednostech, máme na mysli praktickou či projevenou aktivitu. Komunikace je vlastně jakousi součástí každé sociální dovednosti. Komunikace je sama o sobě sociální dovedností anebo sociální dovednost provází. Budeme-li se zabývat například sociální dovedností jako psychomotorickou dovedností, napadne nás dotek. Vybaví se nám následující užití doteku – od podání ruky přes zručnost při provádění ošetření klienta/pacienta až po podání ruky při rozloučení se s klientem/pacientem. Může se zde nabídnout otázka, nakolik jde o samostatnou sociální dovednost – dotek. A nakolik je dotek sociální dovednost patřící do neverbální komunikace. [58]

Schopnost řešení problémů souvisí s dovedností správně vnímat a zhodnotit danou situaci a dokázat se rozhodnout, co udělat ve které situaci. Dostáváme se do roviny kognitivního aspektu interakce. Proces vlastního řešení problému zahrnuje následující řetězec:

- vnímání problému,
- definování problému,
- identifikace cílů,
- stanovení alternativ řešení problému,
- volba způsobu řešení,
- vlastní aktivita řešení problému,
- hodnocení – efektivní x neefektivní. [58]

Podpora a schopnost ji nabídnout – budeme-li hovořit o podpoře a schopnosti ji nabídnout, je zde interpretace v podobě sdělení – být ve správnou chvíli na správném místě, říci a udělat správné věci efektivním způsobem. Vždy je zde však určité riziko zaměnitelnosti podpory s nevyžádanou intervencí, tzv. „pácháním dobra“, a naopak prostor a svobodná volba mohou být zaměněny s lhostejností a indolencí. [58]

Důležitou rovinou sociálních dovedností je **poradenství**. Poradenství zahrnuje soubor interpersonálních dovedností, které mohou být kombinací pomoci a lidskosti. Například na něj můžeme nahlížet jako na soubor či sérii kroků a interakcí mezi pomáhajícím a někým, komu je pomáháno. Podoba pomoci zde může spočívat i v tom, že je jedinec veden k tomu, aby si pomohl sám či na pomoci sobě sama participoval a naučil se tak pomoci sám sobě do budoucna. [58]

Mezi interpersonální dovednosti patří v pojetí Evans a Kagan i **ujištění**. Právě ujištění je popisováno v podmínkách všeobecných sester jako soubor dovedností vedoucích k obnovení osobní důvěry. Důvěry v sebe a svoji léčbu. Ztráta důvěry v sebe sama způsobuje úzkostnou reakci. Ujištění je nejčastější způsob zmírnění strachu a úzkosti a pojí se v základním obrazu s podáním informace. Dále pak **sociální vliv**, který lze vysvětlit jako motivaci k učení či vytváření podmínek pro učení, jako dovednost provázení a řízení. Významné místo ve výčtu interpersonálních dovedností má i **sociální kontrola**, ta zahrnuje pojmy jako síla, vedení, skupinové normy, komunikační kanál, sociogram, agrese a násilí. V podmínkách všeobecných sester se pak zaměřujeme na obraz sociálního vlivu jako na dovednost vedoucí ke zvládnutí určitých situací, které přináší nejprve nemoc a následně proces léčby. [58]

Burnard pak hovoří o jakýchsi poradenských dovednostech zdravotníků, které můžeme vlastně také nazývat sociálními dovednostmi, a do jejich první řady zahrnuje naslouchání druhým lidem a plnou pozornost věnovanou druhým lidem. Burnard je pokládá za základní předpoklad pro schopnost pomoci druhým lidem. Burnard si též klade otázku, co to je poradenství. Odpověď hledá v pojetí definic jiných autorů, jako například u Felthama a Drydena, kteří nazývají poradenství vztahem, který využívá jednu nebo více psychologických teorií a uznávaný soubor komunikačních dovedností ovlivněných zkušeností, intuici a další interpersonální faktory, opravdový zájem o klienta, jeho problémy a tužby. Burnard dělí poradenství na různé typy:

- podpůrné poradenství,
- informační poradenství,
- vzdělávací poradenství,
- krizové poradenství,
- poradenství po traumatu,
- duchovní poradenství,

- poradenství při emoční úzkosti,
- zastupující poradenství (tam, kde jedinec potřebuje hovořit, a není toho schopen). [59]

Bach a Grant hovoří o komunikaci a interpersonálních dovednostech u sester, pojem sociální dovednosti neužívají, ale jejich pojetí dělení též vlastně zahrnuje dovednosti, které by mohly být označeny za sociální dovednosti, hovoří o kladení otevřených otázek, poslouchání, pozornosti, podání informací, empatii a asertivitě, ale také o podpoře v kontextu terapeutického vztahu sestra – klient/pacient. [60]

John Hopkins University, School of Nursing ve svých standardech definuje **osobnostní kompetence sester** a **sociální kompetence sester**. Za **osobnostní kompetence** pokládá **sebeuvědomování** ve smyslu znalosti sebe sama, uvědomování si svých emocí, dále uvědomování si svých možností a limitů, sebevědomí ve smyslu znalosti svých vlastních hodnot a schopností. Dále **seberegulaci** v podobě sebekontroly, jako je zvládání vlastních impulzivních pocitů, strachu a emocí. Pod seberegulaci zahrnuje i důvěryhodnost ve smyslu etického jednání a povznesení se nad výtku, budování důvěry prostřednictvím vlastní spolehlivosti, přijmutí tvrdých, nepopulárních podmínek. Dále pak definuje **svědomitost** v podobě plnění závazků a dodržení slibů. Přijmutí odpovědnosti za plnění svých cílů. A též uspořádanost a opatrnost při práci. Taktéž přizpůsobivost ve smyslu flexibility a zvládání změn. A nakonec inovátorství ve smyslu otevřenosti novým informacím a myšlenkám. **Motivování sebe sama** k úspěchu, snahu o zlepšení nebo dosažení požadované normy. Motivování sebe sama dále zahrnuje angažovanost ve smyslu sladění svých cílů s cíli skupiny či organizace, iniciativu v podobě připravenosti k jednání a optimismus ve smyslu vytrvalosti při dosahování cílů a zdolávání překážek. [61]

Za **sociální kompetence** jsou považovány **sociální vědomí** a **sociální dovednosti**. **Sociální vědomí** má v pojetí jejich definice podobu empatie, dále pak je charakterizováno jako schopnost předvídat, rozpoznat a uspokojovat potřeby klientů, rozvíjet a zjišťovat, co potřebují ke svému rozvoji a posílení svých schopností. Pod sociální vědomí je zahrnuta i podpora rozmanitosti v podobě kultivování příležitostí prostřednictvím různých lidí a politické uvědomování si situace, jako je čtení skupinových emocí a rozpoznání mocenských vztahů. Pod **sociální dovednosti** zahrnují vliv v podobě efektivního ovlivňování a přesvědčování, komunikaci ve smyslu sdělování jasných a přesvědčivých zpráv. Dále pak je pod sociální dovednosti zahrnuto řízení ve smyslu inspirace a vedení

skupin a jednotlivců, též dosažení změny v podobě iniciování a řízení změny, řešení konfliktů ve smyslu vyjednávání a vyřešení neshod a budování a udržování vztahů. Sociální dovednosti u sesterské profese v pojetí univerzitních standardů zahrnují též spolupráci v podobě sledování společných cílů a týmovou soudržnost. [61]

Johnson se ve své disertační práci zabývá sociálními dovednostmi v podobě interpersonálních dovedností a dovedností, jako je schopnost řešit problémy. Interpersonální dovednosti definuje jako předpoklad pro pochopení rozmanitosti problémů a aktivit v rámci skupiny. Zabývá se zde otázkou rozvoje sociálních dovedností sester studentů, která vede ke zvýšení společenské odpovědnosti. [62]

Když se budeme zabývat otázkou vnímání dovedností sester pacientem, na prvním místě hodnocení pacientem budou právě ony interpersonální dovednosti, na druhém místě bude kritické myšlení a teprve potom budou následovat technické dovednosti. Když hovořili pacienti/klienti o interpersonálních dovednostech sester, popisovali přátelskost, péči, soucit, zájem o ně jako o lidi. Veselost, úsměv a radost v projevu sester byly hodnoceny jako velmi kladné dovednosti. Sestry, které posilovaly důvěru tak, že ji dodávaly, a sestry, které věděly, co dělají, byly též hodnoceny jako dovedné. Jako dovedné byly hodnoceny i sestry, které měly rády svou práci. Další interpersonální dovednosti a osobnostní rysy, které pacienti popisovali jako důležité, zahrnovaly smysl pro humor, dobrou organizaci práce, čas na pacienty, dobrou paměť sestry. Za ideální sestry byly jedním pacientem označeny sestry pěkné, čisté, vonící, oblečené do jasných, světlých barev. Aspekt věku zmiňovali pouze starší pacienti, ti pokládali za dovedné sestry středního věku, protože mají hodně zkušeností. Sestry, které pacienti pokládali za nedovedné v interpersonálních dovednostech, byly popisovány jako nedůvěryhodné, plaché, hrubé, unáhleně odpovídající na otázky, nerozhodné. Jeden z pacientů popsal sestry nedovedné v interpersonálních dovednostech jako sestry, které se potřebují lépe prezentovat, dle něj mohou být kvalifikované, ale chybí jim dobré lidské dovednosti. Za nedovedné v interpersonálních dovednostech byly označeny i nervózní sestry či sestry mající vadu řeči. [63]

Argyle hovoří o celé řadě speciálních problémů souvisejících se sociálními dovednostmi sester a vychází přitom z pojetí, jak je prezentují Davis, Kagan, Evans a Kay (1981), a zmiňuje tři nejzávažnější oblasti:

- Kolik informací předáváme a kolik obtíží s tím máme.

- Jak obtížné je vypořádat se s nereagujícími pacienty, pokušením je potrestat nebo ignorovat.
- Jak nebezpečné je nadměrné zapojení – pohlcení situací, zejména v péči o umírající pacienty. [64]

8. VÝVOJ SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ V PRŮBĚHU ŽIVOTA

Sociální dovednosti jsou jednou ze základních a důležitých charakteristik projevu člověka. Jejich vývoj začíná v raném dětském věku, nejprve pod vlivem působení nukleární rodiny, a k jejich vývoji a rozvoji, popřípadě deterioraci, dochází během celého dalšího života člověka. Obraz rozvoje sociálních dovedností je pozorovatelný již od raného dětského věku a mezi jedinci mohou být velké individuální rozdíly v rozvoji a formování sociálních dovedností.

Domníváme se, a i literatura to potvrzuje, že jedna ze základních sociálních dovedností je komunikace a s ní souvisí sociální interakce, schopnost reagovat na prostředí a snaha jej ovládat. Počátek utváření sociálních dovedností je spojen s počátkem dovednosti komunikace a sociální interakce jedince. Sociální dovednosti jedince se rozvíjejí v procesu učení. Na komunikaci a sociální interakci pak navazují další sociální dovednosti a lze říci, že právě kognitivní vývoj napomáhá rozvoji sociálních dovedností. Sociální dovednosti se zdokonalují v procesu socializace a s tím souvisí i emoční vývoj.

První dovednost, ovládat prostředí a zapojit se do sociální interakce, pozorujeme již u novorozenců, a to v prvních dnech života, jedná se o tzv. diferencovaný křik a pohyby celého těla, kterými novorozenci sdělují libost či nelibost. Prudký rozvoj komunikace pak je v prvním roce života dítěte, tedy v kojeneckém období, kdy se výrazně rozvíjí porozumění lidské řeči a její užití. Na konci kojeneckého období dítě ovládá čtyři až šest slov, ale rozumí celé řadě gest a pohybů, které spadají do oblasti neverbální komunikace. Rozvoj sociálních dovedností jedince souvisí také s rozvojem citů u jedince, tedy s rozvojem citového života jedince a vznikem schopnosti empatie. S jistými projevy empatie se setkáváme už v batolecím období, a to kolem druhého roku života, v podobě podání hračky druhému dítěti či v podobě ne vždy zdařilého pokusu o utišení jiného dítěte. Jistě velkým přínosem pro rozvoj sociálních dovedností jedince je uvědomění si sebe sama, tedy užití pojmu „já“, a s tím související fáze vzdoru. Krejčířová a Langmeier užívají podle Mahlerové termín „zrození psychologického já“. [65, s. 81]

Právě předškolní období dítěte je významným obdobím rozvoje a zdokonalení řeči, s tím se pojí i růst poznatků a regulace chování. V tomto období má dítě již bohatě diferencované

emoční vztahy k druhým lidem, dochází k rozvoji norem na základě příkazů a zákazů od dospělých a osvojování si sociálních rolí. Tento emoční vývoj a s ním související proces socializace se též významně odráží ve vývoji sociálních dovedností jedince. Velkým přínosem je v předškolním věku i diferenciaci mužské a ženské role, to též výrazně ovlivňuje sociální dovednosti jedince.

Prudký rozvoj sociálních dovedností dítěte se pojí s jeho vstupem do školy, do poměrně velkého kolektivu stejně starých dětí, kde probíhá již mnoho interakcí a komunikace mezi jedinci a je zde tedy i prostor pro projevení a formování sociálních dovedností. K velkému rozvoji sociálních dovedností dochází v průběhu celé školní docházky, a to vlivem působení především stále rodiny, školy a skupiny vrstevníků, ale i celé společnosti. Významným aspektem pro rozvoj sociálních dovedností jsou získané zkušenosti a vývoj morálního vědomí, jednání a přijímání etických principů. Centrum pozornosti se po desátém roce věku života dítěte přesouvá z rodiny do skupiny vrstevníků a významné osobnostní charakteristiky jsou fixovány zhruba kolem jedenáctého roku věku života dítěte.

Velkým mezníkem v utváření a fixování sociálních dovedností jedince je období dospívání, kdy dochází současně s biologickým zráním k nápadným psychickým změnám a do určité míry právě v tomto období dochází k novému sociálnímu zařazení. Existuje studie, která potvrzuje vztah mezi adolescentní extravertí a řídicími schopnostmi v dospělosti. [66] V období dospívání též dochází k prudkému rozvoji emancipace od rodiny, která je přirozenou a zdravou součástí vývoje jedince v tomto období. Též v tomto období dochází k prvnímu hledání vlastního uplatnění a je zde i počátek profesní volby a přípravy na budoucí povolání. Často právě už v čase dospívání se budoucí všeobecné sestry vydávají na svou profesní dráhu volbou střední zdravotnické školy. K profesnímu zaměření na všeobecnou sestru dochází o něco později, a to na hranici konce dospívání a počátku dospělosti, v podobě volby oboru všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole či v podobě volby vysokoškolského studijního programu všeobecná sestra.

Po období dospívání přichází dospělost, nejdelší etapa života člověka, která zahrnuje období od cca 20. až 25. roku života jedince až k jeho 65. roku života. Toto období života člověka je významným obrazem procesu socializace a rozvoje sociálních dovedností. Je to období dokončení vzdělávání jedince a realizace jeho pracovní činnosti, období jeho

pracovního zapojení a uplatnění, ale i období volby mimopracovních aktivit, utváření pevných partnerských vztahů a zakládání rodiny, období naplnění role rodičovství a právě zde je velký prostor pro projevení a další rozvoj sociálních dovedností. Významným aspektem v obrazu sociálních dovedností jedince je pozdní dospělost, která zahrnuje zhruba období od 40. až 45. roku věku života jedince až do 65 let. V tomto období dochází k poklesu tvořivosti, ale též k mírnému zpomalení v aktivitě a též k tzv. bilancování – k zpětnému pohledu na celý svůj dosavadní život a jeho hodnocení. Toto období může být spojováno s posunem či změnou v sociálních dovednostech, může zde v kladném slova smyslu dojít u sociálních dovedností k tzv. vzestupu na vyšší úroveň, který se pojí s určitým pochopením a přijetím vlastního života jedince. Pokud se jedinec rozhodne pro profesní roli všeobecné sestry, je celá tato životní etapa prostorem pro výkon role všeobecné sestry a rozvoj a další utváření sociálních dovedností, kterým se jedinec naučil v období předchozího vývoje.

Stáří je poslední etapou života člověka. O stáří hovoříme od 65. roku věku života, o pravém stáří pak až po 75. roku věku života. Lze předpokládat, že vlivem zhoršování smyslového vnímání, zhoršování paměti a změn v afektivitě prožívání dochází i ke změnám v sociálních dovednostech jedince. Zde je nutné jednoznačně říci, že budou velké interindividuální rozdíly mezi jedinci stejného věku a bude zde jistě vazba na celou předchozí etapu lidského života a osobnost jedince. Vyjdeme-li z obrazu vývojové psychologie, lze předpokládat, že častěji se s funkčními sociálními dovednostmi setkáme u jedinců, kteří se dobře vyrovnávají s vlastním stářím. Jedinci, kteří se dobře vyrovnávají s realitou vyššího věku a jsou i v tomto věku aktivní, mají radost ze života a mají vřelé citové vztahy k blízkým lidem. V anamnéze těchto lidí bude zpravidla častěji šťastné dětství a spokojeně prožitá celá dospělost, šťastné manželství a naplněné a šťastné rodičovství. [65]

8.1. Faktory ovlivňující sociální dovednosti

Důležitou součástí života dospělého člověka je jeho profesní zaměření a pracovní uplatnění a tam též dochází k významnému rozvoji, projevu a využití sociálních dovedností. V některých profesích a pracovních činnostech můžeme sociální dovednosti jedince lépe pozorovat, neboť určité profese a pracovní činnosti jsou více zaměřené na interakci s druhými lidmi a jiné naopak méně. Profese zaměřené na interakci a činnost s druhými lidmi, zejména pak pomáhající profese, mají jako velmi významnou součást výkonu

profese funkční komunikaci. Komunikace je důležitou součástí mezilidské interakce. Funkční komunikace pak je předpokladem pro dosažení úspěchu v interakci s lidmi, pro dovednost domluvy či vyřešení problému, pro dovednost vytvoření či vybudování něčeho nového prospěšného a pro dosažení cíle. Právě ve výše zmíněných pomáhajících profesích zaujímá funkční komunikace jedno z předních míst ve využití sociálních dovedností v praxi. Výkon profese všeobecné sestry je spojen s vývojovou etapou lidského života dospělost. I všeobecné sestry jsou dospělí lidé, kteří prošli procesem vzniku a utváření sociálních dovedností od raného dětského věku až do dospělosti. Dospělost je životní etapa, ve které dochází k výkonu profese všeobecné sestry. I u všeobecných sester může dojít v procesu vývoje a výkonu profese k důležitým životním okamžikům, které mohou zasáhnout oblast jejich sociálních dovedností, a to tak, že sociální dovednosti posílí a posunou je takzvaně na vyšší úroveň a rozšíří je o další dovednosti. Důležitým životním okamžikem v osobním i profesním vývoji všeobecných sester však může být i negativní vliv či aspekt negativního působení, které budou devalvovat již vzniklé sociální dovednosti, a dojde tak jejich deterioraci.

Sociální dovednosti dospělého jedince jsou jakousi výslednicí celého předchozího vývoje jedince, a to od raného dětského věku až po jeho současnost. Mezi první aspekty ovlivňující vznik a utváření sociálních dovedností jedince patří uspokojování potřeb jedince a přiměřená stimulace jedince. První nedostatky působící na rozvoj sociálních dovedností jedince najdeme v raném dětském věku. Tyto nedostatky působící na rozvoj sociálních dovedností jedince budou spojeny s chybějící interakcí mezi matkou a dítětem či s nepřiměřenou interakcí mezi matkou a dítětem. Nepřiměřená interakce se může projevit v podobě její nedostatečnosti či naopak v podobě přehnané interakce, pak se jedná o tzv. přesycení podněty. Přesycení podněty znamená, že na dítě působí příliš mnoho podnětů a dítě je jimi tzv. „zaplaveno“. Dalšími důležitými aspekty ovlivňujícími zdárný vývoj sociálních dovedností jedince je spokojenost jedince, vyladěnost jedince a ty se pojí s dostatečnou saturací všech potřeb jedince.

9. KOMUNIKACE JAKO HLAVNÍ NÁSTROJ SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Komunikace je základní prostředek projevení se v lidské společnosti, předpoklad interakce a sdílení. Janoušek hovoří o komunikaci jako o specifické formě spojení mezi lidmi související s předáváním a přijímáním informací. [55]

Eggert hovoří o třech hlavních kanálech komunikace: význam sdělených slov, způsob, jak byla slova sdělena, řeč těla mluvčího. [67]

Komunikace má multidimenzionální koncept. Když lidé komunikují, vykonávají společenské aktivity a přes sociální komunikaci se učí sociální role. Lidé odpovídají druhým a reagují na ně verbálními a neverbálními signály a učí se zjevným a skrytým sdělením jazyka a volbě slov. Mluvení, psaní a používání značek jsou způsoby, kterými lidé přenášejí myšlenky, pocity a náladu. [68]

Béphage uvádí, že komunikace je sociální a psychologická potřeba. Proces komunikace je neoddelitelně spjat s psychologií. Osobnostní rysy určují osobní komunikační styl. Někteří autoři se domnívají, že introverti jsou lepšími posluchači, protože jejich úroveň pozornosti je lepší, zatímco extraverťi jsou náchylnější k rozptýlení a jsou komunikativnější, tzn. „více znějí v interakci“. [68]

Rogers hovoří o důležitém významu komunikace při potřebě sdílení kladných i záporných zkušeností. [69]

9.1. Komunikace sester

Casey a Wallis hovoří o sestřích a sesterském personálu jako o srdci komunikačního procesu: sestry při své práci posuzují, zaznamenávají, podávají zprávy o léčbě a péči, zpracovávají informace citlivě a důvěrně, řeší účinně stížnosti a svědomitě informují o věcech, které se jejich práce týkají. [70]

Riggio a Taylor se zabývali vztahem osobnosti a komunikačních dovedností jako indikátorem pracovního výkonu u sester pracujících v hospicových zařízeních a došli ke

zjištění, že tzv. „Big Five“ osobnostních faktorů, kam patří extraverze, spokojenost, svědomitost, emoční stabilita, otevřenost zkušenostem, může být užitečným prediktorem dobrého pracovního výkonu. Potvrdil se vztah mezi komunikačními dovednostmi a osobnostními charakteristikami u sester pracujících v hospicové péči, a to jako prediktor dobrého výsledku v práci. Schopnost komunikace a určitý typ empatie a přijetí se ukazují jako prediktory úspěchu u hospicových pracovníků. Naopak nedostatek empatie je velkým prediktorem syndromu burnout. [71]

9.1.1. Verbální komunikace

Verbální komunikace je považována za základní způsob předávání a přijímání významů mezi lidmi. Jedná se o proces, který obsahuje motivaci mluvčího, záměr mluvčího, smysl sdělení pro mluvčího, kódování mluvčím, sdělení, dekodování příjemcem, smysl sdělení pro příjemce, odhad záměru, efekt sdělení pro příjemce. Verbální komunikace probíhá nejméně ve dvou významových rovinách, a to tematické a interpretační. [55] Důležitým aspektem komunikace je i tzv. „hybná síla našich sdělení“ a její význam v tzv. „motivačním předivu lidské řeči“. [72]

Důležité místo v komunikaci mají i paralingvistické charakteristiky řeči, jako je hlasitost řeči, výška tónu řeči, rychlost řeči, objem řeči, plynulost řeči, intonace – melodie řeči, chyby v řeči, výslovnost, kvalita řeči – věcnost hovoru, členění řeči – frázování. [72]

9.1.2. Význam verbální komunikace pro profesi všeobecné sestry

Verbální projev sestry je velmi důležitou formou interakce s klientem/pacientem, jedná se vlastně o sociální dovednost, která se projevuje v interpersonálním vztahu. Úzce souvisí s nasloucháním a porozuměním a je též velmi výrazně ovlivněna empatií. Komunikace zahrnuje používání otázek, podávání informací, vysvětlení a tvrzení.

9.1.3. Neverbální komunikace

Neverbální komunikace používá prostředky, které nejsou slovní neboli verbální povahy. Hlavní neverbální prostředky jsou vázány na prostor a chování v něm. Janoušek uvádí blízkost, orientaci, vzezření, pozici těla, kývnutí hlavy, gesta, mimiku, výraz tváře, tělesný kontakt, pohledy, neverbální aspekty řeči. Mezi prostředky neverbální komunikace zahrnuje i artefakty, jako jsou oděv či kosmetika. [55]

Kagan a Evans přidávají ještě artefakty, jako jsou vlasy a jejich úprava, doplňky, čistota, vůně, a emblémy jako odznaky, uniformy, bohatství v podobě vyjádření statusu či pozice, péče o sebe, novinky atd. [58]

Řeč těla je část neverbální komunikace, je to způsob komunikace s druhými, kdy mluvčí využívá všech částí těla. Řeč těla je to co děláme po celou dobu, kdy co hovoříme, posloucháme, a dokonce i když přemýšlíme. Lze říci, že od hlavy k patě neustále vysíláme zprávy a děláme to nevědomky. [67]

9.1.4. Význam neverbální komunikace pro profesi všeobecné sestry

Kagan a Evans, když hovoří o neverbálním chování u sester, mají na mysli vlastně neverbální komunikaci a zahrnují ji mezi interpersonální dovednosti. Upozorňují na to, že neverbální komunikace neprobíhá odděleně a samostatně, ale je součástí komunikačního systému. Zdůrazňují, že neverbální komunikace je buď synchronní, nebo asynchronní s tím, co bylo předtím řečeno. Signál zájmu a pozornosti je ve feedbacku podpořen nebo jde kontraverzně proti verbálnímu sdělení. [58]

9.2. Specifika komunikace sester na specializovaných odděleních

Komunikace sester na specializovaných odděleních je odlišná od komunikace sester na standardních odděleních a v ambulancích. Je nutné, aby komunikace na specializovaných odděleních byla jasnější, výstižnější, srozumitelnější, přesnější a přehlednější, neboť jejími adresáty jsou klienti/pacienti v závažném somatickém stavu. Tato komunikace vyžaduje od sester rychlejší orientaci v sociální situaci klienta/pacienta a tzv. „výstižnou přiměřenost reakce“. Sdělení musí být přesné co do obsahu a výstižné co do jeho délky a přiléhavosti. Je nutné vždy myslet na jasnost a srozumitelnost sdělení. Neporozumění situaci či neporozumění sdělení od klienta/pacienta vyvolává u klienta/pacienta úzkost, strach a obavy a komplikuje celý proces léčby a veškerou další práci zdravotnického personálu.

10. ASERTIVITA A KOMUNIKACE

Asertivita je jednou z důležitých součástí komunikace, lze ji považovat za strategii, není to ani agresivní, ani pasivní forma komunikace, ale prostředek sloužící k dosažení cíle. Eggert definuje asertivitu jako projev odvahy a sebevědomí v chování a současně schopnost trvat na tom, co potřebujeme, tím, že se důrazně vyjadřujeme, dobře se přitom ovládáme a zůstáváme klidní. Uvádí několik základních charakteristik řeči těla, které odpovídají projevu asertivity v komunikaci, jako je stát pevně a vzpřímeně, s hlavou vzhůru, tvář s přímým pohledem, udržování očního kontaktu, paže spuštěné volně dolů podél těla a zadní část rukou směřující dopředu (aby bylo patrné, že jsou dlaně prázdné). Důležitá je při asertivní komunikaci i vzdálenost. Za vhodnou vzdálenost je považována vzdálenost, kterou si udržujeme s kolegou při normální veřejné komunikaci, abychom nezasahovali do jeho osobního prostoru. Hovoříme klidně a pomalu, používáme předpoklady a tranzitivní slovesa. Když o něco požádáme, vždy řekneme „děkuji“, ale ne „prosím“. Například: „Byl bych rád, kdybys.... Děkuji.“ (Neužijeme zde „prosím“, ale místo něho použijeme „děkuji“.) [67]

10.1. Význam asertivity v komunikaci sestry

Asertivita je důležitou součástí komunikace a je pokládána za jednu z interpersonálních dovedností.

Trénink asertivity je jedním z tréninků sociálních dovedností, který si získal největší pozornost jak ve výzkumné literatuře, tak v klinické praxi. Dlouho byly pojmy trénink asertivity a trénink sociálních dovedností užívány zaměnitelně a nebylo jasně odlišeno, že asertivita představuje jednu ze specifických interpersonálních dovedností. Trénink asertivity se obvykle soustřeďuje na rozvoj určitého počtu dovedností ve specifických oblastech. Zahrnuje to schopnost vyrovnat se s manipulací a kritikou bez toho, že bychom museli reagovat kritikou zpět, dokázat vznést požadavky nebo naopak odmítnout nesmyslné požadavky, dokázat vyjádřit pocity v sociální situaci. To vše též patří mezi dovednosti sestry, vždyť Pope se touto problematikou zabýval právě ve vazbě na přípravu psychiatrických sester. [46]

Asertivita zahrnuje přímo schopnost říci někomu, co chceme nebo preferujeme,

a to takovým způsobem, aby neměl pocit, že mu vyhrožujeme, trestáme ho nebo ho ponížujeme před ostatními. Asertivní jednání není zaměřeno pouze na získání toho, co je požadováno. Jestliže dosažení těchto cílů znamená ovlivnění potřeb druhých lidí, pak to také znamená být otevřený k pocitům druhých lidí a současně být schopen vyjádřit, co je požadováno, bez prožitku úzkosti. Nutně to však neznamená být zcela otevřený ve všech pocitech a v každé situaci. [46]

Lidé mohou mít pro neassertivní chování tři různé důvody: skutečný nedostatek dovedností (člověk neví, jak se chovat asertivně), nejasný podnět pro asertivní reakci (člověk nepokládá v dané situaci za vhodné užít asertivní reakci), jedinec se bojí racionálních nebo iracionálních následků asertivního chování. [46]

11. OBRANNÉ MECHANIZMY V KOMUNIKACI

Negativní zážitky jako selhání, neúspěch, frustrace ohrožují hodnotu ega a narušují integritu osobnosti. Zdrojem těchto negativních zážitků mohou být vnější nepřekonatelné překážky i vlastní psychika. To jsou situace, kdy vystupují převážně nevědomě fungující ego obranné či defenzivní mechanismy. Jejich cíle lze popsat pozitivně i negativně. Pozitivním cílem je zachovat či zvýšit ocenění sebe sama. Negativním cílem je ochrana před úzkostí či únik. Základním obsahem obranných mechanismů je sebeklam, jak uvádí Hilgard, který popisuje dvě formy sebeklamu, a to popření a skrývání. Zvláštním případem obranného mechanismu je agrese vůči zdroji překážky. Freud považoval za nejvýraznější formu obrany potlačení či vytěsnění. Problematiku obranných mechanismů rozpracovala Anna Freudová. Je empiricky doloženo spojení obrany ega s emocemi. Existují různě rozsáhlé indexy obranných mechanismů. Nakonečný používá pojetí obranných mechanismů podle Costella a Zalkinda a to je následující:

- **přemístění** – přenesení negativní emoce na jinou osobu nebo věc, které nemají k vlastní příčině vztah,
- **útěk do fantazie** – denní snění a jiné formy imaginace napomáhají k uniknutí z tíživé situace,
- **identifikace** – osoba zvyšuje pocit vlastní hodnoty,
- **projekce** – připisování vlastních nežádoucích vlastností či emocí druhým,
- **záminková reakce** – sklony, které nejsou akceptovány, jsou potlačeny a na jejich místo nasedají protikladné postoje,
- **racionalizace** – nežádoucí snahy, způsoby chování a pocity jsou spojeny s přijatelným vysvětlením,
- **regrese** – osoba se propadá na nižší vývojovou úroveň,
- **represe/potlačení** – popudy, pocity či myšlenky neslučitelné s vlastní morálkou, ty jsou vyloučeny z vědomí,
- **fixace** – lpění na způsobu chování, který se opakovaně prokazuje jako nežádoucí,
- **útěk** – odchod ze situace,
- **rezignace/apatie** – přerušování kontaktu s nepříjemným okolím a vyloučení jakékoliv osobní či emoční účasti,
- **agrese** – napadení zdroje překážky, může mít podobu autoagrese. [31]

Freud vysvětluje obranné mechanismy jako nevědomý způsob fungování ve stresových situacích, když nemůže pracovat s problémy. Freud navrhuje následující: „Pro zotavení se ze ztráty potřebujeme konfrontovat naše strachy s pocity ve vědomém procesu.“ Tento vědomý proces je zármutek. [53]

Známým modelem adaptace na zátěž/překážku je proces adaptace na nevléčitelnou nemoc podle Elisabeth Kübler-Rossové, kde jedinec prochází jednotlivými fázemi adaptace a zpracovává je. Reakce na ztrátu jsou různé, mohou mít podobu počáteční reakce (necitlivost, nedůvěra, nereálnost, popření, alarmová reakce, která se projevuje jako úzkost, neklid a strach) nebo podobu emoční reakce (pocit selhání, pocit lítosti nebo viny, pocit osamělosti či opuštěnosti, zlosti, smutku, zoufalství, pesimismu, ruminace). Další podobou reakce na ztrátu je psychosociální a motivační reakce ve smyslu (touha po ztraceném, pokračování v komunikaci s mrtvými, například cítění jejich přítomnosti a mluvení s nimi, jako by tady ještě byli, ztráta smyslu, pocit ztráty sebe sama, ztráta radosti, pocit bezcennosti, potíže s udržením společenských vztahů), ale i podoba fyzických symptomů (insomnie, pocit únavy, letargie, snížení aktivity, zpomalené myšlení, špatná koncentrace, ztráta chuti k jídlu). [53]

11.1. Obranné mechanismy v komunikaci sestry

S problematikou obranných mechanismů se sestry setkávají prakticky každodenně v projevech klientů/pacientů. Nemoc je náročnou životní situací a klienti/pacienti, kteří se dostávají do situace nemoci, prožívají pocit ohrožení či frustrace. Jejich reakce na nemoc jsou buď adaptivní, nebo maladaptivní. Mezi nejstarší formy maladaptivní reakce patří agrese a únik. Agresivní reakce se obvykle objevuje při emoci zlosti a vzteku a únik je reakcí na strach. [73]

Obě tyto reakce jsou obrannými mechanismy na vzniklou situaci, se kterou se jedinec, v našem případě klient/pacient, neumí vyrovnat. Kromě výše uvedených základních obranných mechanismů existuje celý seznam obranných mechanismů, které zmiňujeme v základním rozdělení obranných mechanismů v úvodu této kapitoly.

Obranný mechanismus či maladaptivní reakce na situaci, vyrovnávání se s tíživou situací v podobě překážky, to vše se však může objevit i u samotných profesionálů, v našem případě sester.

Nejčastější výskyt obranných mechanismů u sester je právě v podobě reakce na tzv. unesení obrazu bolesti klienta/pacienta, zoufalství klienta/pacienta a na ztrátu klienta/pacienta v podobě jeho smrti. Přestože je smrt přirozenou součástí života člověka a všichni jednou zemřeme, stále je smrt druhých lidí situací, se kterou se těžko vyrovnáváme. Vyjádření empatie by mělo být zajištěno pro všechny klienty/pacienty, kteří ztrátu prožívají. Walker a jeho kolegové uvádějí možnosti, jak toho dosáhnout, a popisují projevy v podobě pohledu do očí, krátkého úsměvu, objetí či položení ruky na rameno a sdělení: „Víte, že jsem tu pro vás, pokud mě budete potřebovat.“ Mnoho zdravotníků a pracovníků v pomáhajících profesích má potíže v konfrontaci se smrtí, neboť jejich přání je udržet naději, a ta se pojí s životem. [53]

12. ROZVOJ SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ NÁCVIKEM A PROCESEM VZDĚLÁVÁNÍ

U rozvoje sociálních dovedností sehrává důležitou úlohu motivace a ochota se něčemu učit a s něčím se seznamovat. Důležité je i vlastní aktivní vyhledávání příležitostí pro proces učení se, řízení sebe sama, odpovědnost v individuálním procesu učení a záliba v tom.

Velmi důležitá je podpora jedince ve využití stávajících zkušeností jako zdrojů pro rozvoj sebe sama i druhých. Důležitá je i volba „materiálu – informace“ a aplikace dovedností na běžné úkoly. Jsou zde i faktory, které mohou něčím bránit rozvoji a nácviku interpersonálních i sociálních dovedností či je omezovat. Je dobré myslet i na to, že různé sociální dovednosti mají různou vhodnost použití v určitých situacích, jednou mohou být vhodné a jindy nikoliv. Kagan a Evans hovoří o čtyřech rovinách souvisejících s omezeným užitím interpersonálních, a tedy i sociálních dovedností:

- I. osobní kontext (emoce, angažovanost, stres a podpora),
- II. kulturní kontext (zdravotní péče, zdravotní politika, hodnoty),
- III. kontext vlivu prostředí (příležitosti pro komunikační kanál),
- IV. sociální kontext (očekávání a požadavky). [58]

12.1. Programy nácviku sociálních dovedností

Rozvoj sociálních dovedností souvisí s osobním růstem a procesem učení. Důležitou úlohu v procesu rozvoje a nácviku sociálních dovedností sehrává osobnost jedince, celý jeho předchozí vývoj, předchozí vzdělání jedince, intelekt jedince, který je předpokladem dalšího rozvoje a vzdělávání, a samozřejmě i motivace jedince. Než přistoupíme k programům nácviku a rozvoje sociálních dovedností, je potřeba si uvědomit, že nejnáročnější je vytvoření rozvíjejících se podpůrných vztahů s ostatními, účinné motivace ostatních k tomu, aby se učili plnit svou roli. Aby se učili odpovědnosti a konstruktivně se dostávali k tomu, že přes svou odlišnost sledují stejné cíle. [51]

Vlastní nácvik sociálních dovedností se odlišuje podle speciálních potřeb dané profese či prostředí, pro něž mají být sociální dovednosti rozvinuty a kde mají být následně používány. Pro efektivitu nácviku sociálních dovedností je vhodné stanovení stávající úrovně sociálních dovedností před jeho zahájením.

12.1.1. Programy nácviku sociálních dovedností u sester

Přes různá dělení sociálních dovedností, v pojetí různých autorů je za základní sociální dovednost považována komunikace a vše, co s ní souvisí. Riggio ve své publikaci *Leader Interpersonal and Influence Skills* zmiňuje existující možnost využití programů rozvoje sociálních dovedností mnoha personálními a vzdělávacími organizacemi v USA a též programů rozvoje sociálních dovedností u studentů na mnoha amerických univerzitách. Programy se zaměřují zejména na tzv. „soft skills“, jako je řešení konfliktů, vliv, přesvědčování, naslouchání a řízení. V medicíně se například používá modelování situací za pomoci počítačových programů či robotů představujících pacienty, to umožňuje studentům zažít interakce, které mohou ovlivnit. Existuje studie, která poukazuje na to, že 75 % dlouhotrvajících úspěšných pracovních poměrů závisí na lidských dovednostech a jen 25 % na technických znalostech. [51]

French klade velký důraz v nácviku sociálních dovedností sester na praktická cvičení, ale zejména pak na možnost procvičovat si sociální dovednosti a používat je v praxi „tváří v tvář“. Vytvořil model učení interpersonálních dovedností, kde klade důraz též na znalosti a zkušenosti, které přispívají k rozvoji sociálních dovedností, ale zdůrazňuje, že ty samotné nestačí. Přirovnává to k jízdě na kole, to, že si přečteme návod, neznamená, že na kole umíme jezdit. Proto French v začátku modelu učení sociálních dovedností klade důraz na stanovení výchozí úrovně vlastních sociálních dovedností, na pozorování a vnímání sebe sama, to pak dále vede k analýze lidského chování, která pokračuje jako analýza lidské komunikace a nalézání komunikačních chyb, to vše pak prochází dalším procesem analýzy a uvědomování si aspektů důležitých pro komunikaci. French klade velký důraz v nácviku sociálních dovedností na instruktáž k činnosti, provedení činnosti a následně rozbor. [45]

12.1.1.1. Nácvik sociálních dovedností u sester

Sesterská profese je charakterizována kontinuálními, trvalými intimními vztahy. Jestliže sestra respektuje individuální lidské bytí a poskytuje citlivou péči, musí se stále učit dovednostem a způsobům pomoci.

Podle Argyla by měl trénink sociálních dovedností zahrnovat:

- rozvoj vztahů a empatie, dovednost naslouchání, správné vnímání emocí, komunikaci s porozuměním;
- sebeovládání a asertivitu v kladení otázek, efektivní podávání informací a instrukcí pacientům;

- řešení sociálních problémů, jednání s komplikovanými pacienty a jejich příbuznými, přesvědčování pacientů ke spolupráci;
- poradenství, pomáhaní pacientům zvládat bolest, pomoc pacientům s utrpením, soucit a radu, zjištění problému, následně porozumění a vyřešení. [64]

Programy nácviku sociálních dovedností sester pak vycházejí z požadavků praxe a prostředí, pro které mají být využity.

García de Lucio et al. vytvořili tréninkový program zaměřený na sebekontrolu a komunikační dovednosti za účelem vylepšení vztahu sester s příbuznými vážně nemocných pacientů. Program obsahoval trénink v relaxaci, kognitivní restrukturalizaci a v některých komunikačních dovednostech, jako je naslouchání, empatie, informování, zvládání vyrušení, ovládání emocí a odmítnutí. Bylo použito dvou skupin, jedné experimentální skupiny a jedné kontrolní skupiny, a u experimentální skupiny bylo prokázáno zlepšení v dovednosti naslouchání, empatie, zvládání vyrušení a ovládání emocí. Hladina úzkosti neukazovala změnu. [74]

Hamilton et al. vyučovali komunikační dovednosti v týmech hospicových pracovníků a porovnávali využití komunikačních dovedností v laboratoři, osobně v životě a v telefonu. Významným aspektem kvality péče je efektivní komunikace, zejména v oblasti péče na konci života. Jde o efektivní poskytování hospicové péče či péče o konec života, o respektování zdravotních rozhodnutí pacientů, naplnění duchovních a emocionálních potřeb pacientů i osob zajišťujících péči a poskytování pomoci v hledání lékařských a nelékařských zdrojů, které uspokojují potřeby pacienta a potřeby péče. Účinnost programu byla v 85 % studenty hodnocena jako vynikající či velmi dobrá a jen 0,9 % studentů hodnotilo účinnost programu jako špatnou. Studenti byli dotazováni, jak se cítili připraveni na diskusi o posledních životních rozhodnutích s pacienty a jejich rodinami a jak dobře byli připraveni na jednání s problematickými pacienty. V 94 % odpovědí studenti uvedli, že se cítili velmi dobře či spíše dobře připraveni na diskusi o posledních životních rozhodnutích pacientů a jejich rodin, a v 93 % případů se studenti cítili velmi dobře či spíše dobře připraveni na jednání s problematickými pacienty. Studenti hodnotili jako nižší efekt laboratorní přípravy na diskusi o posledních životních rozhodnutích. Nebyl shledán statisticky významný rozdíl mezi sestrami a sociálními pracovníky, přestože sestry byly signifikantně zkušenější než sociální pracovníci. [75]

Nørgaard et al. (2012) provedli studii v reálných podmínkách ortopedicko-chirurgického oddělení: nemocniční personál zde podstoupil třídní tréninkový kurz komunikačních dovedností, zaměřený na zvýšení pocitu vlastní užitečnosti v komunikaci a na vnímání zvýšení vlastní efektivnosti v komunikaci s pacienty a kolegy. Personál byl dotazován na vlastní efektivnost v komunikaci – na pocit vlastní užitečnosti v komunikaci, a to před tréninkem, bezprostředně po něm a po 6 měsících. Efekt kurzu na zjištění vlastní užitečnosti v komunikaci byl statisticky významný bezprostředně po kurzu a zůstal stejný i po uplynutí 6 měsíců. Největší uvědomění si efektu vlastní užitečnosti v komunikaci se týkalo komunikace s pacienty a bylo u lékařů a následně hned u sester, pak následovali ošetřovatelé a administrativní pracovníci ve zdravotnictví. U zjišťování vlastní užitečnosti v komunikaci s kolegy bylo dosaženo zvýšení v následujícím pořadí, nejvíce u ošetřovatelského personálu, pak u lékařů, následovaly sestry a administrativní pracovníci ve zdravotnictví. Lékaři si uvědomovali menší efektivnost v komunikaci s kolegy než s pacienty. Sestry si uvědomovaly vlastní efektivnost v komunikaci stejně u pacientů i kolegů. [76]

12.2. Limity v nácviku sociálních dovedností

Lze dosáhnout různé úrovně rozvoje sociálních dovedností, ale jsou momenty či situace, které rozvoj či funkční užití sociálních dovedností zhoršují. Limitem v nácviku sociálních dovedností může být nedostatek motivace, únava, špatný psychický stav, onemocnění, vlastnosti osobnosti. Ale i sociální inteligence, jak uvádí Riggio, neboť sociální inteligence je předpokladem rozvoje sociálních dovedností a souvisí se vzděláním. [77]

Též některé psychické obtíže a psychické poruchy, jako jsou deprese, sociální úzkost, alkoholismus, schizofrenie, ale i osamělost či stresující prostředí mohou vést ke snížené schopnosti používat i rozvíjet sociální dovednosti. [78]

12.2.1. Limity v nácviku sociálních dovedností sester

Uchiyama et al. ukazují ve své studii na negativní vztah mezi sociálními dovednostmi a psychickým stresem a též na negativní korelaci mezi sociálními dovednostmi a psychickými obtížemi. Naopak je zde prokázán pozitivní vztah mezi sociálními dovednostmi a řešením problémů a též je zde prokázán pozitivní vztah mezi sociálními dovednostmi a sociální podporou. Bylo zjištěno, že sociální podpora snižuje psychické obtíže a nepřímo též snižuje pracovní stres. Sociální dovednosti a sociální podpora

pozitivně souvisí s řešením problémů. Rozvoj sociálních dovedností má velký vliv na duševní zdraví. [79]

Bowles et al. ukazují ve své studii, že i krátký trénink v komunikaci může přinést výsledky, dovednosti mohou být naučeny v krátkém a nenáročném tréninku. K signifikantní změně došlo v interakci s pacienty, a to bez nutnosti změny prostředí, ve kterém sestry pracovaly. Frekventanti mohou být zapojeni do technik společně s pacienty a sníží se emoční zatížení. Užitečný přístup a vhodná sada nástrojů nácviku vedou k harmonizaci a posílení ošetrovatelských hodnot, zvýší odpovědnost klientů/pacientů a jejich zapojení do péče. [80]

13. MECHANIZMY DEVALVACE SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

K rozvoji sociálních dovedností jedince dochází od počátku života jedince v procesu socializace a stejně tak může už od samého počátku vývoje života jedince docházet k devalvaci sociálních dovedností. Prvními negativními aspekty ovlivňujícími sociální dovednosti jedince jsou neuspokojování jeho potřeb, nedostatečná stimulace jedince v raném dětském věku a jeho citová deprivace. Všechny tyto negativní aspekty mohou výrazně ovlivňovat a zpomalovat procesy učení. Negativní vlivy v raném dětském věku se výrazně podílejí na utváření a formování osobnostní struktury jedince a na formování a utváření psychických vlastností jedince. Psychické vlastnosti se dědí dispozičně a rozvíjejí se vlivy prostředí a výchovy, je jen jediná vlastnost osobnosti, která je pokládána za zděděnou v plném rozsahu, a to je temperament. Temperament lze jen minimálně modifikovat vlivem výchovy a prostředí.

Lze též předpokládat, že čím delší bude působení negativních vlivů na jedince, tím více bude zasažen jeho následný vývoj a fungování ve společnosti – funkční socializace. Nedostatečná saturace citových potřeb v raném dětském věku jedince či opakovaná ztráta blízkých lidí a vazeb, hrubé zanedbávání péče o dítě, nevhodná péče o dítě či zneužívání dítěte, to vše může způsobit tzv. „asociovanou příchyllost“, která se pojí s utvářením mělkých citových vazeb k jedincům v okolí dítěte a v dospělosti pak může mít podobu neschopnosti navázat pevné a trvalé citové vztahy. V konečné podobě pak může jít i o citovou chladnost. Ještě závažnější obtíží spojenou se zanedbáváním péče o dítě, zneužíváním dítěte, ztrátou blízkých vztahů v dětství, nedostatečnou saturací citových potřeb a psychickou deprivací je považována tzv. „desinhibovaná příchyllost“, která se projevuje v podobě citově chladné psychopatie či syndromu ústavního dítěte. [81]

Nevhodné výchovné působení na dítě může vést k narušení procesu utváření funkčních vzorců v chování jedince až k obrazu poruch chování jedince, k nepřiměřenému reagování, k úzkostným projevům, k obrazům neschopnosti interakce s druhými lidmi i se sebou samým. Ve vazbě na výše uvedené obtíže hovoříme v dětství o nerovnoměrném vývoji osobnosti a v dospělosti pak o poruchách osobnosti. Tyto dysfunkční modely ve vývoji jedince a dysfunkční vzorce v chování jedince jistě výrazně ovlivňují, utvářejí a formují celý další život jedince a jeho fungování v životě a v důsledku toho ovlivňují i sociální

dovednosti jedince. Celý tento dysfunkční vývoj vede k vytvoření dysfunkčních sociálních dovedností či k částečnému, nebo dokonce v některých vážných případech i úplnému chybění sociálních dovedností jedince.

Devalvace sociálních dovedností jedince nemusí být způsobena jen nedostatečnou stimulací a zanedbáváním péče v dětském věku či špatným výchovným působením v dětském věku, ale může k ní docházet i působením negativních vlivů v podobě traumatických událostí, užívání návykových látek či vzniku závažných onemocnění či úrazů v průběhu dětského věku i celého dalšího života člověka.

13.1. Mechanizmy devalvace sociálních dovedností u sester

Problematiku devalvace sociálních dovedností sester lze spojit s jakýmsi nedostatečným rozvojem nebo stagnací v rozvoji obecně, se znehodnocením již získaného nebo naučeného, s pomyslným zastavením se v profesním rozvoji či s obrazem jakéhosi pocitu nenaplnění či prázdnoty při výkonu profese a se ztrátou motivace k práci.

Sesterská profese je velmi náročná a její zatížení je fyzické, psychické a klade i zvýšené nároky na odolnost všeobecně. Sestra provádí mnoho pracovních výkonů, které souvisí s dokonalým zvládnutím pracovních postupů, ovládnutím pomůcek a přístrojů. Úspěšné zvládnutí profese sestry předpokládá stálou orientační kontrolu prováděných činností a využití zpětné vazby. V činnosti sester se vyskytují stresové situace, které musí sestry řešit operativně a pohotově. [73]

Rizikovým faktorem vedoucím k devalvací sociálních dovedností může být i sociální klima v podobě nespokojenosti s povoláním, dále v podobě nespokojenosti s pracovními podmínkami, nespokojenosti se vztahy mezi nadřízenými a podřízenými a interpersonálními vztahy na pracovišti obecně, nespokojenosti s organizací práce a dlouhodobého působení tenze.

Rizikovým faktorem vedoucím k devalvací sociálních dovedností je také nízká kvalita sociální interakce. Mellanová upozorňuje i na důležitost základních sociálních schopností a dovedností jedince, zvládnutých v době před zahájením profesní přípravy. Velký význam při devalvací sociálních dovedností má hladina frustrační tolerance jedince, nepřiměřená aspirační úroveň jedince a i nedostatečné volní vlastnosti jedince, chybějící sebeovládání

a sebekázeň. Na devalvaci sociálních dovedností se může podílet i nedostatečná osobnostní stabilita sestry, která ovlivňuje autoregulační mechanismy jedince. [73]

Sociální dovednosti sester ovlivňuje i jejich spokojenost. Je mnoho individuálních faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost sester. Za dva základní faktory, které negativně ovlivňují pracovní spokojenost sester, jsou považovány syndrom burnout a konflikt mezi prací a rodinou. [82]

14. PSYCHOHYGIENA

Když hovoříme o psychohygieně či duševní hygieně jedince, máme na mysli vytváření optimálních podmínek pro duševní činnost, dále pak udržení, posílení nebo prohloubení duševní zdatnosti jedince, posílení odolnosti jedince vůči nejrůznějším vlivům, které negativně působí na jeho duševní život, a samozřejmě i prevenci duševních poruch. [20]

Hlavním tématem psychohygieny je duševní zdraví. Když se zabýváme problematikou zaměřenou na duševní výchovu, tak máme na mysli adaptaci ve smyslu přizpůsobování se neměnným životním podmínkám, ale též adaptaci ve smyslu přizpůsobení si v životním prostředí toho, co změnit lze. Důležitým obsahem pojmu adaptace v psychohygieně je řízení a ovládání sebe sama a k tomu velmi napomáhá sebepoznání. [20]

14.1. Psychohygieny u sesterské profese

Člověk se neustále vyvíjí, zraje a učí se zacházet a vyrovnávat se s nejrůznějšími těžkostmi. V otázce psychohygieny u sesterské profese je potřeba se zaměřit na odpoutání se od starostí, které s sebou nese tato profese, dokázat je nechat „tam venku za dveřmi“, nenést si je s sebou domů a do běžného života mimo zaměstnání. Mellanová, Čechová a Rozsypalová uvádějí několik strategií k odpoutání pozornosti od toho, co sestra zažívala celý den v zaměstnání. Uvádějí například zaměření pozornosti na objekt, jako je např. strom, květinový záhon, a vnímání jeho jednotlivých částí a charakteristik a jejich polohlasné pojmenovávání. Mellanová, Čechová a Rozsypalová kladou důraz na oddělení pracovního prostředí od dalšího běžného života a doporučují po ukončení pracovní činnosti a návratu domů převlečení, osprchování, jakési smytí pracovní zátěže. Autorky si uvědomují i závažnost některých pracovních problémů a starostí a neschopnost se od nich odpoutat, zde pak navrhují věnovat jim krátký čas v podobě 10 až 15 minut a pokusit se na ně podívat tzv. „zvenku“. Za důležitý bod v psychohygieně sestry pokládají hledání kladných podnětů, nazývají to pojmem „pusťte k sobě radost“. Velký důraz též kladou na klidný, dostatečný a vydatný spánek, za velmi důležité pokládají i pravidelné jídlo spojené s pestrou skladbou potravin, prostorem pro jídlo a klidem na jídlo, zdůrazňují též pitný režim. Důležité pro psychohygienu sestry jsou i vztahy s jinými lidmi a prostor pro odreagování se. [83]

Je opravdu nezbytná nutnost myslet na psychohygienu u sester, neboť jejich záběr, náplň a rozsah profese jsou veliké a i od nich jako prvních se obvykle očekává psychologická podpora. Je potřeba si uvědomit provázanost ošetrovatelské péče s psychologií a lze tedy říci, že mezi psychologem a sestrou existuje i řada podobností. [84]

Na provázanost psychologie a ošetrovatelství coby dvou samostatně rozvinutých oblastí, které jsou spojeny klinickými dovednostmi a vědeckými poznatky, poukazují DeLeon et al. [85]

Zdravotničtí pracovníci ve Spojených státech amerických mají vyšší počet suicidií, zneužívání alkoholu a drog, vyšší počet hospitalizací pro psychické poruchy a zvýšený počet přijetí do center duševního zdraví. Ukázal se vztah mezi psychologickou podporou v práci a snížením psychických obtíží. Významný vliv má také hmatatelná podpora ze strany školitelů a kolegů, vedoucí k usnadnění rozhodování, dále pak pracovní uznání a pracovní hodnocení a možnost diskutovat o pracovním napětí. Mnoho sester uvedlo, že by chtěly být součástí rozhodovacího procesu a chtěly by mít možnost rozvíjet své profesionální dovednosti. [86]

14.2. Stres

Stres je pokládán za jeden z bio-psycho-sociálních faktorů, které poškozují a ničí zdraví. Jako stres je označena situace, kdy je člověk tváří v tvář vystaven nejtěžší situacím a musí se nějak zachovat. Za stresory jsou označeny negativní životní faktory, které vytvářejí tlak na člověka. Někdy bývá stres označován jako napětí. V souvislosti se stresem se setkáváme s pojmy, jako je **distres**, který je označován za subjektivně prožívaný negativní stres, a **eustres**, něco, co přináší radost, ale vyžaduje to námahu. O eustresu se dá hovořit také tam, kde se lidé z vlastní iniciativy dostávají do hraničních situací rizika. [20]

Když hovoříme o stresu, nevyhneme se faktorům, které stres vyvolávají, tzv. stresorům. Mezi nejčastější stresory patří přetížení množstvím práce, časový stres, neúměrně velká odpovědnost, nevyjasněné pravomoci, vysilující snaha o kariéru, kontakt s lidmi, nezaměstnanost, hluk, nedostatek spánku, vztahy mezi lidmi, negativní sociální jevy, jako jsou obavy z kriminálních jevů, nesvoboda, pocit bezmoci, dlouhodobé napětí, omezený prostor a další. [20]

Empirické studie prokazují též určitý vztah mezi stresem a propuknutím infekčních onemocnění. U kardiovaskulárních onemocnění bylo prokázáno, že na ně má vliv řada psychologických faktorů, a tedy i stres. [20]

Byl též prokázán vztah stresu a negativních emocionálních stavů – nálad. Výzkumy ukazují též na význam stresu jako zdroje deprese, úzkosti, fobií a obsesí. [20]

Overgaard et al. hovoří o existenci osmi studií, které hledaly souvislost mezi psychologickým pracovním zatížením a tělesnou hmotností u mužů, ale souvislost se neprokázala. Při dalších výzkumech pouze dvě ze sedmi studií potvrdily, že ženy s vysokým pracovním zatížením mají vyšší BMI než ostatní ženy. V jedné z dlouhodobých studií byl potvrzen vztah mezi obezitou a vysokým pracovním zatížením u žen. [87]

Kornitzer a Kittel byli v roce 1986 jedni z prvních, kteří zkoumali vztah mezi pracovním stresem, koronárními faktory a též BMI u mužů. Použili data z kohorty v Belgii, která začala v roce 1965 a trvala 10 let. Data zahrnovala informace o psychologickém pracovním stresu, tělesné váze a výšce. Kohorty se zúčastnilo 74 % mužů ze skupiny 3179 mužů středního věku. Byl nalezen negativní vztah mezi pracovním stresem a fyzickou kondicí a pozitivní korelace mezi pracovním stresem a A-typem chování. Nebyl nalezen vztah mezi pracovním stresem a obezitou a skóre pracovního stresu se dále neprokázalo jako prediktor koronárních obtíží. Nebyla nalezena souvislost mezi stresem a volnočasovými aktivitami, též nebyl nalezen žádný vztah mezi stresem a věkem, ale byl nalezen kladný vztah mezi stresem a vzděláním a společenskou třídou. [88]

14.2.1. Stres u sesterské profese

Když hovoříme o stresu u sesterské profese, máme na mysli zejména psychické zatížení sestry. Mellanová a kol. hovoří o psychickém zatížení ve dvou rovinách. Jedno psychické zatížení vyplývá z vlastní práce sestry, kam spadá nutnost neustále sledovat příznaky choroby a změny zdravotního stavu, udržení si a vybavení řady důležitých údajů o zdravotním stavu nemocných, situace, v nichž musí sestra samostatně řešit problémy, setkání s lidmi, u nichž choroba/choroby zvýraznily charakterové rysy, snášení bolesti a starostí druhých lidí, provádění výkonů, které nejsou nemocnému ani sestře příjemné. Druhé psychické zatížení má původ v osobním životě sestry, patří sem například onemocnění vlastních dětí nebo jiného člena rodiny, péče o nesoběstačného příbuzného,

finanční obtíže, problémy s vlastními dětmi nebo partnerem, vlastní zdravotní problémy či doprava do zaměstnání. Všechny tyto situace jsou stresující a vyčerpávající. [83]

Stres v sesterské profesi je celosvětový problém. Ze všech zdravotnických pracovníků právě sestry jsou nejvíce vystaveny vysoké úrovni stresu. Švédská studie s rozsáhlým vzorkem sester potvrdila, že více než 80 % sester zažívá vysoké nebo velmi vysoké pracovní zatížení. Pracovní stres v sesterské profesi je spojován se snížením pracovní spokojenosti a narůstáním psychologických a fyzických potíží. Tam, kde byla pracovní spokojenost, nebyla shledána souvislost mezi prací a časovou tísň, ale prokázala se souvislost mezi pracovním vedením a pracovní spokojeností. Jen málo významnou byla shledána souvislost mezi pracovní spokojeností a sociální podporou. Výzkum též potvrdil, že na pracovní spokojenost sester má pozitivní vliv dobré uspořádání informací o pacientovi. Nízké platové ohodnocení též bylo shledáno jako zdroj stresu, a pokud bylo nízké platové ohodnocení spojeno ještě s vysokým pracovním tlakem, pak bylo velmi významným zdrojem stresu. Požadavky sester a finanční odměna ukazují souvislost s prediktory stresu. Prokázalo se, že stres může být ovlivněn pracovními podmínkami a výsledky. [89]

Pracovní stresory mohou mít významný negativní vliv na vnímání pracovní pohody zaměstnanci. Jednou ze strategií, které mohou pomoci s redukcí negativních efektů pracovního stresu, jsou fyzické aktivity. Potvrdila se pozitivní souvislost mezi fyzickými aktivitami a pracovním zapojením a též mezi fyzickými aktivitami a životní spokojeností. A potvrdil se i negativní vztah mezi fyzickými aktivitami a depresí, lze tedy říci, že fyzické aktivity redukuje riziko deprese a fungují jako její jistá prevence. Dále se ukazuje, že fyzické aktivity mohou mít pozitivní vliv na duševní zdraví a mohou snížit negativní vliv stresorů. [90]

Profese sestry je považována za velmi stresující, zejména pak práce sester na některých odděleních. Jedním takovým velmi náročným oddělením pro sestry je onkologické oddělení. Onkologické sestry poukazovaly na to, že jsou vlivem zátěže a stresu při výkonu profese více ohroženy působením řady dalších souvisejících vlivů, jako je syndrom burnout, pracovní nespokojenost, zvýšené zdravotní potíže, poruchy spánku, deprese, úzkost, a mají více interpersonálních problémů. Studie na to zaměřená podrobně analyzovala strukturu pracovního stresu a zvládání stresu u hematologicko-onkologických

sester. Bylo vytvořeno 97 faktorů stresu a byl vytvořen bohatý popis struktury tohoto prostředí. [91]

Pracovníci ve vícesměnném provozu vykazují horší zdravotní výsledky než pracovníci na denních směnách. Na základě tohoto tvrzení byl proveden výzkum mezi sestrami v nemocnici v Melbourne. Analýzy potvrdily, že různá organizační uspořádání napříč různými směny a různá organizační uspořádání obecně jsou prediktory špatných zdravotních výsledků. Pracovní směny samotné se neprokázaly jako prediktory zdravotních výsledků. Trvalá práce pouze v nočních směnách ukázala nízký vztah s tzv. „otočením dne“. [92]

Potvrdilo se, že stres, který souvisí s náročnými fyzickými a psychosociálními podmínkami, ovlivňuje vývoj a trvání muskuloskeletálního symptomu u pomáhajících profesí. V roce 1990 byla provedena longitudinální studie ve švédské humanitární organizaci, která zaměstnává pracovníky domácí péče a různé typy sester. Prokázal se zde významný vliv psychologické pracovní zátěže na obtíže s krkem a horní částí zad. Též se prokázala významná souvislost mezi vysokou psychologickou zátěží a nízkou fyzickou zátěží a obtížemi krku a horní části zad. A též se prokázala souvislost týkající se vysoké psychické i fyzické zátěže a obtíží horní části zad. [93]

V poslední době jsou ve vazbě na fyzickou i psychickou náročnost sesterské profese prováděny studie, které se zabývají výskytem nejrůznějších obtíží u sester, zejména žen, ale i mužů (všeobecných ošetřovatelů). Muskuloskeletální obtíže a vnímání bolesti horních končetin a zad jsou specifickým druhem obtíží u pracujících průmyslového světa. U sester se tato obtíž vyskytuje poměrně často, neboť práce sester probíhá ve fyzicky i psychosociálně náročných podmínkách. Například v případě geriatrických sester je to až u 49 % sester. Jejich klienti/pacienti potřebují větší pomoc při každodenních činnostech, trpí demencí a vykazují problémy s chováním. U těchto sester se vyskytuje více psychosociálních stresorů a jejich pracovní podmínky jsou těžší. Prokázal se vyšší výskyt muskuloskeletálních obtíží u sester, které pečují o klienty/pacienty s vyšší fyzickou závislostí a mentálním defektem. Fyzická práce silně zvyšuje výskyt muskuloskeletálních obtíží u sester, které mají nízkou psychickou podporu. Tam, kde měly sestry vysokou psychickou podporu, byl výsledek ve vazbě na výskyt muskuloskeletálních obtíží nesignifikantní. [94]

Kromě muskuloskeletálních obtíží ovlivňuje pracovní zátěž a psychický stres i jiné zdravotní obtíže. Za rizikové kardiovaskulární faktory u mladých sester jsou pokládány vysoké požadavky na práci, nutnost rozhodování a nízká míra sociální podpory. Potvrdilo se však pouze to, že sestry s nízkými rozhodovacími možnostmi popisovaly více fyzické aktivity v práci a vyšší konzumaci alkoholu v soukromém životě. Sestry s nízkou sociální podporou popisovaly více fyzické aktivity v práci a pracovaly na směny více let. Nebyl nalezen žádný hlavní efekt pracovního zatížení, možnosti rozhodování nebo sociální opory působící jako rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění. Všechny rizikové faktory se zhoršovaly s věkem a nárůstem BMI. Výsledek potvrdil, že u zdravých mladých žen pracovní zátěž nesouvisí s nepříznivým metabolickým nebo fibrinolytickým profilem. [95]

Rutledge et al. se ve své studii zabývali posouzením pracovního stresu lékařů a sester a zjistili, že tzv. „dobrá noc“ v podobě dobrého spánku kladně souvisí s dobrým výsledkem kognitivních funkcí, které byly měřeny jako skóre logické paměti, a vyšší emoční stres naopak negativně ovlivňuje výsledky v paměťových škálách. Kvalita spánku a emoční stres se ovlivňují navzájem. [96]

15. SYNDROM VYHOŘENÍ

Psychologická problematika syndromu burnout, též nazývaného syndrom vyhoření, je úzce spjata se stresem a přetížením, nedostatečným respektem k vlastním potřebám a přehlížením únavy. Přehnaným úsilím může člověk dojít k újmě na zdraví, a to psychické i fyzické, a k syndromu burnout neboli syndromu vyhoření. Tento termín se objevil v psychologii v roce 1975 v práci Freudembergera. [20]

Existuje mnoho definic syndromu burnout neboli syndromu vyhoření. Křivohlavý rozděluje příznaky vyhoření do dvou skupin:

- **Subjektivní příznaky** – mezi subjektivní příznaky se řadí velká únava, snížené sebecenění a sebehodnocení, špatné soustředění a oslabená pozornost, zvýšená iritabilita, negativismus, ztráta sil, ztráta nadšení a zaujetí pro cokoliv, neschopnost se rozhodnout pro cokoliv, neschopnost se postavit čemukoliv a tzv. „se bránit“, ztráta kontroly sama nad sebou, ztráta všech iluzí, plánů a nadějí, život v permanentním napětí.
- **Objektivní příznaky** – řadí se mezi ně několik měsíců trvající snížená celková výkonnost pozorovatelná v řadě činností. [20]

Pines a Aronson hovoří o vyhoření jako o stavu fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým setrváváním v emočně vypjatých a vyčerpávajících situacích. Vyčerpání pak rozdělují na tři skupiny, a to na fyzické vyčerpání, spojené s chyběním energie, dále pak na emocionální vyčerpání, které spojují s pocity beznaděje, a mentální vyčerpání, které charakterizují negativním postojem člověka ke všemu, tedy k sobě sama, ke světu a žití obecně. [97]

K diagnostice syndromu vyhoření se používá řada diagnostických metod, nejčastější jsou dotazníky se speciálním zaměřením, například Hawkins, Minirth, Maier a Thursman, pro české podmínky přeložené Křivohlavým. [20]

Prevence syndromu vyhoření / syndromu burnout spočívá ve dvou základních přístupech, ve znalosti profesí či oblastí, kde vyhoření hrozí, a v úpravě podmínek, které by zamezily vzniku syndromu vyhoření / syndromu burnout. Křivohlavý uvádí tzv. „interní postupy“

a „externí přístupy“. Interní postupy jsou spojené s přiměřeným riskováním, širším stanovením si cílů, dostatkem informací a přiměřenou zpětnou vazbou, s plánováním práce, se speciálním pojetím úspěchu ne jako cíle, ale jako vedlejšího produktu činnosti. Externí přístupy mají podobu sociální opory v širším či užším slova smyslu. [20]

Burnard charakterizuje obrazy syndromu vyhoření / syndromu burnout následujícími projevy:

- zklamání z práce,
- pocit beznaděje a neschopnosti zdolat obtíže,
- potřeba dostat se pryč od lidí,
- ztráta schopnosti vcítit se do druhých lidí.

Prevence syndromu vyhoření / syndromu burnout je podle Burnarda v zpětné vazbě na náš výkon a v rozvoji sebeuvědomování. [59]

Nejčastější činnosti a aktivity vedoucí k syndromu vyhoření / syndromu burnout mají následující podobu:

- poskytování stále stejného typu pomoci/péče jen s malou změnou,
- dodávání velkého množství energie druhým s minimální návratností,
- být pod neustálým tlakem, požadavky na dodržení času a dosažení výsledku jsou nereálné,
- práce s náročnou skupinou klientů/pacientů, jako jsou například klienti/pacienti nereagující na léčbu, nespolupracující klienti/pacienti, dále pak klienti/pacienti v terminálním stádiu onemocnění,
- absence bezprostřední podpory od kolegů, nadměrná kritika a atmosféra nepřetržitých pochybností,
- nedostatek důvěry mezi těmi, kdo pomoc poskytují, a těmi, kdo řídí organizaci, která pomoc poskytuje,
- nedostatek příležitostí se rozvíjet, učit se novým věcem v práci, zbytečná omezení,
- málo příležitostí k odborné přípravě, dalšímu vzdělávání, supervizi a podpoře,
- nevyřešené osobní problémy, které zasahují do efektivity práce pomáhajícího, například v podobě jeho zdravotních či manželských problémů. [59]

Není rozumné předpokládat, že můžeme současně pracovat s druhými a pro druhé bez toho, že bychom věnovali pozornost vlastním potřebám. Jedinec, který se chce

vyhnout syndromu vyhoření / syndromu burnout, musí myslet na následující opatření:

- pestrost práce;
- znalost svých potřeb v oblasti vzdělávání, odborné přípravy a jejich plánování dopředu;
- péče o vlastní fyzické zdraví;
- vzít v úvahu nové způsoby práce a rozvíjet nové dovednosti;
- rozvíjet účinný systém supervize a podpory;
- podporovat a rozvíjet přátelství a vztahy s jinými;
- rozvíjet mimopracovní zájmy;
- obnovovat a rozvíjet zkušenosti, přinášet nové myšlenky a metody;
- rozvíjet vlastní projekty bez potřeby jejich schválení druhými;
- hledat pozitivní zpětnou vazbu na svůj výkon od ostatních. [59]

Též byl prokázán vliv transkulturních aspektů na vznik syndromu vyhoření / syndromu burnout, zjistilo se, že obyvatelé Izraele jsou odolnější vůči syndromu vyhoření / syndromu burnout než Američané. Izraelci mají svou zemi v očekávání permanentního nebezpečí a důraz tudíž kladou na kolektivní přístup a sjednocení, oproti tomu Američané na materialismus a individualismus. Ukazuje se jako vysvětlení souvislost mezi syndromem vyhoření / syndromem burnout a stanovením priorit – smyslem pro důležitost, otázka existenciální perspektivy. [98]

15.1. Syndrom vyhoření u sester

Lidé pracující v pomáhajících profesích mohou být vulnerabilnější k syndromu vyhoření / syndromu burnout. Je to stav nebo situace, které jsou charakteristické tím, že zaměstnanci, v našem případě sestry, nejsou schopni zvládnout emocionální požadavky péče. Příznaky vyhoření lze identifikovat, když se u sester objevuje nízká spokojenost s prací, špatná výkonnost a neschopnost soucítění s klientem/pacientem. Syndrom vyhoření / syndrom burnout je vážným problémem pro pacienty, kolegy, zaměstnance, stejně jako pro sestru/jednotlivce. [53]

Syndromu vyhoření / syndromu burnout je v ošetrovatelství věnována velká pozornost a velký zájem a je pokládán za následek maladaptivního zvládnutí vnímání stresu. [99]

Nízká morálka a nespokojenost v práci jsou příčinou i důsledkem syndromu

vyhoření / syndromu burnout, způsobují nemoc u jedinců a občas vedou i k jejich odchodu z profese. Změna pracovních podmínek, stejně jako strategie osobního zvládnání stresu mohou pomoci jako prevence syndromu vyhoření / syndromu burnout. [58]

Sestry jsou ohroženy syndromem vyhoření / syndromem burnout, protože jejich práce je velmi stresující povahy. Nerovnováha mezi vkladem a návratností ve vztahu s klienty/pacienty je jednou z příčin syndromu vyhoření / syndromu burnout u sester. Syndrom vyhoření / syndrom burnout jim též brání v prožívání významu jejich práce a úspěchu v jejich práci. [100]

Výsledky výzkumů potvrzují, že syndrom vyhoření / syndrom burnout má podobu, která je odlišná od deprese. Pocity ztráty kontroly a bezmocnost jsou považovány za hlavní předchůdce deprese a stejně tak jsou klíčovými elementy pro rozvinutí syndromu vyhoření / syndromu burnout. Glass et al. se zabývají myšlenkou, zda si sestřskou profesi nevolí příliš vnímaví jedinci, kteří jsou predisponováni k syndromu vyhoření i depresi. Není zde však bezvýznamný vztah mezi nedostatkem vnímání ztráty pracovní kontroly, která je předchůdcem deprese, a syndromem vyhoření / burnout syndromem. [101]

Větší důvěra člověka ve schopnost zvládat každodenní problémy byla spojena s menším rizikem syndromu vyhoření / syndromu burnout. Sestry s vysokou tolerancí vůči stresu si dokázaly lépe poradit, byly optimistické a uměly si stanovit priority. [102]

Syndrom vyhoření / syndrom burnout nemá negativní dopad jen na kvalitu života, ale i na nemocnost sester. [103]

16. VŠEOBECNÁ SESTRA JAKO ŽENA

Pojetí typicky ženské práce se mění v čase. Sesterská profese je pokládána stále za profesi vlastní především ženám, a proto se zde zabýváme i otázkou role ženy. Přístup žen k profesi všeobecné sestry se mění ve vazbě na jejich osobnostní charakteristiky, jejich věk, osobní i pracovní zkušenosti, uspořádanost vlastního života, jejich vztahy a sociální oporu. Schulze a Roberts tvrdí, že se stále věří, že ženy prožívají a vyjadřují emoce mnohem více než muži. [43]

Národní výzkumy ukazují, že méně než 50 % žen nalezne pochopení pro svou práci u mužů. Jakkoliv však manžel podporuje svou ženu v práci, je kritický k jejímu konfliktu práce–rodina. U žen byla prokázána pozitivní korelace mezi manželskou spokojeností a pracovní spokojeností. Manželská nespokojenost u žen měla mnoho faktorů a souvisela s nízkou životní spokojeností. Duševní zdraví žen je více ovlivněné manželským životem než pracovním životem. Vliv manželské spokojenosti na duševní zdraví je oslaben ve vyšších úrovních osobní pohody. Úroveň odmítnutí podpory ženiny práce manželem je významnější a silnější než jeho vyjádření podpory její práci a než vyjádření podpory její práci ostatními a též než odmítnutí podpory její práce ostatními. Manželská role je pokládána za důležitější než pracovní role. [104]

16.1. Profesní a životní role všeobecné sestry

Fox a Dwyer se zabývaly otázkou provázanosti pracovní zátěže a rodinné zátěže u sester žen ve vazbě na konflikt mezi prací a rodinou. Uvádějí, že jsou tři rodinné stresory jako manželské napětí, nečekaná potřeba pomoci a nedostatečná péče o děti, které významně korelují s konfliktem práce–rodina. A dále pak uvádějí, že jsou tři pracovní stresory jako množství práce, různost práce a množství stresových událostí v práci, které významně korelují s konfliktem práce–rodina. Čas strávený domácími pracemi ovlivňuje významně konflikt práce–rodina. Jedná se vlastně o odolnost vůči stresu v kombinaci se zvládnutím individuální odpovědnosti a současně dovednost zůstat produktivním zaměstnancem a funkčním členem rodiny. [105]

II. EMPIRICKÁ ČÁST

17. CÍLE DISERTAČNÍ PRÁCE

Zjištění sociálních dovedností všeobecných sester pracujících na specializovaných odděleních.

Ověření a podchycení významu vlivu životní spokojenosti na sociální dovednosti všeobecných sester a jejich vzájemná provázanost.

Zhodnocení rozdílnosti sociálních dovedností sester na standardních odděleních a v ambulancích v porovnání se sociálními dovednostmi sester pracujících na odděleních anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších odděleních intenzivní péče.

Zjištění vztahu mezi sociálními dovednostmi všeobecných sester a vzděláním.

Zjištění vztahu mezi sociálními dovednostmi sester a počtem let praxe u sester.

Zjištění odlišnosti emočních a sociálních projevů mužů, kteří vykonávají sesterskou profesi (všeobecní ošetřovatelé), od emočních a sociálních projevů všeobecných sester žen.

Navrhnutí dalších možností rozvoje, podpory, motivace, stabilizace, vzdělávání a efektivity využití sociálních dovedností všeobecných sester na odděleních anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších odděleních intenzivní péče.

18. PILOTNÍ VÝZKUM

18.1. Cíle pilotního výzkumu

V časovém rozmezí březen 2016 až červen 2016 proběhl pilotní výzkum za účelem přesnější deskripce profese všeobecná sestra na specializovaném oddělení, zjišťování radostí a starostí sester a obav sester. Dále pak zjištění motivačních a demotivačních aspektů práce sester. Zjišťování priorit a důležitostí u sester na specializovaném oddělení a též mapování sociálních kompetencí sester na specializovaném oddělení.

Tento pilotní výzkum, teoretická východiska práce a osobní konzultace s Riggim [77] [106] byly jakýmsi výchozím momentem pro stanovení hypotéz hlavního výzkumného projektu.

18.2. Charakteristika vzorku pilotního výzkumu

Pilotní výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze, se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, na lůžkovém oddělení. Oddělení mělo k datu zahájení pilotního výzkumu v pracovním poměru 90 sester (všeobecných sester, sester, všeobecných ošetrovatelů, zdravotnických záchranářů; dále jen „sestry“). Všichni výše uvedení fakticky vykonávali profesi všeobecné sestry pracující na specializovaném oddělení.

Vlastního výzkumného projektu se zúčastnilo 80 sester. Tři sestry byly toho času na dlouhodobé pracovní neschopnosti, jedna sestra odešla ve zkušební době z nemocnice, dvě sestry byly na mateřské dovolené a čtyři sestry se odmítly výzkumu účastnit.

Pilotního výzkumu se tedy zúčastnilo 80 respondentů, z toho 64 žen a 16 mužů.

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské u 33 respondentek/respondentů, vyšší odborné u 22 respondentek/respondentů a středoškolské u 25 respondentek/respondentů.

Nejnižší věk respondentek/respondentů byl 24 let a nejvyšší 62 let, průměrný věk respondentek/respondentů pak byl 34,3 let.

U počtu let sesterské praxe byl jako nejnižší počet let praxe uveden 1 rok, jako nejvyšší počet let praxe pak bylo uvedeno 42 let praxe, průměrný počet let praxe činil 13,1 let.

18.3. Stanovení výzkumných metod ke sběru dat pilotního výzkumu, vlastní organizace sběru dat a způsob vyhodnocení získaných dat

Pilotní výzkum zahrnoval polostrukturovaný rozhovor, který trval cca 60 minut, čas rozhovoru nebyl předem určen. Trvání rozhovoru se pohybovalo od 45 minut do 90 minut, ve vazbě na otevřenost a sdílnost sester.

Rozhovor obsahoval předem připravené otázky, u kterých byl dán prostor k volným odpovědím sester. Sestrám byl ponechán i prostor pro další témata k rozhovoru, která s otázkami souvisela, anebo témata, o nichž sestry potřebovaly nebo chtěly hovořit.

Součástí otázek bylo i zjištění tzv. demografických a pracovních proměnných, mezi něž patří pracovní zařazení, nejvyšší dosažené vzdělání a pohlaví. Důvodem ke zjištění pracovního zařazení bylo upřesnění, zda jde o specializaci zdravotnický záchranář či všeobecná sestra či sestra. Třebaže na lůžkovém oddělení kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny všichni vykonávají práci „sestry“, jsou zde kromě všeobecných sester a sester i výše zmínění zdravotničtí záchranáři.

Kromě otázek zaměřených na zjištění nezávislých proměnných byly položeny otázky zaměřené na přesnější deskripci vnímání profese všeobecné sestry na specializovaném oddělení, otázky, které zjišťovaly radosti a starosti sester a též obavy sester, motivační a demotivační aspekty práce sester, priority a důležitosti sester. Otázky též mapovaly sociální kompetence sester na specializovaném oddělení.

Tabulka 1: Otázky položené během rozhovoru.

Pořadové číslo	Otázka
1.	Pracovní zařazení
2.	Dosažené vzdělání
3.	Pohlaví
4.	Co Vás těší na Vaší a ve Vaší práci?
5.	Co se Vám líbí na Vaší a ve Vaší práci?
6.	Co byste chtěl(a) ve Vaší práci?
7.	Co byste nechtěl(a) ve Vaší práci?
8.	Co Vám vyhovuje ve Vaší a na Vaší práci?
9.	Co si myslíte o vysokoškolském vzdělávání sester?

Odpovědi na otázky byly pečlivě zaznamenány jednou osobou (studentkou doktorandkou). Pro odpovědi, po jejich získání, bylo vytvořeno 74 kategorií. Některé kategorie se objevovaly v odpovědích na více otázek a jiné byly specifické pro každou jednotlivou otázku.

Po dokončení rozhovorů byla provedena analýza odpovědí a odpovědi pak byly přiřazeny k jednotlivým kategoriím, viz obrázek – příloha číslo 11.

Každá sestra mohla uvést jako odpověď na danou otázku neomezený počet odpovědí. Výjimkou byly pouze otázky: 1. pracovní zařazení, 2. pohlaví, 3. dosažené vzdělání. A dále pak otázka 9: Co si myslíte o vysokoškolském vzdělávání sester? Vlastní otázky s neomezeným počtem možných odpovědí tedy začínaly číslem 4.

Ke každé otázce byla vytvořena četnost odpovědí v kategorii, do níž získané odpovědi patřily. Odpovědi získané na danou otázku pak byly převedeny do procentuálního vyjádření dané kategorie.

Na rozhovor navazovalo individuální zadání dotazníku – **inventář sociálních kompetencí (ISK)** od U. P. Kanninga (po předešlé konzultaci a spolupráci s Horákovou Hoskocovou). Inventář sociálních kompetencí se v době zadávání dotazníku připravoval k vydání

v Testcentru Praha v české verzi a probíhal sběr dat k jeho standardizaci. I námi sebraná data byla použita do standardizačního vzorku. Nyní již je dotazník v české verzi k dispozici a lze jej v Testcentru Praha získat. Vše bylo prováděno, stejně jako rozhovory, jednou osobou (studentkou doktorandkou).

Dotazník obsahoval 108 otázek/položek, ve kterých se sestry samy hodnotily na čtyřstupňové škále:

1 vůbec nesouhlasí

2 spíše nesouhlasí

3 spíše souhlasí

4 zcela souhlasí

Každý dotazník byl zvlášť vyhodnocen a byl získán výsledek sedmnácti primárních faktorů a čtyř sekundárních faktorů. Sekundární faktory pak byly v rámci skupiny sester dále porovnávány a byly porovnány i s dostupnými populačními normami, které byly v té době k dispozici.

Jednotlivé získané výsledky se týkaly následujících primárních a sekundárních faktorů.

Primární faktory k prvnímu sekundárnímu faktoru sociální orientace (SO) jsou prosocialita (PS), převzetí perspektivy (PU), pluralita hodnot (WP), ochota ke kompromisu (KO), naslouchání (ZU). Osoby s vysokou hodnotou ve škále **sociální orientace** mají pozitivní postoj k druhým lidem, dokáží se dobře vžít do druhého člověka a vidět svět jeho očima. Tyto osoby mají dobrou schopnost naslouchat. K nejrůznějším normám a hodnotovým postojům jiných lidí jsou tolerantní. Konflikty řeší se zohledněním zájmů druhé strany.

Primárními faktory k druhému sekundárnímu faktoru ofenzivita (OF) jsou schopnost prosadit se (DF), ochota ke konfliktu (KB), extraverte (EX), rozhodnost (EF). Osoby s vysokou hodnotou ve škále **ofenzivita** přistupují k druhým lidem aktivně a navazují s nimi kontakty, současně úspěšně prosazují vlastní zájmy a chovají se rozhodně. Konflikty řeší přímo a nevyvolávají je.

Primárními faktory k třetímu sekundárnímu faktoru sebeovládání (SE) jsou sebekontrola (SK), emocionální stabilita (ES), flexibilita chování (HF), internalita (IN). Osoby

s vysokou hodnotou **sebeovládání** jsou si dobře vědomy sebe sama jako důležité příčiny událostí ve svém prostředí a jako původce vlastního chování.

Primárními faktory ke čtvrtému sekundárnímu faktoru reflexibilita (RE) jsou sebeprezentace (SD), přímá pozornost k sobě (DS), nepřímá pozornost k sobě (IS), vnímání osob (PW). Osoby s vysokou hodnotou **reflexibility** vnímají vlastní chování v interakcích a vnímají i reakce partnerů na vlastní chování v interakci. Reflexibilita je jakýmsi ukazatelem, jak se tyto osoby zabývají samy sebou a druhými. [107]

18.4. Výsledky pilotního výzkumu a jejich analýza

18.4.1. Výsledky rozhovorů a jejich analýza

Rozhovor byl proveden s 80 sestrami (100 %), z toho bylo 70 sester (87 %) a 10 záchranářů (13 %). Všichni výše uvedení vykonávali na lůžkovém oddělení kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny sesterskou profesi, viz obrázek – příloha číslo 1.

Na lůžkovém oddělení Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze bylo v době provádění výzkumu v rámci pilotního projektu nejvyšší dosažené vzdělání 80 sester (100 %) rozloženo následujícím způsobem: 25 sester, tj. 31 % sester, mělo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, 22 sester, tj. 28 % sester, mělo nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné a 33 sester, tj. 41 % sester, mělo nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, viz obrázek – příloha číslo 2.

Na lůžkovém oddělení kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny pracovalo v době provádění výzkumu v rámci pilotního projektu v sesterské profesi 64 žen, tj. 80 %, a 16 mužů, tj. 20 %, viz obrázek – příloha číslo 3.

Další otázky zaměřené na radosti a starosti sester a obavy sester při výkonu jejich profese uvádíme níže, stejně jako zjištění, ke kterým vedly. U každé odpovědi jsou uvedeny čtyři nejvíce zastoupené kategorie odpovědí, na grafickém vyobrazení, které lze vždy nalézt v příloze, jsou pak vyobrazeny a znázorněny i další kategorie odpovědí s jejich procentuálním zastoupením.

Otázka 4: Co Vás těší na Vaší a ve Vaší práci?

Bylo získáno celkem 134 odpovědí (100 %). Z toho je následující rozložení odpovědí do 4 nejdůležitějších oblastí odpovědí: První oblast – 56 odpovědí (42 %) obsahovalo potěšení sester ze záchrany života při jejich práci, z úspěchů pacienta – jeho uzdravení, z pomoci pacientovi, z pomoci lidem – z výsledků práce, z odchodu zdravého pacienta – ze smysluplnosti – z naplnění. Druhá oblast – 23 odpovědí (17 %) obsahovalo potěšení sester z akčnosti jejich práce, z pestrosti práce, ze zajímavosti práce, potěšení z práce jako takové, z kreativity v práci, z pestrosti diagnóz. Třetí oblast – 16 odpovědí (12 %) zahrnovalo potěšení z odbornosti práce, ze znalostí práce, ze znalostí získaných při práci a ze zkušeností získaných při práci, ze vzdělávání souvisejícího s prací, z vysoké kvality poskytované péče a z rovnováhy fyzické a psychické práce. Čtvrtá oblast – 15 odpovědí (11 %) obsahovalo potěšení z pozitivního feedbacku od pacientů. Celkový přehled odpovědí viz obrázek – příloha číslo 4.

Otázka 5: Co se Vám líbí na Vaší a ve Vaší práci?

Bylo získáno celkem 125 odpovědí (100 %). Z toho je následující rozložení odpovědí do 4 nejdůležitějších oblastí odpovědí: První oblast – ve 29 odpovědích (23 %) sestry uváděly, že se jim líbí akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost v práci, pestrost diagnóz při práci. Druhá oblast – podle 24 odpovědí (19 %) se sestram líbí odbornost práce, znalost práce, znalosti získané při práci a zkušenosti získané při práci, vzdělávání, vysoká kvalita poskytované péče, rovnováha fyzické a psychické práce. Třetí oblast – v 15 odpovědích (12 %) sestry uvedly, že se jim líbí vztahy na oddělení, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů a pomoc kolegů při práci. Čtvrtá oblast – podle 14 odpovědí (11 %) se sestram líbí záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoc pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění. Celkový přehled odpovědí viz obrázek – příloha číslo 5a a 5b.

Otázka 6: Co byste chtěl/a ve Vaší práci?

Bylo získáno celkem 142 odpovědí (100 %). Z toho je následující rozložení odpovědí do 4 nejdůležitějších oblastí odpovědí: První oblast – 29 odpovědí (20 %) ukazuje, že by sestry chtěly dobré vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmovou spolupráci, komunikaci, zájem kolegů, pomoc kolegů. Druhá oblast – z 23 odpovědí (16 %) vyplývá, že by sestry chtěly zájem vedení, zázemí pro sestry, podporu sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo,

řešení problémů vedením. Třetí oblast – z 21 odpovědí (15 %) vyplývá, že sestry by chtěly vybavení – materiál, pomůcky, dobré nakládání s materiálem, funkční software. Čtvrtá oblast – podle 17 odpovědí (12 %) by sestry chtěly směnnost. Celkový přehled odpovědí viz obrázek – příloha číslo 6a a 6b.

Otázka 7: Co byste nechtěl/a ve Vaší práci?

Bylo získáno celkem 97 odpovědí (100 %). Z toho je následující rozložení odpovědí do 4 nejvýznamnějších oblastí odpovědí: První oblast – 24 odpovědí (25 %) ukazuje, že by sestry nechtěly špatné vztahy, nezdravé jádro kolektivu, dysfunkční týmovou spolupráci, dysfunkční komunikaci, nezáměr kolegů, neochotu kolegů pomoci. Druhá oblast – podle 11 odpovědí (11 %) by sestry nechtěly špatnou organizaci práce, byrokracii, organizaci práce v podobě jedna staniční sestra a jeden směnný lékař, neboť je potřeba alespoň dvou lékařů, dále by nechtěly nesmyslná pravidla, nejednotné požadavky, nedostatečné informace, směny. Třetí oblast – v 10 odpovědích (10 %) sestry uvedly, že by nechtěly nedostatek personálu a jeho fluktuaci. Čtvrtá oblast – v 9 odpovědích (9 %) sestry uvedly, že není nic, co by nechtěly. Celkový přehled odpovědí viz obrázek – příloha číslo 7a a 7b.

Otázka 8: Co Vám vyhovuje ve Vaší a na Vaší práci?

Bylo získáno celkem 111 odpovědí (100 %). Z toho je následující rozložení odpovědí do 4 nejvýznamnějších oblastí odpovědí: První oblast – v 50 odpovědích (45 %) sestry uvedly, že jim vyhovuje směnnost – dlouhý a krátký týden. Druhá oblast – ve 22 odpovědích (20 %) sestry uvedly, že jim vyhovují vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, zájem kolegů, pomoc kolegů. Třetí oblast – v 10 odpovědích (9 %) sestry uvedly, že jim vyhovuje akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost při práci, pestrost diagnóz. Čtvrtá oblast – v 6 odpovědích (5 %) sestry uvedly, že jim vyhovuje zájem vedení, zázemí pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo pro sestry, řešení problémů vedením. Celkový přehled odpovědí viz obrázek – příloha číslo 8a a 8b.

Otázka 9: Co si myslíte o vysokoškolském vzdělávání sester?

Bylo získáno celkem 80 odpovědí (100 %). Zde byla s ohledem na typ otázky a její jednoznačnost možná volba jen jedné odpovědi. Získané odpovědi mají následující rozdělení: 41 % respondentů (33 odpovědí) se domnívá, že vysokoškolské vzdělávání sester ano, ale je potřebné lepší propojení teorie a praxe, více specializovat. Celkem 18 %

respondentů (14 odpovědí) se domnívá, že vysokoškolské vzdělávání sester ano. Dalších 13 % respondentů (10 odpovědí) se domnívá, že vysokoškolské vzdělávání sester ne. Celkem 10 % respondentů (8 odpovědí) se domnívá, že ano, ale je nutné dořešení kompetencí. Stejný počet 10 % respondentů (8 odpovědí) se domnívá, že ne, chybí propojení teorie s praxí, je potřeba více specializovat. Celkem 7 % respondentů (6 odpovědí) neví, zda ano nebo ne vysokoškolské vzdělávání sester. A 1 % respondentů (1 odpověď) se domnívá, že ne vysokoškolské vzdělávání sester, protože chybí dořešení kompetencí u vysokoškolského vzdělávání sester. Celkový přehled odpovědí viz obrázek – příloha číslo 9.

Dále pak byl z rozhovorů vytvořen souhrnný pozitivní obraz toho, co sestry těší, co se sestrám líbí a co jim vyhovuje na jejich a v jejich práci, a to spojením otázek:

4. Co Vás těší na Vaší a ve Vaší práci?
5. Co se Vám líbí na Vaší a ve Vaší práci?
8. Co Vám vyhovuje ve Vaší a na Vaší práci?

Z celkového součtu otázek 4, 5 a 8 byly vypuštěny odpovědi typu nic a nevím. Jednalo se zde o odpověď nic u otázky číslo 5, která zde byla dvakrát, a proto je celkový součet odpovědí 368, a ne 370. Celkem tedy bylo získáno 368 odpovědí (100 %). Z toho je následující rozložení odpovědí do 4 nejvýznamnějších oblastí odpovědí: První oblast – 70 odpovědí (19 %) tohoto souhrnu, co sestry těší, co se sestrám líbí a co jim vyhovuje na jejich a v jejich práci, zahrnovalo kategorii s obsahem – záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoc pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění. Druhá oblast – 62 odpovědí (17 %) tohoto souhrnu, co sestry těší, co se sestrám líbí a co jim vyhovuje na jejich a v jejich práci, zahrnovalo kategorii s obsahem – akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz. Třetí oblast – 51 odpovědí (14 %) tohoto souhrnu, co sestry těší, co se sestrám líbí a co jim vyhovuje na jejich a v jejich práci, zahrnovalo kategorii s obsahem – směnnost. Čtvrtá oblast – 47 odpovědí (13 %) tohoto souhrnu, co sestry těší, co se sestrám líbí a co jim vyhovuje na jejich a v jejich práci, zahrnovalo kategorii s obsahem – vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů. Celkový přehled odpovědí viz obrázek – příloha číslo 10a a 10b.

18.4.2. Výsledky inventáře sociálních kompetencí

Inventář sociálních kompetencí (ISK) od U. P. Kanninga byl zadáván respondentům

vykonávajícím práci všeobecných sester na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, a to na její lůžkové části. Zadání dotazníku bylo individuální a následovalo vždy po proběhlém rozhovoru. Rozhovor i zadání dotazníku byly provedeny jednou osobou (studentkou doktorandkou). Všech 80 dotazníků bylo správně vyplněno, a tudíž mohly být použity k vyhodnocení.

Prokázalo se, že sestry pracující na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny vykazují nadprůměrné hodnoty v sebeovládání, a odpovídají tomu jak ženy – všeobecné sestry s průměrnou hodnotou hrubého skóru 75,9, tak i muži – všeobecní ošetřovatelé s průměrnou hodnotou hrubého skóru 81,9 a to odpovídá 6 staninu. To je vyšší průměrná hodnota sebeovládání pro běžnou populaci podle německých populačních norem (byly k dispozici po dokončení pilotního projektu, kdy probíhala standardizace testu na českou populaci; vzorek z našeho pilotního projektu byl též zařazen do standardizace a přispěl tak k vytvoření českých norem). Podle českých populačních norem, které máme k dispozici nyní, odpovídají všeobecné sestry ženy při stejných hodnotách hrubému skóru 5 staninu a všeobecní ošetřovatelé muži též 5 staninu. Obě skupiny, všeobecné sestry i všeobecní ošetřovatelé, odpovídají tedy průměru pro českou populaci.

Potvrzuje se zde i rozdíl mezi muži a ženami v sebeovládání, který odlišují i populační normy, neboť se uvádí vyšší hodnota hrubého skóru ke stejnému staninu pro muže než pro ženy.

Inventář sociálních kompetencí ukazuje jako negativní aspekt práce všeobecných sester počet let praxe, který má zápornou korelaci s reflexibilitou, a tudíž ukazuje na negativní vliv praxe na reflexibilitu ($r = -0,255$) a ($p = 0,023$).

18.5. Shrnutí výsledků pilotního výzkumu

Výsledky pilotního výzkumu byly následující:

Základním mechanismem uspokojení z práce na specializovaném oddělení a pocitu naplnění z této práce je pomoc člověku, nové poznatky a vzdělávání se a dobré mezilidské vztahy. Nejdůležitějším aspektem práce sester je komunikace na pracovišti, týmová spolupráce, vztahy s lékaři a mezi sestrami navzájem. Vyhovujícím aspektem práce sester je směnnost. Též se prokázalo, že sestry pracující na tomto oddělení vykazují lepší průměrné hodnoty ve škále sebeovládání s ohledem na populační normy. Negativním

aspektem práce sester je počet let praxe. S nárůstem odpracovaných let dochází ke snížení ve škále flexibility. Celý výsledek pilotního projektu ukazuje na prvním místě na hluboce lidské – altruistické motivy v práci sester: pomoc druhým a jejich záchranu.

18.6. Závěr pilotního výzkumu a doporučení vyplývající z pilotního výzkumu pro další výzkum

Jako zpětná vazba z pilotního výzkumu byla sestřám nabídnuta skupinová prezentace celkového vyhodnocení našich zjištění vyplývajících z rozhovorů a individuální vyhodnocení inventáře sociálních kompetencí.

Proběhla skupinová prezentace výsledků rozhovorů v rámci celkového vyhodnocení kategorizace odpovědí sester na otázky a jejich procentuálního zpracování do grafů. Prezentace se zúčastnila nadpoloviční většina sester a management kliniky. Celkový výsledek v podobě grafů, vztahujících se k jednotlivým otázkám rozhovorů, které byly provedeny v rámci pilotního výzkumu, by měl posloužit i jako podklad pro rozvoj a zlepšování podmínek komunikace, práce a spolupráce – spolupráce sester mezi sebou navzájem i v rámci celé kliniky. Celkový výsledek rozhovorů v grafické podobě byl k dispozici i náměstkyni pro ošetrovatelskou péči.

Dále pak byla respondentkám a respondentům nabídnuta individuální zpětná vazba k vyhodnocenému inventáři sociálních kompetencí s vysvětlením výsledků, kterou všichni uvítali. Zpětná vazba s individuálním vyhodnocením dotazníku respondentky či respondenta byla zaslána na její/jeho osobní e-mail, který zadala/zadal, aby nehrozilo žádné riziko provázanosti s pracovním prostředím a byla zajištěna dostatečná anonymita výsledků jednotlivce. Vše bylo provedeno jednou osobou (studentkou doktorandkou). Účastníkům výzkumu byla též nabídnuta možnost individuální konzultace výsledků z inventáře sociálních kompetencí, té využili tři respondenti ze skupiny vykonávající práci všeobecných sester v rámci kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Pilotní výzkum ukázal na důležitost komunikace, vnímání vztahů, potřebu zájmu o člověka jako takového i jeho práci, důležitost pocitu naplnění při práci, vlastního rozvoje a dalšího vzdělávání, ale i důležitost kooperace a interakce pro práci všeobecných sester. Pilotní výzkum tedy potvrdil významnost a potřebnost vyspělosti a stálého rozvoje problematiky sociálních dovedností v práci všeobecných sester.

Při volbě metody sběru dat a zjišťování sociálních dovedností v našem dalším výzkumu jsme se tedy zaměřili poněkud úžeji, a to na zjišťování sociálních dovedností všeobecných sester pracujících na specializovaných odděleních.

19. VÝZKUMNÝ PROJEKT

Výzkumný projekt byl zaměřen na splnění výzkumných cílů disertační práce a bylo v něm využito poznatků z literatury, odborných konzultací a zjištění vyplývajících z pilotního výzkumu. Byl zaměřen intenzivněji na problematiku sociálních dovedností všeobecných sester pracujících na specializovaných odděleních a k tomu byly zvoleny i metody sběru dat a analýzy výsledků výzkumu.

19.1. Stanovení hypotéz

Stanovení hypotéz proběhlo na základě studia odborné literatury, pilotního výzkumu k dané problematice a konzultace výzkumných předpokladů s Riggim, autorem jednoho z dotazníků použitých ve výzkumném projektu. [77]

19.1.1. Hypotézy

H1: Sestry pracující na specializovaných odděleních budou mít významně vyšší celkový SSI index (celkový index sociálních dovedností) než sestry pracující na standardních odděleních a v ambulancích.

H2: Sestry pracující na specializovaných odděleních budou mít vyšší index sebehodnocení sociální inteligence než sestry pracující na standardních odděleních a v ambulancích.

H3: Sestry pracující delší dobu budou mít vyšší celkový SSI index (celkový index sociálních dovedností).

H4: Sestry muži (všeobecní ošetřovatelé) budou mít vyšší sociální kontrolu (SC) než sestry ženy.

H5: Sestry muži (všeobecní ošetřovatelé) budou mít vyšší emoční kontrolu (EC) než sestry ženy.

H6: Sestry s vysokoškolským vzděláním budou mít vyšší celkový SSI index (celkový index sociálních dovedností) než sestry bez vysokoškolského vzdělání.

H7: Celková životní spokojenost bude pozitivně korelovat s celkovým SSI indexem (celkovým indexem sociálních dovedností).

H8: Spokojenost s vlastní osobou bude pozitivně korelovat se spokojeností s prací a zaměstnáním.

H9: Tam, kde bude u sester lepší celková kontrola sociálních dovedností z dotazníku SSI, bude i vyšší celková spokojenost v dotazníku životní spokojenosti.

19.2. Výzkumný vzorek

Výzkumný projekt zahrnoval všech 2000 sester z Fakultní nemocnice v Motole v Praze. Vzorek byl tvořen sestrami ze standardních oddělení, sestrami z ambulancí a sestrami z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších oddělení intenzivní péče. Součástí výzkumu byly i všechny sestry z mimopražské nemocnice – Krajské nemocnice Liberec, a. s., která zahrnuje i Panochovu nemocnici Turnov, která je od 1. 1. 2014 její součástí. Tento vzorek byl tvořen 800 sestrami. Celkový vzorek tedy činil 2800 sester.

19.3. Výzkumné metody

Projekt je zaměřen na analýzu sociálních dovedností (SD) a životní spokojenosti (ŽS) respondentů a především analýzu statistické závislosti mezi škálami těchto dotazníků. Kromě této analýzy představují výzkumné hypotézy také závislost distribuce škál na vybraných demografických a pracovních proměnných.

Sociální dovednosti byly zjišťovány dotazníkem sociálních dovedností / Social Skills Inventory. [108]

V disertačním projektu se taktéž zaměřujeme na zjištění životní spokojenosti všeobecných sester. Ke zjišťování životní spokojenosti všeobecných sester byl použit dotazník životní spokojenosti. [109] Tento dotazník popisuje životní spokojenost celkově a dále pak v deseti významných oblastech, tyto oblasti jsou škálami dotazníku. Jedná se o následující oblasti života člověka, které jsou i škálami dotazníku: zdraví; práce a zaměstnání; finanční situace; volný čas; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem; vlastní osoba; sexualita; přátelé, známí, příbuzní; bydlení.

19.3.1. Dotazník sociálních dovedností / Social Skills Inventory

Dotazník sociálních dovedností obsahuje 90 položek a slouží jako všeobecná sebehodnoticí metoda. Respondent (v našich podmínkách všeobecná sestra) se hodnotí v každé položce na pětistupňové škále:

- 1 vůbec mě nevystihuje
- 2 spíše mě nevystihuje
- 3 vystihuje mě
- 4 vystihuje mě dosti přesně
- 5 zcela mě vystihuje

Dotazník sociálních dovedností / Social Skills Inventory obsahuje šest škál, které zjišťují komunikační dovednosti ve dvou rovinách: emoční – neverbální a sociální – verbální.

Obě roviny jsou vždy hodnoceny ve třech dimenzích, a to ve vyjadřování, které zjišťuje schopnost jedince sdělovat informace druhým lidem, ve vnímavosti, která je vztažena ke schopnosti přijímat a interpretovat informace od druhých osob, a třetí dimenze je kontrola, která zjišťuje schopnost jedince regulovat a řídit komunikační procesy.

Výše zmíněné škály jsou tyto:

Emoční vyjadřování (emotional expressivity) = EE – měří schopnost jedince neverbálně komunikovat, vyjádřit prožívané emoční stavy.

Emoční vnímání (emotional sensitivity) = ES – měří schopnost jedince přijímat a interpretovat neverbální sdělení druhých.

Emoční kontrola (emotional control) = EC – měří schopnost jedince kontrolovat a regulovat jeho vlastní emoční a neverbální projevy.

Tyto výše uvedené emoční škály lze dohromady využít jako ukazatele emoční inteligence – jako screening sebehodnocení emoční inteligence.

Sociální vyjadřování (social expressivity) = SE – měří verbální dovednosti a schopnost zapojit se do interpersonální komunikace.

Sociální vnímavost (social sensitivity) = SS – měří schopnost interpretovat verbální sdělení

jiných osob.

Sociální kontrola (social control) = SC – měří schopnost vhodné verbální prezentace sebe sama a adekvátnost chování v různých sociálních situacích.

Tyto výše uvedené sociální škály lze dohromady využít jako ukazatele sociální inteligence – jako screening sebehodnocení sociální inteligence.

U každého zkoumaného jedince získáme diagnostiku ze tří emočních škál a ze tří sociálních škál.

Dále pak získáme celkový skór emočních dovedností = TE, který je jakýmsi obrazem neverbálních – emočních schopností, a celkový skór sociálních dovedností = TS, který je jakýmsi obrazem verbálních – sociálních schopností.

Dále získáme celkový skór vyjadřování = TEx, celkový skór vnímavosti = TSe a celkový skór kontroly = TCo.

Nakonec získáme i celkový skór sociálních dovedností = SSI.

Lze též vypočítat Ekvilibrium index = EI, který poskytuje skvělý celkový ukazatel shody individuálních výsledků ve všech šesti škálách – celková efektivita sociálního a emočního projevu. [108]

19.3.2. Dotazník životní spokojenosti

Obsahuje 70 otázek, které jsou rozděleny do 10 škál, v každé škále je po 7 otázkách, které jsou hodnoceny na sedmistupňové škále:

1 velmi nespokojen

2 nespokojen

3 spíše nespokojen

4 ani spokojen, ani nespokojen

5 spíše spokojen

6 spokojen

7 velmi spokojen

Získává se zde spokojenost respondenta v 10 oblastech (v 10 škálách):

zdraví = ZDR

práce a zaměstnání = PAZ

finanční situace = FIN

volný čas = VLC

manželství a partnerství = MAN

děti = DET

vlastní osoba = VLO

sexualita = SEX

přátelé, známí a příbuzní = PZP

bydlení = BYD

Výsledkem je též celková hodnota životní spokojenosti (DŽS). DŽS je suma sedmi škálových skóru: zdraví (ZDR), finanční situace (FIN), volný čas (VLC), vlastní osoba (VLO), sexualita (SEX), přátelé, známí, příbuzní (PZP), bydlení (BYD).

19.4. Organizace získávání dat a jejich statistické zpracování

V obou nemocnicích byly, po domluvě s náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči a za laskavé spolupráce s odděleními informační technologie, zadány dva dotazníky. Dotazníky byly odeslány všem sestřám na jejich pracovní e-maily s prosbou o vyplnění za účelem zjištění sociálních dovedností sester a informací, že získaná data by měla posloužit jako podklad pro rozvoj vzdělávání sester v oblasti sociálních dovedností sester. Všem účastníkům výzkumu byla nabídnuta možnost získání zpětné vazby k vlastním vyplněným dotazníkům. Dotazníky byly odeslány v podobě internetového odkazu. Jednalo se o dva dotazníky. Dotazník sociálních dovedností / Social Skills Inventory a dotazník životní spokojenosti a dále základní list s kvalifikačními daty, jako je věk, vzdělání, počet let praxe, oddělení výkonu sesterské profese (volba zde byla dvojí – 1. oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a další oddělení intenzivní péče či 2. standardní oddělení a ambulance). Dále zde byla volba města výkonu profese – Praha nebo Liberec. Liberec zahrnoval turnovskou nemocnici, která je součástí Krajské nemocnice Liberec, a. s.

List s kvalifikačními daty a oba výše uvedené dotazníky byly převedeny do online verze k vyplnění. Vyplněné dotazníky a z nich získaná data se anonymně ukládaly do databáze.

Databáze po vyplnění dotazníků přidělila respondentovi pořadové číslo, které znal jen respondent. Toto číslo bylo databází vygenerováno pro případ požadavku respondenta na zpětnou vazbu k jeho vyplněným dotazníkům. Možnost získání zpětné vazby k vyplněným dotazníkům byla nabídnuta respondentům v úvodním e-mailu s prosbou o vyplnění dotazníků. V úvodním e-mailu byli respondenti současně upozorněni na potřebu poznamenat si vygenerované pořadové číslo, a to pro případ, že budou mít zájem o zpětnou vazbu ke svým vyplněným dotazníkům.

Celková návratnost dotazníků, které byly vyplněny sestrami, byla 1348 dotazníků. Dotazníků použitelných pro vlastní analýzu výzkumu však bylo variabilně od 783 do 878, a to podle potřeb kombinovat data pro jednotlivé varianty výpočtu. Výjimkou byla hypotéza číslo 9, ověřující celkovou životní spokojenost a celkový index sociálních dovedností, tento vztah byl zjišťován pouze u sester žen. Zde mohlo být použito pouze 735 dotazníků, a to s ohledem na chyby a neúplné vyplnění dotazníků, které je v jiných oblastech zjišťování akceptovatelné. Dotazník životní spokojenosti je v případě absence některých informací (u zjišťování životní spokojenosti) plně použitelný pro některé výpočty a pro některé nikoliv. V dotazníku se totiž počítá s tím, že některá respondentka či respondent může některé oblasti nevyplnit, neboť například nemá děti nebo partnera.

Z vyplněných dotazníků bylo z počtu 783 dotazníků vyplněno 489 dotazníků sestrami ženami a sestrami muži v Praze a 294 dotazníků sestrami ženami a sestrami muži v Liberci.

Celkem 748 dotazníků bylo vyplněno sestrami ženami, z toho bylo 504 dotazníků vyplněno sestrami ženami ze standardních oddělení a ambulancí a 244 dotazníků sestrami ženami z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších jednotek intenzivní péče.

Z celkového počtu 35 navracených a plně vyplněných dotazníků muži bylo 13 dotazníků vyplněno sestrami muži z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších jednotek intenzivní péče a 22 dotazníků bylo vyplněno sestrami muži ze standardních oddělení a ambulancí.

Celkový průměrný věk respondentek a respondentů, kteří dotazníky vyplnili, byl 42,0 let,

nejnižší věk respondentky/respondenta byl 20 let a nejvyšší věk respondentky/respondenta byl 66 let.

Průměrný věk respondentek/respondentů z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších oddělení intenzivní péče byl 38,2 let, nejnižší věk respondentky/respondenta z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších oddělení intenzivní péče byl 22 let a nejvyšší věk respondentky/respondenta z oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších oddělení intenzivní péče byl 65 let.

Průměrný věk respondentek/respondentů ze standardních oddělení a ambulancí byl 43,9 let, nejnižší věk respondentky/respondenta ze standardních oddělení a ambulancí byl 20 let a nejvyšší věk respondentky/respondenta ze standardních oddělení a ambulancí byl 66 let.

Celkový průměrný počet ukončených let praxe u respondentek a respondentů byl 20,9 let, nejnižší celkový počet let praxe u respondentek/respondentů byl 0 ukončených let a nejvyšší celkový počet let praxe u respondentek/respondentů byl 46 let.

Průměrný počet let praxe u respondentek/respondentů na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších odděleních intenzivní péče byl 17,3 let a nejnižší počet let praxe u respondentek/respondentů na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších odděleních intenzivní péče byl 0 ukončených let praxe a nejvyšší počet let praxe u respondentek/respondentů na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dalších odděleních intenzivní péče byl 44 let.

Průměrný počet let praxe u respondentek/respondentů na standardních odděleních a v ambulancích byl 22,7 let a nejnižší počet let praxe na standardních odděleních a v ambulancích byl 0 ukončených let praxe a nejvyšší počet let praxe na standardních odděleních a v ambulancích byl 46 let.

Celkový průměrný věk mužů všeobecných ošetřovatelů byl 42,0 let, nejnižší věk mužů všeobecných ošetřovatelů byl 23 let a nejvyšší věk mužů všeobecných ošetřovatelů byl 55 let.

Celkový průměrný počet let praxe u mužů všeobecných ošetřovatelů byl 11,3 let, nejnižší počet let praxe u mužů všeobecných ošetřovatelů byl 1 rok a nejvyšší počet let praxe u mužů všeobecných ošetřovatelů byl 36 let.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek sester bylo z celkového počtu 748 sester – u 396 sester středoškolské, u 141 sester vyšší odborné, u 126 sester vysokoškolské bakalářské a u 85 sester vysokoškolské magisterské.

Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů všeobecných ošetřovatelů bylo z celkového počtu 35 všeobecných ošetřovatelů – u 16 všeobecných ošetřovatelů středoškolské, u 8 všeobecných ošetřovatelů vyšší odborné, u 6 všeobecných ošetřovatelů vysokoškolské bakalářské a u 5 všeobecných ošetřovatelů vysokoškolské magisterské.

19.5. Metody statistické analýzy dat

Metodika analýzy dat vychází z cíle výzkumu, resp. výzkumných hypotéz, tedy ověření statistické závislosti mezi vybranými proměnnými. Typologie a distribuce analyzovaných proměnných spolu s dostatečně velkým statistickým souborem splňují požadavky pro aplikaci parametrických statistických technik (t-test, ANOVA, Pearsonův korelační koeficient).

19.6. Výsledky statistické analýzy dat (výzkumné hypotézy)

S ohledem na malý počet mužských sester (všeobecných ošetřovatelů) byly náš výzkum a ověřování hypotéz v našem výzkumu zaměřeny na sestry ženy. Výjimkou jsou hypotézy 4 a 5, kde dochází k porovnávání rozdílů mezi sestrami ženami a sestrami muži (všeobecnými ošetřovateli).

Výsledky výzkumu ukazují na následující zjištění.

H1: Sestry pracující na specializovaných odděleních mají signifikantně vyšší celkový průměrný index sociálních dovedností než sestry pracující na standardních odděleních a v ambulancích ($p = 0,032$), viz tabulka 2.

Tabulka 2: Závislost „ŠKÁLA“ na typu oddělení – celkový index sociálních dovedností u sester žen.

Dvouvýběrový t-test

Skupina	n	x	s	t	p
ARO a JIP	244	274,2	27,3	2,15	0,032
STANDARD AMBULANCE	a 504	269,8	25,6		

H2: Sestry pracující na specializovaných odděleních mají signifikantně vyšší průměrný index sebehodnocení sociální inteligence než sestry pracující na standardních odděleních a v ambulancích ($p = 0,036$), viz tabulka 3.

Tabulka 3: Závislost „ŠKÁLA“ na typu oddělení – sebehodnocení sociální inteligence u sester žen.

Dvouvýběrový t-test

Skupina	n	x	s	t	p
ARO a JIP	244	41,6	9,9	2,07	0,036
STANDARD AMBULANCE	a 504	40,0	9,3		

H3: Nebyla prokázána signifikantní závislost celkového průměrného indexu sociálních dovedností na délce praxe (době zaměstnání), viz tabulka 4.

Tabulka 4: Závislost „ŠKÁLA“ celkový index sociálních dovedností – délka praxe u sester žen.

Dvouvýběrový t-test

n	r	p
748	0,03	0,937

H4: Nebyl prokázán signifikantní rozdíl v průměrném indexu sociální kontroly mezi sestrami muži (všeobecnými ošetřovateli) a sestrami ženami, viz tabulka 5.

Tabulka 5: Závislost „ŠKÁLA“ sociální kontrola muži–ženy.

Dvouvýběrový t-test

Skupina	n	x	s	t	p
ŽENY	748	48,5	8,1	1,44	0,149
MUŽI	35	46,4	9,9		

H5: Nebyl prokázán signifikantní rozdíl ve výši průměrného indexu emoční kontroly mezi sestrami muži (všeobecnými ošetřovateli) a sestrami ženami, viz tabulka 6.

Tabulka 6: Závislost „ŠKÁLA“ emoční kontroly muži–ženy.

Dvouvýběrový t-test

Skupina	n	x	s	t	p
ŽENY	748	42,5	6,0	-1,79	0,076
MUŽI	35	44,4	7,3		

H6: Sestry s vysokoškolským vzděláním mají signifikantně vyšší průměrný celkový index sociálních dovedností než sestry bez vysokoškolského vzdělání ($p = <0,001$), viz tabulka 7.

Tabulka 7: Závislost „ŠKÁLA“ na typu vzdělání – celkový index sociálních dovedností u sester žen.

Dvouvýběrový t-test

Skupina	n	x	s	t*	p
SŠ	396	268,9	24,7	3,80	<0,001
VOŠ	141	269,1	24,2		
BC	126	278,9	29,6		
MGR	85	271,2	28,9		

* t – test kontrastu pro porovnání SŠ a VOŠ versus VŠ (BC a MGR)

H7: Celková životní spokojenost koreluje signifikantně s celkovým indexem sociálních dovedností ($p = <0,001$), viz tabulka 8.

Tabulka 8: Závislost „ŠKÁLA“ celková životní spokojenost – celkový index sociálních dovedností u sester žen.

Dvouvýběrový t-test

n	r	p
735	0,148	<0,001

H8: Spokojenost s vlastní osobou u sester má signifikantně významný vztah se spokojeností s prací a zaměstnáním ($p = <0,001$), viz tabulka 9.

Tabulka 9: Závislost „ŠKÁLA“ spokojenost s vlastní osobou – spokojenost s prací a zaměstnáním u sester žen.

Dvouvýběrový t-test

n	r	p
878	0,372	<0,001

H9: Sestry, které mají lepší celkovou kontrolu sociálních dovedností, mají signifikantně vyšší průměrnou celkovou spokojenost v dotazníku životní spokojenosti ($p = <0,001$), viz tabulka 10.

Tabulka 10: Závislost „ŠKÁLA“ celková kontrola sociálních dovedností – celková životní spokojenost u sester žen.

Dvouvýběrový t-test

n	r	p
735	0,207	<0,001

20. DISKUSE

Výsledky výzkumu ukazují na vyšší index sociálních dovedností u sester, které pracují na specializovaných odděleních. To potvrzuje zjištění signifikantního vztahu mezi vyšším indexem sociálních dovedností a vzděláním. Většina sester na specializovaných odděleních také má vyšší vzdělání, a to buď vyšší odborné vzdělání, či vysokoškolské vzdělání. Sestry, které pracují na specializovaných odděleních, jsou nuceny prudkým rozvojem medicínské techniky, medicínských postupů, léčebných postupů a ošetrovatelských postupů se neustále vzdělávat, protože přicházejí do styku s různorodou medicínskou i ošetrovatelskou problematikou a potřebují jí porozumět a dokázat s ní pracovat. Sociální dovednosti velmi úzce souvisí s emoční inteligencí jedince. Mayer a Salovey (1993) definují emoční inteligenci jako typ sociální inteligence. [43]

Podle Riggia je nesporné, že sociální inteligence je provázána s procesem rozvoje, stimulace a vzdělávání a je jím ovlivněna. [106]

Předpoklad specifík sociálních dovedností mužských sester (všeobecných ošetrovatelů) se nám nepotvrdil. Je všeobecně známo, že procentuální zastoupení mužských sester (všeobecných ošetrovatelů) je v našich zeměpisných šířkách velmi malé a pohybuje se kolem 5 %, tak jak ukazuje i zastoupení v našem výzkumu. Nejvyšší procentuální zastoupení sesterské profese muži na světě drží frankofonní část Afriky, kde to je až 50 % mužů, z evropských zemí pak jsou na předních místech Itálie, Španělsko a Portugalsko, kde to je kolem 20 % mužů vykonávajících sesterskou profesi. [36]

Předpoklad ohledně počtu let praxe u sester neboli vztah mezi počtem odpracovaných let a celkovým indexem sociálních dovedností se nám nepotvrdil. Pravděpodobně zde hraje roli riziko tzv. technizace a automatizace profese a syndromu burnout / syndromu vyhoření. Už v pilotním projektu se nám jevílo snížení reflexibility ve vazbě na počet let praxe. Totéž potvrzuje riziko syndromu burnout u náročné práce, jako je práce sester. Snížení reflexibility znamená změny v seberepresentaci, v přímé a nepřímé pozornosti k sobě a změny ve vnímání osob. [107]

Problematika celkové životní spokojenosti ukazuje na významnost vztahu se sociálními

dovednostmi. Lze tedy předpokládat, že když je někdo spokojen, je vyladěný, a tudíž i obraz jeho reakcí je klidnější, hladší a jeho sociální dovednosti mají lepší kvalitu a dokáže je i lépe použít. Zde lze předpokládat i opačnou platnost, pokud má někdo lepší sociální dovednosti, bude asi v životě i více spokojen. Jen těžko můžeme říci, která vzájemnost vztahu je primární. Když hovoříme o klientech/pacientech, hovoříme o bio-psycho-sociálním přístupu a o uspokojování jejich primárních, sekundárních i terciálních potřeb. Podobně musíme přistupovat i k sestřím, tak jak to potvrzují naše výzkumná zjištění. Pokud má člověk, tedy i sestra, bio-psycho-sociální harmonii, pak je spokojen sám se sebou a bude tudíž i více spokojen s prací a zaměstnáním a i jeho celková reaktivita a kontrola reakcí bude lepší, a tudíž i celkový obraz sociálních dovedností bude kvalitnější.

Problematikou sociálních dovedností se zabývá ve své disertační práci z roku 1983 Fitzsimons. Fitzsimons je nazývá životními dovednostmi, ale tak jak je definuje, se jedná vlastně o určitou podobu sociálních dovedností a vztahuje je k profesnímu vývoji sester. Fitzsimons hovoří o rozdílné podobě životních dovedností ve vazbě na to, který typ profesní sesterské role sestra vykonává (role učitelská, administrativní, praktická). U sester, které vykonávají sesterskou profesi v praxi, pak klade důraz na jejich vyjasněný hodnotový systém a schopnost spolupráce s druhými za účelem dosažení cíle. Důležitost těchto dvou životních dovedností se autorce potvrzuje jako významná v jejím výzkumu. Pokud Fitzsimons shledává ve svém výzkumném projektu vyjasněný hodnotový systém a schopnost spolupráce s druhými jako podstatné pro výkon sesterské profese, tak lze předpokládat i jejich vzájemnou provázanost. Naše zjištění, že sestry, které mají lepší celkovou kontrolu sociálních dovedností, mají signifikantně vyšší průměrnou celkovou spokojenost v dotazníku životní spokojenosti, se nabízí jako jistá analogie k zjištěním Fitzsimons. Vyjasněný hodnotový systém má jistě vztah s obrazem sebe sama, a tedy i s životní spokojeností a určitě se bude odrážet ve schopnosti spolupráce s druhými. Spolupráce s druhými, kterou Fitzsimons pokládá za důležitou životní dovednost pro výkon sesterské profese v praxi, pak souvisí s celkovou kontrolou sociálních dovedností. Pokud umíme lépe kontrolovat, a tedy používat své sociální dovednosti, bude se nám lépe spolupracovat s druhými. [110]

21. ZÁVĚR

Vytyčené cíle disertační práce byly splněny a závěrem lze tedy říci, že je potřeba průběžně zajišťovat prostor pro osobní profesní rozvoj sociálních dovedností sester. Profesní rozvoj sester by měl vycházet z jejich požadavků a potřeb a sestrám by mělo být umožněno kvalitní a průběžné vzdělávání s dostatečným prostorem pro jeho využití. Osvojování si znalostí a dovedností bez možnosti jejich efektivního využití vede k jejich rychlé ztrátě a i ke ztrátě motivace k dalšímu vzdělávání.

V souladu s tím, jak Fitzsimons hovoří o životních dovednostech a klade důraz na různé klíčové dovednosti pro výkon určité úrovně sesterského povolání [110], je potřeba provést detailnější deskripci pracovní náplně sestry na jednotlivých odděleních a tomu přizpůsobit i rozvoj sociálních dovedností, speciálně zaměřených sociálních dovedností, které budou vycházet z potřeb a nejčastějších požadavků daného oddělení.

Probíhající pregraduální vzdělávání sester zahrnuje určitou formu vzdělávání v oblasti psychologie, z níž je možné vyjít a může být jakousi primární průpravou či teoretickým podkladem v oblasti rozvoje sociálních dovedností. Je však nutné si uvědomit, že kvalita, se kterou bylo vzdělávání v oblasti psychologie podáno, významně ovlivňuje a ovlivní motivaci k dalšímu vzdělávání a rozvoji v oblasti sociálních dovedností. Bohužel programy na rozvoj sociálních dovedností, které jsou nabízeny studentům na mnoha amerických univerzitách, studentům nejrůznějších oborů a zaměření, u nás v České republice chybí.

Rozvoj sociálních dovedností bychom mohli rozdělit do tří úrovní. Za výchozí či základní vzdělávání v oblasti sociálních dovedností lze považovat rozvoj sociálních dovedností, který probíhá už v pregraduální přípravě sester. Na pregraduální vzdělávání v oblasti sociálních dovedností sester by pak mohla navázat tzv. speciální forma rozvoje sociálních dovedností, která by mohla být zaměřena na prožitkovou složku a sebepoznání. Speciální forma rozvoje sociálních dovedností by pak mohla vycházet z praxe, z uvědomování si užívání sociálních dovedností v praxi. U prožitkové složky a sebepoznání je prostor pro uvědomění si svých silných a slabých stránek v oblasti sociálních dovedností. U silných stránek sociálních dovedností je pak možné je prohloubit a použít a poukázat na jejich provázanost se slabými stránkami sociálních dovedností. Zde je pak možnost hledat

způsob, jak lze slabé sociální dovednosti prostřednictvím silných sociálních dovedností zdokonalit a rozvinout. Příkladem může být silná dovednost komunikace u sestry a její oslabená sociální kontrola sdělení. Zde pak lze využít dobrého vyjadřování, ocenit její a v rámci jeho dobré kvality lépe volit slova a zvažovat alternativy sdělení informace. Pokud jsme verbálně zdatní, nebude nám činit potíže hledat různé varianty sdělení a řádně se vyjádřit. Současně hledáním alternativ sdělení dané informace zpomalíme vlastní komunikaci a už jejím zpomalením získáme prostor pro její lepší kontrolu. Třetím, tím nejvyšším typem rozvoje sociálních dovedností by mohl být trénink sociálních dovedností v praxi, jak zmiňuje ve svém výzkumu Nørgaard. Právě v tomto výzkumu probíhal trénink sociálních dovedností přímo na oddělení. [76] V našich podmínkách by bylo možné například vyčlenit vždy jednu sociální dovednost, potřebnou pro daný typ specializované práce na oddělení, a tu trénovat a zkoušet. V prvním kroku jejího tréninku a rozvoje by stačilo vnímat situace, kde ji používáme, a už jen tím, že na ni budeme myslet a uvědomíme si ji, ji zlepšíme. To platí, pokud vyjdeme z teoretického konceptu znalosti problematiky sociálních dovedností a sebezkušenostního tréninku.

Za vhodné pokládáme i vysokoškolské vzdělávání sester, neboť vzdělání podporuje rozvoj sociální inteligence, jak uvádí Riggio [77], a rozvíjí i sociální dovednosti, jak potvrzuje i náš výzkumný projekt, který potvrzuje signifikantní vztah mezi dosaženým vzděláním a kvalitou sociálních dovedností.

Schuessler Morris se zabývala kvalitativním pohledem na efektivnost sesterské přípravy na fakultách a zjistila, že efektivita nespočívá v tzv. bankovním přístupu, kde je student pokládán „za prázdnou nádobu“, ale v přístupu, kde je tzv. propojená výuka a studenti a vyučující společně participují na obsahu vzdělávání. [111] Stejný přístup k vysokoškolskému vzdělávání v oblasti přípravy sester by bylo dobré využít i v našich podmínkách a i v oblasti dalšího rozvoje sociálních dovedností v pregraduální přípravě.

Jistě by to přineslo vyšší nároky na přípravu studijních programů a práci vyučujících, ale výsledkem by bylo hlubší propojení teorie a praxe, větší angažovanost studentů ve výuce a i vyšší odpovědnost studentů za kvalitu získaných znalostí a dovedností, a tudíž i za kvalitu dosaženého vzdělání a v našem případě pak také kvalitu osvojeného penza sociálních dovedností.

Rozvoj sociálních dovedností se ukazuje jako potřebný v každodenním životě a zejména pak v pomáhajících profesích. Rozvoj sociálních dovedností sester nám dává větší možnost získat spokojené sestry s lepšími sociálními dovednostmi. Sestry, které budou obrazem bio-psycho-sociální harmonie, o kterou při své práci usilují u klientů/pacientů. Takovým sestrám se bude jistě jejich práce lépe dařit a jejich klienti/pacienti se budou snáze přibližovat modelu bio-psycho-sociální harmonie.

Je potřeba velmi erudovaně a opatrně, s maximálním množstvím všech dostupných informací utvářet a rozvíjet proces vzdělávání sester na specializovaných odděleních. Jeho kvalita je nesporně již dnes na dobré úrovni a sestry ze specializovaných oddělení mají lepší sociální dovednosti než sestry ze standardních oddělení a ambulancí, ale právě zvýšení úroveň pregraduální a postgraduální přípravy pozitivně ovlivní všechny jeho další projevy, efekty a dopady.

Všechna výše uvedená zjištění ukazují na nezbytnost vzdělávání sester a potřebnost vysokoškolského vzdělávání sester pracujících na specializovaných odděleních, ale i na standardních odděleních a v ambulancích.

CITOVANÁ LITERATURA

- [1] SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3311-1.
- [2] JAROŠOVÁ, Darja. *Organizace studia ošetrovatelství*, Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006.
- [3] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
- [4] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění
- [5] Zákon č. 189/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), v platném znění
- [6] Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, v platném znění
- [7] Vyhláška č. 129/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, v platném znění
- [8] Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění
- [9] Vyhláška č. 2/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění

- [10] *Metodický pokyn k vyhlášce 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra*. In: Věstník MZ ČR, částka 6, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008, s. 12-32.
- [11] SLAŽANSKÝ, Tibor. *Vyšší odborné školy v systému vzdělávání v České republice*. Praha, 2006. Disertační práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
- [12] Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), v platném znění
- [13] Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 o uznávání odborných kvalifikací. In: *Úřední věstník Evropské unie* [Online]. 30. 9. 2005, L 255, s. 22-142 [cit. 2017-09-24]. Dostupné také z: <http://eur-lexeuropa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>
- [14] Evropský profesní průkaz (EPC). *Vaše Evropa* [online]. 18/04/2017 [cit. 2017-09-24]. Dostupné z: http://europa.eu/youreurope/citizenswork/professional-qualifications/european-professional-card/index_cs.htm
- [15] Regulovaná povolání. *Vaše Evropa* [online]. 21/03/2017 [cit. 2017-09-24]. Dostupné z: http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/regulated-professions/index_cs.htm
- [16] Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, v platném znění
- [17] Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, c2010, Publikováno: 19.12.2011, Poslední úprava: 19.12.2016, 10:28 [cit. 2017-10-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_3082_3.html

- [18] NEDOMOVÁ BÁRTOVÁ, Markéta. *Orientace všeobecných sester a sester se specializovanou způsobilostí ve vyhlášce č.424/2004 Sb.* Brno, 2009. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/2nu7xs>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Nekudová.
- [19] JANOUŠKOVÁ, Hana a Alena MELLANOVÁ. Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví. *Sestra* [online]. 2005, 10.11.2005, 15(11) [cit. 2017-09-24]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prestiz-povolani-sestry-ve-zdravotnictvi-283928>
- [20] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-55-1-2.
- [21] CARDUCCI, Bernardo J. *The psychology of personality: viewpoints, research, and applications*. 2nd ed. Malden: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 1405136359.
- [22] CARKHUFF, Robert R. *The art of helping*. 9th ed. Amherst: HRD Press, 2009. ISBN 9781-599961798.
- [23] WOLESKÁ, Jana. *Zátěž a zasažení ztrátou* [přednáška]. Praha, 17.05. 2017.
- [24] The Critical Care Nurse. TERRY, Cynthia L. a Aurora L. WEAVER. *Critical care nursing demystified* [online]. New York: McGraw Hill Medical, 2011, s. 1-18 [cit. 2013-11-10]. ISBN 9780071717953. Dostupné z: www.scribd.com/document/.../01-terry-ch01-p001-018
- [25] GROSSMAN, Sheila. Assisting Critical Care Nurses in Acquiring Leadership Skills. Development of a Leadership and Management Competency Checklist. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2007, 26(2), 57-65. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17312408>
- [26] PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

- [27] *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice*. Washington: American Association of Colleges of Nursing, 2008.
- [28] ALEXANDER, Margaret F. a Phyllis J. RUNCIMAN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-392-9.
- [29] EYSENCK, Hans J. Relation between Intelligence and Personality. *Perceptual and Motor Skills*. 1971, 32(2), 637-638.
- [30] ČÁP, Jan. *Psychologie mnohostranného vývoje člověka*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 8004229670.
- [31] NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press, 1993. ISBN 80-85603-34-9.
- [32] WOOD, Wendy a Alice H. EAGLY. A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: Implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin*. 2002, 128(5), 699-727. DOI: 10.1037/0033-2909.128.5.699. ISSN 1939-1455. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.128.5.699>
- [33] MAŠKOVÁ, Eliška. Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2013. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2018 [cit. 2017-10-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pracovnici-ve-zdravotnictvi-31-12-2013>
- [34] LANDIVAR, Liana Christin. *Men in Nursing Occupations: American Community Survey Highlight Report*. U.S. Census Bureau, 2013. Dostupné také z: https://www.census.gov/content/dam/Census/library/working-papers/2013/acs/2013_Landivar_02.pdf

- [35] CLOW, Kimberley A., Rosemary RICCIARDELLI a Wally J. BARTFAY. Attitudes and stereotypes of male and female nurses: The influence of social roles and ambivalent sexism. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. 2014, 46(3), 446-455. DOI: 10.1037/a0034248. ISSN 1879-2669. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0034248>
- [36] JÍCHOVÁ, Kateřina. Muži coby zdravotní sestry: v historii dominovali, dnes jsou raritou. In: *MedNEWS: Medical information services* [online]. 2011 [cit. 2017-10-12]. [Online]. Dostupné z: www.mednews.cz/.../muzi-coby-zdravotni-sestry-v-historii-dominovali-dnes-jsou-rari...
- [37] HEWSTONE, Miles, Richard J. CRISP a Rhiannon N. TURNER. Perceptions of Gender Group Variability in Majority and Minority Contexts. *Social Psychology*. 2011, 42(2), 135-143. DOI: 10.1027/1864-9335/a000056. ISSN 1864-9335. Dostupné také z: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1864-9335/a000056>
- [38] SCHERZER, Teresa. The race and class of women's work. *Race, Gender & Class; New Orleans* [online]. 2003, 10(3), 23-38 [cit. 2014-11-30]. ISSN 1082-8354. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/218868367/fulltext/2D37F060B1544948PQ/1?accountid=17115>
- [39] ROCHLEN, Aaron B., Glenn E. GOOD a Tracy A. CARVER. Predictors of gender-related barriers, work, and life satisfaction among men in nursing. *Psychology of Men & Masculinity*. 2009, 10(1), 44-56. DOI: 10.1037/a0013291. ISSN 1939-151x. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0013291>
- [40] WALLEN, Aaron S., Shira MOR a Beth A. DEVINE. It's about respect: Gender-professional identity integration affects male nurses' job attitudes. *Psychology of Men & Masculinity*. 2014, 15(3), 305-312. DOI: 10.1037/a0033714. ISSN 1939-151x. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0033714>

- [41] HOMOLA, Miloslav. *Přehled psychologie osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1979.
- [42] GILLERNOVÁ, Ilona, Soňa HERMOCHOVÁ a Richard ŠUBRT. *Sociální dovednosti učitele: cvičení z metod aplikované sociální psychologie*. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-7066-039-2.
- [43] SCHULZE, Ralf a Richard D. ROBERTS, ed. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-229-4.
- [44] HOCHWARTER, Wayne A., L. A. WITT, Darren C. TREADWAY a Gerald R. FERRIS. The interaction of social skill and organizational support on job performance. *Journal of Applied Psychology*. 2006, 91(2), 482-489. DOI: 10.1037/0021-9010.91.2.482. ISSN 1939-1854. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-9010.91.2.482>
- [45] FRENCH, Peter. *Social skills for nursing practice*. 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1994. ISBN 0-412-47840-4.
- [46] POPE, Brian. *Social skills training for psychiatric nurses*. London: Harper & Row, 1986. ISBN 0063183382.
- [47] WILDOVÁ, Jana. *Indikátory sociálních kompetencí ve střední adolescenci*. Brno, 2007. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/hdmqic/?lang=cs;furl=%2Fid%2Fhdmqic%2F>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Stanislav Ježek, Ph.D.
- [48] GILLERNOVÁ, Ilona a Lenka KREJČOVÁ. *Sociální dovednosti ve škole*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3472-9.
- [49] KOHOUTEK, Rudolf, Irena OCETKOVÁ a Jaroslav ŠTĚPANÍK. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998. ISBN 80-7204-064-2.

- [50] BURKE, Kay. Teaching the Social Skills. In: *Pearson Prentice Hall* [online]. 2014 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: http://www.phschool.com/eteach/professional_development/teaching_the_social_skills/eassay.html
- [51] RIGGIO, Ronald E. a Sherylle J. TAN. *Leader interpersonal and influence skills: the soft skills of leadership*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2014. ISBN 978-0-415-84232-7.
- [52] EATON, Leslie G., David C. FUNDER a Ronald E. RIGGIO, *Skill in Social Role Playing: The Essence of Savoir-Faire*, Claremont McKenna College, 2014.
- [53] WALKER, Jan, Sheila PAYNE, Nikki JARRETT a Tim LEY. *Psychology For Nurses And The Caring Professions*. 4th ed. Maidenhead: McGraw-Hill Education, 2012. ISBN 9780335243921.
- [54] EISER, J. Richard. *Social psychology: attitudes, cognition, and social behaviour*. New York: Cambridge University Press, 1996. ISBN 0-521-33934-0.
- [55] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.
- [56] BLOCK, Jack. *The Nature of Emotional Intelligence*, University of California at Berkeley, 1995.
- [57] SOMMER, Sheryl. The Soft Skills of Nursing [online]. In: *Minority Nurse*, 2013 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z: <http://www.minoritynurse.com/article/soft-skills-nursing...>
- [58] KAGAN, Carolyn a Josie EVANS. *Professional interpersonal skills for nurses*. Cheltenham: Nelson Thornes, 2001. ISBN 0-7487-3724-3.
- [59] BURNARD, Philip. *Counselling skills for health professionals*. 4th ed. Cheltenham: Stanley Thornes, 2005. ISBN 978-0-7487-9384-6.

- [60] GRANT, Alec a Shirley BACH. *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. SAGE, 2009. ISBN 9781844454389.
- [61] *Utilizing your Skills and Abilities: Nursing core performance standards and capabilities and emotional intelligence*. Johns Hopkins University, School of Nursing. 2014.
- [62] JOHNSON, Judith M. *Service learning: Providing the building blocks for a socially responsible nursing role*. 2013. Dostupné také z: <https://search.proquest.com/openview/f07130f3287d3b2dfa91932c2f01a155/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>. Disertační práce. Capella University. Vedoucí práce Jennie de Gagne, PhD.
- [63] WYSONG, Peggy Rupp a Evelyn DRIVER. Patients' Perceptions of Nurses' Skill. *Critical Care Nurse*. 2009, 29(4), 24-37. DOI: 10.4037/ccn2009241. ISSN 0279-5442. Dostupné také z: <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/doi/10.4037/ccn2009241>
- [64] ARGYLE, Michael. *The psychology of interpersonal behaviour*. 5th ed. London: Penguin Books, 1994. ISBN 0140172742.
- [65] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-195-X.
- [66] GUERIN, Diana Wright et al. Childhood and adolescent antecedents of social skills and leadership potential in adulthood: Temperamental approach/withdrawal and extraversion. *The Leadership Quarterly*. 2011, 22(3), 482-494. DOI: 10.1016/j.leaqua.2011.04.006. ISSN 1048-9843. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1048984311000476>
- [67] EGGERT, Max A. *Brilliant body language: how to understand and interpret our secret signals*. Harlow: Prentice Hall Life, 2010. ISBN 978-0-273-74074-2.
- [68] BÉPHAGE, Gaëtan. *Social sciences and nursing: an integrated approach*. New York: Churchill Livingstone, 2000. ISBN 0443057192.

- [69] ROGERS, Carl R. *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin, 1995. ISBN 0-395-75530-1.
- [70] CASEY, Anne a Alison WALLIS. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. *Nursing Standard*. 2011, 25(32), 35-37. DOI: 10.7748/ns2011.04.25.32.35.c8450. ISSN 0029-6570. Dostupné také z: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2011.04.25.32.35.c8450>
- [71] RIGGIO, Ronald E. a Shelby J. TAYLOR. Personality and Communication Skills as Predictors of Hospice Nurse Performance. *Journal of Business and Psychology*. 2000, 15(2), 351-359. DOI: 10.1023/A:1007832320795. ISSN 08893268. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1023/A:1007832320795>
- [72] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1988. Členská knihnice (Svoboda).
- [73] MELLANOVÁ, Alena. *Psychologie v ošetrovatelství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-065-1.
- [74] DE LUCIO, Luisa Garcia, Fernando J. Garcia LOPEZ, Maria Teresa Marin LOPEZ, Blanca Mas HESSE a Maria Dolores Caamano VAZ. Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, 32(2), 425-431. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01493.x. ISSN 0309-2402. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2000.01493.x>
- [75] HAMILTON, Gillian, Rosio ORTEGA, Vicki HOCHSTETLER, Kristen PIERSON, Peiyi LIN a Susan LOWES. Teaching Communication Skills to Hospice Teams. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2013, 31(6), 611-618. DOI: 10.1177/1049909113504481. ISSN 1049-9091. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909113504481>

- [76] NØRGAARD, Birgitte, Jette AMMENTORP, Kirsten Ohm KYVIK a Poul-Erik KOFOED. Communication Skills Training Increases Self-Efficacy of Health Care Professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2012, 32(2), 90-97. DOI: 10.1002/chp.21131. ISSN 0894-1912. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005141-201232020-00004>
- [77] RIGGIO, Ronald E., 2015. Autor dotazníku Social Skills Inventory [ústní sdělení]. Claremont McKenna College, Kravis Leadership Institute. 1. 12. 2015.
- [78] GREENE, John O. a Brant Raney BURLESON. *Handbook of communication and social interaction skills*. Mahwah: L. Erlbaum Associates, 2003. ISBN 0805834184.
- [79] UCHIYAMA, Ayako, Yuko ODAGIRI, Yumiko OHYA, Ayako SUZUKI, Kayoko HIROHATA, Shotaro KOSUGI a Teruichi SHIMOMITSU. Association of Social Skills with Psychological Distress among Female Nurses in Japan. *Industrial Health*. 2011, 49(6), 677-685. DOI: 10.2486/indhealth.MS1246. ISSN 0019-8366. Dostupné také z: <http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.JSTAGE/indhealth/MS1246?from=CrossRef>
- [80] BOWLES, Nick, Carolyn MACKINTOSH a Alison TORN. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 36(3), 347-354. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01979.x. ISSN 0309-2402. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2001.01979.x>
- [81] F90-F98 Poruchy chování a emoci se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté deceniální revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992, s. 227-251.

- [82] ROULIN, Nicolas, Eric MAYOR a Adrian BANGERTER. How to Satisfy and Retain Personnel Despite Job-Market Shortage. *Swiss Journal of Psychology*. 2014, 73(1), 13-24. DOI: 10.1024/1421-0185/a000123. ISSN 1421-0185. Dostupné také z: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1421-0185/a000123>
- [83] MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.
- [84] How does Psychology Support Nursing Practice? BARKER, Sue. *Vital Notes for Nurses Psychology*. Hoboken: John Wiley, 2011, s. 1-29. ISBN 9781118305935.
- [85] DELEON, Patrick H., Diane K. KJERVIK, Alan G. KRAUT a Gary R. VANDENBOS. Psychology and nursing: A natural alliance. *American Psychologist*. 1985, 40(11), 1153-1164. DOI: 10.1037/0003-066X.40.11.1153. ISSN 1935-990x. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.40.11.1153>
- [86] BOURBONNAIS, Renée, Monique COMEAU a Michel VÉZINA. Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1999, 4(2), 95-107. DOI: 10.1037/1076-8998.4.2.95. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1076-8998.4.2.95>
- [87] OVERGAARD, Dorthe, Finn GYNTELBERG a Berit LILIENTHAL. Psychological workload and body weight: is there an association? A review of the literature. *Occupational Medicine*. 2004, 54(1), 35-41. DOI: 10.1093/occmed/kqg135. ISSN 0962-7480. Dostupné také z: <https://academic.oup.com/occmed/article-lookup/doi/10.1093/occmed/kqg135>
- [88] KORNITZER, Marcel a France KITTEL. How does stress exert its effects--smoking, diet and obesity, physical activity? *Postgraduate Medical Journal*. 1986, 62(729), 695-696. DOI: 10.1136/pgmj.62.729.695. ISSN 0032-5473. Dostupné také z: <http://pmj.bmj.com/cgi/doi/10.1136/pgmj.62.729.695>

- [89] GELSEMA, Tanya I., Margot VAN DER DOEF, Stan MAES, Simone AKERBOOM a Chris VERHOEVEN. Job Stress in the Nursing Profession: The Influence of Organizational and Environmental Conditions and Job Characteristics. *International Journal of Stress Management*. 2005, 12(3), 222-240 [cit. 2018-02-10]. DOI: 10.1037/1072-5245.12.3.222. ISSN 1573-3424. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1072-5245.12.3.222>
- [90] SLITER, Katherine A., Robert SINCLAIR, Janelle CHEUNG a Anna MCFADDEN. Initial evidence for the buffering effect of physical activity on the relationship between workplace stressors and individual outcomes. *International Journal of Stress Management*. 2014, 21(4), 348-360. DOI: 10.1037/a0038110. ISSN 1573-3424. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0038110>
- [91] FLORIO, Gerard A., James P. DONNELLY a Michael A. ZEVON. The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: A transactional analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1998, 3(3), 227-242. DOI: 10.1037/1076-8998.3.3.227. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1076-8998.3.3.227>
- [92] VON TREUER, Kathryn, Matthew FULLER-TYSZKIEWICZ a Glenn LITTLE. The impact of shift work and organizational work climate on health outcomes in nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2014, 19(4), 453-461. DOI: 10.1037/a0037680. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0037680>
- [93] LARSMAN, Pernilla a Jan Johansson HANSE. Psychological and Physical Workload and the Development of Musculoskeletal Symptoms Among Female Elderly-Care Workers. *The Ergonomics Open Journal*. 2008, 1(1), 34-38. DOI: 10.2174/1875934300801010034. ISSN 18759343. Dostupné také z: <http://benthamopen.com/ABSTRACT/TOERGJ-1-34>

- [94] PEKKARINEN, Laura, Marko ELOVAINIO, Timo SINERVO, Tarja HEPONIEMI, Anna-Mari AALTO, Anja NORO a Harriet FINNE-SOVERI. Job demands and musculoskeletal symptoms among female geriatric nurses: The moderating role of psychosocial resources. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2013, 18(2), 211-219. DOI: 10.1037/a0031801. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0031801>
- [95] RIESE, Harriëtte, Irene L. D. HOUTMAN, Lorenz J. P. VAN DOORNEN a Eco J. C. DE GEUS. Job strain and risk indicators for cardiovascular disease in young female nurses. *Health Psychology*. 2000, 19(5), 429-440. DOI: 10.1037/0278-6133.19.5.429. ISSN 1930-7810. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0278-6133.19.5.429>
- [96] RUTLEDGE, Thomas, Erin STUCKY, Adrian DOLLARHIDE, Martha SHIVELY, Sonia JAIN, Tanya WOLFSON, Matthew B. WEINGER a Timothy DRESSELHAUS. A real-time assessment of work stress in physicians and nurses. *Health Psychology*. 2009, 28(2), 194-200. DOI: 10.1037/a0013145. ISSN 1930-7810. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0013145>
- [97] PINES, Ayala Malach a Elliot ARONSON. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press, c1988. ISBN 0-02-925353-5.
- [98] PINES, Ayala Malach. Why Are Israelis Less Burned Out? *European Psychologist*. 2004, 9(2), 69-77. DOI: 10.1027/1016-9040.9.2.69. ISSN 1016-9040. Dostupné také z: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1016-9040.9.2.69>
- [99] MASLACH, Christina. *Burnout: the cost of caring*. Cambridge: Malor Books, c2003. ISBN 1883536359.
- [100] PINES, Ayala Malach. A psychoanalytic-existential approach to burnout: Demonstrated in the cases of a nurse, a teacher, and a manager. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2002, 39(1), 103-113. DOI: 10.1037/0033-3204.39.1.103. ISSN 1939-1536. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-3204.39.1.103>

- [101] GLASS, David C., J. Daniel MCKNIGHT a Heiddis VALDIMARSDOTTIR. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993, 61(1), 147-155. DOI: 10.1037/0022-006X.61.1.147. ISSN 1939-2117. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.61.1.147>
- [102] ELLIOTT, Timothy R., Richard SHEWCHUK, Kristofer HAGGLUND, Bruce RYBARCZYK a Stephen HARKINS. Occupational burnout, tolerance for stress, and coping among nurses in rehabilitation units. *Rehabilitation Psychology*. 1996, 41(4), 267-284. DOI: 10.1037/0090-5550.41.4.267. ISSN 1939-1544. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0090-5550.41.4.267>
- [103] ANAGNOSTOPOULOS, Fotios a Dimitris NIAKAS. Job Burnout, Health-Related Quality of Life, and Sickness Absence in Greek Health Professionals. *European Psychologist*. 2010, 15(2), 132-141. DOI: 10.1027/1016-9040/a000013. ISSN 1016-9040. Dostupné také z: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1016-9040/a000013>
- [104] HIRSCH, Barton J. a Bruce D. RAPKIN. Multiple roles, social networks, and women's well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986, 51(6), 1237-1247. DOI: 10.1037/0022-3514.51.6.1237. ISSN 1939-1315. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.51.6.1237>
- [105] FOX, Marilyn L. a Deborah J. DWYER. An investigation of the effects of time and involvement in the relationship between stressors and work–family conflict. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1999, 4(2), 164-174. DOI: 10.1037/1076-8998.4.2.164. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1076-8998.4.2.164>
- [106] RIGGIO, Ronald E., 2016. Autor dotazníku Social Skills Inventory [ústní sdělení]. Claremont McKenna College, Kravis Leadership Institute. konzultace Claremont McKenna College, Kravis Leadership Institute. 2. 12. 2016.

- [107] KANNING, Uwe Peter. *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. 2. aktual. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2009. ISBN 9783840922534.
- [108] RIGGIO, Ronald E. a Dana R. CARNEY, *Social Skills Inventory*, 2nd ed. Menlo Park: Mind Garden, 2002. Přeložila Lenka Krejčová. Praha. 18.09.2007.
- [109] FAHRENBERG, Jochen et al. *Dotazník životní spokojenosti - džs*. Přeložil Kateřina RODNÁ, přeložil Tomáš RODNÝ. Praha: Testcentrum, 2001, 84 s. ISBN 80-86471-16-0.
- [110] FITZSIMONS, Patricia S. *Life Skills Needed at Different Life Stages by Professional Nurses*. 1983. Disertační práce. The Ohio State University.
- [111] SCHUESSLER – MORRIS, Marie. *Voices of Women: A Qualitative Study of Effective Female Nurses Faculty*. Fairfax, 1993. Disertační práce. College of Nursing and Health Science, George Mason University.

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1: 1. Pracovní zařazení (pilotní výzkum)

Příloha 2: 2. Dosažené vzdělání (pilotní výzkum)

Příloha 3: 3. Pohlaví (pilotní výzkum)

Příloha 4: 4. Co Vás těší na Vaší a ve Vaší práci? (pilotní výzkum)

Přílohy 5a a 5b: 5. Co se Vám líbí na Vaší a ve Vaší práci? (pilotní výzkum)

Přílohy 6a a 6b: 6. Co byste chtěl(a) ve Vaší práci? (pilotní výzkum)

Přílohy 7a a 7b: 7. Co byste nechtěl(a) ve Vaší práci? (pilotní výzkum)

Přílohy 8a a 8b: 8. Co Vám vyhovuje ve Vaší a na Vaší práci? (pilotní výzkum)

Přílohy 9: 9. Co si myslíte o vysokoškolském vzdělávání sester? (pilotní výzkum)

Přílohy 10a a 10b: 10. 4.,5., 8. Co Vás těší, líbí se Vám a vyhovuje Vám na Vaší a ve Vaší práci? (pilotní výzkum)

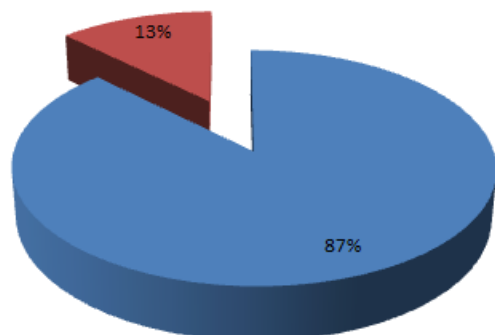
Příloha 11: Legenda kategorií bez hodnot (pilotní výzkum)

Příloha 12: Odborné vyjádření prof. RONALDA E. RIGGIA, Ph.D., z Kravis Leadership Institute, Claremont McKenna College

Příloha 1

1. Pracovní zařazení

Pořadové číslo	Charakteristika	1
1	Všeobecná sestra	70
2	Zdravotnický záchranář	10

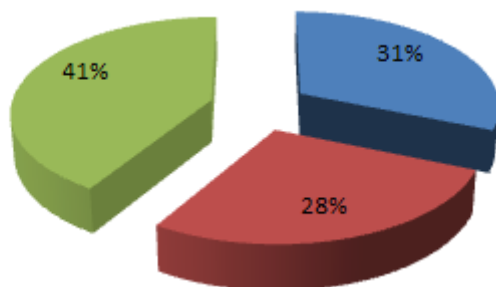


■ 1 Všeobecná sestra ■ 2 Zdravotnický záchranář

Příloha 2

2. Dosažené vzdělání

Pořadové číslo	Charakteristika	2
3	Středoškolské vzdělání	25
4	Vyšší odborné vzdělání	22
5	Vysokoškolské vzdělání	33



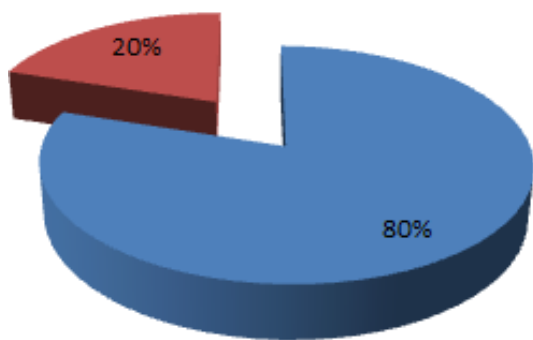
■ 3 Středoškolské vzdělání ■ 4 Vyšší odborné vzdělání

■ 5 Vysokoškolské vzdělání

Příloha 3

3. Pohlaví

Pořadové číslo	Charakteristika	3
6	Žena	64
7	Muž	16

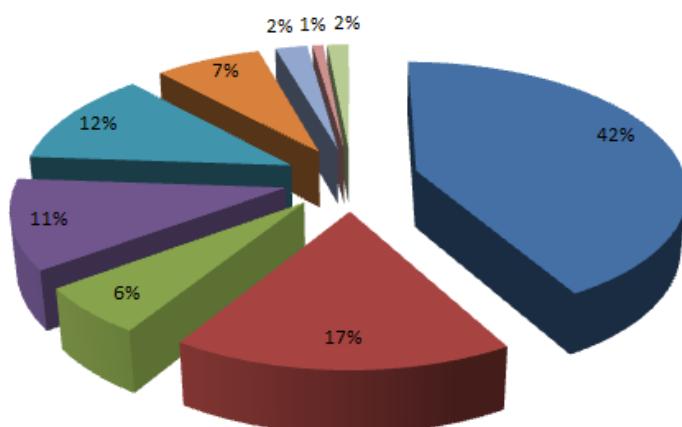


■ 6 Žena ■ 7 Muž

Příloha 4

4. Co Vás těší na Vaší a ve Vaší práci?

Pořadové číslo	Charakteristika	4
8	Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoc pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění	56
9	Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz	23
10	Práce s lidmi	8
11	Pozitivní feedback od pacientů	15
12	Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce	16
13	Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů	10
14	Finanční ohodnocení	3
15	Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost	1
16	Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů	2

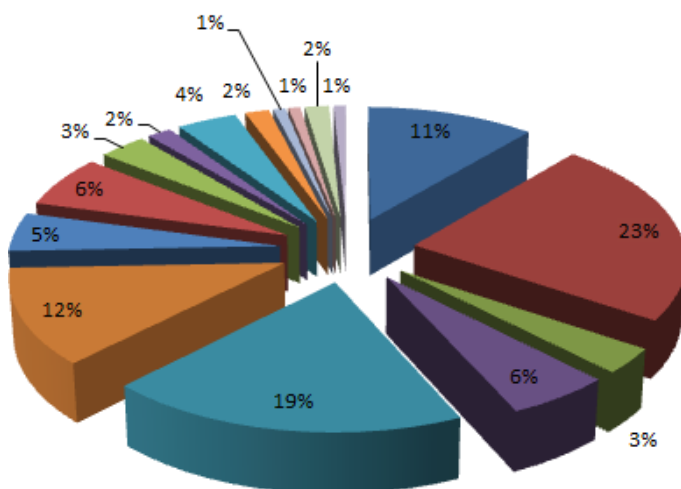


- 8 Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoc pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění
- 9 Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz
- 10 Práce s lidmi
- 11 Pozitivní feedback od pacientů
- 12 Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce
- 13 Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
- 14 Finanční ohodnocení
- 15 Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost
- 16 Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů

Příloha 5a

5. Co se Vám líbí na Vaší a ve Vaší práci?

Pořadové číslo	Charakteristika	6
8	Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoc pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění	14
9	Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz	29
10	Práce s lidmi	4
11	Pozitivní feedback od pacientů	7
12	Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce	24
13	Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů	15
14	Finanční ohodnocení	6
15	Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost	8
16	Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů	4
22	Nic	2
39	Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software	5
40	Zájem vedení, zázemí pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením	2
41	Volný čas, odreagování	1
42	Celková spokojenost	1
43	Prestiž pracoviště	2
44	Směnnost	1



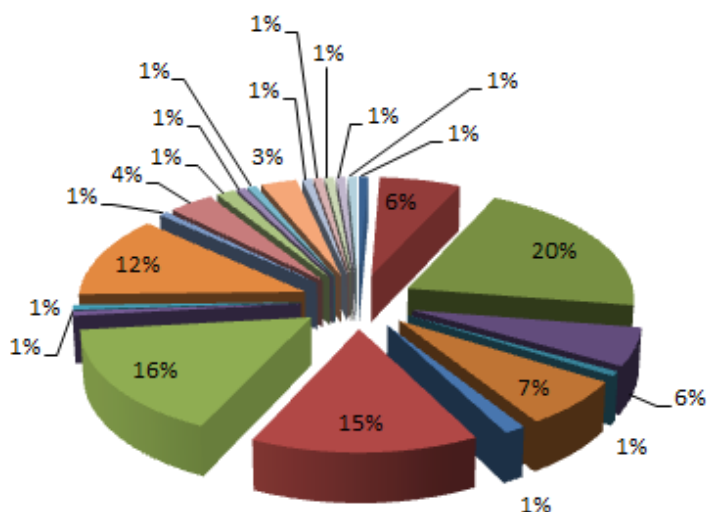
Příloha 5b

- 8 Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoci pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění
- 9 Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz
- 10 Práce s lidmi
- 11 Pozitivní feedback od pacientů
- 12 Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce
- 13 Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
- 14 Finanční ohodnocení
- 15 Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost
- 16 Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů
- 22 Nic
- 39 Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software
- 40 Zájem vedení, zájem pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením
- 41 Volný čas, odreagování
- 42 Celková spokojenost
- 43 Prestiž pracoviště
- 44 Směnnost

Příloha 6a

6. Co byste chtěl(a) ve Vaší práci?

Pořadové číslo	Charakteristika	8
8	Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoc pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění	1
12	Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce	9
13	Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů	29
14	Finanční ohodnocení	8
15	Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádání oddělení ve vazbě na jeho velikost	1
16	Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů	10
22	Nic	2
39	Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software	21
40	Zájem vedení, zázemí pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením	23
41	Volný čas, odreagování	1
42	Celková spokojenost	1
44	Směnnost	17
50	Dojíždění do zaměstnání	1
51	Dostatek personálu, stabilita personálu	5
52	Vztahy a spolupráce s JIP	2
53	Přehlednost ekonomiky a financování oddělení	1
54	Prestiž sesterské profese v ČR	1
55	Nevím	4
56	Stáže v jiné nemocnici, zahraniční stáže	1
57	Zachování vlastního zdraví a zdraví rodiny	1
58	Klid na práci, volný čas, méně stresu	1
59	Nebát se selhání a chyb	1
60	Spojení ARO a urgentního příjmu	1



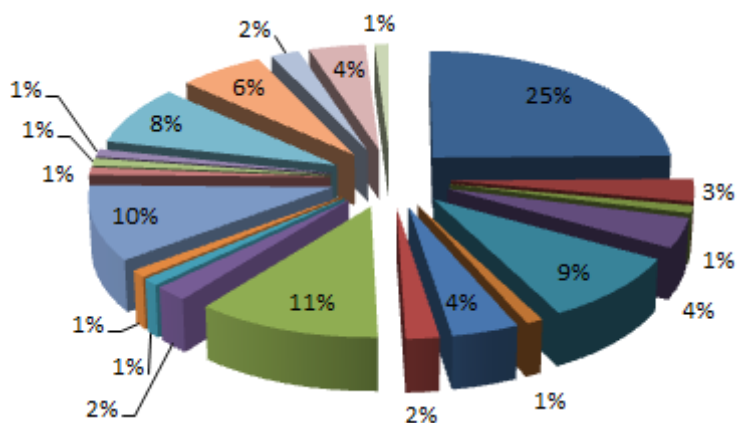
Příloha 6b

- 8 Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoci pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění
- 12 Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce
- 13 Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
- 14 Finanční ohodnocení
- 15 Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádání oddělení ve vazbě na jeho velikost
- 16 Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů
- 22 Nic
- 39 Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software
- 40 Zájem vedení, zájem pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením
- 41 Volný čas, odreagování
- 42 Celková spokojenost
- 44 Směnnost
- 50 Dojíždění do zaměstnání
- 51 Dostatek personálu, stabilita personálu
- 52 Vztahy a spolupráce s JIP
- 53 Přehlednost ekonomiky a financování oddělení
- 54 Prestiž sesterské profese v ČR
- 55 Nevím
- 56 Stáže v jiné nemocnici, zahraniční stáže
- 57 Zachování vlastního zdraví a zdraví rodiny
- 58 Klid na práci, volný čas, méně stresu
- 59 Nebát se selhání a chyb
- 60 Spojení ARO a urgentního příjmu

Příloha 7a

7. Co byste nechtěl(a) ve Vaší práci?

Pořadové číslo	Charakteristika	9
18	Špatné vztahy, nezdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů	24
19	Finanční ohodnocení	3
20	Velikost pracoviště, neútulné pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost	1
21	Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů	4
22	Nic	9
23	Lidská hloupost, neprofesionalita, neschopnost se rozhodnout, nelogičnost, nekompetentnost, práce ve vazbě na rozhodnutí	1
24	Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software	4
26	Únava, klid na práci, stres, málo volného času	2
29	Organizace práce – byrokracie; organizace vedení – jedna staniční sestra, jeden směnný lékař – málo, alespoň dva; nesmyslná pravidla; nejednotné požadavky; nedostatečné informace; směny; v kladných otázkách pouze směnný provoz, dlouhý a krátký týden	11
30	Strach ze selhání, chyby ve výkonu, když se nedaří	2
31	Nemožnost pomoci člověku a smrt, mladí pacienti, smrt mladých pacientů	1
32	Problematičtí pacienti – transplantovaní pacienti, obézní pacienti, na oddělení nepatřící pacienti, nespící pacienti	1
33	Nedostatek personálu, fluktuace zaměstnanců	10
36	Změny	1
45	Nepřehlednost ekonomiky a financování oddělení	1
48	Dysfunkční spolupráce s urgentním příjmem	1
55	Nevím	8
61	Špatná odbornost, neznalost práce, nedostatek znalostí a zkušeností, nevdělanost, špatná kvalita péče, nerovnováha psychické a fyzické práce	6
62	Ztráta vlastního zdraví a zdraví rodiny	2
63	Ztráta zaměstnání	4
64	Celková nespokojenost	1



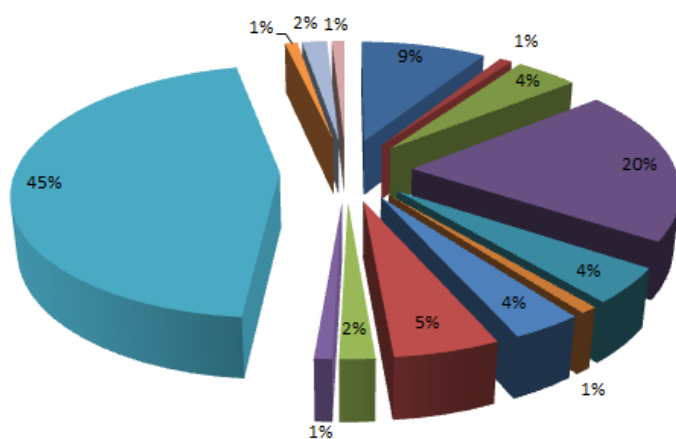
Příloha 7b

- 18 Špatné vztahy, nezdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
- 19 Finanční ohodnocení
- 20 Velikost pracoviště, neútluné pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost
- 21 Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů
- 22 Nic
- 23 Lidská hloupost, neprofesionalita, neschopnost se rozhodnout, nelogičnost, nekompetentnost, práce ve vazbě na rozhodnutí
- 24 Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software
- 26 Únava, klid na práci, stres, málo volného času
- 29 Organizace práce – byrokracie; organizace vedení – jedna staniční sestra, jeden směnný lékař – málo, alespoň dva; nesmyslná pravidla; nejednotné požadavky; nedostatečné informace; směny; v kladných otázkách pouze směnný provoz, dlouhý a krátký týden.
- 30 Strach ze selhání, chyby ve výkonu, když se nedaří
- 31 Nemožnost pomoci člověku a smrt, mladí pacienti, smrt mladých pacientů
- 32 Problematičtí pacienti – transplantovaní pacienti, obézní pacienti, na oddělení nepatřící pacienti, nespící pacienti
- 33 Nedostatek personálu, fluktuace zaměstnanců
- 36 Změny
- 45 Nepřehlednost ekonomiky a financování oddělení
- 48 Dysfunkční spolupráce s urgentním příjmem
- 55 Nevím
- 61 Špatná odbornost, neznalost práce, nedostatek znalostí a zkušeností, nevzdělanost, špatná kvalita péče, nerovnováha psychické a fyzické práce
- 62 Ztráta vlastního zdraví a zdraví rodiny
- 63 Ztráta zaměstnání
- 64 Celková nespokojenost

Příloha 8a

8. Co Vám vyhovuje ve Vaší a na Vaší práci?

Pořadové číslo	Charakteristika	10
9	Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz	10
11	Pozitivní feedback od pacientů	1
12	Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce	5
13	Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů	22
14	Finanční ohodnocení	5
15	Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost	1
39	Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software	4
40	Zájem vedení, zázemí pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením	6
41	Volný čas, odreagování	2
43	Prestiž pracoviště	1
44	Směnnost	50
60	Spolupráce s urgentním příjmem	1
65	Neproblematičtí pacienti, transplantovaní pacienti, zajímaví pacienti	2
66	Stabilní zaměstnání	1



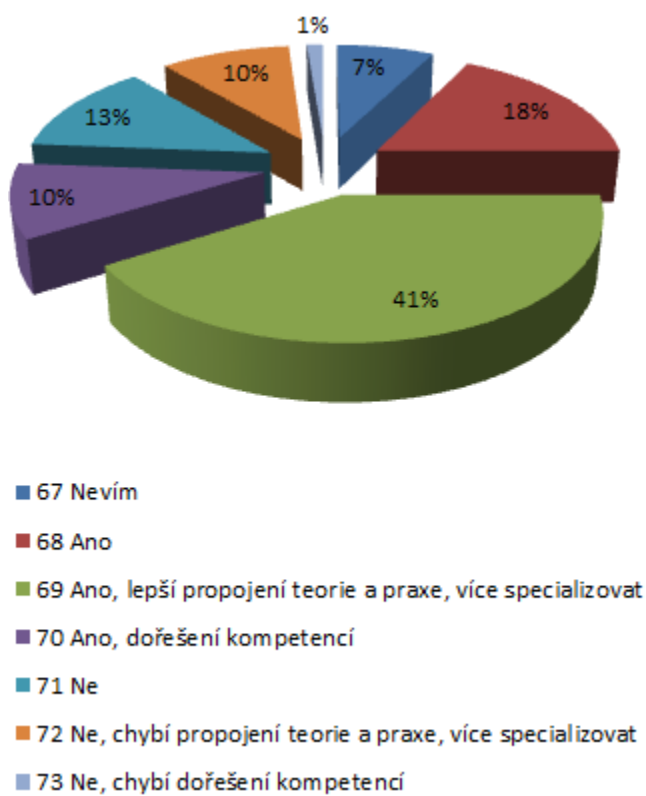
Příloha 8b

- 9 Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz
- 11 Pozitivní feedback od pacientů
- 12 Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce
- 13 Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
- 14 Finanční ohodnocení
- 15 Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost
- 39 Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software
- 40 Zájem vedení, zázemí pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením
- 41 Volný čas, odreagování
- 43 Prestiž pracoviště
- 44 Směnnost
- 60 Spolupráce s urgentním příjmem
- 65 Neproblematičtí pacienti, transplantovaní pacienti, zajímaví pacienti
- 66 Stabilní zaměstnání

Příloha 9

9. Co si myslíte o vysokoškolském vzdělávání sester?

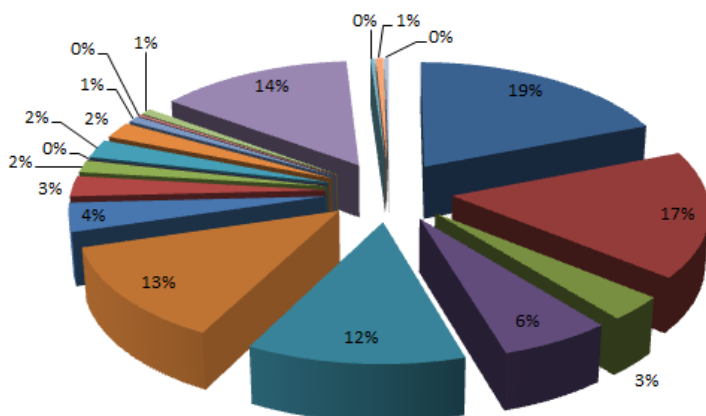
Pořadové číslo	Charakteristika	12
67	Nevím	6
68	Ano	14
69	Ano, lepší propojení teorie a praxe, více specializovat	33
70	Ano, dořešení kompetencí	8
71	Ne	10
72	Ne, chybí propojení teorie a praxe, více specializovat	8
73	Ne, chybí dořešení kompetencí	1



Příloha 10a

4., 5., 8. Co Vás těší, líbí se Vám a vyhovuje Vám na Vaší a ve Vaší práci?

Pořadové číslo	Charakteristika	Suma	4	6	10
8	Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoci pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění	70	56	14	
9	Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz	62	23	29	10
10	Práce s lidmi	12	8	4	
11	Pozitivní feedback od pacientů	23	15	7	1
12	Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce	45	16	24	5
13	Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů	47	10	15	22
14	Finanční ohodnocení	14	3	6	5
15	Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost	10	1	8	1
16	Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů	6	2	4	
22	Nic	0			
39	Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software	9		5	4
40	Zájem vedení, zájem pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením	8		2	6
41	Volný čas, odreagování	3		1	2
42	Celková spokojenost	1		1	
43	Prestiž pracoviště	3		2	1
44	Směnnost	51		1	50
60	Spolupráce s urgentním příjmem	1			1
65	Neproblematictí pacienti, transplantovaní pacienti, zajímaví pacienti	2			2
66	Stabilní zaměstnání	1			1
		368	134	123	111



Příloha 10b

- 8 Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoci pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění
- 9 Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz
- 10 Práce s lidmi

- 11 Pozitivní feedback od pacientů

- 12 Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce
- 13 Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
- 14 Finanční ohodnocení

- 15 Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost
- 16 Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů
- 22 Nic

- 39 Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software

- 40 Zájem vedení, zázemí pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením
- 41 Volný čas, odreagování

- 42 Celková spokojenost

- 43 Prestiž pracoviště

- 44 Směnnost

- 60 Spolupráce s urgentním příjmem

- 65 Neproblematičtí pacienti, transplantovaní pacienti, zajímaví pacienti

- 66 Stabilní zaměstnání

Příloha 11

Legenda kategorií bez hodnot (pilotní výzkum)

Pořadové číslo	Kategorie
1	Všeobecná sestra
2	Zdravotnický záchranář
3	Středoškolské vzdělání
4	Vyšší odborné vzdělání
5	Vysokoškolské vzdělání
6	Žena
7	Muž
8	Záchrana života, úspěchy pacienta – jeho uzdravení, pomoc pacientovi, pomoc lidem – výsledek práce, odchod zdravého pacienta – smysluplnost – naplnění
9	Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz
10	Práce s lidmi
11	Pozitivní feedback od pacientů
12	Odbornost, znalost práce, znalosti, zkušenosti, vzdělávání, kvalita péče, rovnováha psychické a fyzické práce
13	Vztahy, zdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
14	Finanční ohodnocení
15	Velikost pracoviště, hezké pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost
16	Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů
17	Akčnost práce, pestrost práce, zajímavost práce, práce jako taková, kreativnost, pestrost diagnóz
18	Špatné vztahy, nezdravé jádro kolektivu, týmová spolupráce, komunikace, zájem kolegů, pomoc kolegů
19	Finanční ohodnocení
20	Velikost pracoviště, neútluné pracoviště, velikost oddělení, uspořádanost oddělení ve vazbě na jeho velikost
21	Spolupráce s lékaři, komunikace s lékaři, komunikace s vedoucím lékařem, poděkování od lékařů
22	Nic
23	Lidská hloupost, neprofesionalita, neschopnost se rozhodnout, nelogičnost, nekompetentnost, práce ve vazbě na rozhodnutí
24	Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software
25	Dystanázie
26	Únava, klid na práci, stres, málo volného času
27	Kordinace rodina – práce
28	Dojíždění do zaměstnání
29	Organizace práce – byrokracie; organizace vedení – jedna staniční sestra, jeden směnný lékař – málo, alespoň dva; nesmyslná pravidla; nejednotné požadavky; nedostatečné informace; směny
30	Strach ze selhání, chyby ve výkonu, když se nedaří
31	Nemožnost pomoci člověku a smrt, mladí pacienti, smrt mladých pacientů
32	Problematičtí pacienti – transplantovaní pacienti, obézní pacienti, na oddělení nepatřící pacienti, nespící pacienti
33	Nedostatek personálu, fluktuace zaměstnanců
34	Psychická zátěž
35	Fyzická zátěž
36	Změny
37	Nezájem vedení, nedostatečné zázemí pro sestry, nedostatečná podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, neřešení problémů vedením
38	Vztahy a spolupráce s JIP
39	Vybavení – materiál, pomůcky, nakládání s materiálem, prádlo, software
40	Zájem vedení, zázemí pro sestry, podpora sester ve vzdělávání od vedení, čas na jídlo, řešení/neřešení problémů vedením
41	Volný čas, odreagování
42	Celková spokojenost
43	Prestiž pracoviště
44	Směnnost
45	Nepřehlednost ekonomiky a financování oddělení
46	Špatná komunikace s příbuznými pacientů
47	Neúspěch pacienta, neschopnost pomoci lidem, nenaplnění
48	Dysfunkční spolupráce s urgentním příjmem
49	Nedostatek prestiže v sesterské profesi
50	Dojíždění do zaměstnání
51	Dostatek personálu, stabilita personálu
52	Vztahy a spolupráce s JIP
53	Přehlednost ekonomiky a financování oddělení
54	Prestiž sesterské profese v ČR
55	Nevím
56	Stáže v jiné nemocnici, zahraniční stáže
57	Zachování vlastního zdraví a zdraví rodiny
58	Klid na práci, volný čas, méně stresu
59	Nebát se selhání a chyb
60	Spojení ARO a urgentního příjmu
61	Špatná odbornost, neznalost práce, nedostatek znalostí a zkušeností, nevdělanost, špatná kvalita péče, nerovnováha psychické a fyzické práce
62	Ztráta vlastního zdraví a zdraví rodiny
63	Ztráta zaměstnání
64	Celková nespokojenost
65	Neproblematičtí pacienti, transplantovaní pacienti, zajímaví pacienti
66	Stabilní zaměstnání
67	Nevím
68	Ano
69	Ano, lepší propojení teorie a praxe, více specializovat
70	Ano, dořešení kompetencí
71	Ne
72	Ne, chybí propojení teorie a praxe, více specializovat
73	Ne, chybí dořešení kompetencí
74	Nedostatek pozitivního feedbacku od pacientů



December 1, 2017

To Whom It May Concern:

I am writing to express my opinion on Jana Woleska's dissertation research. I have been advising Jana throughout the process, including several meetings here in California, and many interactions via email. I am thoroughly familiar with the work she is doing.

Her research is excellent. She has recruited more than enough nurse participants to have the power needed to perform her statistical analyses. Her thinking, hypothesizing, and writing is clear. The research is important and the results are meaningful.

Essentially, she has explored the possession of social skills in nurses and her results suggest that to be successful nurses must possess good social/interpersonal skills. This likely argues for giving greater attention to either selection of nursing students, but, more importantly, to social skill training as part of a nurse's education.

All in all, Jana Woleska's research suggests to me that she is fully deserving of receiving her Ph.D. upon completing all of the other degree requirements. In addition to her excellent research, I was impressed with Jana's passion for her work, and the incredible dedication that she had to doing the best job possible, including traveling to Los Angeles in order to make use of the extensive and world-class library facilities at the University of California, Los Angeles. In addition, because she was using an instrument that I created in order to measure social skills, she should be commended for involving me in the assessment and evaluation of her research. I am very pleased and proud of the work that she has done on this dissertation.

Please feel free to contact me if I can provide additional information.

Sincerely yours,



Ronald E. Riggio, Ph.D.
Henry R. Kravis Professor of Leadership and Organizational Psychology
rriggio@cmc.edu

850 Columbia Avenue, Claremont, California 91711-6420 Tel: 909.621.8743 Fax: 909.607.5252 kravis.institute@cmc.edu
www.cmc.edu

Member of The Claremont Colleges