

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

---

**POSTAVENÍ SESTRY V ČESKÉ SPOLEČNOSTI  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PETRA PLAŠKOVÁ**

Vedoucí práce: Mgr. Petra Hoffmannová  
Mgr. Veronika Kuříková

HRADEC KRÁLOVÉ, 2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Liberci, dne 3. dubna 2006

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji paní Mgr. Petře Hoffmannové a paní Mgr. Veronice Kuříkové za odborné vedení bakalářské práce.

.....  
vlastnoruční podpis

*„Žádá se po nás, abychom neúnavně pracovali, abychom v našem životním díle dosáhli dokonalosti. Ne všichni jsou povoláni k specializovaným nebo profesionálním pracím a ještě méně z nás dosáhne výšek géníů v umění a vědách. Mnozí jsou povoláni, aby byli dělníky v továrnách, na polích a ulicích. Žádná práce však není bezvýznamná. Všechna práce, která povznáší lidskost, má cenu a je důležitá a měla by se vykonávat s horlivou dokonalostí. Je-li člověk povolán, aby zametal ulice, měl by zametat tak, jako Michelangelo maloval nebo Beethoven skládal hudbu nebo jako Shakespeare psal básně. Měl by zametat ulice tak dobře, aby se nebeské i pozemské zástupy pozastavily a pronesly: Tady žil skvělý metař ulic, který svou práci vykonával dobře.“*

Martin Luther King jr.

## **OBSAH**

I. Obecná část.....	6
1.1 Úvod.....	6
1.2 Cíl.....	8
II. Teoretická část.....	9
2.1 Prestiž povolání.....	9
2.2 Profesionální image sester.....	11
2.3 Historický pohled na image sestry.....	15
2.4 Dějiny ošetrovatelství.....	17
2.5 Role sestry.....	21
2.6 Vztah role lékař – sestra.....	24
2.7 Vzdělávání a profesionalizace sester v ČR.....	26
III. Empirická část.....	29
3.1 Cíle empirické části.....	29
3.2 Hypotézy.....	29
3.3 Metoda výzkumu.....	30
3.4 Vzorek respondentů.....	31
3.5 Výsledky výzkumu.....	32
3.5.1 Výsledky výzkumu – sestry.....	32
3.5.2 Výsledky výzkumu – lékaři.....	46
3.5.3 Tabulky.....	55
IV. Diskuse.....	60
4.1 Dotazník – sestry.....	60
4.2 Dotazník – lékaři.....	66
V. Závěr.....	71
VI. Seznam použité literatury.....	73
VII. Seznam použitých zkratek.....	75
VIII. Slovník cizích slov.....	76
IX. Přílohy.....	78
Resumé	

## I. OBECNÁ ČÁST

### 1.1 Úvod

Otázka postavení sestry ve společnosti mě zajímá od počátku mého nástupu do zdravotnictví. Když je člověk mladý a svobodný, zaměstnává ho především získávání odborných dovedností a vědomostí v praxi. Po nějaké době se začne zabývat otázkou dostatečného platového ohodnocení vzhledem k náročnosti prováděných činností. V neposlední řadě se denně zaobírá vztahem lékař – sestra, vztahem veřejnost – sestra, řeší nevyjasněné kompetence mezi zdravotníky, balancuje mezi touhou poskytnout co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči, stihnout zapsat všechny informace, nevykonávat činnosti, které nejsou v jeho kompetenci, nezastávat práci nižšího zdravotnického personálu. Rozhodla jsem se, že posoudím stav prestiže českých sester ve společnosti, a to z pohledu jich samých a i z pohledu lékařů. Myslím si, že záleží především na vztahu sestry k povolání, na sebedůvěře, kterou má ve své schopnosti a dovednosti. Na jejich základě umí svou profesi „prodat“ a zvýšit její prestiž u lékařů a veřejnosti.

Osobní odpovědnost, nasazení, s jakým každý jednotlivec vykonává své zaměstnání, je rozmanité. Ale vcelku všichni zastáváme práci všeobecné sestry a jako celek nás posuzuje laická, ale i odborná veřejnost.

Ve své práci se zabývám významem pojmu prestiže, výzkumem a hledisky pro posuzování výše postavení povolání. Dále se zaměřuji na profesionální image sester, jejich důvěryhodnost a obě složky komunikace, které mají silný vliv na názor společnosti na ošetrovatelské povolání. Také se zabývám vývojem image sestry v historii. Ošetrovatelství si prošlo od svého vzniku pěti imagemí a sestra v nich byla vnímána pokaždé jiným způsobem. Vzhledem k zaměření práce nastiňuji dějiny ošetrovatelství, roli žen v medicíně, zásluhy Florence Nightingalové a společenské postavení českých sester do poloviny 20. století. Podle mého názoru je nutné věnovat se roli zdravotní sestry, jejímu vývoji, adaptaci ženy na tuto roli, sebepoznání a vzájemnému vztahu lékař – sestra – pacient. Nezapomínám ani na vzdělávání a profesionalizaci sester v ČR. Vše výše jmenované se podílí na vytváření obrazu povolání a chceme-li pochopit současnost, musíme znát minulost.

V úvodu bych se ráda zmínila o ošetrovatelství jako oboru, který má nezastupitelné místo ve zdravotnictví. Je definováno jako soubor činností prováděných sestrou, jimiž pomáhá jednotlivci, rodině a komunitě, aby byli schopni udržet své zdraví a starat se o svou fyzickou

a psychickou pohodu. Sestra vede nemocné k sebepéči, edukuje okolí v poskytování laické pomoci. Nemocným, kteří se o sebe nemohou, nechtějí či neumějí postarat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči. Při dosahování tohoto cíle úzce komunikuje s lékaři a s dalšími zdravotnickými pracovníky. Podmínkou spolupráce je především to, jakou budí důvěru. Důvěryhodnost sestry je zevním projevem jejího vztahu k ošetrovatelskému povolání. Podle toho jak jedná, jak se chová a jak vypadá, vytváří obraz nejen o sobě samé, ale je tvůrcem prestiže oboru. Byly jí dosud přisuzovány dvě základní funkce: pečovatelka a asistentka při různých diagnosticko-terapeutických postupech. **(9)** Funkce sestry vychází přímo z poslání ošetrovatelství ve společnosti bez ohledu na místo a čas, ve kterém se péče poskytuje, bez ohledu na zdravotní stav osoby nebo skupiny a na dostupné zdroje.

Ošetrovatelství je uměním i vědou zároveň. Vyžaduje pochopení a aplikaci poznatků a dovedností, které jsou pro tuto disciplínu specifické. Staví na znalostech, metodách a technikách, které vycházejí z humanitních věd, fyziologie, sociologie, biologie a medicíny. Sestra je samostatným zdravotnickým pracovníkem a za poskytované služby je zodpovědná. **(10)**

## ***1.2 Cíl***

Cílem práce je posoudit vážnost povolání všeobecných sester, zhodnotit, jestli jsou spokojené ve svém povolání, co jim ke spokojenosti chybí, co tvoří prestiž povolání a jak ji můžeme ovlivnit.

Zamyslím se nad tím, jestli výběr tohoto, psychicky a fyzicky, náročného povolání v patnácti letech, je optimální nebo jestli změna organizace studia oboru všeobecné sestry na vyšších a vysokých školách přispěje k pozvednutí jeho prestiže.

Dále bych ráda objektivně zhodnotila vztah lékařů a sester a porovнала jejich odpovědi. Domnívám se, že mylné názory vychází z jednostranné komunikace a zakořeněných stereotypů v této oblasti. Důležitost sester posuzuji pouze z hlediska odborné veřejnosti. Jsem přesvědčena, že laická veřejnost je neméně důležitá, ale výzkum všemi směry by byl velmi rozsáhlý a proto jsem se rozhodla pro hodnocení sester v očích lékařů.



## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Prestiž povolání

Jaký je význam slova *prestiž* ?

Pochází z latinského slova **praestigium**, což znamená mámení i proslulost. (V archaických jazycích je ještě patrná tendence označovat jedním slovem oba konce polárního páru). (18)

**Prestiž** = vážnost, významnost, pověst, hodnocení nebo ocenění ostatními

= při dotazníkovém zjišťování bývá upřesňována otázkou „jak si lidé s danou profesí vážíte, jakou vážnost profese požívá“

**Prestižní** = mající vážnost, vlivný

Je zpravidla chápána jako určitý způsob pozitivního hodnocení, ocenění a úcty, který je prokazován osobám, předmětům, sociálním pozicím apod. Americký sociolog T. Parsons definuje prestiž jako „relativní úctu, kterou má individuum v uspořádaném celkovém systému“. (2 : 170)

Vnímání společenského hodnocení vlastní profese je důležitým indikátorem vztahu k povolání. Lze předpokládat, že se společenské vnímání poslání sestry podstatně mění vlivem změn probíhajících ve zdravotnictví. Snaha o zvyšování prestiže sester jako sociální skupiny úzce souvisí s požadavkem jejich vysokoškolské kvalifikace. (2)

Prestiž je předmětem sociologického zkoumání již od roku 1911, kdy provedl T.H.C. Stevenson její první empirický výzkum. Od 40. let 20. století se zkoumá v západních zemích pravidelně. V 60. letech byla provedena první velká mezinárodní komparace. Na prvních místech se umístila povolání: lékaře, univerzitního profesora a soudce. Naopak ve spodní části žebříčku jsou především nekvalifikované manuální profese. (20)

Středisko empirických výzkumů SÚ ČSAV provedlo v roce 1990 výzkum ve spolupráci s Ústavem teorie a historie vědy, kdy byla posuzována škála padesáti povolání a sestra se umístila na devátém místě. Její umístění před řadou vysokoškolských a uměleckých profesí a před všemi technickými a dělnickými zaměstnáními je dosti překvapivé. (Příloha 9.3) Naproti tomu v mezinárodním hodnocení, přiřazujícím všem profesím bodové hodnocení

od 100 do 0, se sestry umístily uprostřed hodnocené skupiny spolu s novináři, učiteli a programátory (byly hodnoceny 53 - 55 body). **(18)**

Dotázaným byl nabídnut seznam různých hledisek pro posuzování prestiže s tím, aby určili pořadí prvních tří, na které kladou největší důraz..

Jako nejdůležitější hlediska byla označena:

- vysoké znalosti
- důležitost pro společnost
- odpovědnost
- praktická potřebnost
- fyzická namáhavost
- zručnost, šikovnost rukou
- ostatní

Podrobné zpracování kombinací trojic kritérií, které se vyskytly v odpovědích dotázaných, doložilo, že se rozpadají do dvou skupin:

- znalosti + důležitost + odpovědnost, tj. důraz na znaky charakterizující vysoce náročné, složité duševní práce
- potřebnost + namáhavost + zručnost, tj. důraz spíše na charakteristiky určitých typů manuální práce

Další rozbory ukázaly, že první skupina kritérií je podle očekávání využívána při hodnocení prestiže lidmi s vyšším vzděláním, kdežto druhá skupina především lidmi z dělnických profesí. **(19)**

Pokud bychom chtěli zařadit do jedné ze skupin povolání všeobecné sestry, museli bychom znejistět, protože její umístění by nebylo tak kategorické. Vyznačuje se všemi znaky charakterizujícími jak duševní tak i manuální činnosti.

## **2.2 Profesionální image sester**

Nová image českým sestram nepadne do klína. Její budování a prestižní postavení ve společnosti by se mělo stát jednou z priorit nejen sester, ale také orgánů, které je zastupují na veřejnosti – profesionálních asociací.

Postupným vývojem došlo ke sjednocení důvodů, proč bojovat o nový dojem. Patří mezi ně:

1. Potřeba probudit zájem společnosti o sesterskou profesi.
2. Usnadnění náboru kvalitnějších jedinců do zdravotnických škol.
3. Změna pohledu sestry z pouhého zaměstnance na profesionální pracovníci.
4. Zajištění rovnocenného, partnerského místa sestry v multidisciplinárním týmu.
5. Umožnění sestram dostat se do rozhodujících funkcí a pozic, kde by mohly ovlivnit nejen svou profesi, ale zdravotnictví jako takové.
6. Odstranění mýtů, které existují o sestrách.

Vzhledem k těmto uvedeným důvodům není možné, aby ošetrovatelství mělo formulováno pouze jednu image, protože sestry se nachází v různých rolích a v nich jsou také rozdílně vnímány. Image se mění s časem a v každé kultuře je chápána poněkud jiným způsobem. Na jedné straně se nachází sestry, obětavé ženy, více či méně kompetentní, obdarované empatií, soucitem a neobyčejnou schopností vypěstovat si důvěryhodný vztah – představa někoho, kdo dává sám sebe. Na druhé straně je to image ženy, vzdělané profesionálky, která efektivně ovládá moderní technologii, je řízena ve svém rozhodování rozumem a ne svými emocemi, a na kterou je vždy možné se v její specializaci spolehnout – představa někoho, kdo vykonává svoji práci s odstupem svého „já“. Pravděpodobně žádná ze sester nemůže pokrýt celou škálu těchto obrazů, většina z nás se pohybuje někde mezi těmito dvěma póly.

Podle mého názoru není možné dostatečně zdůraznit, která image je důležitější. Jestli ta interní nebo externí, tedy pohled, jak nás vnímá veřejnost. Má-li sestra o sobě vysoké smýšlení, zdravou sebedůvěru a věří-li ve svoji profesi, potom její přístup k veřejnosti, k pacientům, k lidem, se kterými se stýká, bude tento pocit vyzařovat.

S profesionalitou sester souvisí i komunikace. Proto je vhodné, abych se o ní zmínila. Díky zaměření mého tématu zde uvádím jen ty informace o komunikaci, které s ním úzce souvisí.

Komunikovat znamená s někým se z něčeho společně radovat, druhému něco předávat, doručovat, propůjčovat, dávat a přijímat, tj. navzájem se sdílet.

**Komunikace** má dvě složky – verbální a neverbální. Neverbální komunikace „mluví“ někdy hlasitěji než verbální složka.

#### **Neverbální komunikace:**

- ❑ nedbalé oblečení (nepatřičná délka uniformy, nevhodná, sešlapaná, nevyčištěná obuv)
- ❑ neupravené vlasy (volně poletující, neumyté, dlouhé vlasy)
- ❑ chůze, gesta, grimasy, způsob sezení a stání
- ❑ přístup k pacientovi (chování vyjadřující respekt, ochotu, úsměv, stisk ruky)
- ❑ reakce, neprofesionální chování

#### **Verbální komunikace:**

- ❑ jasná artikulace, tón hlasu, který vyjadřuje respekt a ochotu naslouchat
- ❑ předávání informací takovým způsobem, který je pro pacienta pochopitelný
- ❑ jen asi 7 % výsledného efektu komunikace je dáno obsahem toho, co se říká (40 % zastupují vokální a hlasové charakteristiky řeči a 53 % se na celkovém účinku komunikace podílí neverbální komunikace)
- ❑ nejuniverzálnější prostředek komunikace, neboť při přenosu informací řečí se nejméně ztrácí smysl sdělení

Svým přístupem má každá ze sester možnost ovlivnit to, jak je ošetrovatelství a ona sama vnímána veřejností, má možnost zapůsobit na celou řadu lidí, s kterými přijde během své každodenní ošetrovatelské praxe do styku. **(16)**

Chování a jednání sestry podstatně ovlivňuje kvalitu její práce. Ošetrovaní pacienti velmi citlivě vnímají, jak sestra uplatňuje své interpersonální dovednosti. Její nevhodné vystupování může sestřskou profesí velmi devalvovat a komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči. Důvěryhodnost sester má silný vliv na názor společnosti na toto povolání a spoluvytváří jeho společenskou prestiž. Současně je projevem vztahu sestry k ošetrovatelské profesi. O důvěryhodnost je třeba systematicky usilovat.

Mezi základní projevy **důvěryhodnosti** patří:

- vztah sestry k povolání
- kultivovanost projevu, chování a vystupování
- odborné znalosti
- zevnějšek sestry

F. Nightingalová v Knize o ošetřování nemocných z r. 1860 říká: „Mějte na paměti, že ošetřovatelka musí být osobou, na kterou úplně se lze spoléhat: v každém ohledu musí být osobou důvěryhodnou. Nemůže vědět, jak brzy se dostane v postavení, ve kterém svou spolehlivost a svědomitost musí osvědčit. Musí být střídmou a počestnou, má též být zbožnou ženou. Ku vlastnímu povolání má mít úctu, neboť drahý dar života jest často úplně položen do jejích rukou.“ **(13 : 18)**

Vzhled sestry, to jak vypadá a jedná, vyjadřuje mnoho o tom, jaká je. Profese, které používají v zaměstnání civilní oblečení, jsou si vědomy, jak úprava zevnějšku ovlivňuje klienta, zákazníka, obchodního partnera. Totéž platí i pro zaměstnání, které užívají jednotné oblečení, tedy i pro povolání sesterské (zdravotnické). Ošetřovatelství mělo v historii poměrně nízké společenské postavení, vycházející z jeho málo profesionálního, charitativního zaměření. Mniši a řádové sestry nosili při ošetřování nemocných své řádové oblečení, civilní opatrovníci si dlouho oblékali cokoliv. Teprve s rozvojem nemocnic na konci 18. století se můžeme potkat s prvními náznaky sesterské uniformy. Od počátku byla inspirována oblečením řádových sester a tyto strohé prvky přetrvávají v jejich oblečení v některých zemích dodnes. Civilní sestry se začaly v historii oblékat jednotně nejen proto, aby chránily své občanské oblečení, ale aby hrdě vyjádřily svou stavovskou příslušnost. České sestry začaly nosit první uniformy v r. 1918, kdy vstoupily do praxe první diplomované sestry. Nosily stejnokroj s velkou hrdostí, protože byly velmi pyšné na svou profesi, velice ji milovaly a hrdě se k ní hlásily. Trvale usilovaly o zlepšení svých pracovních podmínek, o zvyšování kvality vzdělávání a samozřejmě ošetřovatelské péče. V tomto úsilí byly díky své kultivovanosti, svému zápalu a vytrvalosti velmi úspěšné a získaly vysokou společenskou prestiž. Jejich postavení bylo na konci meziválečného období velmi vysoké. Získaly velkou vážnost v očích veřejnosti mimo jiné i svou zcela samostatnou prací v terénu, v poradnách pro matky a děti, v ordinacích Ligy proti tuberkulóze apod.

Po Únoru 1948 bylo nutné vymítit vše buržoazní včetně stavovské hrdosti diplomovaných sester, došlo k potlačení všech vnějších znaků ošetřovatelské profese. Oblečení sester se

začalo pomalu měnit z uniformy na pracovní oděv. Ošetřovatelství se instrumentalizovalo a postupně se stalo servisní službou lékařské praxe. Zmizela funkce samostatně pracující sestry. Klesla společenská prestiž profese a pocit sester, že jsou významným faktorem při jejím utváření. **(13)**

### 2.3 Historický pohled na image sestry

Nic neovlivňuje obraz ošetřovatelství a sestry samotné do takové míry, jako masmédiá a jejich formy, mezi něž se řadí TV seriály, rádio programy, celovečerní filmy, krátké povídky, novely a časopisy. V roce 1982 proběhla v USA studie Kalishe a Kalishe která navrhla úžasné množství materiálu a zjistila, že ošetřovatelství si od svého vzniku prošlo pěti imagemi.

První imagí byl „**Anděl milosrdenství**“. Tuto image zosobnila Florence Nightingalová – vznešená, morální, hluboce věřící bytost z vysoké sociální vrstvy, která obětovala sama sebe. Ale Florence nebyla pouze milosrdným andělem, byla především průkopnicí, vysoce vzdělanou ženou, advokátkou svých pacientů, nebála se bojovat proti resistenci lékařů. Byla zároveň první výzkumnou pracovnící v oboru ošetřovatelství, která přinesla mnoho inovací do tohoto oboru a do plánování nemocnic.

Tato image existovala až do konce I. světové války, kdy ustoupila „**Dívce pro všechno**“. Na místo anděla nastoupila služtička, která byla ochotná, oddaná, metodická a skromná. Tato deprofesionalizace byla výsledkem zhoršených podmínek v edukaci sester, protože získávaly své znalosti v rostoucím počtu nemocnic, kde sloužily jako levná pracovní síla.

Sestra během II. světové války získala novou tvář. Byla vnímána jako „**hrdinka**“, měla svoji autonomii, byla schopná racionálního rozhodování.

Čtvrtá image sestry byla image **matky** – ženy obětavé, sympatizující, pasivní, expresivní, ženy, která podporuje a podpírá. Její status ve společnosti byl v té době stále ještě vysoký, ale pouze do doby, kdy začala být masmédií představována jako „sexuální objekt“ – senzualní, romantická, sebestředná, nespolehlivá, frivolní a promiskuitní, bez jakékoliv známky, že je intelektuál a profesionál. Byl to samozřejmě pouze jeden z důvodů, který v té době přispěl ke snížení postavení sester ve společnosti.

Ideální obraz sestry je image **profesionálky** – člověka inteligentního, progresivního, sofistikovaného a asertivního, který logicky přemýšlí a snaží se o dosažení stále vyšší úrovně ošetřovatelské péče.

Z byrokratického pohledu je zdravotní sestra zaměstnanec. Role sestry jako zaměstnance se odvíjela od způsobu výuky, kdy vrchní sestra a instruktorky v nemocnici vyžadovaly od studentek poslušnost, disciplínu, dodržování pravidel a směrnic, loajalitu a efektivnost.

Výsledkem této tradice byly sestry, které neměly účast při rozhodování, nemohly ovlivnit svou vlastní praxi, pracovní prostředí nebo poslání zdravotnického zařízení.

Od roku 1980 se role a image sester začala měnit díky informacím získaných výzkumem sester a jejich pracovního prostředí, růstu vzdělávacích institucí a zvýšeným pochopením důležitosti sestry veřejností. I když se začaly těšit zvýšené autonomii a odpovědnosti v kontextu své profese, stále pracovaly v prostředí, které preferovalo a odměňovalo podřízenost chování.

Dnes je sestra prezentována jako žena s humanistickými atributy, oddána své práci, technicky kompetentní, submisivní, někdy inteligentní, ale zřídka asertivní nebo vědecky založená. **(16)**



## 2.4 Dějiny ošetrovatelství

Již v Římské říši se v lékařské praxi uplatňovaly i ženy, a to především v porodnictví a při přípravě léčiv. Ani mnohem pozdější rozkvět tzv. klášterní medicíny ve středověku nebránil ženám v aktivní účasti na ošetrovatelském a léčitelském procesu bližních.

Přirozenou lidskou potřebou, starou jako lidstvo samo, je péče o nemocného člověka. Organizované ošetrovatelství má však historii kratší. Začíná s příchodem křesťanství, kdy se jednotlivé křesťanské ošetrovatelské řády staraly o potřebné osoby především ve špitálech zakládaných při kláštorech. **(15)** Svatá Anežka Česká (1211 – 1282) založila klášter klarisek a špitální bratrstvo, které bylo papežem záhy uznáno za samostatný ošetrovatelský řád křížovníků s červenou hvězdou, jehož hlavní úlohou bylo ošetřování chudých a nemocných. Pro tento řád vypracovala pravidla opatrování chudých a nemocných a je tak považována za zakladatelku českého ošetrovatelství. **(8)**

K opatrovnické službě ve špitálech se postupně dostávaly i osoby civilní, různí sluhové a služky. Jejich práce, nedostatečně odměňovaná, byla velmi obtížná. Často ji vykonávali lidé vydědění společností, trestanci, prostitutky. **(15)**

Ačkoli mimo klášterní zdi působilo do té doby bez překážek mnoho léčitelek, došlo na počátku 14. století ve Francii k podstatnému obratu, když na rozdíl od tolerantních salernských zásad bylo nařízením pařížské lékařské fakulty některým felčarkám pod pohrůžkou vyloučení z církve zakázáno provozovat praxi a své vědomosti a zkušenosti formou výuky – jež byla prohlášena za nezákonnou – předávat ostatním. V ostatních evropských zemích k tak výrazné diskriminaci žen v medicíně nedocházelo a zejména při porodech byla účast erudovaných pomocnic nezastupitelná.

Od roku 1759 zajišťoval pověřený doktor medicíny a magistr porodnictví výuku porodních bab. Na výuku podřízených zdravotnických pracovníků pamatoval vydaný Generální zdravotní řád pro Království české.

Na násilně přerušenu tradici evropské klášterní medicíny navázala činnost dobročinných spolků Milosrdných sester, jimž roku 1807 císař Napoleon I. opět povolil oficiálně ošetřovat nemocné.

Rozhodujícím impulsem pro vybudování organizace ošetrovatelské péče se staly kruté podmínky, za kterých umírali vojáci na evropských bojištích. Úroveň péče o raněné totiž výrazně zaostávala za tehdy moderní vojenskou technikou i relativně vyspělou bojovou strategií. Jednou z těch, které cítily potřebu své vojáky na bojišti aktivně podpořit a přímo na místě jim poskytnout kvalifikovanou zdravotní péči, byla Angličanka Florence

Nightingalová (1820 – 1910). Přes odpor rodičů se jí podařilo získat zdravotnické vzdělání u Milosrdných sester v Paříži. Rodiče jí nechtěli povolit stát se sestrou, protože v polovině 19.století to nebylo ve viktoriánské Anglii považováno za vhodné povolání pro dobře vzdělanou ženu. Během Krymské války<sup>1</sup> se ukázalo, že Britská zdravotní služba není schopna zajistit svým vojákům srovnatelnou ošetrovatelskou péči jako Francie či Rusko. Úředník britského Ministerstva války Sidney Herbert pověřil organizací medicínské péče přímo na Krymu svou přítelkyni Florence Nightingalovou. Za půl roku od příjezdu týmu 38 zdravotních sester klesla mortalita vojáků v místní nemocnici z původních 40 % na 2 %. Po svém návratu z fronty (r. 1856) uspořádala Florence peněžní sbírku, z jejíhož výnosu otevřela o dva roky později Školu F.N. pro zdravotní sestry. **(9)** Jejím největším úspěchem je, že ošetrovatelství se stalo váženou a uznávanou ženskou profesí. V roce 1860 bylo publikováno její stěžejní dílo Notes on Nursing (Poznámky o ošetrovatelství). Tím byl položen základní kámen ošetrovatelství: „pečlivě sledovat pacientovy potřeby.“ Kniha byla přeložena do jedenácti cizích jazyků a vydává se dodnes. **(8)**

O sociálním a společenském postavení českých ošetrovatelk si můžeme učinit představu podle toho, co je nám známo o poměrech ve všeobecné nemocnici v Praze. Nutno říci, že toto postavení bylo velmi špatné po stránce materiální i společenské po celou druhou polovinu 19. a počátek 20. století. Kromě jiného pro ně platily zákony vztahující se na čeledíny. Většinou dosud spaly v pokojích pacientů, vycházky povoloval primář, do roku 1914 pro ně platil celibát. Platy byly minimální, mnohé pracovaly dokonce jen za byt a stravu. Po sňatku byly nuceny z nemocnice odejít. Je pochopitelné, že za těchto podmínek mnozí zaměstnanci vykonávali neobyčejně těžkou službu nedbale.

Lékaři si byli vědomi nedostatků ošetrovatelské péče a navrhovali, většinou neúspěšně, jak ji zlepšit. K nejzajímavějším patřil návrh docenta psychiatrie J. Riedla (1803 – 1870) z roku 1845 na založení ošetrovatelské školy v pražské všeobecné nemocnici. Návrh, vřele podporovaný nemocničními lékaři, ztroskotal jako většina podobných průkopnických návrhů na nedostatku peněz. K jeho uskutečnění došlo až o téměř tři čtvrtiny století později. Skutečná iniciativa na založení ošetrovatelské školy pak na počátku sedmdesátých let 19. století nevyšla z kruhů lékařských, ale z Ženského výrobního spolku založeného v roce 1871. Jedna z jeho zakladatelek, spisovatelka Karolina Světlá, navázala prostřednictvím

---

<sup>1</sup> V letech 1854 – 1856 se Velká Británie zúčastnila Krymské války, ve které podpořila Turecko v boji proti Ruské říši. Velká Británie společně s Francií nad Ruskem zvítězila a zamezila dalšímu výraznému ruskému mocenskému růstu.

prof. V. Janovského spolupráci se Spolkem českých lékařů, který přislíbil zajistit odbornou výuku ošetřovatelek. V roce 1874 proto mohla být založena ošetřovatelská škola, první svého druhu v monarchii. V letech 1875 – 1881 se uskutečnilo pět kursů, z 213 zapsaných posluchaček jich získalo 96 diplom. Většina z nich našla uplatnění v domácí péči. Po té výuka ošetřovatelek ustala na déle než tři desetiletí.

Další impuls vyšel zřejmě až od samotných ošetřovatelek pražské všeobecné nemocnice, které se v roce 1912 začaly domáhat vzdělání. Jejich aktivita patrně iniciovala výnos ministerstva vnitra, které v roce 1913 vyhlásilo celostátní akci k povznesení odborné a ekonomické úrovně ošetřovatelek v monarchii, která měla být zahájena zřizováním ošetřovatelských škol. **(15)** České sestry začaly být poprvé pro své povolání připravovány ve dvouletém řádném studiu na první české Státní ošetřovatelské škole v Praze, v Ječné ulici, která byla otevřena v roce 1916. Podle nařízení z roku 1914 mohlo být každým rokem na školu přijato pouze 15 žákyň. První rok byl věnován výhradně teorii, v druhém roce žákyně absolvovaly praktický výcvik. Ty, které při zkouškách obstály, obdržely ošetřovatelský diplom a titul “diplomovaná ošetřovatelka”. První absolventky se záhy staly instruktorkami ve škole, mnohé stály v čele škol dalších, vznikajících. Diplomované sestry byly velkým přínosem pro nemocniční i terénní praxi. Staraly se však také o sociální a pracovní podmínky sester – to byl jeden z cílů stavovské organizace, kterou založily, Spolku diplomovaných sester. V roce 1946 byla díky dlouhodobému úsilí diplomovaných sester otevřena Vyšší ošetřovatelská škola, poskytující další vzdělání vrchním sestřám, učitelkám ošetřovatelství a sestřám pracujícím v terénu. Po roce 1948 byly všechny významné představitelky českého ošetřovatelství ze svých funkcí odvolány. Státní dvouletá ošetřovatelská škola byla prakticky zrušena a nahrazena jinými reformovanými školami. **(12)**

Nutno ovšem říci, že nástup diplomovaných sester do lůžkových zařízení nebyl mnohdy jednoduchý. Například v pražské všeobecné nemocnici její tehdejší ředitel Josef Doškář ještě v roce 1930 napsal, že některé pomocné ošetřovatelky jsou lepší než diplomované, neboť jsou ochotné konat u nemocných všechny práce, zatímco diplomované sestry musí mít na podřadnější práce k ruce služebné. Proto v uvedeném roce měl ve své nemocnici obsazeno ze 180 systematizovaných míst diplomovaných sester jen 154. Přímou uvedl, že „mnozí přednostové klinik je prostě odmítají“. **(15 : 182)**

Určité zlepšení tohoto stavu přineslo vládní nařízení z března 1927 O úpravě služebních a platových poměrů ošetřovatelů v civilních státních ústavech léčebných a humanitních a ve Všeobecné nemocnici v Praze. Konečně ztratilo ošetřovatelské povolání charakter čeledního poměru, důstojnější bylo i platové ohodnocení ve čtyřech platových pásmech, ve zvláštních případech se mohly tomuto povolání věnovat i osoby vdané a ženaté. Většina z nich ovšem byla povinna nadále bydlet a stravovat se za úhradu v příslušném ústavu. **(15)**

## **2.5 Role sestry**

Jen málo povolání prodělalo v tak krátkém období tolik změn, jako profese sestry. Prvotně se formovala na půdě charitativních institucí, středověkých hospitálů, které byly určeny k poskytnutí útulku a nejzákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o něž se nemohla postarat rodina. Pod jednou střechou bylo pečováno o vdovy, nemocné, sirotky, staré. Jednalo se o charitativní činnost, stojící výlučně na náboženské základně, byla prováděna převážně církevními řády. Samotný charakter péče v hospitálech nevyžadoval odbornou přípravu personálu.

Od první poloviny 19. století se začaly hospitály diferencovat na chudobince, nemocnice (špitály), starobince, sirotčince. Ale v těchto institucích neprobíhalo i nadále léčení za účasti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Teprve v druhé polovině století proniká do nemocnice racionální medicína a postupně se do nich přesouvá jak těžiště lékařské činnosti, tak i medicínského poznání. Tímto vývojem byl položen i základ k novodobé profesi sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka schopného odborné komunikace a racionálního jednání při ošetřování nemocných. Sociální role nově vznikající profese civilních sester byla jakýmsi kompromisem dvou, časově po sobě následujících subkultur: nábožensko charitativní a medicínsko racionální. Tato zátěž podstatně ovlivnila podobu profese sestry na dlouhou dobu.

Další vývoj role sestry byl ovlivněn i medicínou samou. Pozornost byla obrácena k jednotlivým orgánům a funkcím, k líčení nemoci jako izolovaného jevu, nemocný byl víceméně pasivním objektem péče zdravotníků. Tak i ošetřování se postupně stávalo spíše souhrnem jednotlivých úkonů, aplikací injekcí, měření teploty, podávání léků atd., zkrátka převládala technická stránka sesterské činnosti. Tento vývoj byl umocněn v polovině 20. století nebývalým rozvojem medicínských věd a doslova vpádem technických prostředků do nemocnice. Vznikaly nové a nové specializace, nejdříve v laboratorních oborech, později i u sester. Každá specializace vedla k hlubšímu poznání dílčích stránek, ale současně oslabovala pohled na celek.

Je třeba ještě připomenout jeden faktor, který působil na podobu role sestry. Je to růst velikosti nemocnic, ze kterých se často staly ohromné kolosy. Velikost zařízení a větší náročnost na vzájemnou návaznost mezi specializovanými odděleními přináší i nároky na vlastní provoz nemocnice. Především pro sestry narůstají nové činnosti, které bezprostředně nesouvisejí s ošetřováním nemocných, dochází k přetěžování sester agendou a jejich dalšímu

vzdalování od pacienta. Toto vše vedlo k určité dehumanizaci ošetřování, stejně jako léčebné péče vůbec, která je všeobecně uznávána.

Změny v profesi sestry byly předmětem I. evropské konference o ošetřovatelství, která se konala ve Vídni v roce 1988 pod záštitou SZO. V deklaraci z konference se uvádí, že jde o roli sestry v tom, že mají „působit jako partnerky při rozhodování a plánování v řízení místních, regionálních a národních služeb, podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o své zdraví, a poskytovat jasné a správné informace o příznivých a nepříznivých důsledcích rozličných typů chování a o výhodách a nákladech při volbě určité péče“. **(3 : 93)**

Poznání vlastní role je u sestry nadmíru důležité, protože jen její dokonalé osvojení může vyloučit na jedné straně rigorózní vázání se na pravidla a na druhé straně nedomyšlené a lehkomyšlné porušování pravidel a chování.

Z psychologického hlediska je rolová adaptace zvláště obtížná. Jádrem role sestry je universalismus a kolektivní orientace. To znamená, že sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné definovat jako potřebného, je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. Přitom ale vyšla z prostředí, které není takto kolektivně orientované, její návyky a postoje byly převážně individuální. Není ani jednoduché osvojit si emocionální neutralitu, která se nechápe jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnutí citů. To vše nelze uskutečnit jednorázovým aktem adaptace na roli sestry. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se.

Je známo, že výkon role sestry je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí „dílčích“ rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role odehrává. Stále častěji je diskutován u zdravotních sester syndrom vyhoření – čímž je označován stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako vyprahlost. Příčiny vzniku tohoto syndromu lze hledat jak v individuálních faktorech (jako jsou zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, souhrnná zátěž i v soukromí, stres, konfliktní napětí atd.), tak především v pracovních a organizačních faktorech (jako je nátlak sociální role, nedostatek autonomie, absence sociální podpory, monotónní rutina apod.). K tomu přistupuje značná fyzická zátěž, nebezpečí infekcí aj.

Pro nejlepší terapeutické výsledky je podstatné, aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem, je interpretem lékaře a jeho činnosti ve vztahu k nemocnému, zaměřuje

své úsilí na získávání pacienta ke spolupráci s ošetřujícím lékařem. Lékař jako vedoucí činitel je odpovědný za hlavní rozhodnutí, týkající se pacientova léčení, ale jestliže pacient nedůvěřuje lékaři, nebo ho nepochopí, jeho léčení může být méně efektivní. Zůstává na sestře vytvořit vztah odpovědnosti a udržet harmonický vzájemný vztah mezi těmito dvěma. **(3)**

## 2.6 Vztah sestra – lékař

Tradiční vztah sestra – lékař se v historickém vývoji postupně měnil v důsledku sociálních změn. V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry, a je proto nutné, aby staré lékařsko-sesterské vztahové stereotypy byly zrušeny.

Bez empirických výzkumů nelze objektivně hovořit o konfliktnosti tohoto vztahu. Mezi řadou lékařů a sester jistě existuje vynikající spolupráce a někdy deklarovanou konfliktnost ve vzájemných vztazích lze považovat za uměle vytvořenou, vyvěrající z osobnostní charakteristiky jedinců.

A. H. Rosenstein uvádí v časopise *American Journal of Nursing* výsledky **šetření vztahu sestra – lékař**, jehož cílem bylo zhodnocení atmosféry a významu těchto vztahů a určení vlivu v určitém smyslu nevhodného chování lékařů na spokojenost a udržení pracovního začlenění sester. Respondenti byli požádáni, aby identifikovali problémy, okolnosti a události, které předcházely nevhodnému chování lékaře.

**Sestry** uvedly, že tento typ chování se nejčastěji vyskytoval:

- po vyřízení vzkazu lékaři, že ho někdo volá
- po dotazu nebo žádosti o objasnění ordinací lékaře
- když se lékaři domnívali, že jejich ordinace nebyly vykonány správně nebo včas
- po domnělém zdržení v poskytování péče
- po náhlých změnách stavu pacienta

**Lékaři** uvedli jako primární příčinu svého nevhodného chování:

- jejich ordinace nejsou vykonány správně a včas
- nesprávně načasované volání lékaře (telefonáty lékaři)
- nutnost ptát se nebo neopodstatněně vyžadovat objasnění ordinace
- obecné selhání komunikace mezi lékaři a ošetrovatelským personálem
- sestry přivolávaly lékaře bez toho, aby nejprve shromáždily všechny potřebné informace o pacientovi, které mají k dispozici

Analýza odpovědí naznačuje, že každodenní interakce mezi sestrami a lékaři silně ovlivňují pracovní morálku sester. Všichni respondenti považovali vztah sestra – lékař a



atmosféru, kterou vytvářejí, za velmi důležité. Závěry naznačují, že by se zdravotnická zařízení, ve snaze snížit fluktuaci sester, měla zabývat kvalitou vztahu sestra – lékař. (5)

## 2.7 Vzdelávání a profesionalizace sester v ČR

Ošetrovatelství bylo v české historii jedním z prvních oborů, který již od r. 1916 systematicky vzdělával své pracovníky a byl kontrolován a regulován státem. Vzdelávání sester se vyvíjelo zcela v souladu se světovým trendem. Tento pozitivní vývoj základního vzdělávání sester byl zásadně zastaven po socialistické revoluci v r. 1948, kdy ČSR kompletně přejala východní **vzdělávací systém**, který postihl i ošetrovatelské školství.

Tento způsob byl charakteristický:

- přípravou sociálně nezralé mládeže pro náročné humanitní povolání
- převážným zaměřením na medicínské znalosti a instrumentální dovednosti v ošetrovatelské péči
- kombinací odborného a všeobecného středoškolského vzdělání, které poskytuje jen 50% rozsah v obou oblastech a absolventi nejsou srovnatelní s absolventy zahraničními
- ekonomickou náročností profesní přípravy sestry, protože velká část studujících nechápe studium jako přípravu k povolání sestry, ale chce získat středoškolský stupeň vzdělání
- způsob práce škol odpovídá středoškolské přípravě a nízkému věku žáků (**13**)

Ze sociologického hlediska lze **profesi** nazvat jako povolání, odbornost nebo odbornou přípravu na požadované povolání. Pojem profese se vztahuje především k pracovním rolím. Jejich hlavním společným jmenovatelem je omezený a regulovaný přístup k výkonu povolání. Příprava sester v průmyslově vyspělých zemích, ale i v ČR, je podle zákona č.96/2004 Sb. zpravidla tříletá. Pod pojmem vysokoškolské vzdělání sester v ČR rozumíme především bakalářské studium k získání způsobilosti, bakalářské rozšiřující studium pro již kvalifikované sestry a navazující studium magisterské a doktorandské. Vysokoškolská erudice je tedy odstupňována, má určitou hierarchii. Obsažen je rovněž závazek celoživotního vzdělávání.

Snaha o profesionalizaci je ve vyspělých průmyslových zemích považována za přirozenou a legitimní. Přesto se někteří sociální kritici znepokojují nad příliš velkým důrazem, který se klade na formální akreditaci (certifikaci) školskými diplomy. Tato snaha je vedena především touhou po prestiži, což úzce souvisí s profesionalizací. Mezi další důvody patří: naděje na větší stálost pracovních míst, na příležitost k opravdové kariéře, na možnosti pravidelného postupu i zlepšení finančního ohodnocení kvalifikovaných činností.

Nejdůležitějším prvkem profesionalizace ošetrovatelství byl nástup „nového ošetrovatelství“ v 80. letech 20. století. Tento systém částečně vycházel ze změn ve způsobu vzdělávání sester. Do konce 90. let 20. století bylo v těchto zemích v podstatě všechno vzdělávání sester přesunuto na univerzity.

Freidson tvrdí, že ošetrovatelství nemůže být nikdy nic jiného než jakási poloprofese, neboť vědomostní základna ošetrovatelství zůstává v kompetenci lékařského modelu. Lékaři jsou odpovědní za diagnózu, terapii, přijímání a propuštění „svých“ pacientů ve většině klinických situací, a proto mají velký vliv na ošetrovatelskou praxi.

Profese ošetrovatelství v boji o určitou autonomii naráží na profesi lékařů, která už na jejím poli působí. Tím se dotýká potřeb, zájmů a kompetence lékařů a vzbuzuje protitlak. Bylo by nešťastným řešením, kdyby v hledání postavení sester docházelo mezi sestrami a lékaři ke konfrontaci, protože výsledkem konfrontace bývá jeden vítěz a druhý poražený. V případě spolupráce je možný prospěch pro všechny strany. **(4)**

„Diskuse na téma jak, podle jakého modelu a v jakém rozsahu reformovat vzdělávání zdravotních sester a ostatních nelékařských zdravotnických profesí probíhá už od počátku 90. let. Neúspěch byl mnohdy v rozhodující míře ovlivněn zásadně negativním postojem představitelů lékařské obce a některých pracovníků MZ. Proti přiznání odborných kompetencí nelékařským zdravotnickým pracovníkům obvykle argumentovali poukazem na jejich nedostatečnou odbornou kvalifikaci, přičemž jedním dechem navrhovanou transformaci vzdělávání těchto profesí paradoxně odmítali jako nepotřebnou a nadbytečnou. Nezaznamenali jsme jediný případ, kdy by některý z nelékařských zdravotnických pracovníků veřejně polemizoval s navrhovanými systémy postgraduálního vzdělávání lékařů. V opačném směru je však tento postup pravidlem. Chceme-li totiž např. dosáhnout počtu 23 tisíc vysokoškolsky kvalifikovaných sester z celkového počtu zhruba 70 tisíc, tak i kdybychom jenom jejich přirozený úbytek nahrazovali pouze vysokoškolsky kvalifikovanými sestrami (což nelze), trvalo by to více než 13 let. Pokud bychom to tak dělali v poměru jedna ku dvěma, jaký je požadovaný cílový stav, trvalo by to téměř 40 let“.

**(7 : 19)**

Zákon č.96/2004 Sb. klade důraz na vysokoškolsky vzdělanou sestru, což směřuje k restrukturalizaci rolí, které má plnit lékař, kvalifikovaná sestra a další zdravotnický personál. Pokud je snaha rozvíjet ošetrovatelství jako praxi s výzkumnou základnou, vyžaduje se rovněž, aby sestry měly určité vědomosti a znalosti z výzkumné práce. Proto by

výuka základních výzkumných metod, technik a hodnocení výsledků výzkumu měla být zahrnuta do všech stupňů vzdělávání.

**Profese** je charakterizovaná následujícími znaky:

- existencí **systematické teorie**, o kterou se opírá stránka výkonu povolání. Osvojení profese vyžaduje zvládnout teorii, jež je s jejím výkonem spjata. Pracovník jedné profese nemůže být nahrazen pracovníkem jiné, aniž by si osvojil další kvalifikaci
- **profesní autoritou**, jež vychází z ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje
- systémem **profesních asociací** plnících více funkcí, především pečujících o růst kvalifikace svých členů
- **profesní etikou** normující vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi

Sestra v České republice splňuje nesporně všechny znaky profese. Její povolání je tedy profesí a její hlavní činnost – ošetřování – je také profesionální. Problémem u nás není ani sama profesionalizace jako taková, ale úroveň, kterou nyní dosahuje. Proto se nabízejí otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě. Dále jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jakou úroveň mají kooperující vztahy, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje a řada dalších otázek. **(1)**

Sestry jsou stejně významné jako doktoři! Jsou s pacientem čtyřicet hodin denně, starají se o něj, lékař ho léčí. Vidí, slyší, cítí. Hodnotí pacienta. Sestry by měly umět komunikovat s lékaři. Základem této komunikace však musí být diplomacie, slušnost a rozhodnost. **(17)**

### III. EMPIRICKÁ ČÁST

#### 3.1 Cíl empirické části

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je pomocí dotazníků zjistit pozici všeobecné sestry a současně ji zmapovat v české společnosti ve vztahu k pojmu prestiže povolání. Neméně důležitým cílem je rozpoznat, jestli samotné sestry chápou podstatu prestiže, a jestli o ni stojí.

Dílčí cíle práce se zaměřují na stanoviska obou aktérů zdravotnického povolání, lékařské a ošetrovatelské části. Porovnáme výsledky výzkumu se „zakořeněnou“ tradicí a s pozicí sestry ve společnosti, určíme, kdy byla nejvíce oslabena a snížena na roli pomocného personálu lékaře.

Hypotézy doplní, vyvrátí nebo dokreslí poznatky získané v teoretické části bakalářské práce a pomohou stanovit příčinu, důvod současného postavení sester.

#### 3.2 Hypotézy

Pro bakalářskou práci jsem stanovila následující hypotézy:

**H1** Předpokládám, že sestry budou pokládat za důležité především společenské a platové ohodnocení.

**H2** Myslím si, že sestry uvedou více důvodů pro znevažující postavení sester, důvody podporující budou uvádět v daleko menším měřítku.

**H3** Jsem přesvědčena, že sestry nejsou spokojené s vlastním platovým ohodnocením, přesto to nebude jediný důvod pro změnu nebo jiný výběr povolání.

**H4** Domnívám se, že sestry se necítí jako spolupracovnice ve vztahu lékař – sestra.

**H5** Očekávám, že většina sester i lékařů je přesvědčena, že vysokoškolské vzdělání sester nepřispěje k pozvednutí jejich prestiže v ČR.

**H6** Uvažuji, že lékaři hodnotí prestiž všeobecných sester výše než ony samy.

**H7** Domnívám se, že lékaři nejsou dobře obeznámeni s kompetencemi sester ukotvenými v zákoně č.96/2004 Sb.

### **3.3 Metoda výzkumu**

Ve výzkumu jsem zvolila metodu anonymního dotazníku. Vytvořila jsem dvě verze dotazníků. První dotazník s šestnácti otázkami je určen sestřám, druhý s dvanácti otázkami je adresován lékařům. Oba dotazníky jsou rozpracovány do dvou částí: anamnestické části a vlastního dotazníku.

Největší důraz kladu na dotazník pro sestry. Ony samy, jejich prestiž, postavení jsou podstatou výzkumu. Dotazník pro lékaře je zhotoven z důvodu srovnání s názory sester, pro zvýšení objektivitu jejich odpovědí. Vztah lékař – sestra je velmi silný, prioritní, ale není vnímán oběma stranami stejným způsobem.

V úvodu dotazníků zjišťuji informace o věku, rodinném stavu, zdravotnickém zařízení a pracovišti, délce odborné praxe a nejvyšším dosaženém vzdělání. Část vlastního dotazníku je sestavena z otevřených, polouzavřených a uzavřených otázek. Sestry u tří otázek mohly označit více odpovědí, lékaři si takto počínali pouze u jedné otázky.

Dotazníky byly rozdány sestřám a lékařům z různých typů zdravotnických zařízení. Výběr byl částečně náhodný, přirozený, kdy jsem oslovila vedoucí pracovníky jednotlivých nemocnic a nechala na nich, kam a komu dotazník předají. Druhý způsob výběru bylo moje rozhodnutí předat dotazníky na vybraná pracoviště, do privátních praxí. Věk, rodinný stav, délka praxe a dosažené vzdělání nebyly ani v jednom způsobu výběru ovlivnitelné hodnoty.

Čas na vyplnění a odevzdání dotazníků byl stanoven pevně. Maximální prostor pro návrat jsem si určila tři týdny. Sestřám bylo rozdáno 150 dotazníků a lékařům 75 dotazníků.

Otázky byly vyhodnoceny jednotlivě pomocí výsečových grafů. Nejčastěji opakující se odpovědi na otevřené otázky byly posouzeny tabulkou. Výsečové grafy byly také použity při hodnocení souvisejících, vyplývajících a odporujících si otázek.

### **3.4 Vzorek respondentů výzkumu**

Do svého výzkumu jsem, z důvodu zvýšení objektivity, zahrnula sestry i lékaře.

#### **Sestry**

Oslovila jsem 150 sester v různých typech zdravotnických zařízeních. Společně s pracovištěm jsou jediné mnou ovlivnitelné položky výzkumu. Z anamnestické části dotazníku vyplývá rozmanitost souboru sester, které se zúčastnily výzkumu. Jsou různého věku, rodinného stavu, rozdílné délky praxe a nesterjné výše dosaženého vzdělání. Návratnost sesterských dotazníků byla 84,7 %.

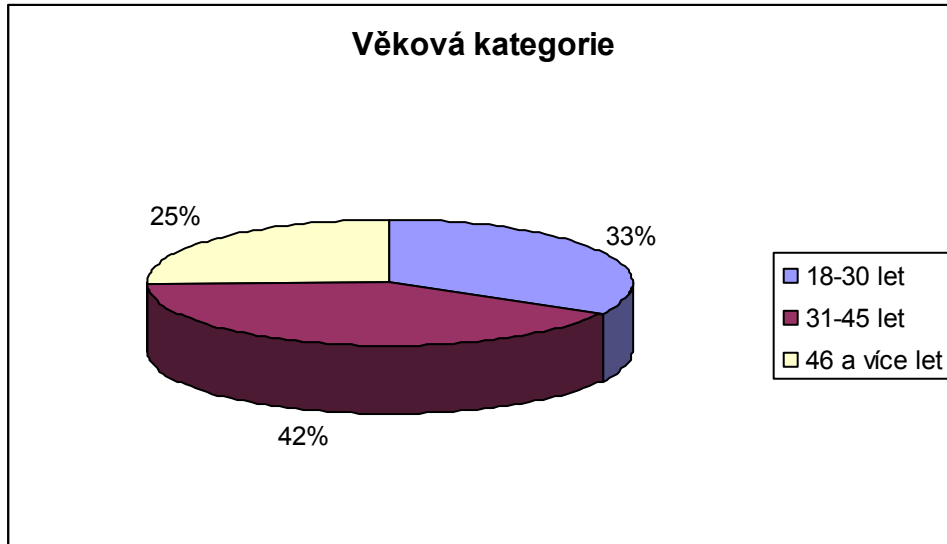
#### **Lékaři**

V kategorii lékařů jsem oslovila 75 lékařů v různých typech zdravotnických zařízeních. Poloviční počet lékařů jsem zvolila úmyslně, vycházela jsem z předpokladu vyššího nezájmu lékařů zapojit se do výzkumu. I u lékařů vylpynula z anamnestických údajů rozmanitost celku. Byla jsem překvapena, že se do výzkumu zapojili i lékaři patřící do vyšší věkové kategorie, s delší odbornou praxí. Návratnost dotazníků pro lékaře byla 68 %. Můj předpoklad se potvrdil.

### 3.5 Výsledky výzkumu

#### 3.5.1 Výsledky výzkumu – sestry

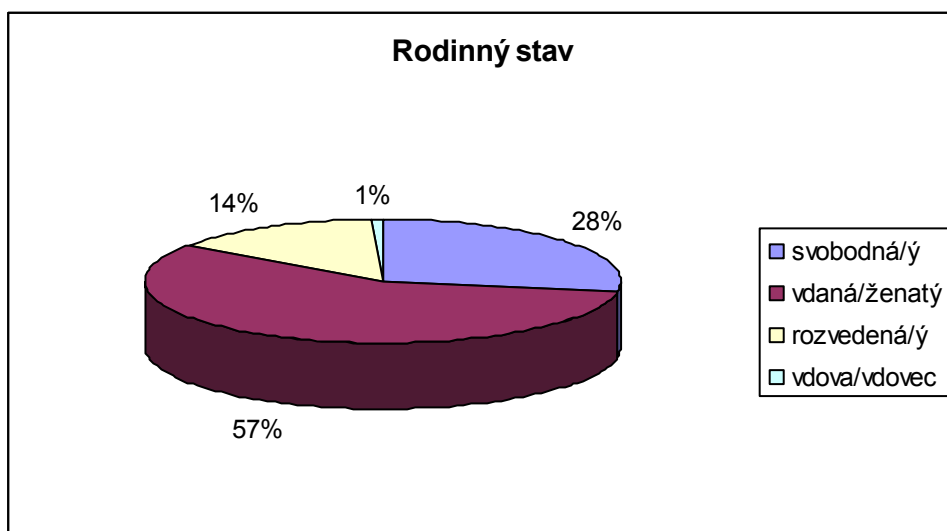
**Graf 1**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf dává přehled o zastoupení respondentů ve třech věkových kategoriích. Výzkumu se zúčastnilo 33 % (42) respondentů ve věku 18 – 30 let, 42 % (53) respondentů ve věku 31 – 45 let a 25 % (32) respondentů ve věku 46 a více let.

**Graf 2**

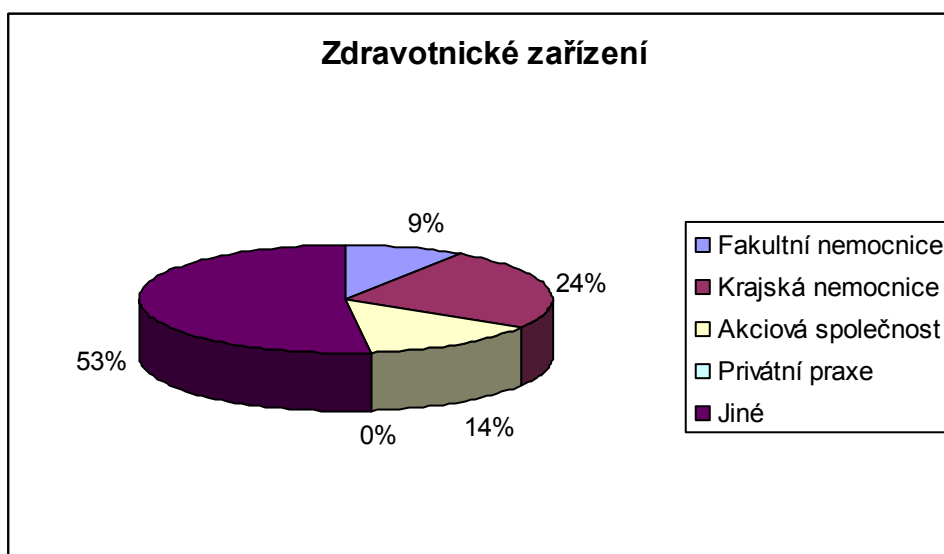


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje rozdělení respondentů podle rodinného stavu. Výzkumu se zúčastnilo 28 % (35) svobodných, 57 % (73) vdaných, 14 % (18) rozvedených a 1 % (1) ovdovělých sester.



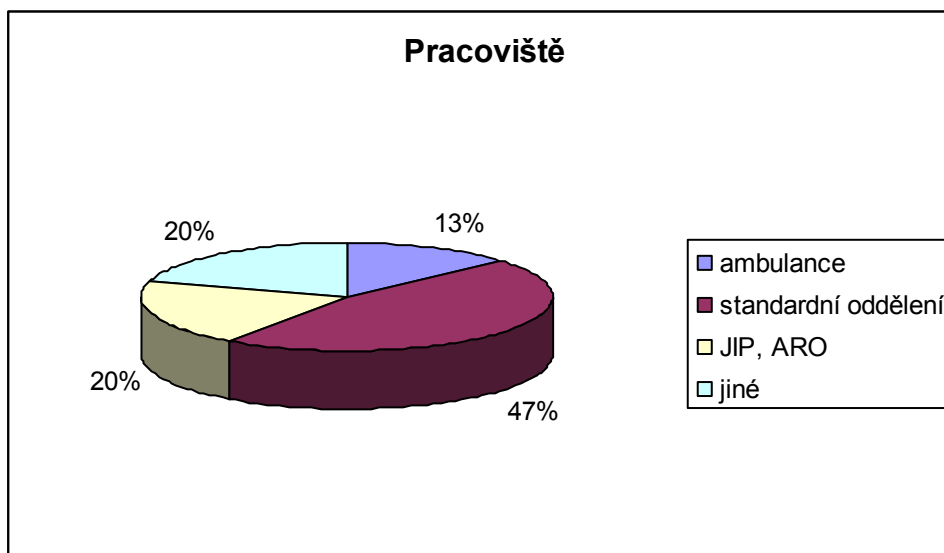
**Graf 3**



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu nalézáme zastoupení respondentů podle zařazení do různých zdravotnických zařízení. Výzkumu se zúčastnilo 9 % (12) respondentů z Fakultní nemocnice, 24 % (31) respondentů z Krajské nemocnice, 14 % (18) respondentů z Akciové společnosti a 53 % (66) respondentů z jiných zařízení. Žádný respondent nebyl z privátní praxe.

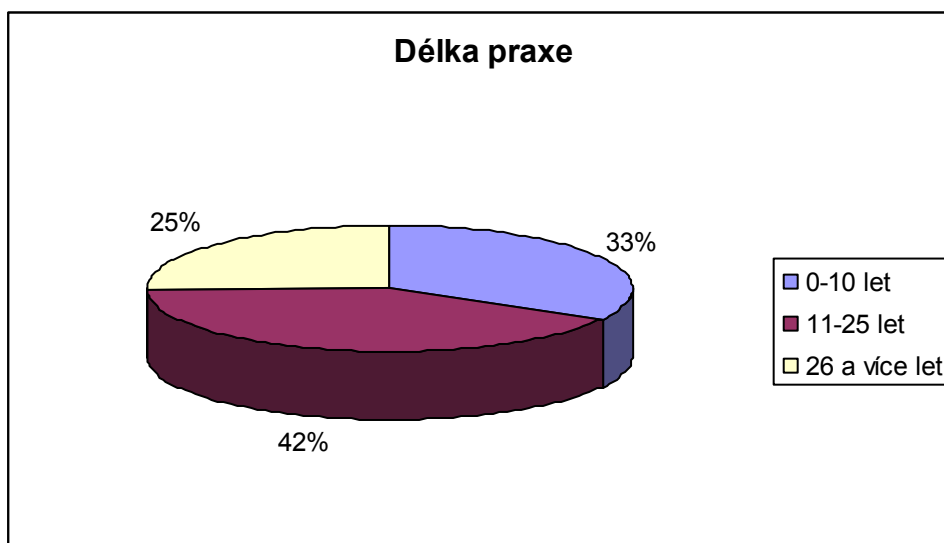
**Graf 4**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zaznamenává poměr zastoupení respondentů podle zařazení na jednotlivých typech pracovišť. Výzkumu se zúčastnilo 13 % (17) respondentů pracujících na ambulanci, 47 % (59) respondentů pracujících na standardním oddělení, 20 % (25) respondentů pracujících na JIP a 13 % (26) respondentů pracujících na jiných (nevyjmenovaných) odděleních.

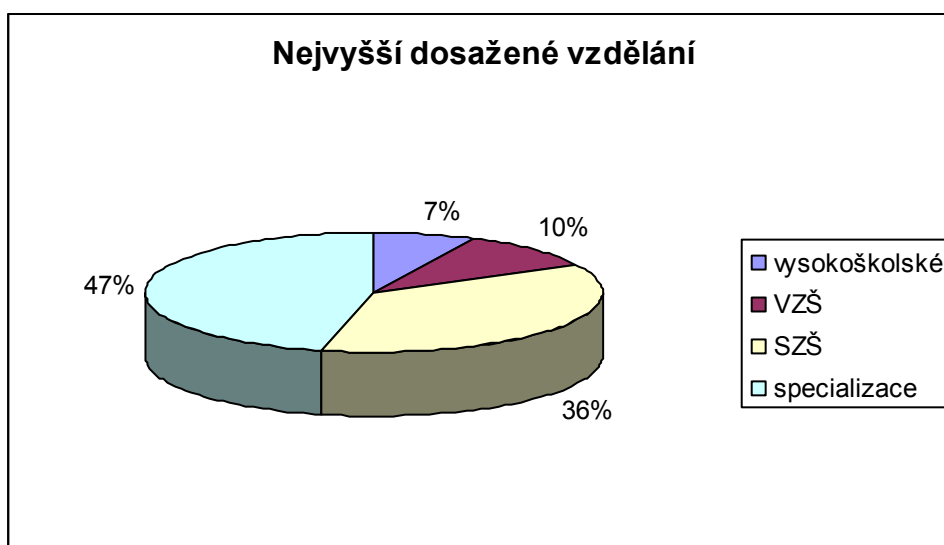
**Graf 5**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje poměr respondentů podle délky odborné praxe ve zdravotnictví. Výzkumu se zúčastnilo 33 % (42) respondentů s délkou praxe do 10 let, 42 % (53) respondentů s délkou praxe od 11 do 25 let praxe a 25 % (32) respondentů s délkou praxe od 26 let a více.

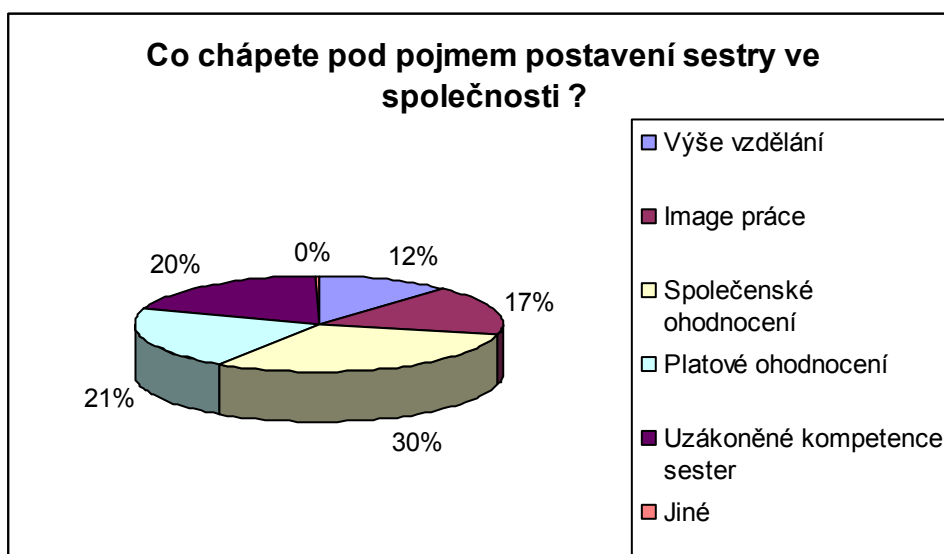
**Graf 6**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyčteme poměr respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Výzkumu se zúčastnilo 7 % (9) respondentů s vysokoškolským vzděláním, 10 % (13) respondentů s vyšším vzděláním, 36 % (46) respondentů se středoškolským vzděláním a 47 % (59) respondentů se specializací v oboru.

**Graf 7**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf pojednává o tom, co a v jakém poměru respondenti zahrnují pod pojem postavení sestry. Respondenti zahrnují pod pojem postavení z 12 % (38) výši vzdělání, ze 17 % (53) image práce, z 30 % (98) společenské ohodnocení, z 21 % (66) platové ohodnocení, z 20 % (63) kompetence sester. Pouze 1 názor, tzn. 0 % spadá do kategorie jiné.

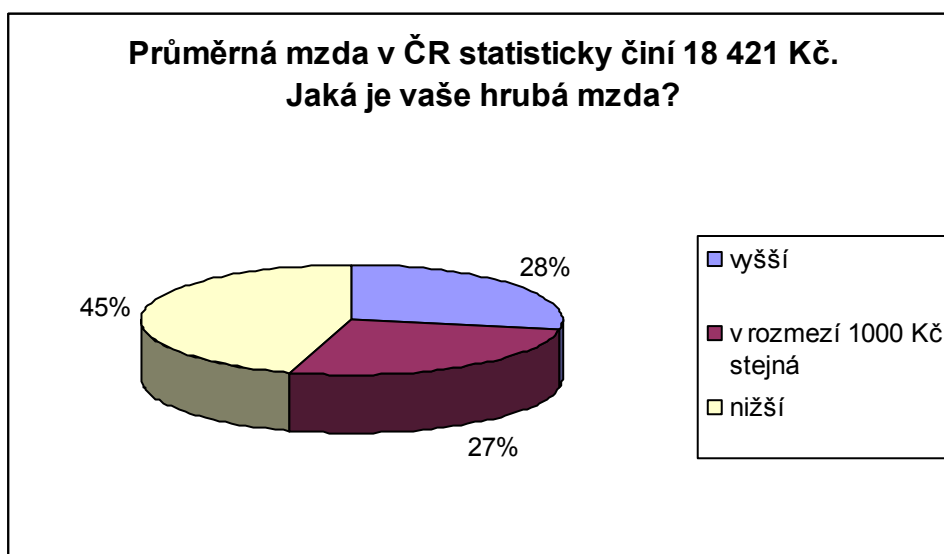
**Graf 8**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu se dozvídáme, jestli mají respondenti zájem o další studium v oboru. Z výzkumu vyplývá, že 54 % (69) respondentů uvažuje o zvýšení kvalifikace a 46 % (58) respondentů o dalším studiu neuvažuje.

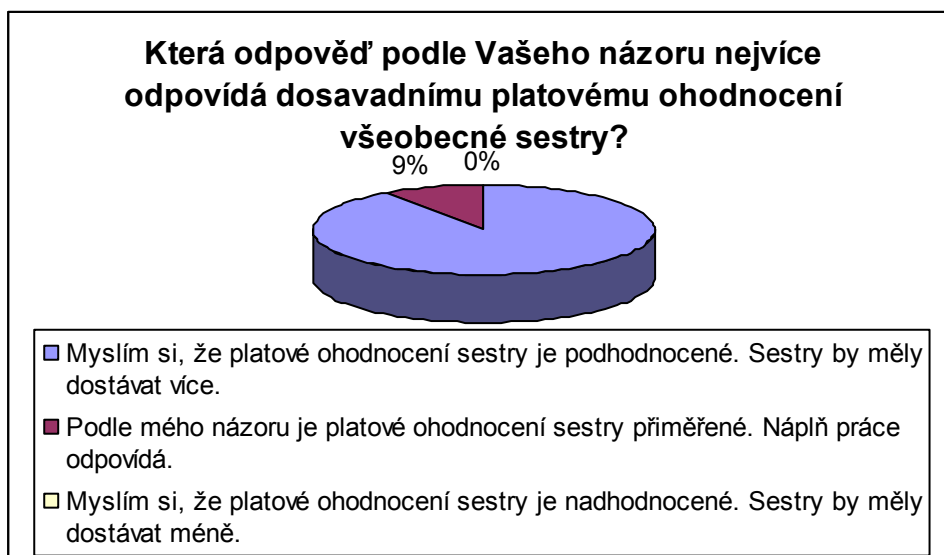
**Graf 9**



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf vyjadřuje, jestli sestry mají hrubou mzdu nižší, v rozmezí 1000 Kč stejnou nebo vyšší v porovnání s průměrnou mzdou v ČR. Z výzkumu vyplývá, že 28 % (36) respondentů má plat vyšší, 27 % (38) respondentů má plat v rozmezí 1000 Kč stejný a 45 % (58) respondentů má plat nižší než je průměrná mzda v ČR.

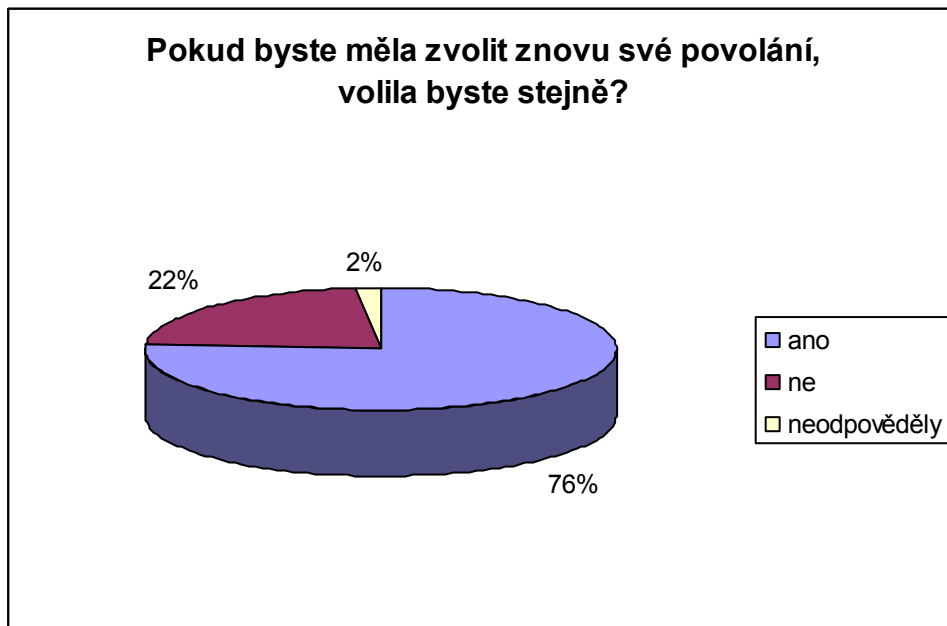
**Graf 10**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vypovídá, jaký je názor oslovených respondentů na platové ohodnocení všeobecné sestry. Z výzkumu vyplývá, že 91% (115) respondentů si myslí, že platové ohodnocení sestry je podhodnocené a 9% (12) respondentů si myslí, že platové ohodnocení sestry je přiměřené. Žádná ze sester si nemyslí, že jejich platové ohodnocení je nadhodnocené.

**Graf 11**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu lze vyčíst, jestli by respondenti volili znovu své povolání stejně. Z výzkumu vyplývá, že 76 % (97) respondentů by volilo stejně znovu své povolání, 22 % (28) respondentů by se rozhodlo pro povolání jiné a 2 % (2) respondentů na otázku neodpovědělo.

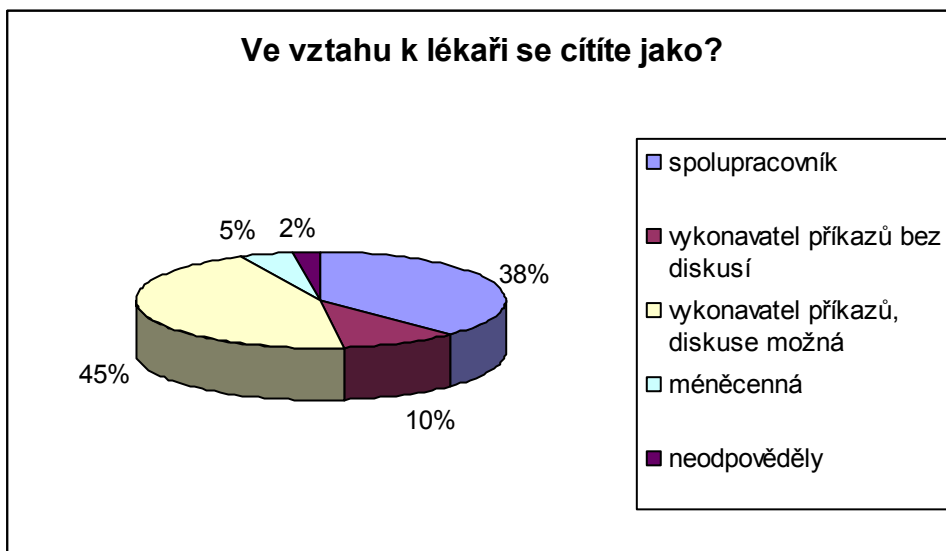
**Graf 12**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vypovídá, jestli respondenti přemýšlí o změně povolání. O změně povolání uvažuje 56 % (71) respondentů, 43 % (55) respondentů o změně neuvažuje a 1 % (1) respondentů na otázku neodpovědělo.

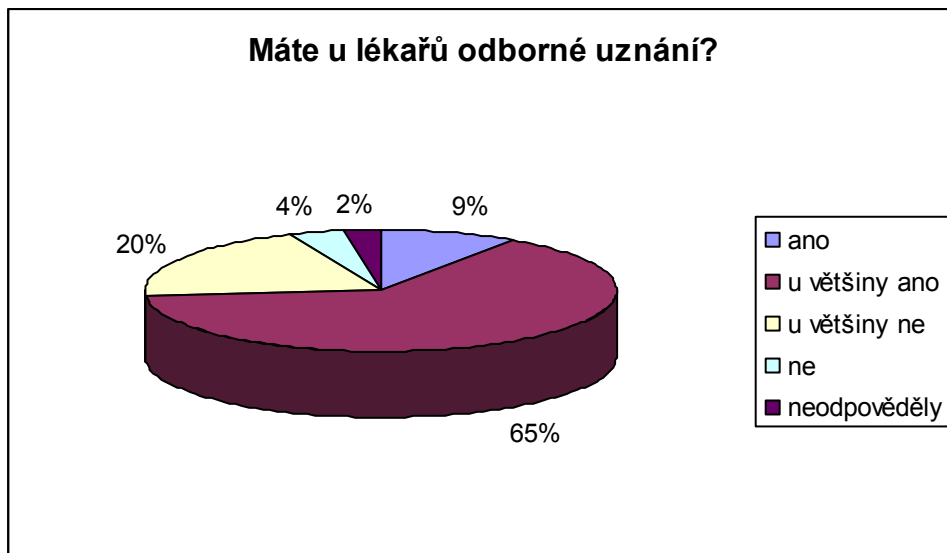
**Graf 13**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, jak sestry vnímají samy sebe ve vztahu k lékaři v pracovním týmu. Sestry se cítí ve vztahu k lékaři z 38 % (43) jako spolupracovníci, z 10 % (13) jako vykonavatelé příkazů bez diskusí, ze 45 % (57) jako vykonavatelé příkazů, kdy je diskuse možná, z 5 % (6) jako méněcenná a 2 % (3) respondentů neodpověděla.

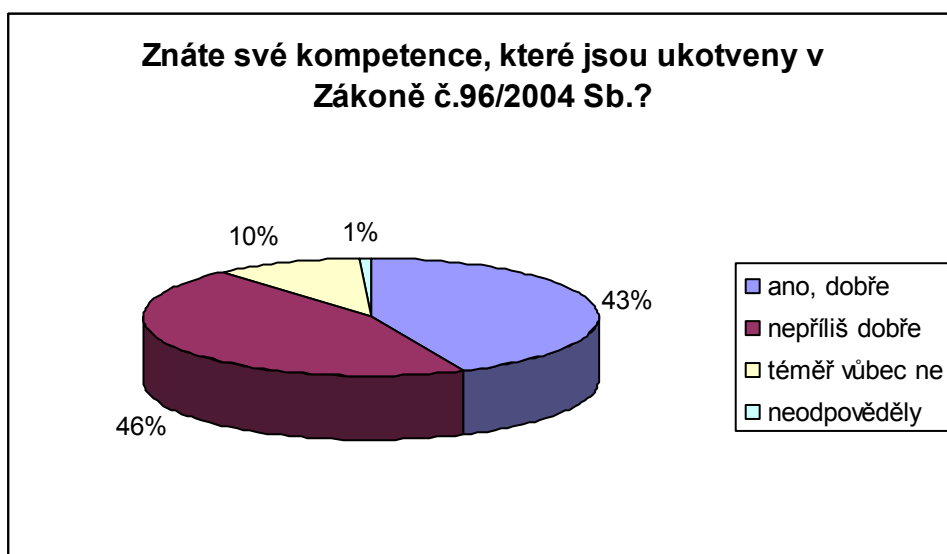
**Graf 14**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazuje, jak sestry vnímají odborné uznání sebe samých u lékařů. Z výzkumu vyplývá, že 9 % (12) sester se domnívá, že má u lékařů odborné uznání, 65 % (81) si myslí, že má odborné uznání u většiny lékařů, 20 % (26) sester u většiny lékařů uznání nemá, 4 % (5) nemá u lékařů uznání a 2 % (3) sester na otázku neodpověděla.

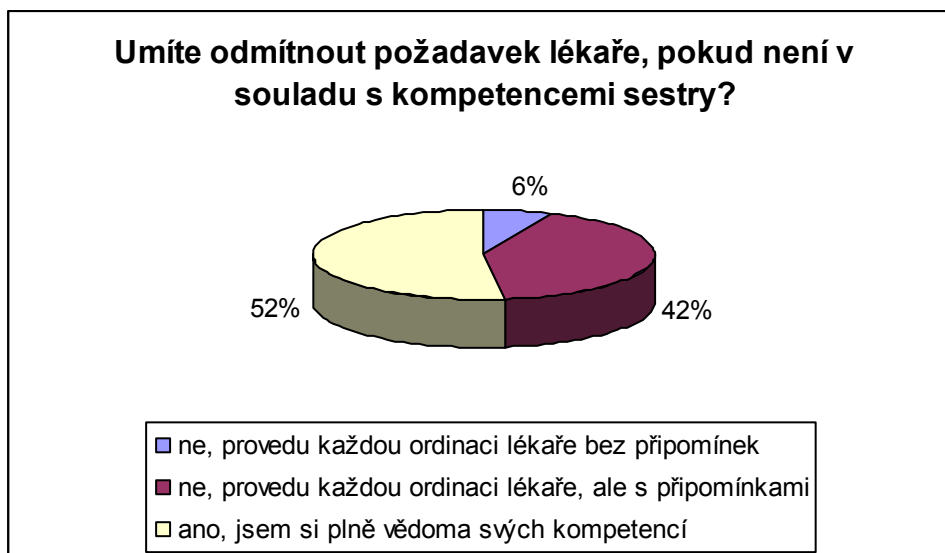
**Graf 15**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, jestli sestry znají své kompetence ukotvené v Zákoně č.96/2004 Sb. Vyšetřila jsem, že 43 % (55) sester zná své kompetence dobře, 46 % (58) sester zná své kompetence nepříliš dobře, 10 % (13) sester své kompetence nezná téměř vůbec a 1 % (1) respondentů neodpovědělo.

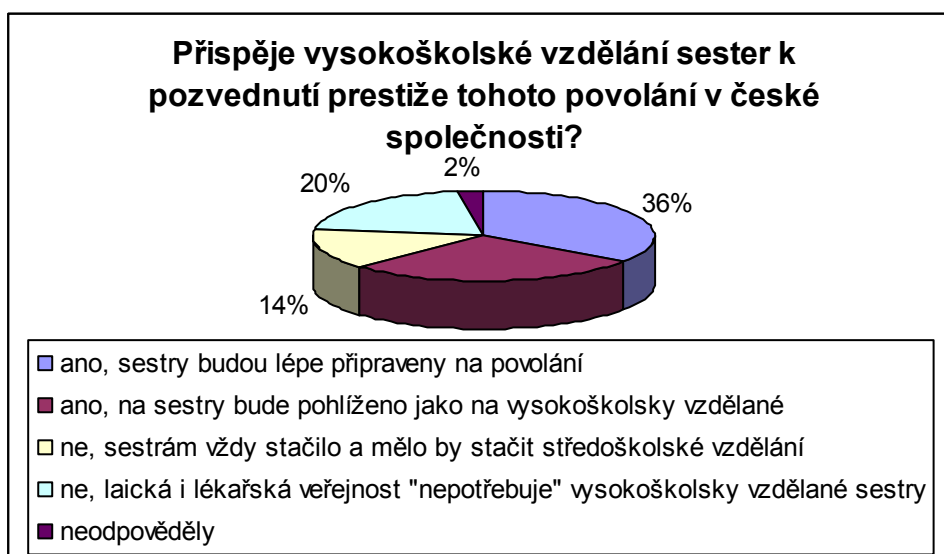
**Graf 16**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazuje, jestli sestra umí odmítnout požadavek lékaře k provedení úkonu, který není v souladu s jejími kompetencemi. Vyplývá z něj, že 52 % (66) sester umí odmítnout požadavek lékaře, který není v souladu s jejich kompetencemi, 42 % (53) sester provede každou ordinaci, ale s připomínkami a 6 % (8) sester provede každou ordinaci bez připomínek.

**Graf 17**



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je vyjádřen názor sester, jestli vysokoškolské vzdělání přispěje k pozvednutí prestiže povolání všeobecné sestry v české společnosti. Vyplývá z něj, že 36 % (44) sester se přiklání k názoru, že sestry budou lépe připraveny na povolání, 28 % (36) sester se přiklání k názoru, že ano, že na sestry bude pohlíženo jako na vysokoškolsky vzdělané, 14 % (18) sester se kloní k názoru, že sestřám vždy stačilo středoškolské vzdělání, 20 % (26) sester souhlasí s názorem, že společnost nepotřebuje vysokoškolsky vzdělané sestry a 2 % (3) sester neodpověděla.

**Graf 18**

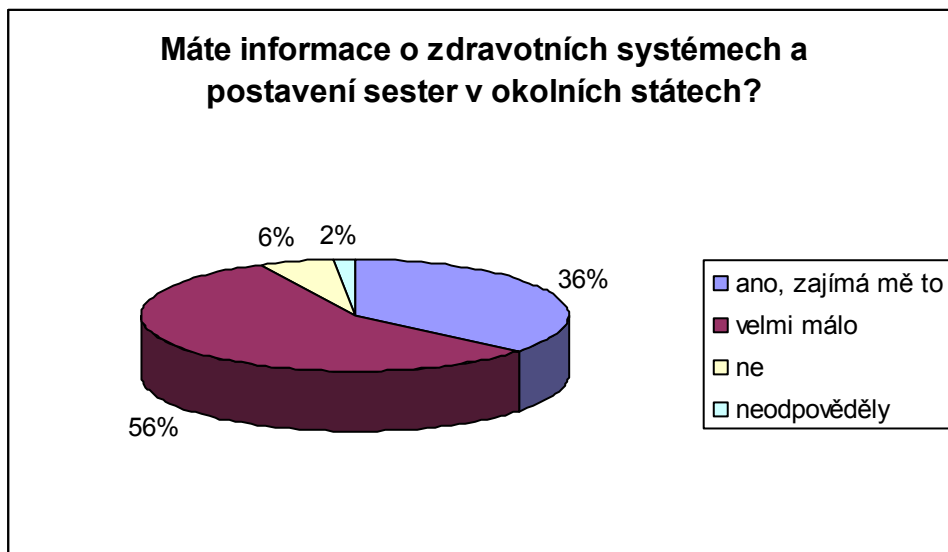


Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, jak velké procento sester by chtělo pracovat v zahraničí jako všeobecná sestra. Z výzkumu vyplývá, že 35 % (45) sester by chtělo pracovat v zahraničí, 63 % (82) sester by v zahraničí pracovat nechtělo a 2 % (2) sester neodpověděla.



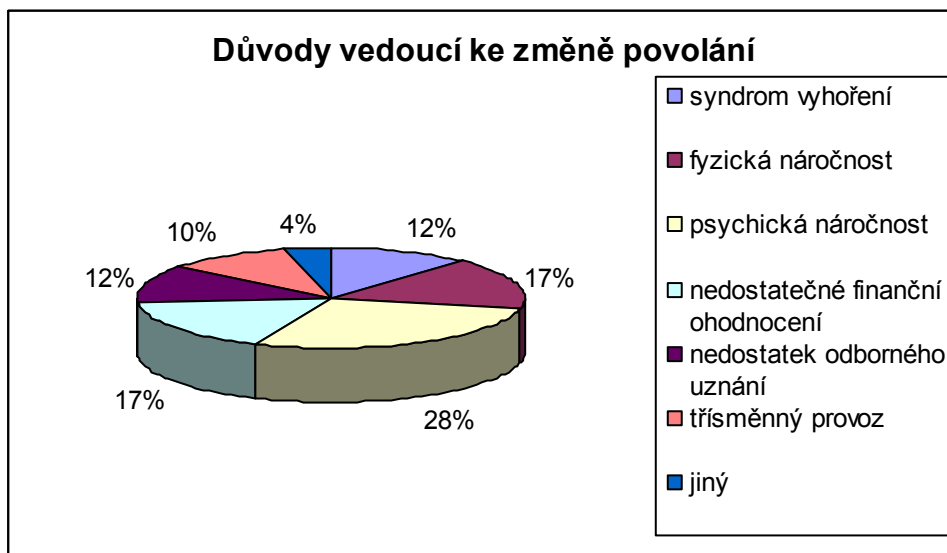
**Graf 19**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu se dozvíme, jestli sestry mají dostatek informací o zdravotních systémech a postavení sester v okolních státech. Z proběhlého výzkumu vyplývá, že 36 % (46) sester se zajímá o zdravotní systémy v okolních státech, 56 % (72) sester má velmi málo informací o této problematice, 6 % (7) sester nemá žádné informace o zdravotních systémech okolních států a 2 % (2) sester neodpověděla.

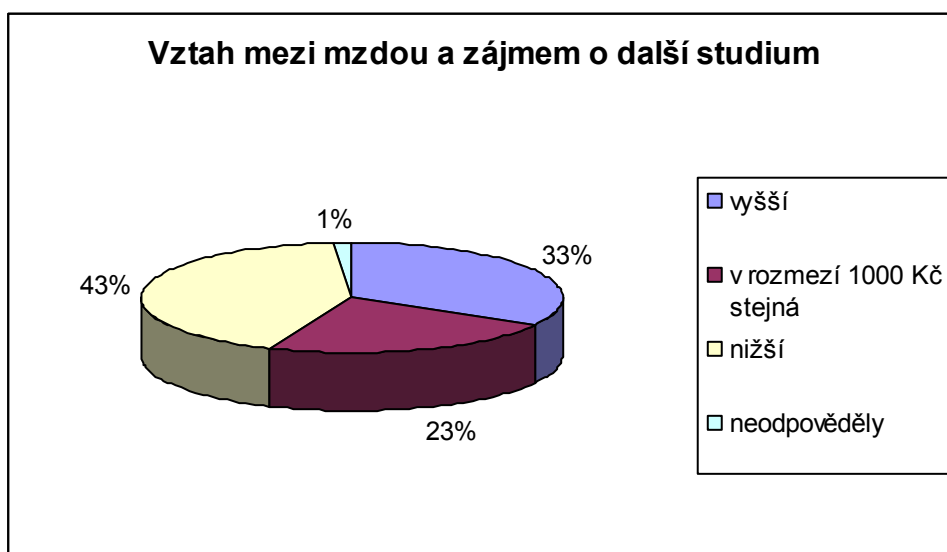
**Graf 20**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje procentuální zastoupení důvodů vedoucích ke změně povolání. O změně povolání přemýšlí 56 % (71) oslovených sester. Důvody, které vedou ke změně povolání, jsou z 12 % (21) syndrom vyhoření, ze 17 % (29) fyzická náročnost, z 28 % (48) psychická náročnost, ze 17 % (30) nedostatečné finanční ohodnocení, z 12 % (21) nedostatek odborného uznání, z 10 % (18) třisměnný provoz a ze 4 % (7) to byl jiný důvod. Sestry mohly u této otázky označit i více možností.

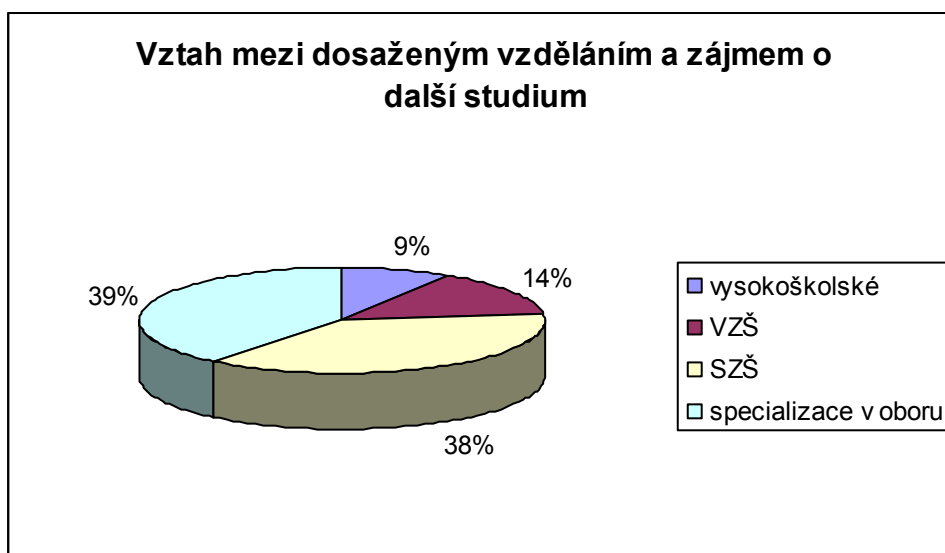
**Graf 21**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, jestli výše platu ovlivňuje rozhodnutí dále studovat, zvyšovat si kvalifikaci. Z výzkumu vyplývá, že 33 % (23) sester se zájmem o další studium má vyšší plat, 23 % (16) sester se zájmem o další studium má v rozmezí 1000 Kč plat stejný, 43 % (29) sester se zájmem o studium má plat nižší a 1 % (1) sester neodpovědělo.

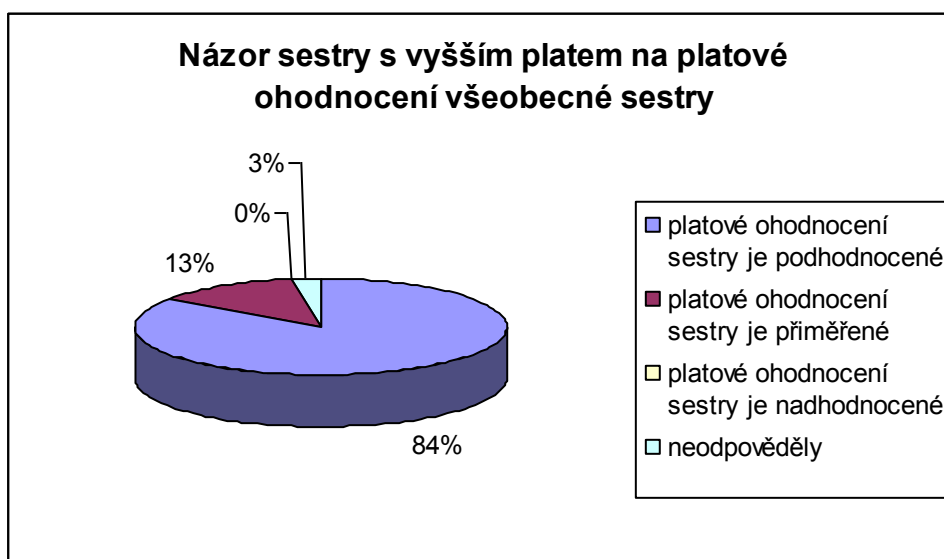
**Graf 22**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, jestli rozhodnutí dále studovat, zvyšovat si kvalifikaci ovlivňuje výchozí nejvyšší dosažené vzdělání. Vyplývá z něj, že o další studium má zájem 9 % (6) sester s vysokoškolským vzděláním, 14 % (10) sester s vyšším vzděláním, 38 % (26) sester se středoškolským vzděláním a 39 % (27) sester se specializací v oboru.

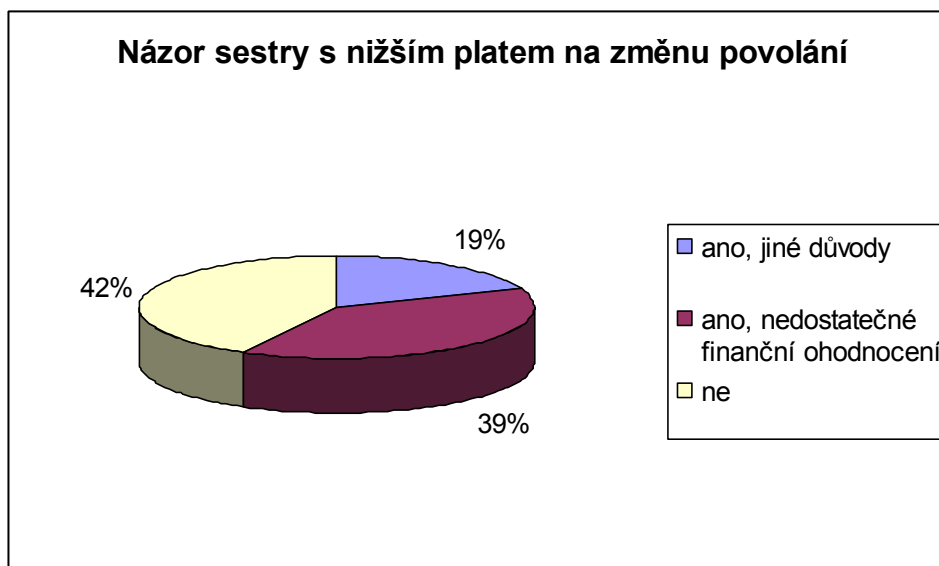
**Graf 23**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje názor sestry s vyšším platovým ohodnocením než je průměrná mzda v ČR na platové ohodnocení všeobecné sestry. Z výzkumu vyplývá, že 84 % (33) sester s vyšší mzdou než je průměrný plat v ČR chápe platové ohodnocení všeobecné sestry jako podhodnocené a 13 % (5) sester ho chápe jako přiměřené. 3 % (1) sester na otázku neodpověděla. S platovým ohodnocením všeobecné sestry jako nadhodnoceným nesouhlasí žádná sestra.

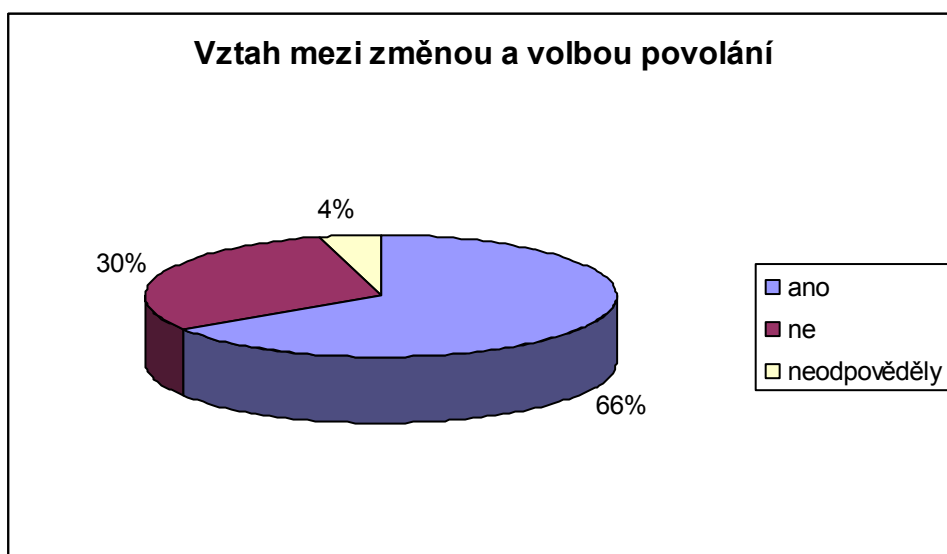
**Graf 24**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, jestli sestra s nižším platem než je průměrný plat v ČR přemýšlí o změně povolání a v jakém poměru je rozhodnutí pro změnu povolání dáno nedostatečným finančním ohodnocením. Pro změnu povolání se vyslovilo 58 % (33) sester, z toho 19 % (22) sester udává jako jeden z důvodů nedostatečné finanční ohodnocení.

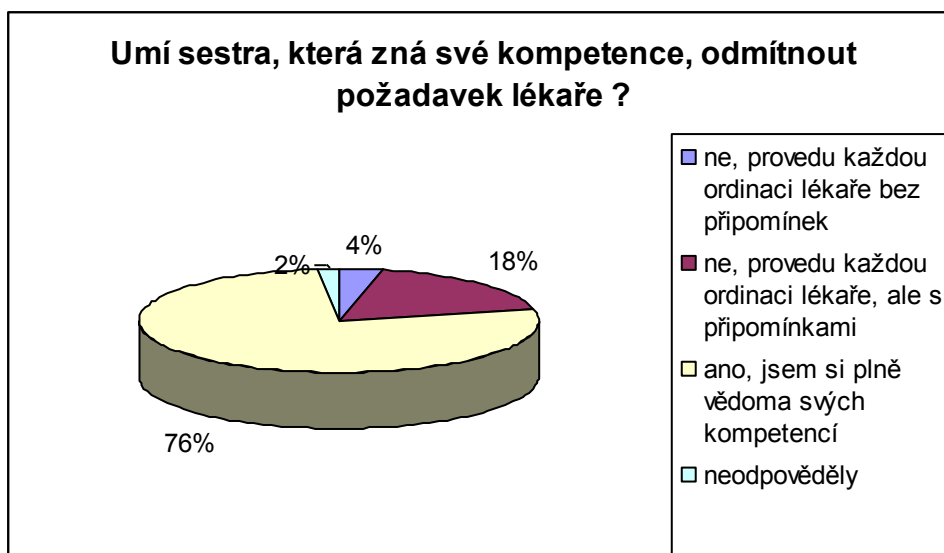
**Graf 25**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, kolik sester, které přemýšlí o změně povolání, by volilo své povolání opětovně. Vyplývá z něj, že 66 % (46) sester, které přemýšlí o změně povolání, by si při opětovné volbě vybralo stejné povolání, 30 % (21) sester by si vybralo povolání jiné a 4 % (3) sester na otázku neodpověděly.

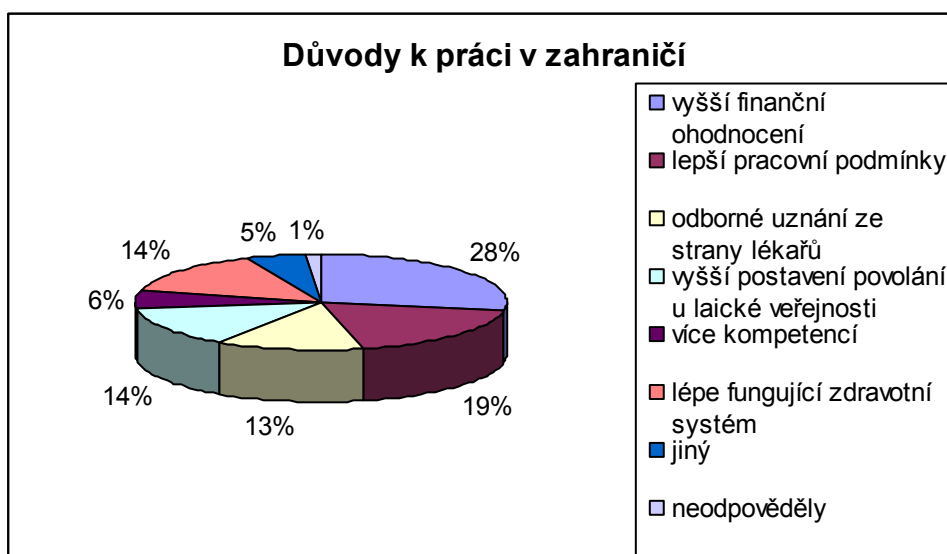
**Graf 26**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, jestli sestry, které znají své kompetence zakotvené v Zákoně č.96/2004 Sb., umí odmítnout požadavek lékaře, který není s nimi v souladu. Vyplývá z něj, že 76 % (43) sester umí odmítnout požadavek lékaře, 18 % (10) sester požadavek lékaře odmítnout neumí, vykoná ho s připomínkami, 4 % (2) sester požadavek lékaře neodmítne, vykoná ho bez připomínek. Všechny dotazované sestry znají své kompetence. 2 % (1) sester na otázku neodpověděla.

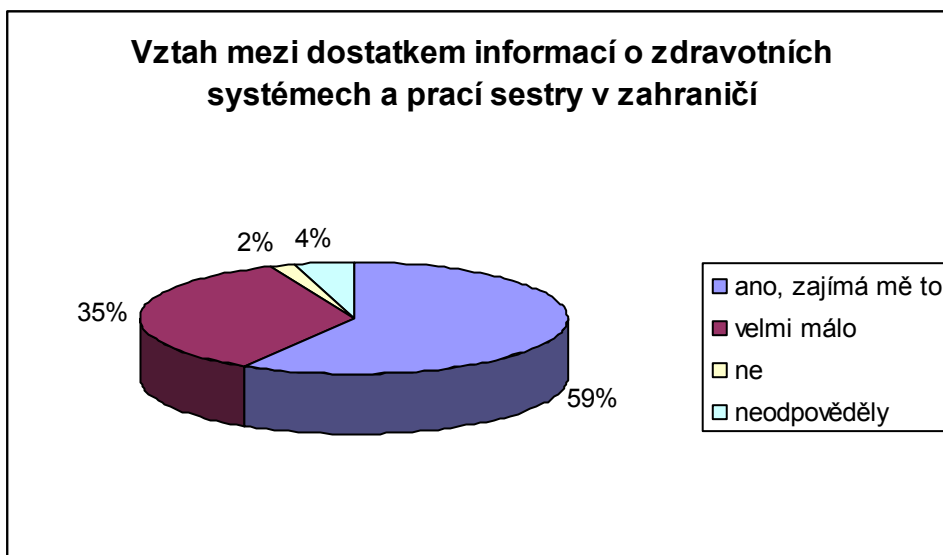
**Graf 27**



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu jsou vyjmenovány důvody, které by mohly vést k rozhodnutí sestry pracovat v zahraničí. Sestry se vyslovily z 28 % (39) pro vyšší finanční ohodnocení, z 19 % (26) pro lepší pracovní podmínky, ze 13 % (18) pro odborné uznání ze strany lékařů, ze 14 % (19) pro vyšší prestiž povolání, z 6 % (9) pro větší kompetence, ze 14 % (20) pro lépe fungující zdravotní systém, z 5 % (7) pro jiný důvod a 1 % (2) sester neodpovědělo.

**Graf 28**

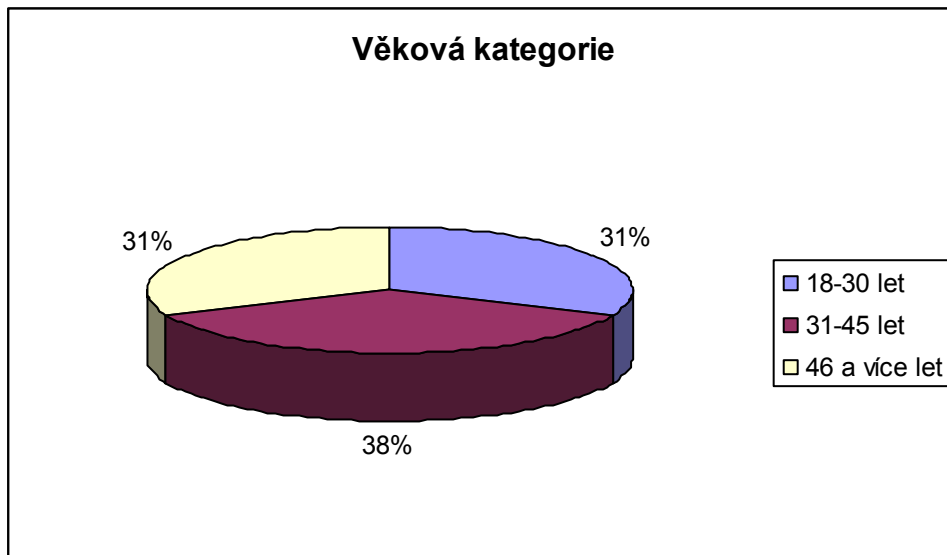


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, jestli sestry, které by měly zájem pracovat v zahraničí, mají dostatek informací o zdravotních systémech a postavení sestry v těchto státech. Ukázalo se, že 59 % (27) sester, které chtějí pracovat v zahraničí, mají dostatek informací o zdravotních systémech okolních států, 35 % (16) těchto sester má informací velmi málo, 2 % (1) sester informace nemají a 4 % (2) sester neodpověděly.

### 3.5.2 Výsledky výzkumu – lékaři

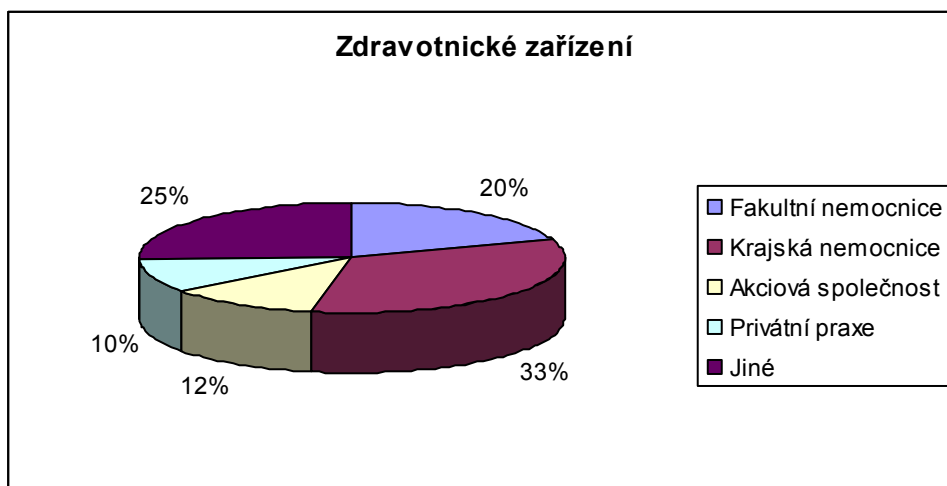
Graf 29



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje zastoupení respondentů ve třech věkových kategoriích. Výzkumu se zúčastnilo 31 % (16) respondentů ve věku 18 – 30 let, 38 % (19) respondentů ve věku 31 – 45 let a 31 % (16) respondentů ve věku vyšším než 46 let.

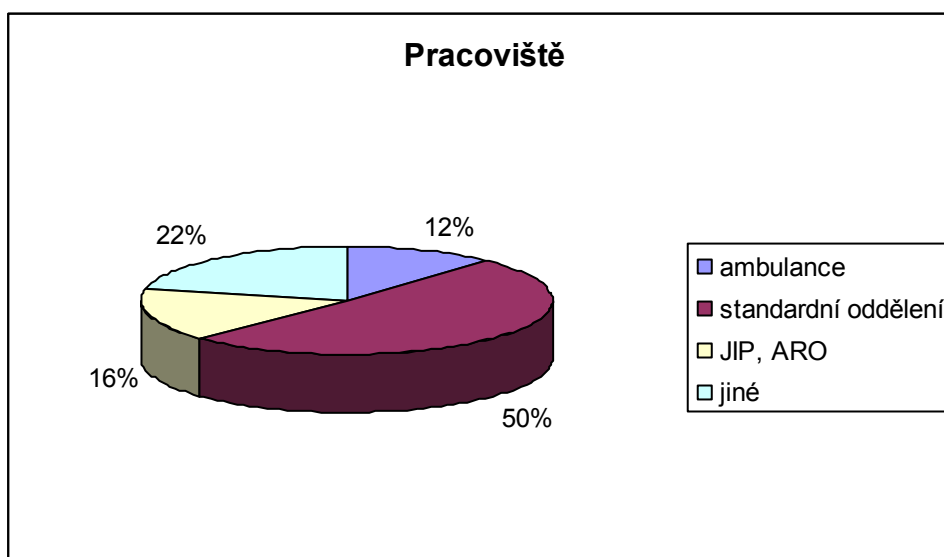
Graf 30



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, v jakých zdravotnických zařízeních pracují respondenti. Výzkumu se zúčastnilo 20 % (10) respondentů z Fakultní nemocnice, 33 % (17) respondentů z Krajské nemocnice, 12 % (6) respondentů z Akciové společnosti, 10 % (5) respondentů z privátní praxe a 25 % (13) respondentů z jiných zařízení.

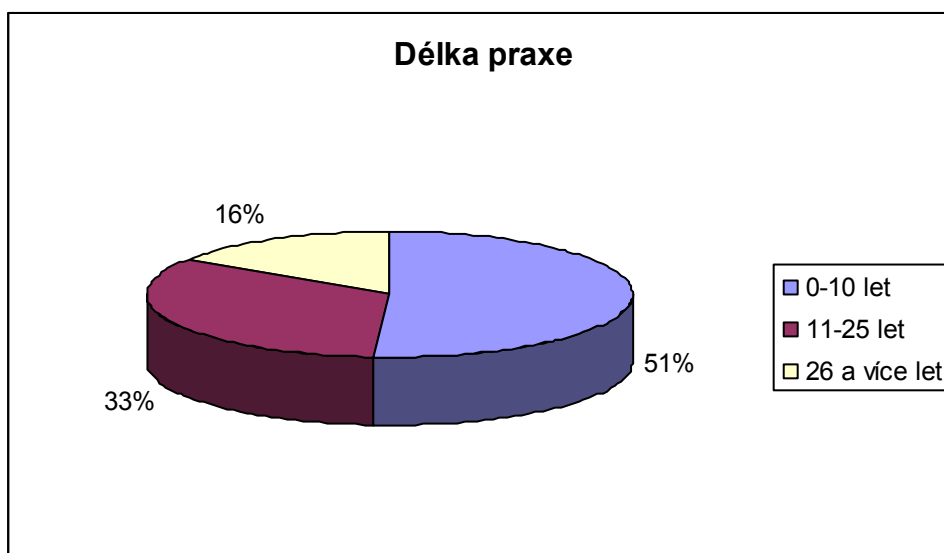
**Graf 31**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá na jakých pracovištích oslovení respondenti pracují. Výzkumu se zúčastnilo 12 % (6) respondentů pracujících na ambulanci, 50 % (26) respondentů pracujících na standardním oddělení, 16 % (8) respondentů pracujících na JIP a 22 % (11) respondentů pracujících na jiných (výše nejmenovaných) odděleních.

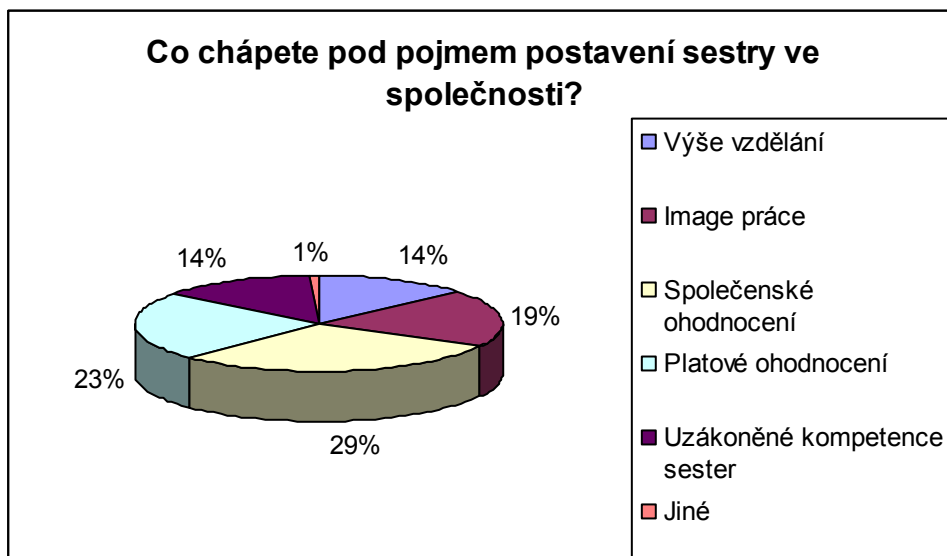
**Graf 32**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje délku odborné praxe ve zdravotnictví u oslovených respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 51 % (26) respondentů s délkou praxe do 10 let, 33 % (17) respondentů s délkou praxe od 11 do 25 let praxe a 16 % (8) respondentů s délkou praxe delší než 26 let.

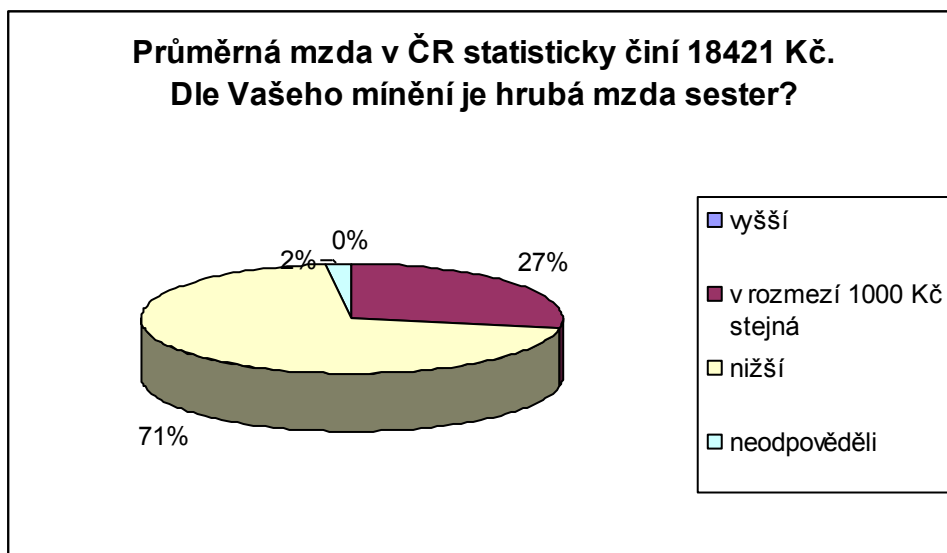
**Graf 33**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vysvětluje, co si respondenti představují pod pojmem postavení sestry. Ukazuje, že lékaři zahrnují pod pojem postavení ze 14 % (19) výši vzdělání, z 19 % (27) image práce, z 29 % (41) společenské ohodnocení, z 23 % (32) platové ohodnocení, ze 14 % (19) kompetence sester a z 1 % (1) faktory jiné.

**Graf 34**

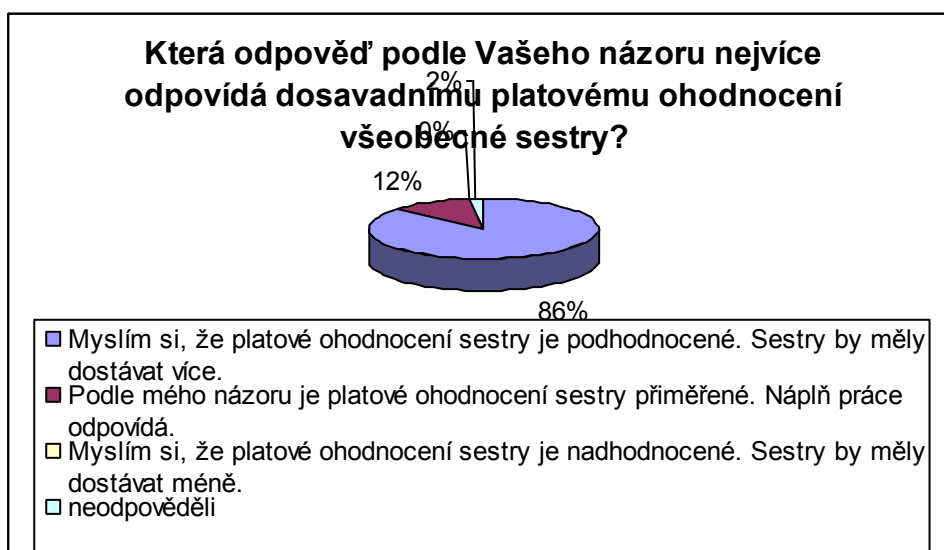


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, jaký mají lékaři názor na vztah průměrné mzdy v ČR a hrubé mzdy sester. Vyplývá z něj, že 27 % (14) respondentů si myslí, že sestry mají plat v rozmezí 1000 Kč stejný a 71 % (36) respondentů se domnívá, že sestry mají plat nižší než je průměrná mzda v ČR. Žádný z respondentů nesouhlasí s tím, že sestry mají plat vyšší než je průměrná mzda v ČR.



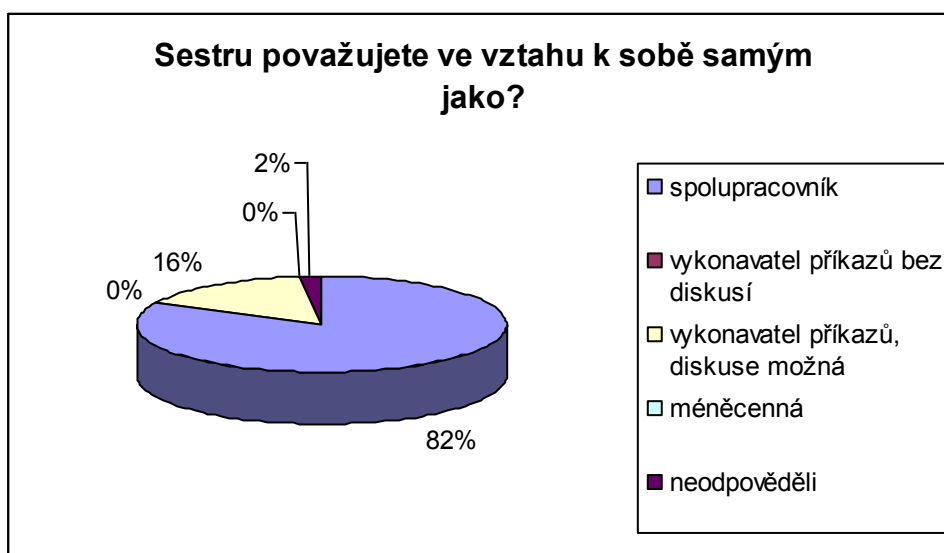
Graf 35



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, jaký je názor respondentů na platové ohodnocení všeobecné sestry. 86 % (44) respondentů si myslí, že platové ohodnocení sestry je podhodnocené, 12 % (6) respondentů si myslí, že platové ohodnocení sestry je přiměřené a 2 % (1) respondentů na otázku neodpověděla. Žádný z oslovených lékařů si nemyslí, že platové ohodnocení sester je nadhodnocené, a že by sestry měly dostávat méně peněz.

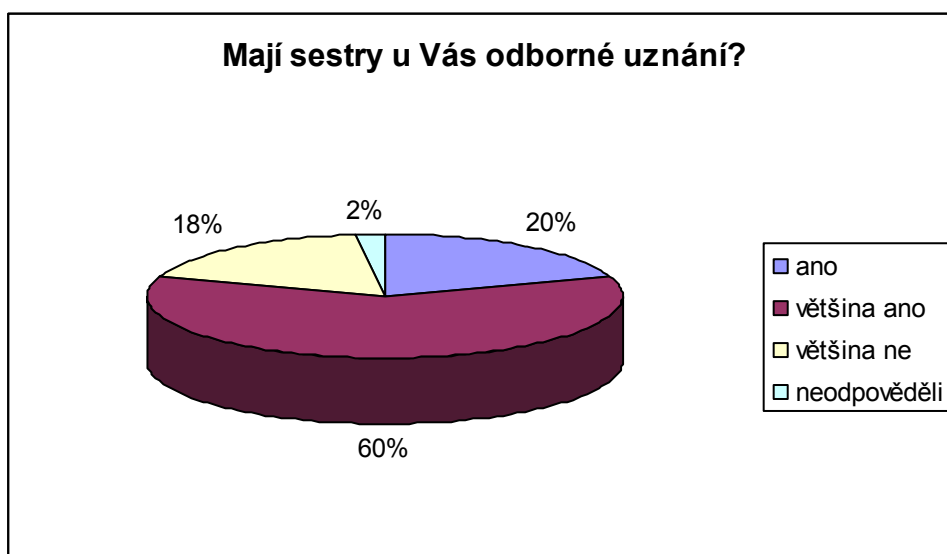
Graf 36



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, jak lékaři vnímají sestru v pracovním týmu. Z výzkumu vyplývá, že lékaři považují sestru z 82 % (42) jako spolupracovníka, z 16 % (8) jako vykonavatele příkazů, kdy je diskuse možná a 2 % (1) respondentů neodpověděla. Žádný z oslovených lékařů nepovažuje sestru za méněcennou, ani za vykonavatele příkazů bez diskusí.

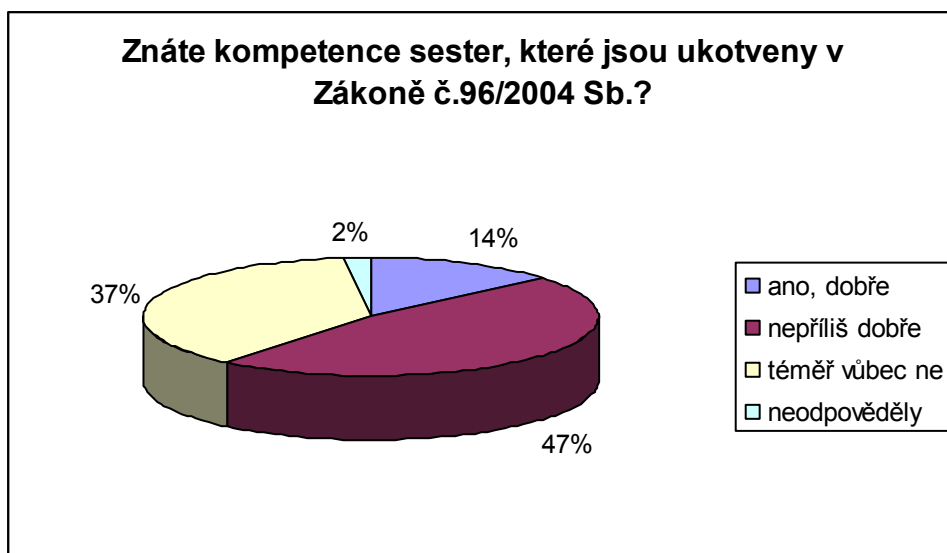
**Graf 37**



Zdroj: vlastní výzkum

V tomto grafu zjistíme, jak lékaři vnímají odbornost sester. Vyplývá z něj, že sestry mají odborné uznání u 20 % (10) lékařů, u 60 % (31) lékařů má odborné uznání většina sester, u 18 % (9) lékařů většina sester uznání nemá a 2 % (1) lékařů na otázku neodpověděla.

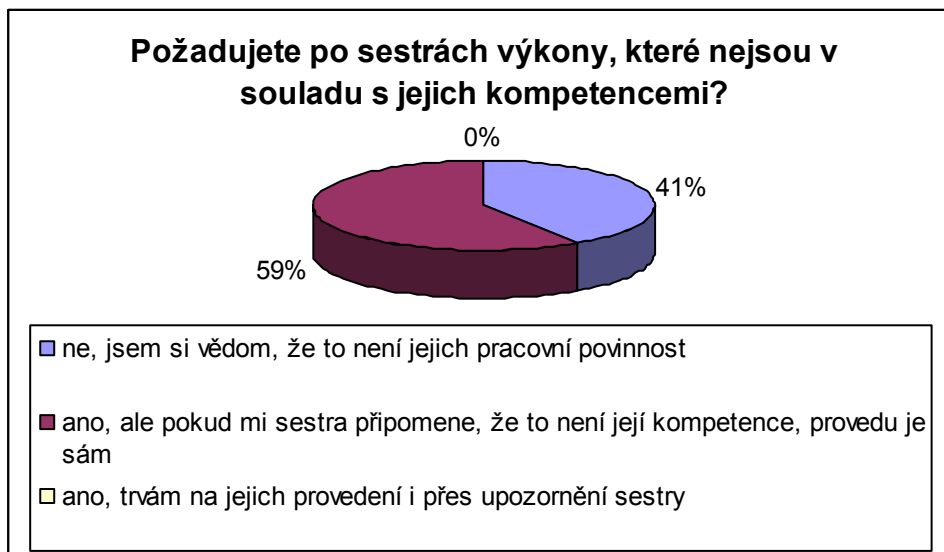
**Graf 38**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazuje, jak lékaři znají kompetence sester ukotvené v Zákoně č.96/2004 Sb. Dozvídáme se z něj, že 14 % (7) lékařů zná kompetence sester dobře, 47 % (24) lékařů zná kompetence sester nepříliš dobře, 37 % (19) lékařů kompetence sester nezná téměř vůbec a 2 % (1) respondentů neodpověděla.

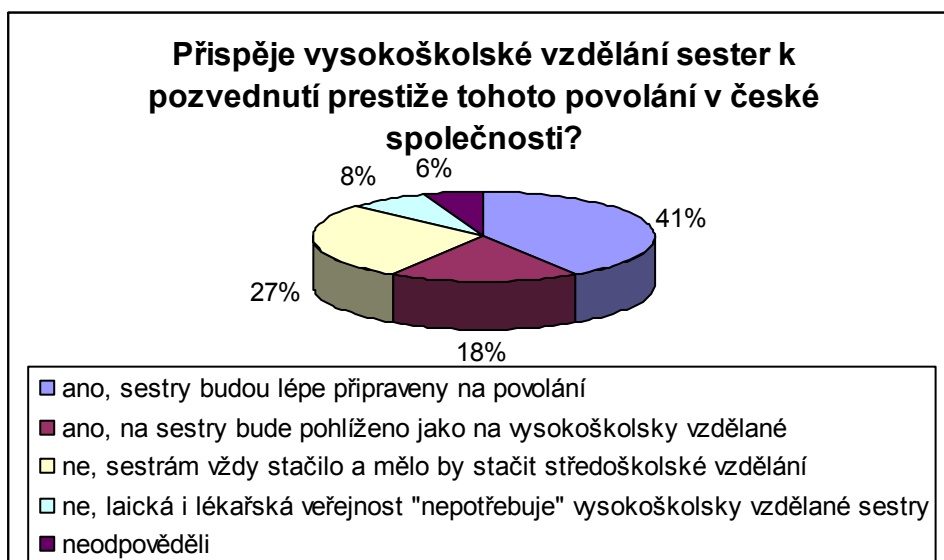
**Graf 39**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje názory lékařů, jestli vyžadují po sestřách výkony, které nejsou v souladu s jejich kompetencemi. Vyplývá z něj, že 41 % (20) lékařů nepožaduje po sestřách výkony, které nejsou v souladu s jejich kompetencemi a 59 % (29) lékařů výkony požaduje, ale při upozornění, že nejsou v kompetenci sestry, je provedou sami. Žádný lékař netrvá na provedení výkonu, když ho sestra upozorní, že požadovaný výkon není v její kompetenci.

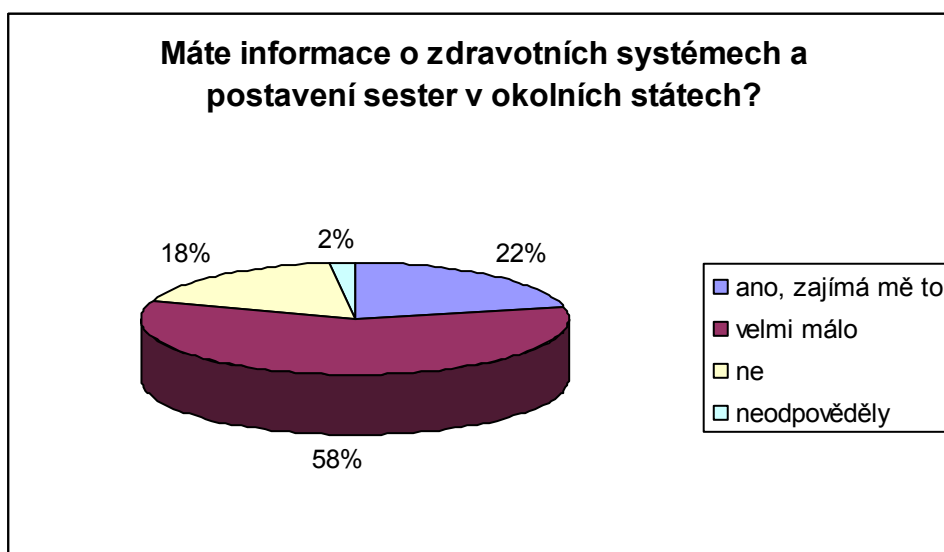
**Graf 40**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu se dozvíme názor lékařů, jestli vysokoškolské vzdělání sester přispěje k pozvednutí prestiže povolání všeobecné sestry v české společnosti. Z výzkumu vyplývá, že 41 % (21) lékařů se přiklání k názoru, že sestry budou lépe připraveny na povolání, 18 % (9) lékařů se přiklání k názoru, že ano, že na sestry bude pohlíženo jako na vysokoškolsky vzdělané, 27 % (14) lékařů se kloní k názoru, že sestřám vždy stačilo středoškolské vzdělání, 8 % (4) lékařů souhlasí s názorem, že společnost nepotřebuje vysokoškolsky vzdělané sestry a 6 % (3) lékařů neodpovědělo.

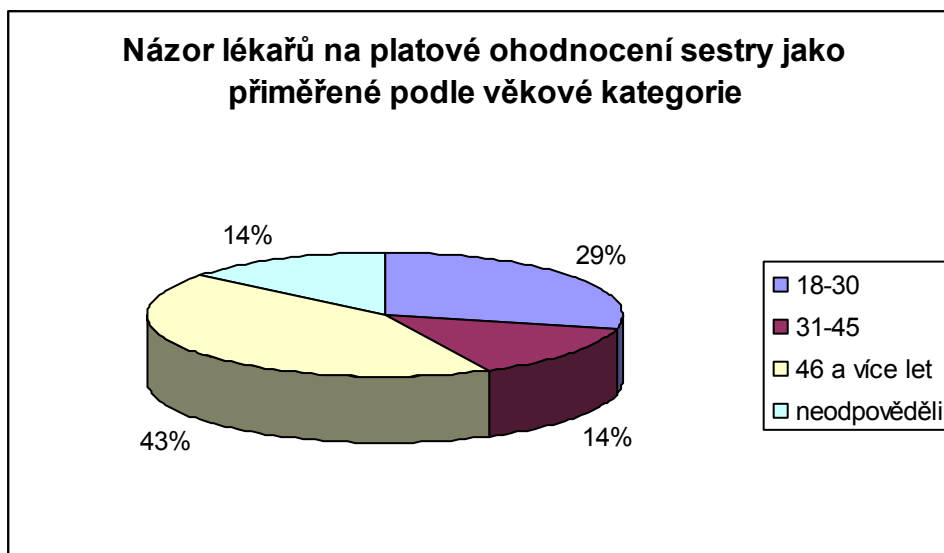
**Graf 41**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, jestli lékaři mají dostatek informací o zdravotních systémech a postavení sester v okolních státech. Vyplývá z něj, že 22 % (11) lékařů se zajímá o zdravotní systémy v okolních státech, 58 % (30) lékařů má velmi málo informací o této problematice, 18 % (9) lékařů nemá žádné informace o zdravotních systémech okolních států a 2 % (1) lékařů neodpověděla.

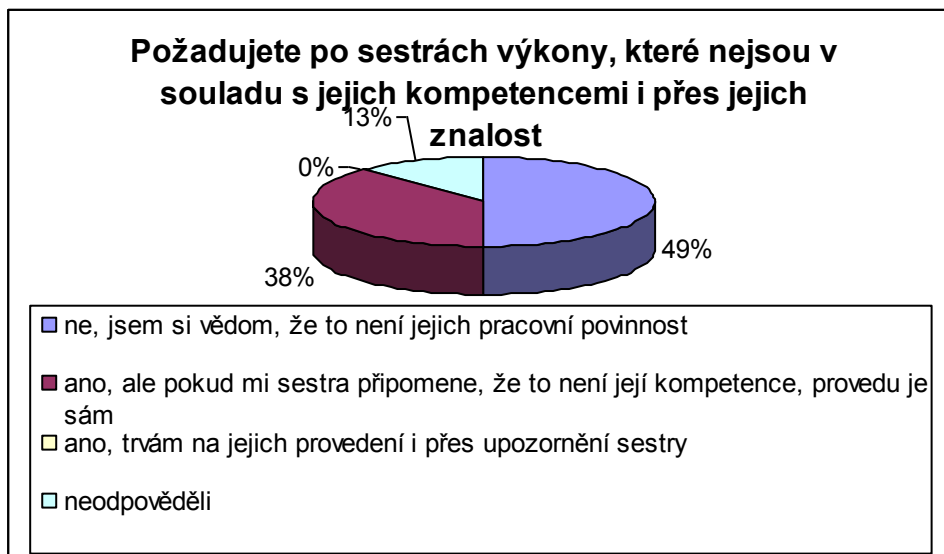
**Graf 42**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, kolik lékařů souhlasí s názorem, že platové ohodnocení všeobecné sestry je přiměřené v poměru s průměrným platem v ČR. Vzorek lékařů je rozdělen podle věku. Z výzkumu vyplývá, že 29 % (2) lékařů ve věku 18 – 30 let, 14 % (1) lékařů ve věku 31 – 45 let, 43 % (3) lékařů ve věku 46 a více let považuje platové ohodnocení sestry jako přiměřené. 14 % (1) lékařů na otázku neodpovědělo.

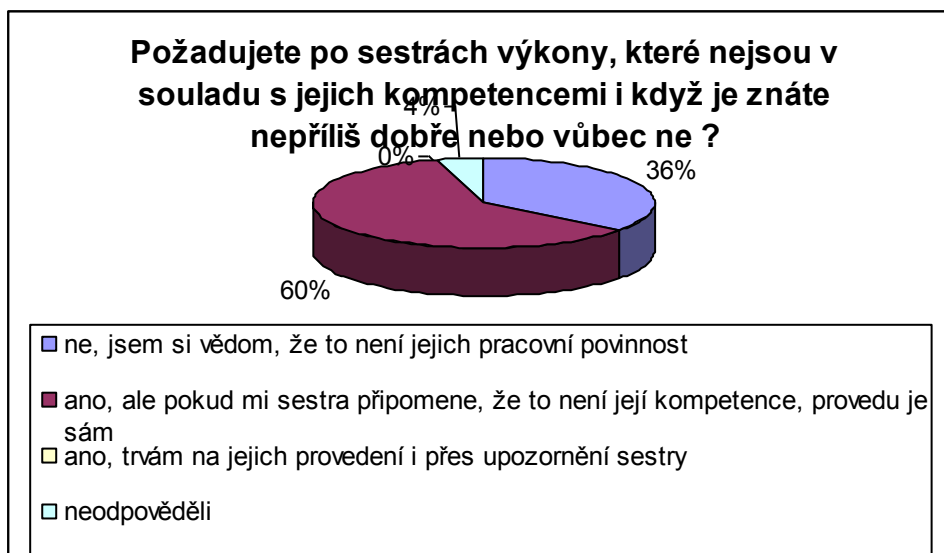
**Graf 43**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, jestli lékaři požadují po sestřích výkony, které nejsou v souladu s jejich kompetencemi. Lékaři tyto kompetence znají. Z výzkumu vyplývá, že 49 % (4) lékařů tyto výkony nepožaduje, 38 % (3) lékařů tyto výkony požaduje, ale pokud jsou upozorněni, že nejsou v kompetenci sestry, provedou je sami a 13 % (1) lékařů na otázku neodpovědělo. Žádný lékař nepožaduje provedení výkonu po té, co ho sestra upozornila, že výkon není v její kompetenci.

**Graf 44**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf popisuje, kolik lékařů vyžaduje po sestřích výkony, které nejsou v souladu s jejich kompetencemi. Lékaři tyto kompetence neznají příliš dobře nebo vůbec. Vyplývá z něj, že 36 % (16) lékařů tyto výkony po sestřích nepožaduje, 60 % (27) lékařů tyto výkony požaduje, ale pokud jsou upozorněni, že nejsou v kompetenci sestry, provedou je sami a 4 % (2) lékařů na otázku neodpovědělo. Žádný lékař nepožaduje provedení výkonu po té, co ho sestra upozornila, že výkon není v její kompetenci.

**Graf 45**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu zjistíme, kolik lékařů souhlasí s vysokoškolským vzděláním sester. Vzorek lékařů byl rozdělen podle věku. Vyplyvá z něj, že s vysokoškolským vzděláním sester souhlasí 34 % (11) lékařů ve věku 18 – 30 let, 24 % (8) lékařů ve věku 31 – 45 let a 33 % (11) lékařů ve věku starším 46 let. 9 % (3) lékařů na otázku neodpovědělo.

**TAB.1. Důvody, které znevažují postavení sester v ČR (podle sester)**

<b>Důvody znevažující postavení sester v ČR</b>	<b>Výskyt/počet odpovědí</b>
Neodpovědělo	35
Platové ohodnocení	26
Nedostatek informací o této práci u veřejnosti	25
TV seriály, filmy – prezentace sester v nich	23
Nedocení náročnosti povolání laickou, lékařskou veřejností	22
Vykonávání neodborných činností	18
Devalvující chování sester	11
Negativní zkušenosti pacienta	8
Jiné (vzdělávací systém, zdravotnický systém, syndrom vyhoření, nedostatek sester, papírování)	11

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka zahrnuje důvody, které podle sester znevažují postavení sester v české společnosti. Tato otázka byla volná a odpovědělo na ni 72,4 % (92) respondentů. Dotazovaná mohl označit více odpovědí.

**TAB.2. Důvody, které podporují postavení sester v ČR (podle sester)**

<b>Důvody podporující postavení sester v ČR</b>	<b>Výskyt/počet odpovědí</b>
Neodpovědělo	63
Vzdělávací systém, další studium	30
Pozitivní zkušenosti pacienta	12
Žádné	11
Nepostradatelnost v pracovním týmu	9
Prezentace sester	8
Sesterské organizace, registrace	8
Kompetence sester	6
Jiné (zlepšující se platové ohodnocení)	1

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce se nalézají důvody, které podle sester podporují postavení sester v české společnosti. Tato otázka byla volná a odpovědělo na ni 50,4 % (64) respondentů. Dotazovaná mohl označit více odpovědí.

**TAB.3. Seznam povolání pro sestry, které by si zvolily povolání jiné**

Návrh povolání při opětovné volbě	Výskyt/počet odpovědí
Sekretářka	6
Nevím	4
Učitelka	3
Humanitní směr	3
Kadeřnice	2
Psychoterapeut	2
Masér	2
Lékař	2
Právník	1
Kosmetička	1
Prodavačka	1
Architekt	1
Mluvčí	1
Cestovní ruch	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka ukazuje názor sester, jaké jiné povolání by si zvolily. Vzorek odpovídajících sester by si povolání všeobecné sestry znovu nezvolilo. Pro volbu jiného povolání se rozhodlo 23,6 % (30) respondentů.

**TAB.4. Zdravotnická zařízení zařazená do kategorie jiné (sestry)**

Zdravotnické zařízení	Výskyt
Městská nemocnice	17
Nemocnice s.r.o.	6
SZŠ a VZŠ	6
Nemocnice řízená MZ	17
Příspěvková organizace	10
Zdravotnická záchranná služba	10

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje zdravotnická zařízení, která nebyla v dotazníku zařazena nabídnutých možnostech. Variantu jiné zařízení označilo 53 % (66) respondentů.



**TAB.5. Pracoviště zařazená do kategorie jiné (sestry)**

Pracoviště	výskyt
Transfúzní oddělení	2
Intermediální péče	2
Operační sál	3
Oddělení RDG	3
Školní stanice (učitelka odborné praxe)	6
Záchranná služba	10

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka ukazuje pracoviště, která byla v dotazníku zařazena mezi pracoviště jiná. Takto odpovědělo 13 % (26) sester.

**TAB.6. Jiné důvody, které by přiměly sestry ke změně povolání**

Důvod	Výskyt
Stav zdravotnictví	2
Obliba ve změně	1
Pracovní vztahy	4

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka vypovídá, jaké jiné důvody by přiměly sestry změnit povolání. Důvody jiné označily 4 % (7) sester.

**TAB.7. Jiné důvody pro práci v zahraničí (sestry)**

Důvod	Výskyt
Osvojení cizího jazyka	2
Rozšíření obzoru	5

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje, jaké jiné důvody by přiměly sestry vycestovat do zahraničí. Jiné důvody označilo v dotazníku 5 % (7) sester.

**TAB.8. Důvody, které znevažují postavení sester v ČR (podle lékařů)**

<b>Důvody znevažující postavení sester v ČR</b>	<b>Výskyt/počet odpovědí</b>
Platové ohodnocení	24
Neodpovědělo	14
Vykonávání neodborných činností	8
Společenské hodnocení	8
Zdravotnický systém	4
TV seriály, filmy – prezentace sester v nich	3
Nedostatek informací o této práci u veřejnosti	3
Jiné (vzdělávací systém, devalvující chování sester, chování lékařů, nedostatek sester)	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka zahrnuje důvody, které podle lékařů znevažují postavení sester v české společnosti. Tato otázka byla volná a odpovědělo na ni 72,5 % (37) respondentů. Dotazovaný mohl označit více odpovědí.

**TAB.9. Důvody, které podporují postavení sestry v ČR (podle lékařů)**

<b>Důvody podporující postavení sester v ČR</b>	<b>Výskyt/počet odpovědí</b>
Neodpovědělo	20
Společenské hodnocení	10
Vzdělávací systém, další studium	9
Žádné	8
Pozitivní zkušenosti pacienta	7
Sesterské organizace, registrace	5
Kompetence sester	3
Jiné (zlepšující se platové ohodnocení, úroveň zdravotnictví, Mezičlánek vztahu lékař – pacient)	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka vypočítává důvody, které podle lékařů podporují postavení sester v české společnosti. Tato otázka byla volná a odpovědělo na ni 60,8 % (31) respondentů. Dotazovaný mohl označit více odpovědí.

**TAB.10. Zdravotnická zařízení zařazená do kategorie jiné (lékaři)**

Zdravotnické zařízení	Výskyt
Nemocnice s.r.o.	5
Příspěvková organizace	5
Zdravotnická záchranná služba	3

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje v jakých jiných zdravotnických zařízení pracují oslovení lékaři. Takto odpovídalo 25 % (13) lékařů.

**TAB.11. Pracoviště zařazená do kategorie jiné (lékaři)**

Pracoviště	Výskyt
Odd. RDG	2
Laboratoř	3
Operační sál	1
Obvod	5

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka vyjmenovává jiná pracoviště, která nebyla v dotazníku k výběru. Na jiných pracovištích pracuje 22 % (11) oslovených lékařů.

## IV. DISKUSE

### 4.1 Dotazník - sestry

Při porovnání výsledků anamnestické části dotazníku sester vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo velmi podobné procento zástupců všech věkových kategorií, 33 % věkové kategorie 18 – 30 let, 42 % věkové kategorie 31 – 45 let a 25 % věkové kategorie starší 46 let. Lze tedy předpokládat vyváženost odpovědí, které nebudou ovlivněny generačně.

Podle rodinného stavu se výzkumu zúčastnilo 28 % svobodných, 57 % vdaných, 14 % rozvedených a 1 % ovdovělých sester. Mohu říci, že výsledky v otázce rodinného stavu kopírují výsledky v otázce věku. V naší společnosti stoupá věková hranice při porodu prvního dítěte, při první svatbě, dá se tedy předpokládat, že „všechny“ svobodné sestry patří do nejmladší věkové kategorie.

Otázka zdravotnického zařízení byl faktor mnou ovlivnitelný. Výběr organizací byl náhodný, nevyvážený, bez strategie. Dotazník byl rozdán mezi sestry pracující v 9 % ve fakultních nemocnicích, ve 24 % v krajských nemocnicích, ve 14 % v akciových společnostech a v 53 % v jiných zařízeních (Tab.4.).

Pracoviště, na kterých sestry pracují, byla částečně ovlivnitelný parametr, protože část dotazníků jsem distribuovala osobně a další část jsem zaslala vedoucím pracovníkům oslovených zařízení poštou. Dotazníkem se zabývalo 13 % sester pracujících na ambulancích, 47 % sester na standardních odděleních, 20 % sester na JIP a ARO a 13 % sester pracujících na jiných odděleních (Tab.5.). Podle mého názoru procentuální zastoupení sester v dotazníku odpovídá procentuálnímu zastoupení celkového počtu pracovníků na jmenovaných odděleních v organizaci.

Délka odborné praxe není v tomto výzkumu důležitým parametrem, protože ji plnohodnotně zastoupí rozdělení respondentů podle věkových kategorií. Výzkumu se zúčastnilo 33 % sester s délkou praxe do 10 let, 42 % sester s délkou praxe od 11 do 25 let a 25 % sester s délkou praxe delší než 25 let. Délka odborné praxe odpovídá věku respondentů, dá se tedy usuzovat, že sestry, které se zúčastnily výzkumu, pracují po celou dobu svého pracovního života ve zdravotnictví.

Otázka nejvyššího dosaženého vzdělání je ve výzkumu významným parametrem. Do šetření se zapojilo 64 % sester, které mají vyšší nebo specializovaným vzdělání a 36 % sester se vzděláním středoškolským. To je důkaz, že již dnes je do praxe zapojeno více sester s vyšší úrovní vzdělání. V novém vzdělávacím systému budou sestry vzdělány vyšším nebo

vysokoškolským studiem, středoškolské vzdělání bude nedostačující pro výkon bez odborného dohledu.

Co to vlastně je postavení, prestiž povolání? Sestry ho podle výsledků výzkumu pojmenovaly z 30 % jako společenské ohodnocení, tedy jak společnost hodnotí potřebnost tohoto povolání, jak si váží sester jako zástupců ošetrovatelské péče, jak se k sestram chová, jak s nimi jedná. Vycházím-li ze získaných dat, tak na postavení sester má dále z 21 % vliv platové ohodnocení, z 20 % uzákoněné kompetence sester a ze 17 % image práce, tedy atraktivnost volby tohoto povolání. Při hodnocení těchto parametrů vyšlo najevo, že sestry by chtěly, aby byly společností především pozitivně hodnoceny, nemyslí si, že dobře finančně ohodnocené povolání znamená vyšší prestiž. Překvapením při hodnocení otázky je fakt, že parametr výše vzdělání získal pouze 12 %. Tento výsledek vychází především z tradičního středoškolského vzdělání všeobecné sestry, z měnícího se systému vzdělávání, z těžko dostupného navazujícího dalšího studia pro sestry, dálkového či kombinovaného. Z výsledku vyplývá, že sestry nepovažují výši vzdělání za parametr, který ovlivňuje prestiž povolání. S tímto názorem se neztotožňuji. Myslím si, že tomu tak není.

V Tab.1. jsem uvedla důvody, které podle sester znevažují jejich postavení v ČR. Na otázku odpovědělo 72,4 % respondentů a nejčastěji uvedli: platové ohodnocení, zkreslené informace o povolání a prezentace sester v médiích.

Do Tab.2. jsem naopak zaznamenala důvody, které podle mínění sester podporují jejich postavení v ČR. Podle předpokladu na tuto otázku odpovědělo pouze 50,4 % sester. Je velmi zajímavé, že podporujících argumentů pojmenovalo menší procento respondentů. A uvedli především: vzdělávací systém, samotní pacienti a nepostradatelnost v pracovním týmu.

O dalším studiu, navazujícím, pokračujícím uvažuje 54 % sester. Ráda bych k pojmu vzdělání v životě sester poznamenala, že sestry, i přes náročnost svého povolání, chápou důležitost a potřebnost vzdělání a chtějí v něm pokračovat. Musím podotknout, že jsem se dotazovala sester v praxi. To znamená, že pokud se sestra rozhodne studovat, znamená to pro ni zároveň pracovat, studovat a v nejednom případě starat se i o rodinu.

Z údajů Statistického úřadu ČR za 1. - 3. čtvrtletí roku 2005 vyplývá, že průměrná mzda občana ČR činí 18 421 Kč. Z mého výzkumu vyplývá, že 45 % oslovených sester má plat nižší v porovnání s tímto průměrem, 27 % sester ho má v rozmezí 1000 Kč stejný a 28 % sester má plat vyšší. Ze zkušenosti s tabulkovými platy ve zdravotnictví mohu usuzovat, že sestry s vyšším platem patří do vyšší věkové kategorie a naopak. V této chvíli se musím ptát,

jestli plat 18 421 Kč je dostačujícím finančním ohodnocením pro odborně zdatnou sestru po 25 letech praxe ve zdravotnictví, tedy ve více než 45 letech života.

Stejný názor na platové ohodnocení sdílí i 91 % všeobecných sester. Na otázku: Která odpověď nejvíce odpovídá dosavadnímu platovému ohodnocení všeobecné sestry, se shodly, že jejich platové ohodnocení je podhodnocené, že by měly dostávat více peněz. Spokojenost s platovým ohodnocením úzce souvisí s osobní spokojeností, s přesvědčením, že jsem si své povolání zvolila správně, a že mě psychická a fyzická náročnost tohoto povolání neodradí od jeho vykonávání.

76 % sester se rozhodlo, že pokud by volilo znovu své povolání, rozhodlo by se opět pro povolání všeobecné sestry. Domnívám se, že tento výsledek je poměrně vysoký, mohu tedy usuzovat, že tři čtvrtiny sester jsou spokojeny s volbou svého povolání, a že ani jeho náročnost a nedocenené finanční ohodnocení je nevedou k jinému rozhodnutí. Téměř 24 % sester by znovu stejné povolání nevolilo a při své životní volbě by zvolilo povolání jiné (Tab.3.).

Jestli sestry přemýšlí o změně povolání nám ukazuje další vyhodnocení otázky. O změně někdy uvažuje 56 % sester, 43 % o změně neuvažuje. Zajímavé je, že v předchozí otázce odpovědělo 76 % sester, že by volilo stejně své povolání, přitom o změně povolání uvažuje 56 % oslovených sester. Vycházím-li ze zadání otázky, kde jsem se sestry dotazovala, jestli přemýšlí někdy o změně, je pravděpodobné, že v lidském životě nastávají okamžiky nejistoty, ať už v životě osobním nebo profesním. O změně povolání tedy zauvažuje v těchto okamžicích každý, záleží pouze na tom, jak je nejistota silná a jak dlouho trvá. Důvody, které vedou sestry k této rozvaze jsou vyjádřeny v Grafu 20. Nejčastější důvod pro změnu povolání pro sestry je psychická náročnost (28 %), fyzická náročnost (17 %), nedostatečné finanční ohodnocení (17 %), syndrom vyhoření (12 %), nedostatek odborného uznání (12 %), třísměnný provoz (10 %) a důvod jiný (4 %). Jiné důvody jsou uvedeny v Tab.6. Z výsledků vyplývá, že pro sestry je hlavním hlediskem pro změnu povolání psychická a fyzická náročnost. Dle mého názoru je podstatné, aby ošetrovatelského personálu bylo na odděleních dostatek, a to podle náročnosti vykonávané práce a obloženosti zdravotnického zařízení. Dále je zajímavé, že stav, změny ve zdravotnictví trápí pouze dvě sestry a pracovní vztah lékař – sestra jmenovitě uvádí jako důvod změny povolání jedna sestra.

Sestry se ve vztahu k lékaři v pracovním týmu cítí ze 45 % jako vykonavatelky příkazů, kdy je diskuse možná, z 38 % jako spolupracovnice, z 10 % jako vykonavatelky příkazů bez diskusí a z 5 % jako méněcenný člen týmu. Souhrnně bych mohla říci, že sestry se z 83 %

snaží o pozitivní spolupráci s lékaři, že se snaží získat v pracovním týmu své právoplatné místo. Z toho, že se sestry samy nazvaly vykonavatelkami příkazů, vyplývá, že mají pocit, že se nemohou účastnit rozhodovacích procesů v léčebné péči. Je to pocit dělníka, služby, kterou jsou sestry společností často vnímány a i ony samy se tak mnohdy vidí. Mají sice možnost v diskusi s lékaři obstát, ale často tomu tak není a sestry se ptají, proč mají bojovat, proč nemohou spolupracovat.

V otázce odborného uznání si 65 % sester myslí, že ho má u většiny lékařů, 20 % sester se domnívá, že u většiny lékařů uznání nemá, 9 % sester u lékařů odborné uznání má a 4 % sester tvrdí, že ho u lékařů nemají. Z těchto výsledků vyplývá jakou mají sestry sebedůvěru, jak věří ve své odborné znalosti a schopnosti. Kdo věří v sám sebe, důvěřuje i ostatním lidem.

Otázka důvěry, víry ve své povolání byla zodpovězena ve výsledku osy prestiže. Sestry své povolání označily 4,37 body. Při prezentaci tohoto výsledku musím zkonstatovat, že odpovídá dnešnímu postavení sester ve zdravotnictví. Vyplývá z nedostatku sebevědomí sester, z jakési neochoty toto postavení změnit, protože jednodušší je si „stěžovat“. Pokud chceme něco změnit, musíme začít u sebe.

Pokud člověk chce vykonávat své povolání, musí znát velmi dobře kompetence, které regulují činnosti a povinnosti při výkonu povolání. Je velmi překvapivé, že pouze 43 % sester zná dobře své kompetence a naopak 46 % sester své kompetence nezná příliš dobře. Dokonce 10 % sester své kompetence nezná téměř vůbec. Na tomto místě se musím zastavit. Jak sestry mohou chtít získat odborné uznání lékařů, když jich více než polovina nezná dobře své kompetence, kterými se má ve své profesi řídit. Pokud je nebude svévolně porušovat, aby vždy vyhověla přání lékaře, nebude je porušovat po určité době ani lékař, který bude cítit kompetence sestry.

Ve vyhodnocování následující otázky jsem poněkud na rozpacích, protože 52 % sester umí odmítnout požadavek lékaře pokud není v souladu jejich kompetencemi, ale pouze 43 % sester zná své kompetence dobře. Není možné odmítnat požadavek lékaře, aniž bychom znali dobře své kompetence, v těchto případech pak dochází k velkým nedorozuměním, které vrhají špatné světlo na spolupráci lékař – sestra. 42 % sester provede každou lékařovu ordinaci, ale s připomínkami. Výsledkem je opět boj o pozice v pracovním týmu. Na jedné straně autorita lékaře, která žádá vykonání ordinace, která není v kompetenci sestry a na straně druhé sestra, která zná své kompetence, ale neumí nebo nechce se postavit autoritě lékaře.

V otázce vysokoškolského vzdělání sester se 64 % oslovených sester vyslovilo pro kladnou odpověď. Z toho se 36 % sester přiklání k názoru, že sestry díky vysokoškolskému vzdělání budou lépe připraveny na povolání a 28 % sester si myslí, že bude výhodné, když bude na sestry pohlíženo jako na vysokoškolsky vzdělané. Naopak 34 % sester se vyslovilo pro zápornou odpověď. Z toho 14 % sester se kloní k názoru, že sestrám vždy stačilo středoškolské vzdělání a 20 % sester souhlasí s názorem, že společnost „nepotřebuje“ vysokoškolsky vzdělané sestry. Poslední výsledek je poměrně vysoký, dává opět znát, jak si sestry málo věří, a jak hodně dají na tradici a názor ve společnosti.

Většina sester (63 %) by v zahraničí pracovat nechtěla, 35 % sester by tam pracovat chtělo. Informace o zdravotních systémech v okolních státech má 36 % sester, což koresponduje s jejich rozhodnutím zkusit práci v zahraničí. 56 % sester má velmi málo informací o této problematice a 6 % sester žádné informace o zdravotních systémech okolních států nemá. Z výzkumu vyplývá, že nejčastějšími důvody pro volbu práce v zahraničí jsou: z 28 % vyšší finanční ohodnocení, z 19 % lepší pracovní podmínky, ze 14 % vyšší prestiž povolání, ze 14 % lépe fungující zdravotní systém, z 13 % odborné uznání ze strany lékařů, z 6 % větší kompetence a z 5 % jiné důvody. Jiné důvody jsou uvedeny v Tab.7.

Sestry, které by chtěly pracovat v zahraničí mají dostatek informací o zdravotních systémech okolních států z 59 %, protože je to zajímavá. 35 % sester ví o zdravotnictví v jiných státech velmi málo a přesto by chtěly pracovat v zahraničí. Dalo by se říct, že platí obecně známé pravidlo, že v zahraničí je vždy a v každém případě lépe, protože se jedná o jiný stát, kde každý systém funguje. Pravdou ale je, že velké procento sester se vyslovilo, že mají dostatek informací o jiných zdravotních systémech.

Z Grafu 21 vyplývá, že pro další studium se rozhoduje 54 % oslovených sester. Při podrobném zkoumání, jestli jsou v jejich rozhodování motivačním prvkem finanční prostředky vyšlo najevo, že pro studium se rozhodují sestry s vyšším, průměrně stejným a nižším platem. Největší zájem o další vzdělání mají sestry s nižším platem (43 %). Podle tabulkových platů v českém zdravotnictví se dá předpokládat, že do této skupiny patří především sestry z nejmladší věkové kategorie, sestry se středoškolským vzděláním. O další studium mají zájem především sestry se středoškolským vzděláním (38 %) a sestry se specializací v oboru (39 %). V dnešní době se sestry rozhodují pro studium specializace nebo navazující vysokoškolské studium.



Jestli si i sestry s vyšším platovým ohodnocením myslí, že platové ohodnocení všeobecných sester je podhodnocené, vyjadřuje vyhodnocení této otázky. 84 % sester se domnívá, že tomu tak je, i když jejich platové ohodnocení je vyšší než je průměrný plat v ČR. Výsledek vyjadřuje celkovou nespokojenost sester s platovým ohodnocením vzhledem k náročnosti tohoto povolání.

58 % sester s nižším platovým ohodnocením se vyslovilo pro změnu povolání, z toho 19 % sester (což je 1/3) udává jako jeden z důvodů nedostatečné finanční ohodnocení. Pro změnu povolání se nerozhodlo 42 % sester. Znamená to, že finance nejsou nejsilnějším motivačním faktorem pro změnu povolání, ale jsou faktorem významným. Ve 2/3 případů se sestry nerozhodovaly pro změnu povolání kvůli platovému ohodnocení a to i přes to, že samy v současné chvíli mají nižší platové ohodnocení než je průměrný plat v ČR.

Sestry, které se někdy zaobírají otázkou, jestli změnit povolání, jsou ve skutečnosti s volbou svého povolání z 66 % spokojeny a stejné povolání by volily znovu. 30 % sester přemýšlí o změně povolání a při opětovné volbě by stejné povolání neměnilo. 1/3 oslovených sester by v případě vhodné příležitosti (pracovní, osobní) své povolání již nevykonávala.

Sestry, které znají své kompetence podle Zákona č.96/2004 Sb. umí odmítnout požadavek lékaře ze 76 % a z 18 % ho odmítnout neumí, vykonají ho s připomínkami. 4 % sester požadavek lékaře odmítnout neumí, vykonají bez připomínek. Aby se sestry mohly stát rovnocennými spolupracovnicemi lékařů, musí si být dobře vědomy svých kompetencí, dodržovat a vyžadovat jejich dodržování. Z výzkumu je patrné, že většina sester schopnost odmítnout lékaři výkon, který není v kompetenci sestry, má. Minimum sester provede každý požadavek, i když není v jejich kompetenci, a nevznese ani připomínku.

## **4.2 Dotazník - lékaři**

Při porovnání výsledků anamnestické části dotazníku lékařů vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo také velmi podobné procento zástupců všech věkových kategorií jako u sester, 31 % věkové kategorie 18 – 30 let, 38 % věkové kategorie 31 – 45 let a 31 % věkové kategorie starší 46 let. Lze tedy předpokládat vyváženost odpovědí, které nebudou ovlivněny generačními rozdíly.

Výzkumu se zúčastnilo 33 % lékařů z Krajských nemocnic, 25 % lékařů z jiných zdravotnických zařízení, než, které byly v dotazníku nabídnuty (Tab.10.), 20 % lékařů z Fakultních nemocnic, 12 % lékařů z Akciových společností a 10 % lékařů z privátní praxe. Zařazení podle typu zdravotnického zařízení nemá vliv na výsledky výzkumu, zdravotnické zařízení není porovnávacím kritériem v žádné z otázek. Dokazuje spíše objektivitu odpovědí lékařů pracujících v různých zdravotnických zařízeních.

Oslovení lékaři pracují v 50 % na standardním oddělení, ve 22 % na jiných odděleních (Tab.11.), než, které byly v dotazníku nabídnuty, v 16 % na JIP, ARO a ve 12 % v ambulantním provozu. Souvislost s výsledky s ohledem na oddělení spočívá především v pohledu, který mají lékaři na sestry a na náročnost jejich práce podle toho, na jakém oddělení pracují.

Dalším anamnestickým údajem je délka praxe. Mohu říct, že vychází z údajů o věkových kategoriích, ale protože lékaři končí vysokoškolské vzdělání většinou ve věku 24 až 25 let, nekorespondují výsledky délky praxe a věku jako u sester. Délkou praxe je patrné, že se do výzkumu zapojilo 51 % lékařů s délkou praxe do 10 let, 33 % lékařů s délkou praxe 11 – 25 let 16 % lékařů s praxí delší než 26 let. Výzkumu se tedy zúčastnilo větší procento mladších lékařů.

Pod pojmem postavení sestry ve společnosti si lékaři představují z 29 % společenské ohodnocení, tedy jak česká společnost vnímá povolání všeobecné sestry, jak se chová k jeho zástupcům, sestrám. Dále si lékaři myslí, že dobře postavené povolání, musí být finančně ohodnocené (takový je názor 23 % lékařů). 19 % lékařů zahrnuje pod pojem postavení také image práce, tedy jaký je obraz povolání všeobecné sestry, jak ho vnímá společnost, jak ho vnímají samotné sestry. Stejně procento (14 %) lékařů se domnívá, že na postavení má vliv výše vzdělání a uzákoněné kompetence sester. V porovnání s výsledky stejného dotazu u sester vychází najevo, že lékaři mají velmi podobný náhled na postavení sestry v české společnosti. Společenské a platové ohodnocení se shodně umístilo na předních místech

faktorů, které ovlivňují postavení povolání ve společnosti. Na třetí místo lékaři dosadili image práce, sestry dosadily kompetence sester. Je velmi zajímavé, že vzdělání v obou skupinách obsadilo pokaždé předposlední místo. Domnívám se, že tento fakt vychází z historického pojetí vzdělání sester. Několik desítek let sestrám stačilo k výkonu povolání středoškolské vzdělání, v pracovním týmu lékař – sestra byl lékař ten, který měl vysokoškolské vzdělání, byl tedy i výši vzdělání sestře nadřazen.

Do Tab.8. jsem zařadila důvody, které podle lékařů znevažují prestiž sester. Na otázku odpovědělo 72,5 % respondentů a mezi nejdůležitější příčiny označili: platové ohodnocení, vykonávání neodborných činností a nedocení společnosti.

Důvody, které naopak podporují postavení sester ve společnosti, jsou shrnuty do Tab.9. 60,8 % lékařů uvedlo jako nejsilnější důvody: společenské hodnocení, vzdělávací systém a samotný pacient.

Při hodnocení otázky ohledně hrubé mzdy sester se 71 % lékařů domnívá, že sestry mají nižší hrubý plat než je průměrná mzda občana v ČR a 27 % lékařů si myslí, že plat mají v rozmezí 1000 Kč stejný jako je průměrný plat. Z výzkumu sester vyplývá, že sester, které mají hrubý plat nižší než 18 421 Kč je 45 % ze všech oslovených. Stejně tak, jako je ve společnosti zakořeněno nízké postavení tohoto povolání, určitá podřazenost lékařskému povolání, středoškolské vzdělání sester, tak je zakotveno i nízké platové ohodnocení sester. Lékaři si proto správně myslí, že mají sestry souhrnně v průměru nižší platy.

S předchozí otázkou souvisí i vyhodnocení otázky následující. 86 % oslovených lékařů se domnívá, že platové ohodnocení sester je podhodnocené. Je potěšující, že více lékařů si myslí, že ohodnocení sester je podhodnocené, než že hrubá mzda sester je nižší. Znamená to, že přestože si lékaři myslí, že 15 % sester má plat v rozmezí 1000 Kč stejný, hodnotí platové ohodnocení sester jako podhodnocené. 12 % lékařů se domnívá, že platové ohodnocení sester je přiměřené.

Z výzkumu vyplývá, že 82 % lékařů považuje sestru za spolupracovníka a 16 % lékařů ji považuje za vykonavatele příkazů, kdy je diskuze možná. V porovnání s výsledky stejného výzkumu u sester musím konstatovat, že sestry se považují za spolupracovnice pouze v 38 %. Za vykonavatele příkazů, kdy diskuze je možná, se sestry považují v 45 %. V 10 % se sestry považují dokonce za vykonavatele příkazů bez diskuzí a v 5 % za méněcenného člena týmu. Ve výsledcích zkoumané otázky je zřetelný značný rozdíl mezi názory sester a lékařů. Mají sestry tak nízké sebevědomí? A z jakého důvodu? Nepodceňují se spíše sestry samy než aby byly podceňovány lékaři? Jak vypadá vztah spolupracovníků? Spolupracovat znamená

diskutovat, hledat správné východisko, do řešení problémů vkládat své vědomosti a zkušenosti bez postranních výhod. Diskuze přeci vždy neznamená podřadnou roli pro sestru. Ale musí tento vztah chápat obě strany (lékař – sestra) stejně.

Dle lékařů má většina sester u nich odborné uznání (60 %). U 20 % lékařů mají všechny sestry odborné uznání. Pouze 18 % lékařů označilo, že většina sester u nich odborné uznání nemá. Pokud budu vycházet ze správnosti výsledků předcházející otázky, kdy 82 % lékařů považuje sestru za spolupracovníka, je více než pravděpodobné, že má u nich sestra odborné uznání. 2 % lékařů na tuto otázku neodpověděla. Při společném hodnocení výsledků obou otázek musím zkonstatovat, že 16 % lékařů považuje sestru za vykonavatele příkazů, kdy je diskuse možná a zároveň u 18 % lékařů nemá většina sester odborné uznání. Pokud odborné uznání má většina sester nebo všechny sestry u lékařů, které je považují za spolupracovníka (nepředpokládám, že když je sestra považována za spolupracovníka, nemá u lékaře odborné uznání), tak většina sester, která je považována lékaři za vykonavatele příkazů s diskusí, nemá u lékařů odborné uznání.

Na ose prestiže různých povolání lékaři přidělili povolání všeobecné sestry 5,92 bodů. Domnívám se, že tento výsledek svědčí o tom, že lékaři si obecně povolání sester váží, i když ony samy o své pozici přesvědčeny nejsou, a že věří, že i laická veřejnost přisuzuje tomuto povolání úctu.

Lékaři se sestrami tvoří pracovní tým. Aby jejich vzájemné pracovní vztahy byly oboustranně odborně uznané, měli by, lékaři, kteří jsou vedoucími pracovního týmu, znát dobře kompetence, povinnosti všeobecných sester, aby po sestrách nepovažovali výkony, ke kterým sestry nejsou kompetentní, i když je provést umí. Výzkum ukázal, že pouze 14 % lékařů zná dobře kompetence sester ukotvené v Zákoně 96/2004 Sb., 47 % lékařů je nezná příliš dobře a 37 % lékařů je nezná téměř vůbec.

Dalším vyhodnocením jsem zjistila, že 59 % lékařů nepožaduje po sestrách výkony, pokud nejsou v jejich kompetenci, ale 41 % lékařů tyto výkony po sestrách žádá. Pokud jsou upozorněni, že výkon nespadá do kompetence sestry, provedou ho sami. Do rozporu se toto vyhodnocení dostává s předcházející otázkou, protože pouze 14 % lékařů zná dobře kompetence sester, tudíž bych předpokládala, že stejný počet lékařů nebude výkony, které nepatří do kompetencí sester, po nich požadovat. Ale těchto lékařů je 59 %. Do rozporu se tedy dostává fakt, jak mohu po někom požadovat vykonání určité činnosti, když ani nevím, jestli je k vykonání této činnosti způsobilý. V tomto okamžiku by měla být sestra dostatečně sebevědomá a měla by umět erudovaně, bez emocí požadavek lékaře odmítnout. Zajímavé je,

že nikdo z lékařů neodpověděl, že trvají na provedení výkonu i přes upozornění, že sestra nemá kompetenci k tomuto výkonu.

Při podrobnějším prozkoumání mohu zkonstatovat, že lékaři, kteří znají dobře kompetence sester a ze 49 % po sestřích výkony, které nepatří do jejich kompetence, nepožadují, z 38 % se o to pokusí, ale pokud je sestra upozorní, že žádají výkon, který není v jejich kompetenci, vykonají ho sami.

Pokud lékaři neznají dobře kompetence sester nebo je neznají vůbec, žádají po sestřích ze 60 % provedení výkonu, který není v jejich kompetenci, ale po upozornění výkon provedou sami. Z 36 % lékaři po sestřích nežádají provedení tohoto výkonu, protože si jsou vědomi, že to není jejich pracovní povinnost. Z výzkumu vyplývá, že těchto 36 % lékařů je v rozporu ve svých odpovědích.

Oslovení lékaři si v 59 % myslí, že vysokoškolské vzdělání sester přispěje k pozvednutí prestiže tohoto povolání. Z toho 41% lékařů se přiklání k názoru, že sestry budou po absolvování vysokoškolského studia lépe připraveny na povolání, 18% lékařů se přiklání k názoru, že na sestry bude pohlíženo jako na vysokoškolsky vzdělané. Naopak 27% lékařů se kloní k názoru, že sestřím vždy stačilo středoškolské vzdělání a 8% lékařů souhlasí s názorem, že společnost „nepotřebuje“ vysokoškolsky vzdělané sestry. Největší procento, stejně jako u sester, získal názor, že sestry po absolvování studia budou lépe připraveny na povolání všeobecné sestry. Zajímavý je výsledek, kdy téměř 1/3 lékařů souhlasí s názorem, že sestřím vždy stačilo a mělo by stačit středoškolské vzdělání. Stejný názor mělo 14 % oslovených sester v dotazníku pro sestry.

Při podrobnějším prozkoumání z výzkumu vyplývá, že souhlasný názor na vysokoškolské vzdělání sester mají lékaři patřící z 34 % do věkové kategorie 18 – 30, ze 33 % do věkové skupiny 46 a více let a z 24 % do věkové kategorie 31 – 45 let. Z výsledku se dá předpokládat, že nejmladší věková skupina lékařů je vysokoškolskému vzdělání nakloněna především z důvodu pravděpodobného společného studia lékařů a sester na lékařských fakultách v posledních letech.

Otázka na zdravotní systémy a postavení sester okolních zemí byla v dotazníku lékařů pouze informativní, bez souvislosti s jinými dotazy. Mohla by být spojena pouze s uvědoměním lékařů, že sestry by mohly jít vykonávat své povolání do zahraničí z důvodu vyššího postavení sesterského povolání, vyššího finančního ohodnocení, lepších pracovních podmínek atd. Z výzkumu vyplynulo, že 58 % má velmi málo informací o zdravotních

systemech okolních států, 22 % lékařů se o tyto informace zajímá a 18 % lékařů nemá téměř žádné informace o této problematice.

Platové ohodnocení všeobecné sestry jako přiměřené označilo 12 % oslovených lékařů. Z toho 43 % lékařů, kteří takto odpověděli, patří do věkové kategorie starší 46 let, 29 % lékařů patří do věkové kategorie 18 – 30 let a 14 % lékařů patří do věkové skupiny 31 – 45 let. Domnívám se, že věkové rozložení respondentů odpovídá společenskému trendu. Jako přiměřené se zdá platové ohodnocení sester nejstarší a nejmladší věkové skupině lékařů. Podle mého názoru je důvod u nejstarší kategorie společná historie, společný vývoj, zakořeněné názory na postavení sestry, důvod u nejmladší kategorie je nedostatek informací, porovnávání platů zkušených sester, které mají mnohaletou praxi a platu lékaře s minimální praxí.

## V. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké postavení mají sestry v české společnosti. Podstatné je, jak samy sestry vnímají své povolání, prestiž, vztahy v pracovním týmu, jak si váží samy sebe. Aby výsledky výzkumu byly objektivní, porovnávala jsem je s názory lékařů. S názory na postavení sester ve společnosti, co jejich postavení podporuje, co ho naopak snižuje, s názory na vztahy v pracovním týmu z pohledu lékaře.

Výzkum potvrdil, že si sestry pod pojmem postavení svého povolání představují především společenské a platové ohodnocení. To jsou dva faktory, které kdyby byly na vyšší úrovni, byly by sestry v pracovním životě spokojenější. Hypotéza se potvrdila. Pro sestry je velmi důležité, aby je společnost dobře vnímala, potřebovala a vážila si jich. Protože sesterské povolání je fyzicky a psychicky náročné, domnívám se, že by platové ohodnocení sester mělo být vyšší. I sestry si myslí, že výše platového hodnocení vypovídá o tom, jaké místo v žebříčku prestiže povolání všeobecná sestra zaujímá. Dobře ohodnotit přeci chceme člověka, jehož práce si vážíme, je odborně zdatný, profesionální, právoplatný člen týmu, jeho platové ohodnocení je úměrné fyzické a psychické námaze.

Výsledky výzkumu potvrdily další mou hypotézu, že sestry uvedou více znevažujících důvodů pro postavení sester než podporujících. Jmenovaly jich o polovinu více. Proč sestry nenapadají důvody, které podpoří postavení jejich povolání, proč neumí na sobě najít to správné, pozitivní. Umí se sestry vůbec pochválit? Dle mého názoru se negativní věci říkají snadněji, zvláště když příčinu chceme najít někde jinde než v sobě samých. Potěšujícím výsledkem je, že lékaři a sestry se shodli na dvou nejsilnějších důvodech, které podporují prestiž sester, a těmi jsou vzdělávací systém a hodnocení samotných pacientů.

Dále výzkum potvrdil můj předpoklad, že drtivá většina sester není s platovým ohodnocením spokojena. Ale při podrobnějším zkoumání, se pouze 56 % sester někdy zaobírá otázkou, jestli změnit povolání. Platového ohodnocení jako důvod pro změnu povolání byl sestrami jmenován na třetím místě. I když se sestry domnívají, že nejsou dostatečně finančně ohodnoceny, pouze 42 % sester by se rozhodlo pro změnu povolání z důvodu nízkého platového ohodnocení. Mohu tedy potvrdit, že sestry své povolání nevykonávají pouze pro peníze.

Předpoklad, že se sestry necítí jako spolupracovnice v pracovním týmu s lékaři se potvrdil částečně. Je pravda, že největší procento sester se označilo spíše jako vykonavatelky příkazů, kdy diskuse s lékaři je možná, ale druhá velká část sester se považuje za spolupracovnice lékařů. Velmi významným poznatkem bylo zjištění, že lékaři považují sestry

v naprosté většině za spolupracovnice. Postavení sester bude vyšší a významnější, pokud sestry budou sebevědomější, nebudou předpojaté, nebudou se dopředu domnívat, že si jich lékař neváží. Důležitým předpokladem vyšší prestiže sester by bylo, kdyby sestry, respektive ženy, zastávaly významnější pozice ve zdravotnictví, ve vedení zdravotnických zařízení nebo v politice.

V otázce vzdělání se hypotéza, že lékaři a sestry nebudou přesvědčeni, že vysokoškolské vzdělání přispěje k pozvednutí prestiže sesterského povolání, nepotvrdila. Lékaři i sestry jsou téměř jednotného názoru, který nevyjadřuje ani souhlasné ani záporné stanovisko. Mohu říct, že lékaři o něco více upřednostňují vysokoškolské vzdělání sester než samy sestry. Chtěli by spíše pracovat se spolupracovníky s vysokoškolským vzděláním nebo si více než sestry uvědomují fakt, že sestry po absolvování dalšího studia budou do praxe přicházet o tři roky starší.

Předpoklad, že lékaři hodnotí prestiž povolání výše než sestry se potvrdil. Sestry ohodnotily prestiž svého povolání 4,37 body na ose od 0 do 10 bodů, kdy 10 bodů znamenalo nejvyšší ohodnocení prestiže různých povolání. Lékaři na stejné ose označili povolání sester 5,92 body, domnívají se tedy, že toto povolání se těší vyšší úctě než si samy sestry myslí.

Potvrdila se i poslední hypotéza, že lékaři nejsou dostatečně obeznámeni s kompetencemi sester, které jsou ukotveny v Zákoně 96/2004 Sb. Z vlastní zkušenosti jsem toto potvrzení očekávala, protože to, že lékaři žádají po sestřích výkony, které nespádají do jejich kompetencí, je poměrně časté. Naprostá většina lékařů přiznala, že nezná nebo zná velmi málo kompetence sester, ale pokud je sestra upozorní, že po ní požadují výkony, k jejichž provedení nejsou oprávněné, vykonají je sami. Ale skutečností je, že polovina sester odmítnout požadavek lékařů neumí, tzn. neupozorní je na své kompetence.

Na závěr musím podotknout, že sesterské povolání je, jako jedno z mála povolání, naplněné porozuměním, empatií, hrdostí a láskou. Je tak fyzicky a psychicky náročné, že pokud by sestra tyto vlastnosti neměla, nevykonávala by své povolání dlouho a dobře. Na druhé straně je pro něj charakteristická submisivita ve vztahu k lékařům. Domnívám se, že tento postoj je správný, nemohou být na „jednom smetišti dva kohouti“, ale vyžaduje v tomto vztahu vzájemnou úctu. Ta bohužel v mnoha případech chybí. A zde vzniká nejvíce oboustranných problémů.

Sama se domnívám, že celý výzkum prokázal nízké sebevědomí sester. Je jenom na nás, na sestřích, aby tomu tak nebylo. První vlaštkou je vysokoškolské vzdělání a stále častější prezentace sester na veřejnosti. Kdo si váží sebe, toho si považují ostatní.



## VI. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S.: *Je povolání sestry autonomní profesí ?*. Sociální práce, 2005, roč.4, č.3, s.108-113. ISSN 1213-6204.
2. BÁRTLOVÁ, S.: *Prestiž zdravotních sester v České republice*. Revue ošetrovatelstva a laboratorných metodík, 2005, roč.11, č.3, s.169-171. ISSN 1335-5090.
3. BÁRTLOVÁ, S.: *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-273-6.
4. BÁRTLOVÁ, S.: *Vzdělávání a profesionalizace sester v ČR*. Florence, 2006, roč.2, č.1, s.53-55. ISSN 1801-464X.
5. BÁRTLOVÁ, S.: *Vztah sestry – lékař*. Sestra, 2004, roč.14, č.2, s.11. ISSN 1210-0404.
6. BOŠKOVÁ, V.: *Se vzděláváním vám chceme pomoci, nabídli experti z evropské komise*. Zdrav. nov. ČR, 2002, roč.51, č.17, s.11. ISSN 0044-1996.
7. HYKA, J.: *Ze sester nedělá „ficky“ ministerský návrh o vzdělání*. Zdrav. nov. ČR, 2001, roč.50, č.27, s.19. ISSN 0044-1996.
8. KAFKOVÁ, V.: *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1992. ISBN 80 – 7013 – 123 – 3
9. KUBÍČEK, P.: *Dějiny medicíny. Ženy v medicíně*. Tempus medicor., 2001, roč.10, č.3, s.12-13. ISSN 1211-0647.
10. MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V.: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. 1.vyd. Galén, 2000. ISBN 80-86257-21-5.
11. MASTILIAKOVÁ, D.: *Nová koncepce ošetrovatelství v evropských zemích*. Zdrav. nov.ČR, 1997, roč.46, č.16, s.11. ISSN 0044-1996.
12. STAŇKOVÁ, M.: *První česká ošetrovatelská škola*. Sestra, 1996, roč.6, č.6, s.19. ISSN 1210-0404.
13. STAŇKOVÁ, M.: *Sestra-reprezentant profese*. Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-368-6.
14. STAŇKOVÁ, M.: *Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80 – 7013 – 329 – 5
15. SVOBODNÝ, P.,HLAVÁČKOVÁ, L.: *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-424-1.
16. ŠKRLOVÁ, M.: *Profesionální role a image sestry*. Seminář kontinuálního vzdělávání ošetrovatelského personálu, 2000, [disketa].

17. ŠKUBOVÁ, J.: *Jsme „superwomen“ a klient je náš pán*. Sestra, 2001, roč.11, č.11, s.43. ISSN 1210-0404.
18. TUČEK, M.: *Sociální diference v profesní sféře ve vědomí československé populace*. Sociologický časopis, 1991, roč.27, č.4, s.504-517. ISSN 0038-0288.
19. TUČEK, M. a kol.: *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. 1.vyd. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-22-9.
20. *Prestiž*. [Cit. 9.března 2006]: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Presti%C5%BE>
18. *Slovník cizích slov*. [Cit. 12.dubna 2006]: <http://www.google.com/>
19. ČSÚ. [Cit. 5.března 2006]: <http://www.czso.cz/csu.nsf/informace/cpmz113005.doc>
20. *Zákon č.96/2004 Sb.Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. [Cit. 5.března 2006]: <http://ww.mvcr.cz/sbirka/2004/sb030-04.pdf>

## VII. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

ČSÚ – Český statistický úřad

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

Např. – například

RDG – radiodiagnostické oddělení

SÚ ČSAV – Statistický úřad České akademie věd

SZO – Světová zdravotnická organizace

Tzn. – to znamená

ČR – Česká republika

## VIII. SLOVNÍK CIZÍCH SLOV

**Absence** – nepřítomnost osoby, vlastnosti, jevu

**Adaptace** – přizpůsobení, přetvoření, úprava, přestavba

**Asertivní** – sebeprosazující, sebevědomý

**Atribut** – neodlučitelná vlastnost, podstatný znak, přívlastek

**Autonomie** – funkční samostatnost, samospráva, svébytnost, nezávislost

**Buržoazní** – měšťácký, měšťanský

**Byrokratický** – úřední, formální, nepružný

**Deklarovaný** - prohlašovaný

**Devalvace** – oficiální snížení zlatého obsahu nebo kurzu

**Diplomacie** – umění vyjednávat, obratný postup

**Diskriminace** – rozlišování, rozdílný, jiný přístup

**Edukace** – výchova

**Efektivně** – účelně, účinně

**Emoce** – proces prožívání, dojetí, cit

**Empatie** – vcítění do prožitků druhého

**Erudice** – důkladné vzdělání, znalost, zkušenost, schopnost

**Expresivní** – výrazový, působivý

**Externí** – vnější, zevní, působící zvenku

**Fluktuace** – častá změna povolání

**Frivolní** – nicotný, lehkomyšlný, nemravný, křehký

**Hierarchie** – posloupnost, stupnice hodnot, hodností

**Hospitál** – ve středověku ústav pro nemocné, staré a chudé, útulek pro pocestné

**Image** – obraz, podoba, představa, idea, celková prezentace, vnější působení, celkový dojem na veřejnosti

**Integrovaný** – spojený, sjednocený, jednotný, propojený

**Interní** – vnitřní, domácí

**Interpersonální** – mezilidský

**Interpret** – ten, kdo podává výklad, tlumočí význam

**Komparace** – přirovnání, srovnání, porovnání

**Kompetentní** – pravomocný, zodpovědný, způsobilý

**Kontext** – souvislost, významová souvislost jazykového projevu

**Kooperující** – spolupracující

**Kultivovanost** – vyšlechtěnost, uhlazenost, vybrané způsoby

**Legitimní** – právně uznávaný, zákonný

**Loajalita** – věrnost, souhlasný postoj, upřímnost

**Mortalita** - úmrtnost

**Multidisciplinární** – zasahující do více oborů

**Neverbální** – mimoslovní

**Polemizovat** – diskutovat

**Preferovat** – zvýhodňovat, dávat přednost

**Progresivní** – postupující, pokračující, vyvíjející se, pokrokový

**Promiskuitní** – promíšený, střídající partnery druhého pohlaví

**Rezistence** – odolnost, schopnost vzdorovat, projev odporu

**Rigorózní** – přesný, nekompromisní, přísný

**Senzuální** – smyslový

**Sofistikovaný** – promyšlený, formálně propracovaný, využívající složitých metod

**Status** – postavení a úloha osoby nebo skupiny, stav věcí, poměrů

**Submisivní** – poddajný, povolný, podřizující se cizí vůli

**Sylabus** – studijní program, přehled, výtah z obsáhlejšího díla

**Universalismus** – všestrannost, všeobecné stanovisko, snaha obsáhnout všechno

**Verbální** – slovní, ústní, slovy vyjádřený

## **IX. PŘÍLOHY**

9.1 Dotazník pro sestry

9.2 Dotazník pro lékaře

9.3 Prestižní škála prestiže povolání – výzkum v roce 1990

## 9.1 Dotazník pro sestry

*Dobrý den, jmenuji se Petra Plašková a jsem studentkou čtvrtého ročníku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, studijního oboru Ošetrovatelství – pedagogika ve zdravotnictví.*

*Provádím výzkum pomocí anonymně vyplněných dotazníků k mé závěrečné bakalářské práci na téma „**Postavení sestry v české společnosti**“.*

*Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku a poděkovala za pravdivé údaje.*

*Petra Plašková*

U odpovědí zaškrtněte pouze jednu variantu do připraveného rámečku podle uvedeného vzoru (vzor.  ), u otázek č.1,8,15 můžete označit více odpovědí, u otázek č.2,3,7 formulujte svou odpověď.

---

### **Anamnestická část :**

***Do jaké věkové kategorie patříte:***

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46 a více let

***Rodinný stav:***

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

***V jakém zařízení pracujete:***

- a) Fakultní nemocnice
- b) Krajská nemocnice
- c) Akciová společnost
- d) Privátní praxe lékaře
- e) jiné, uveďte jaké.....

***Na jakém pracovišti pracujete:***

- a) ambulance
- b) standardní oddělení
- c) JIP, ARO
- d) jiné, uveďte jaké.....

***Délka praxe ve zdravotnictví:***

- a) 0-10 let
- b) 11-25 let
- c) 26 a více let

***Nejvyšší dosažené vzdělání:***

- a) vysokoškolské
- b) VZŠ
- c) SZŠ
- d) specializace v oboru

**Vlastní dotazník :**

***1) Co chápete pod pojmem postavení sestry ve společnosti ? (označte i více odpovědí)***

- a) Výše vzdělání
- b) Image práce
- c) Společenské ohodnocení
- d) Platové ohodnocení
- e) Uzákoněné kompetence sester
- f) Jiné, uveďte jaké.....

***2) Uveďte důvody, které znevažují postavení sester v ČR:***

.....

.....

.....

***3) Uveďte důvody, které podporují postavení sester v ČR:***

.....

.....

.....

***4) Uvažujete o zvýšení své kvalifikace či dalším studiu v oboru?***

- a) Ano
- b) Ne

***5) Průměrná mzda v ČR statisticky činí 18 421 Kč. Vaše hrubá mzda je:***

- a) vyšší
- b) v rozmezí 1000 Kč stejná
- c) nižší

***6) Která odpověď podle Vašeho názoru nejvíce odpovídá dosavadnímu platovému ohodnocení všeobecné sestry:***

- a) Myslím si, že platové ohodnocení sestry je podhodnocené. Sestry by měli dostávat více.
- b) Podle mého názoru je platové ohodnocení sestry přiměřené. Náplň práce odpovídá.
- c) Myslím si, že platové ohodnocení sestry je nadhodnocené. Sestry by měli dostávat méně.



**7) Pokud byste si měla zvolit znovu své povolání, volila byste stejně?**

a) ano

b) ne

Pokud **ne**, jaké by bylo vaše jiné povolání? .....

**8) Přemýšlíte někdy o změně povolání? (označte i více odpovědí)**

a) ano

b) ne

Pokud **ano**, z jakého důvodu:  syndrom vyhoření

fyzická náročnost

psychická náročnost

nedostatečné finanční ohodnocení

nedostatek odborného uznání

třísměnný provoz

jiný.....

**9) Ve vztahu k lékaři se cítíte jako:**

a) spolupracovník

b) vykonavatel příkazů bez diskusí

c) vykonavatel příkazů, diskuse je možná

d) méněcenná

**10) Máte u lékařů odborné uznání?**

a) ano

b) u většiny ano

c) u většiny ne

d) ne

**11) Na ose prestiže různých povolání označte místo pro povolání všeobecné sestry. Využijte škálu od 0 do 10, kdy 10 znamená nejlepší výsledek.**

0---,---,---,---,---,---,---,---,---,---10

**12) Znáte své kompetence, které jsou ukotveny v Zákoně č.96/2004 Sb.?**

a) ano, dobře

b) nepříliš dobře

c) téměř vůbec ne

**13) Umíte odmítnout požadavek lékaře, pokud není v souladu s kompetencemi sestry?**

a) ne, provedu každou ordinaci lékaře bez připomínek

b) ne, provedu každou ordinaci lékaře, ale s připomínkami

c) ano, jsem si plně vědoma svých kompetencí

**14) Přispěje vysokoškolské vzdělání sester k pozvednutí prestiže tohoto povolání v české společnosti?**

- a) ano, sestry budou lépe připraveny na povolání
- b) ano, na sestry bude pohlíženo jako na vysokoškolsky vzdělané
- c) ne, sestrám vždy stačilo a mělo by stačit středoškolské vzdělání
- d) ne, laická i lékařská veřejnost „nepotřebuje“ vysokoškolsky vzdělané sestry

**15) Chtěla byste pracovat jako sestra v zahraničí? (označte i více odpovědí)**

- a) ano
- b) ne

Pokud **ano**, z jakého důvodu:  vyšší finanční ohodnocení

lepší pracovní podmínky

odborné uznání ze strany lékařů

vyšší postavení povolání u laické veřejnosti

více kompetencí

lépe fungující zdravotní systém

jiný.....

**16) Máte informace o zdravotních systémech a postavení sester v okolních státech?**

- a) ano, zajímá mě to
- b) velmi málo
- c) ne

*Poslední stranu dotazníku můžete využít k Vaším připomínkám k tématu.*

*Mnohokrát děkuji za spolupráci.*

## 9.2 Dotazník pro lékaře

*Dobrý den, jmenuji se Petra Plašková a jsem studentkou čtvrtého ročníku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, studijního oboru Ošetrovatelství – pedagogika ve zdravotnictví.*

*Provádím výzkum pomocí anonymně vyplněných dotazníků k mé závěrečné bakalářské práci na téma „Postavení sestry v české společnosti“.*

*Ráda bych i Vás, lékaře, požádala o vyplnění následujícího dotazníku a poděkovala za pravdivé údaje.*

*Petra Plašková*

U odpovědí zaškrtněte pouze jednu variantu do připraveného rámečku podle uvedeného vzoru (vzor.  ), u otázky č.1 můžete označit více odpovědí, u otázek č.2,3 formulujte svou odpověď.

---

### **Anamnestická část :**

***Do jaké věkové kategorie patříte:***

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46 a více let

***V jakém zařízení pracujete:***

- a) Fakultní nemocnice
- b) Krajská nemocnice
- c) Akciová společnost
- d) Privátní praxe
- e) jiné, uveďte jaké.....

***Na jakém pracovišti pracujete:***

- a) ambulance
- b) standardní oddělení
- c) JIP, ARO
- d) jiné, uveďte jaké.....

***Délka praxe ve zdravotnictví:***

- a) 0-10 let
- b) 11-25 let
- c) 26 a více let

## **Vlastní dotazník :**

**1) Co chápete pod pojmem postavení sestry ve společnosti ? (označte i více odpovědí)**

- a) Výše vzdělání
- b) Image práce
- c) Společenské ohodnocení
- d) Platové ohodnocení
- e) Uzákoněné kompetence sester
- f) Jiné, uveďte jaké.....

**2) Uveďte důvody, které znevažují postavení sester v ČR:**

.....

.....

.....

**3) Uveďte důvody, které podporují postavení sester v ČR:**

.....

.....

.....

**4) Průměrná mzda v ČR statisticky činí 18 421 Kč. Dle Vašeho mínění je hrubá mzda sester:**

- a) vyšší
- b) v rozmezí 1000 Kč stejná
- c) nižší

**5) Která odpověď podle Vašeho názoru nejvíce odpovídá dosavadnímu platovému ohodnocení všeobecné sestry:**

- a) Myslím si, že platové ohodnocení sestry je podhodnocené. Sestry by měli dostávat více.
- b) Podle mého názoru je platové ohodnocení sestry přiměřené. Náplň práce odpovídá.
- c) Myslím si, že platové ohodnocení sestry nadhodnocené. Sestry by měli dostávat méně.

**6) Sestru považujete ve vztahu k sobě samým jako:**

- a) spolupracovníka
- b) vykonavatele příkazů bez diskusí
- c) vykonavatele příkazů, diskuse možná
- d) méněcennou

**7) Mají sestry u vás odborné uznání?**

- a) ano
- b) většina ano
- c) většina ne
- d) ne

**8) Na ose prestiže různých povolání označte místo pro povolání všeobecné sestry. Využijte škálu od 0 do 10, kdy 10 znamená nejlepší výsledek.**

0---,---,---,---,---,---,---,---,---,---10

**9) Znáte kompetence sester, které jsou ukotveny v Zákoně č.96/2004 Sb.?**

- a) ano, dobře
- b) nepříliš dobře
- c) téměř vůbec ne

**10) Požadujete po sestřích výkony, které nejsou v souladu s jejich kompetencemi?**

- a) ne, jsem si vědom, že to není jejich pracovní povinnost
- b) ano, ale pokud mi sestra připomene, že to není její kompetence, provedu je sám
- c) ano, trvám na jejich provedení i přes upozornění sestry

**11) Přispěje vysokoškolské vzdělání sester k pozvednutí prestiže tohoto povolání v české společnosti?**

- a) ano, sestry budou lépe připraveny na povolání
- b) ano, na sestry bude pohlíženo jako na vysokoškolsky vzdělané
- c) ne, sestřím vždy stačilo a mělo by stačit středoškolské vzdělání
- d) ne, laická i lékařská veřejnost „nepotřebuje“ vysokoškolsky vzdělané sestry

**12) Máte informace o zdravotních systémech a postavení sester v okolních státech?**

- a) ano, zajímá mě to
- b) velmi málo
- c) ne

*Poslední stranu dotazníku můžete využít k Vaším připomínkám k tématu.*

*Mnohokrát děkuji za spolupráci.*

### 9.3 Prestižní škála povolání v roce 1990 a její srovnání s mezinárodním standardem

Pořadí	Název povolání	Prestiž 1990 skór	Mezinárodní skór	standard pořadí
1.	Lékař na poliklinice	80,4	78	2. – 4.
2.	Soukromý lékař	78,5	78	2. – 4.
3.	Ministr	75,6	79	1.
4.	Docent, profesor VŠ	74,5	78	2. – 4.
5.	Vědec	71,9	67	7.
6.	Ředitel podniku	70,9	63	8.
7.	Diplomat	68,7	73	5.
8.	Učitel ZDŠ	66,4	57	18.
9.	Zdravotní sestra	66,1	54	21. – 23.
10.	Horník	65,8	32	44.
11.	Vedoucí výzk. pracoviště	65,5	60	12. – 15.
12.	Manažer	65,1	58	16. – 17.
13.	Ing. ve výzkumu, vývoji	64,3	56	19.
14.	Právník	62,8	71	6.
15.	Podnikový ekonom	62,6	60	12. – 15.
16.	Provozní inženýr	61,4	46	29. – 30.
17.	Agronom	59,6	58	16. – 17.
18.	Konstruktér, projektant	58,4	54	21. – 23.
19.	Strojvedoucí	57,7	43	31. – 32.
20.	Programátor	55,1	51	26.
21.	Soukromý zemědělec	55,1	47	28.
22.	Vedoucí hosp. útvaru	54,9	60	12. – 15.
23.	Mistr v továrně	53,6	46	29. – 30.
24.	Spisovatel, skladatel	52,9	62	11.
25.	Betonář, svářeč	49,8	34	41. – 42.
26.	Zedník	49,2	34	41. – 42.
27.	Novinář	48,9	55	20.
28.	Traktorista	48,5	31	45.

Pořadí	Název povolání	Prestiž 1990 skór	Mezinárodní skór	standard pořadí
29.	Profesionální sportovec	48,5	48	27.
30.	Automechanik	48,4	43	31. – 32.
31.	Majitel obchodu	48,4	42	33.
32.	Operátor na počítači	48,0	53	24.
33.	Řidič nákladního auta	47,0	33	43.
34.	Policista	46,5	40	37. – 39.
35.	Soustružník	45,9	38	40.
36.	Kněz, duchovní	45,3	60	12. – 15.
37.	Seřizovač	44,6	40	37. – 39.
38.	Krejčí	44,2	40	37. – 39.
39.	Opravář TV	43,6	42	34. – 35.
40.	Účetní	42,8	41	36.
41.	Bankovní úředník	41,4	42	34. – 35.
42.	Textilní dělník	41,3	26	46.
43.	Major	29,5	63	9.
44.	Sekretářka	29,3	53	25.
45.	Čišník	28,4	23	47.
46.	Referent okres. úřadu	27,4	54	21. – 23.
47.	Pomocný dělník	25,0	18	49.
48.	Uklízeč(ka)	24,8	16	50.
49.	Tajemník polit. strany	21,7	63	10.
50.	Pouliční prodavač	18,7	22	48.

Mezinárodní standard prestižních skórů, vycházející ze stobodové škály, byl navržen D. J. Treimanem [Treiman 1977] pro všechna povolání mezinárodní klasifikace ISCO. (17 : 515)

## RESUMÉ

### **Postavení sestry v české společnosti Position of nurse in the Czech Republic**

Tématem mé práce je posouzení postavení sester v české společnosti. Pro toto téma jsem se rozhodla proto, abych získala objektivní informace pro popis současného stavu prestiže sester, které by se staly jakýmsi odrazovým můstkem pro nastávající změny v budoucnosti.

V teoretické části se obsáhle zabývám prestiží povolání obecně, profesionální imagí sestry a historií image sestry. Dále v teoretické části práce rozebírám dějiny ošetřovatelství, a to z pohledu postavení sestry, role, které jsou sestrám přisuzovány a především vztah lékař – sestra. V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry, a je proto nutné, aby staré lékařsko-sesterské vztahové stereotypy byly zrušeny. Velmi podstatnou podmínkou zvyšování prestiže povolání je i názor na vzdělávání sester a jejich profesionalizaci.

Pro získání objektivních informací, které jsem použila v empirické části práce, jsem vytvořila dvě verze anonymních dotazníků. První byl adresován sestrám a druhý dotazník byl předložen lékařům.

Je dobré si uvědomit, že pokud chceme dosáhnout nějaké změny, musíme začít u sebe. A musíme chtít mluvit nahlas.

The theme of my work is position of nurse in the czech society. I would like to get objectives informations to describe present reputation of nurses. This theme can improve their position and help to incoming changes in the future.

In the theory I write about reputation of jobs, about professional image of nurse and about history of this image. I write about history of nursing, and this from aspect position of nurse, it mean the status of doctor and nurse.

In this time it constructs positive all-society conditions for independence activity of nurse, therefore it needs old terms between doctors and nurses to transform. Knowledges and career - there are very important conditions to increase job's prestige.

The informations, which I am using in the empiric part, I was obtaining from two answer sheets. These answer sheets were faceless. The first was addressed to nurses and the second to doctors.

It's good to observe, that I would like to change anything, I have to start by myself. And we have to talk aloud.