

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a
pacientů**

diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Helena Michálková Ph. D.

Autor práce:

Miroslava Fiedlerová, Bc.

2012

ABSTRAKT

Ošetrovatelství se rozvíjí a stává se oborem s vědeckou základnou a vzdělanými pracovníky. Díky tomu je ošetrovatelská péče kvalitnější a bezpečnější. Sestry získávají prestiž, důležitost a autonomii.

Cílem této práce bylo zmapovat, jak své vlastnosti a dovednosti vnímají sestry a jaký pohled na stejné vlastnosti a dovednosti sester mají pacienti. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativní metody formou nestandardizovaného dotazníku. Výzkum byl orientován na názor sester a pacientů, proto první výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry. Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti lůžkových oddělení a ambulancí. Byly použity dva typy dotazníků, jeden byl určen pro všeobecné sestry a druhý pro pacienty. Dotazníky obsahovaly identické otázky, abychom mohli provést srovnávací analýzu odpovědí od sester a pacientů.

Analýza dat prokázala, že všeobecné sestry hodnotí své praktické i komunikační dovednosti lépe než pacienti. Dále bylo zjištěno, že pacienti považují komunikační dovednosti sester za nejvýznamnější dovednost, na rozdíl od sester, které označily za nejdůležitější při poskytování ošetrovatelské péče praktickou dovednost sester.

Při porovnávání výsledků, byly zjištěny velké rozdíly v odpovědích od obou skupin. Především se jednalo o oblast komunikačních dovedností sester. Pacienti volili záporné odpovědi na otázky, zda se sestry ptají na názory pacientů a zda sestry umí komunikovat s rodinou pacienta. Toto negativní zjištění potvrdilo, že oblast komunikace je stále problémem ošetrovatelství a měla by jí být věnována větší pozornost. Je zásadní trénovat komunikační dovednosti sester.

ABSTRACT

Nursing develops and becomes a field with scientific base and well-educated employees. Thanks to that, nursing care is safer and of better quality. Nurses obtain prestige, importance and autonomy.

The aim of this thesis is to map how the nurses perceive their the features and skills and what is the view of patients of the same features and skills of nurses. The research was performed using the quantitative method in the form of a non-standardised questionnaire. The research was aimed at opinion of nurses and patients and so the first research set consisted of general nurses and the second set consisted of patients of hospital wards and ambulances. There were used two types of questionnaires – one of them designed for general nurses and the other one for patients. The questionnaires contained identical questions so as we could perform a comparative analysis of answers from nurses and patients.

The data analysis proved that general nurses assess their practical and communication skills better than the patients. It was also established that patients consider the communication skills of nurses to be the most important skill, while nurses stated for their practical skills to be the most important part of nursing care. When comparing the results, significant differences were established in answers of both of the groups. It concerned mainly the field of communication skills of nurses. The patients selected negative answers to questions whether nurses ask the patients for their opinions and whether the nurses know how to communicate with families of nurses. The negative findings confirmed that the communication field remains to be a problem in nursing and that more attention should be paid to it. It is significant to train the communication skills of nurses.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou prací na téma Vlastnosti a dovednosti sester z pohledů sester a pacientů vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studentky

Poděkování:

Děkuji Mgr. Heleně Michálkové Ph. D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji všem respondentům za pomoc při mém výzkumném šetření.

Obsah

Úvod.....	6
1 SOUČASNÝ STAV	7
1.1 Ošetřovatelství.....	7
1.1.1 Historie ošetřovatelství	8
1.1.2 Současnost ošetřovatelství	10
1.1.3 Vykonavatelé ošetřovatelské činnosti – nelékařští zdravotničtí pracovníci.....	11
1.2 Vzdělávání sester	13
1.2.1 Historie vzdělávání sester ve světě	13
1.2.2 Historie vzdělání sester v České republice	13
1.2.3 Současnost vzdělávání sester v České republice	17
1.3 Role sestry	19
1.4 Curriculum	22
1.5 Regulace a celoživotní vzdělávání.....	23
1.5.1 Regulace.....	23
1.5.2 Národní registrační systém.....	24
1.5.3 Legislativa ošetřovatelské praxe.....	25
1.5.4 Celoživotní vzdělávání.....	26
1.6 Kompetence sester	28
1.7 Vlastnosti a dovednosti	30
1.8 Komunikace	32
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	35
2.1 Cíl výzkumu	35
2.2 Hypotézy	35

3	METODIKA	36
3.1	Metodika	36
3.2	Charakteristika souboru	37
4	VÝSLEDKY	38
4.1	I. Výzkumný soubor – odpovědi sester	38
4.2	II. Výzkumný soubor – odpovědi pacientů	42
4.3	Porovnávání skupin	45
5	DISKUZE	87
6	ZÁVĚR	95
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	98
8	KLÍČOVÁ SLOVA	105
9	PŘÍLOHY	106

„Ošetřovatelka musí být pro nemocného oddanou a vlídnou bytostí a pro lékaře zručnou, vzdělanou a odpovědnou spolupracovnicí“

Sylva Macharová (Staňková, 2001, s. 29)

Úvod

Ošetřovatelství v posledních letech zažívá přerod, který znamená změnu v postojích, postupech a myšlení všech zúčastněných, lékařů, sester i u veřejnosti. Ošetřovatelství se dostává do popředí zájmu a sestry nabývají na důležitosti a prestiži. Ošetřovatelství je vědou, která se rozvíjí a hledá nové cesty v péči o pacienta. Cesty, které povedou ke zlepšení péče o ně.

Jako sestry si hledáme své místo v péči o pacienta, hledáme svou autonomii a svou hrdost. Posouváme své hranice dál ve všech směrech. Stáváme se, partnerem lékaře, ne jeho pomocníkem či asistentem. Jsme plnohodnotným členem týmu. Neustále se rozšiřují naše kompetence. Při výkonu naší profese, nám pomáhá nepřeberné množství přístrojů, které umíme ovládat. Jsme vzdělané a neustále své vzdělání prohlubujeme. Zastáváme mnoho rolí, řídíme se mnoha zákony a předpisy. Přesto bývá prosazení nových rolí, nových kompetencí, ale hlavně nového postavení sester, velmi těžké.

Ale co naši pacienti? Co od nás očekávají? Pomoc, pochopení a útěchu od hodného, milého a chápajícího „anděla“. „Anděla“, který pohladí rukou i slovem, „anděla“ který je mu nablízku, když je třeba v jeho těžkých životních situacích, mnohdy i posledních.

Jsme schopné tohle všechno našim pacientům, ale i jejich rodinám, poskytnout? Umíme si najít chvílku mezi odběrem krve, aplikací injekce a dokumentací na to, abychom se pacienta zeptaly, jak se vyspal, jak se dneska má, nebo jak mu chutnala snídaně? Umíme se zeptat tak, aby to nebyla naučená rutina a fráze, ale opravdový zájem?

Dokážeme být osobností vyrovnanou, vzdělanou, manuálně zručnou a zároveň empatickou a altruistickou?

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je věda a umění zároveň. K jeho vykonávání je nutná dávka lidského pochopení za současné aplikace specifických znalostí a dovedností, které jsou získávány celoživotním učením, praxí a výzkumem. Ošetřovatelství znamená moudrost, lásku a pomoc. Moudrost v ošetřovatelství symbolizuje kniha, která je znakem vzdělanosti sester, které své vzdělávání neustále prohlubují, ale i to, že obor ošetřovatelství se musí stále rozvíjet a hledat nová východiska. Srdce je symbolem lásky, symbolem, který říká, že sestra má být citlivá, empatická a umí naslouchat. Posledním symbolem je ruka, vyjadřující pomoc, kterou sestra nemocnému poskytuje. Ruka zastřešuje moudrost i lásku a říká, že sestra poskytuje nemocnému pomoc, která je moudrá a laskavá. Ošetřovatelství je od nepaměti spojeno převážně s osobností ženy, pro její přirozenou pečovatelskou potřebu (9, 18, 21, 42).

Dalším symbolem ošetřovatelství je symbol lampy a jeho světlo, který je dnes symbolem Mezinárodní rady sester. Tato ikona pochází z dob Florence Nightingalové, která byla známá, jako dáma s lampou (9).

Ošetřovatelství je názvem pro odbornou péči o nemocné, ale tento pojem zahrnuje mnohem víc než jen odbornou péči. Posláním ošetřovatelství je péče o člověka, jako o holistickou bytost v nemoci i ve zdraví ve všech věkových skupinách. Zahrnuje oblasti preventivní, diagnostické i terapeutické v systémech ústavních, ambulantních a komunitních. Jedná se o vědní disciplínu, které se v poslední době dostává stále většího společenského významu (9, 43).

Definice podle Konceptce ošetřovatelství vydané ve Věstníku č. 9 – Ministerstva zdravotnictví České republiky 2004 zní: „Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ (Věstník, 2004, s. 3)

Cílem ošetrovatelství je individuální uspokojování potřeb člověka za pomoci multidisciplinárního týmu v úzké spolupráci s nemocným. Ošetrovatelství intervenuje v oblastech podpory a upevňování zdraví, navrácení zdraví a neméně důležitou součástí je zmírňování utrpení nemocného a zajištění klidného umírání a důstojné smrti, jakožto součástí života, která byla v době minulé institucionalizována a tabuizována (26).

Ošetrovatelskou péčí rozlišujeme na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a péči specifickou. Poskytována péče obnáší rozličné činnosti, kterou poskytují různě vzdělaní pracovníci v oboru ošetrovatelství. Od všech pracovníků je očekáván určitý stupeň flexibility a reaktivity na změny, které se uplatňují v moderním ošetrovatelství. Důležité je celoživotní vzdělávání zdravotnických profesionálů, které je základem pro kvalitní výkon ošetrovatelské péče a vede ke snížení rizik, které jsou spjaty s poskytováním ošetrovatelské péče (14, 34).

1.1.1 Historie ošetrovatelství

Začátek ošetrovatelství má své kořeny v raném středověku a po celou dobu je spjato s šířením křesťanství. Ale péče o druhého člověka je stará téměř jako lidstvo samo, protože pomoc a péče o druhého člověka je přirozeností člověka. V počátku se postupy v ošetrování a léčbě předávaly ústně z generace na generaci. Výrazným faktorem, ovlivňující ošetrovatelství bylo náboženství (21).

Dalším výrazným faktorem ovlivňující rozvoj ošetrovatelství byly bezesporu válečné konflikty. Během nich vynikaly některé osobnosti, které se zapříčinily o změny v ošetrovatelství směřující kupředu. Ze středověku jsou známé křižácké války, během nichž se utvářely ošetrovatelské řády, které pečovaly o raněné křižáky. Mezi známé řády lze zařadit například rytíře sv. Lazara a Maltézské rytíře. S Krymskou válkou a rozvojem moderního ošetrovatelství jsou neodmyslitelně spjati Florence Nightingalová (12.05.1820-13.8.1910) a Nikolaj Ivanovič Pirogov (13.11.1810-05.12.1881). Florence Nightingalová, která vnesla do péče o raněné mimo jiné pravidla dodržování hygienických zásad a mnoho dalších principů, které jsou považovány za pilíře, o které se dnešní ošetrovatelství opírá. Florence Nightingalová: „Dobrá ošetrovatelka vede nemocného ke všemu, co jest mu prospěšno...“ (Staňková, 2001, s. 70). Florence

Nightingalová je řazena mezi přední holisticky smýšlející sestru, která jako první vnímala člověka jako celek. Nikolaj Ivanovič Pirogov, který jako první lékař vnímal ošetřovatelství jako plnohodnotné povolání, které má své nezastupitelné místo. Nikolaj Ivanovič Pirogov: „V krymské válce jsem se přesvědčil, jak málo si vážíme vrozeného taktu a jemnosti ženiny a jak jich nevyužítujeme...“ (Staňková, 2001, s. 65). Mezi osobnosti, které ovlivnily ošetřovatelství, patří i obchodník a bankéř Jean Henri Dunant (08.05.1828–30.10.1910), jenž projížděl kolem bojiště u Solferina a po této zkušenosti se rozhodl pro pomoc. Napsal knihu *Vzpomínky na Solferino*, kde popsal spatřené. Podněcoval organizování sbírek pro raněné a snažil se o vytvoření systematické pomoci. „Poprvé zveřejnil myšlenku zřídit v době míru v každé zemi společnost, která by se starala o výchovu dobrovolných ošetřovatelek a samaritánů, aby byl potřebný personál v době války k dispozici.“ (Plevová, 2011, s. 31, 32) Na jeho popud vznikl v roce 1864 Mezinárodní červený kříž. Bohužel za jeho zakladatele byl prohlášen, až v roce 1901 a v roce 1910 získal Nobelovu cenu za mír. Vznik této organizace výrazně ovlivnilo vzdělávání ošetřovatelek. Mezinárodní červený kříž umožňoval studium žen v zahraničí, především v Anglii. Dalším důležitým faktorem, který ovlivňoval po staletí rozvoj ošetřovatelství, byly pandemie. Ty byly nositelem nejen smrti a obrovského nárůstu nemocných, o které bylo nutno pečovat dle specifika dané pandemie, ale přinášely bezesporu nové poznatky z oblasti medicíny a ošetřovatelství, které byly využity k rozvoji ošetřovatelství (21, 34, 40, 46).

Během vývoje se ošetřovatelství začalo diferencovat do tří směrů. Laická, charitativní a organizovaná péče. Laickou péči si poskytovali nemocní sami či jejich blízcí v jejich domovech. Charitativní péče, se vyznačovala péčí o nemocné v charitativních domech, a jejím poskytovatelem byli především církevní řády. Jednalo se spíše o pečovatelskou než ošetřovatelskou péči, kdy v počátcích byly poskytovatelé bez vzdělání, až postupem doby se objevuje snaha, o jakési vzdělávání v oblasti ošetřovatelství. Poslední linií byla organizovaná péče profesionální, která se začala objevovat koncem 19. století a byla odezvou na již zmiňované války, a její iniciátoři byli osobnosti s nimi spojené. Péči poskytovaly jak řádové, tak civilní sestry či

ošetřovatelky, které se vzdělávaly v oblasti ošetřovatelské péče v možnostech, které poskytovala doba (21).

Rozvoj ošetřovatelství v jednotlivých zemích dále ovlivňovali společenské, kulturní, ekonomické, sociální a další podmínky. V neposlední řadě rozvoj ošetřovatelství ovlivnil pohled a právo na vzdělávání žen (9, 21).

1.1.2 Současnost ošetřovatelství

Ošetřovatelství je dnes samostatná vědní disciplína, která má svou filozofii, kterou je holismus. Holistický přístup znamená přistupovat k člověku jako k celostní bytosti. Tato praxe uznává celek lidské bytosti - propojenost těla, mysli, emocí, ducha, sociálního, kulturního a životního prostředí. Holistické ošetřovatelství je speciální postup, který vychází z poznání, ošetřovatelské teorie a odborných znalostí, vede sestry, aby se staly partnery s pacienty v jejich péči. Ošetřovatelství má také své metaparadigma, které se skládá z člověka, zdraví, prostředí a ošetřovatelské činnosti. Dále má své paradigma, tím jsou teorie oborů. Metodologií ošetřovatelství je ošetřovatelský proces. Ošetřovatelství je věda, která má vědeckou základnu, systém pre- a postgraduálního vzdělávání a národní a mezinárodní profesní organizace. Je vědou multidisciplinární. Je v interakci s medicínou, ale i dalšími vědními obory, jako je filozofie, etika, psychologie a další. Současné ošetřovatelství, je zcela jiné, než bylo ošetřovatelství před několika lety. V dnešní době potřebuje sestra více vědomostí, znalostí a zkušeností. Budoucnost v oblasti ošetřovatelství přinese ještě mnoho změn, které s sebou přinese měnící se svět (12, 21, 25, 33, 46).

Dnešní ošetřovatelství lze charakterizovat individualizovanou péčí, která je založena na aktivním vyhledávání a plánování intervencí vedoucí k uspokojování potřeb člověka, které se vztahují k jeho zdraví nebo změnám, které vznikly v souvislosti s onemocněním. Moderní ošetřovatelství se orientuje na prevenci, nejen na nemoc, jak tomu bylo v minulosti. Lze ho také charakterizovat jako regulovanou profesi s jasně danými kompetencemi pro vykonavatele ošetřovatelské činnosti. To, že je ošetřovatelství vědou a že se stále vyvíjí, dokazuje i fakt, že se v poslední době začíná do ošetřovatelství implementovat tzv. praxe založená na důkazech – Evidence Based

Nursing, což znamená integraci výsledků těch nejlepších ošetrovatelských výzkumů do ošetrovatelské praxe a prostřednictvím toho možnost poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, zároveň také smysluplnou a adekvátní ke stavu pacienta. V současném ošetrovatelství je důležité používat praxi, která je založena na důkazech i vzhledem k právním důsledkům chybného poskytování péče. V budoucnu se předpokládá ještě větší rozvoj Evidence – Based Nursing (23, 24, 26, 34).

Aby mohla být poskytována individualizovaná ošetrovatelská péče, je nutno mít k dispozici ošetrovatelský tým, který takovou péči poskytne. Takový tým se skládá z pracovníků s různým stupněm kvalifikace, která determinuje jejich kompetence a které jsou jasně definovány zákonem (26, 41).

Současné pojetí klade důraz na náročnější a autonomní práci ošetrovatelského personálu, který používá metodu ošetrovatelského procesu ve snaze dosáhnout kvalitní, ohleduplné a bezpečné ošetrovatelské péče. Kvalitu ošetrovatelské péče posuzuje každý jinak. Jinak jí chápe a posuzuje lékař, jinak sestra a jinak pacient. Pacient hodnotí kvalitu péče podle toho, jak jsou mu saturovány jeho potřeby, jak je s ním jednáno a zacházeno, jak si ho ošetrující personál všímá a jak s ním či jeho rodinou komunikuje. Neodmyslitelnou součástí současné ošetrovatelské praxe je řádně vedená ošetrovatelská dokumentace, která chrání nejen pacienta, ale i ošetrující personál. Je vedena podle principů ošetrovatelského procesu a záznamy v ní musí splňovat jasně definované požadavky, které udává zákon. Dalším důležitým bodem v ošetrovatelství jsou ošetrovatelské standardy, jejichž prostřednictvím jsou stanovena kritéria, za jakých je ošetrovatelská péče poskytována a zároveň uvádějí kritéria hodnocení ošetrovatelské péče (22, 26, 49).

1.1.3 Vykonavatelé ošetrovatelské činnosti – nelékařští zdravotničtí pracovníci

V historii i současnosti jsou poskytovatelé ošetrovatelské činnosti především ženy, ale současná doba přeje i mužským poskytovatelům ošetrovatelské péče, kteří jsou bezesporu velkým přínosem do oboru ošetrovatelství. V současné době poskytovatele ošetrovatelské péče upravuje zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o

podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů a jeho pozdější úpravy. Patří sem zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti dále zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (21, 58).

1.2 Vzdělávání sester

1.2.1 Historie vzdělávání sester ve světě

Podstatou vyškolení sester či dříve ošetřovatelek a pečovatelek byla především kvalitní asistentka lékaře, která plně akceptuje lékařovo rozhodnutí a sama neměla žádnou rozhodovací kompetenci. Historie vzdělávání sester má dlouhou tradici, která byla ovlivňována mnoha faktory. V současné době se přetváří sestra z asistenta lékaře na plnohodnotného člena týmu se svými kompetencemi. Georg Heinrich Theodor Fliedner (1800-1864), byl německý evangelický farář, který se zasadil o vznik Vyučovacního zařízení pro evangelické ošetřovatelky neboli Mutterhaus. Zařízení bylo založeno 13.10.1836. Mělo zlepšit pečovatelskou činnost o nemocné. Prosazoval, aby alespoň jednu hodinu týdně každá diakonka absolvovala vyučování pod vedením lékaře. Toto zařízení se stalo vzorem pro další zařízení nejenom v Německu. Theodor Fliedner na svých cestách založil špitály v Jeruzalémě, Istanbulu a dalších městech (9, 21).

Florence Nightingalová 15.06.1860 po svém návratu z Krymské války založila při nemocnici sv. Tomáše v Londýně, první ošetřovatelskou školu s názvem „Škola Florence Nightingalové pro zdravotní sestry.“ Pojetí této školy, bylo zcela odlišné od předchozích škol. Nightingalová tím dala základy modernímu ošetřovatelství. Mnohé předměty vyučovali lékaři, probíhalo zde nejen hodnocení studentek, ale i hodnocení vyučujících lékařů, aby byla možnost stále zlepšovat výuku. Studentky byly ubytovány v nemocnici, probíhala zde výuka, ale i praxe u lůžka nemocných. Studium trvalo jeden rok, studentky nosily uniformu, kterou jim navrhla Florence Nightingalová. Po skončení ročního studia pracovaly absolventky ještě tři roky jako “ošetřovatelky na zkoušku“ ve službách školy za malý plat. Až po této době odcházely jako dobře vyškolené ošetřovatelky (21).

1.2.2 Historie vzdělání sester v České republice

Již od 10. století se datuje organizované ošetřovatelství v českých zemích a to vznikem prvních hospiců na území Prahy, v nichž civilní sestry poskytovaly spíše charitativní pomoc v uspokojení základních potřeb. Podobně působily náboženské řády

a kongregace, zakládáním špitálů u klášterů, které ale neposkytovaly léčbu či ošetrovatelskou pomoc, spíše fungovaly jako přístřešek (9, 21).

Osobností raného ošetrovatelství v Českých zemích byla Anežka Přemyslovna (1211–1282), která založila několik klášterů v Praze, Řád křížovníků s červenou hvězdou, pro které vypracovala pravidla péče o chudé a nemocné. Postupně vznikaly v dalších městech, podle vzoru Prahy, další špitály. Další významnou osobností byla Zdislava z Lemberka (1220–1252), která se intenzivně věnovala charitativní práci (9, 21).

V českých zemích je nejstarší zmínka o ošetrovatelském vzdělávání datovaná k roku 1620. Toho roku byla otevřena nemocnice Milosrdných bratří pouze pro mužské pacienty v Praze Na Františku, kde probíhalo vzdělávání tamních mnichů v opatrovnické činnosti (21).

Zdravotní péče zaznamenala významný pokrok v osvěcenském období vlivem reforem Marie Terezie a Josefa II. Václav Joachim Vrabec (1740 – 1804), který vzešel z řádu Milosrdných bratří, se snažil dosáhnout výuky opatrovníků na pražské lékařské fakultě, ale tyto snahy byly brzy zastaveny. Pokračovatelem Václava Joachima Vrabce byl v letech 1799–1808 lékař Antonín Holý, který na pražské lékařské fakultě přednášel o opatrování nemocných. Bohužel těchto přednášek se nesměly zúčastňovat ženy, a tudíž uplatnění získaných vědomostí bylo velmi omezené (21).

I přes odmítavý postoj ke vzdělávání žen, byly již od roku 1859 snahy o založení ženského vzdělávacího spolku ze příspěví Marie Riegrové. Spolek měl seznamovat ženy s péčí o děti, hygienou a dalšími tématy. V roce 1871 za výrazné účasti Karolíny Světlé, vzniká v Praze, Ženský výrobní spolek český. Další jména, která byla spojena s tímto spolkem, jsou Eliška Krásnohorská, Dora Hanušová, Johanna Kuffnerová a další. Cílem Ženského výrobního spolku bylo provozovat Obchodnicko-průmyslovou školu, zaměřenou na výuku praktických předmětů. Fungovalo zde i zprostředkování práce (21).

Společnost nadále nepřijímala myšlenku vzdělávání žen, proto spolek fungoval v mezích výuky výchovy dětí a rodinného života. Ženský výrobní spolek český s iniciátorkou Karolínou Světlou, požádaly o pomoc Spolek českých lékařů při realizaci

myšlenky ošetrovatelské školy. Spolek českých lékařů tuto myšlenku podpořil hlavně díky lékaři Vítězslavu Janovskému, který spolu s dalšími lékaři začal na kurzech ošetrovatelství přednášet. Díky emancipačnímu hnutí i přes skepsi ke vzdělávání žen, v roce 1874 vzniká první česká škola, která fungovala až do roku 1881. Vznik této školy znamenal postupný přerod opatrovnické činnosti v profesi ošetrovatelskou. Škola vyučovala ošetrovatelky v teorii i praxi, výuka probíhala formou kurzů dle učebního plánu. První kurz proběhl od 1. června do 20. prosince 1874. Výuka probíhala v chorobinci v Praze na Karlově. Přednášky se týkaly teorie ošetrování, zdravotědy, tělovědy, obvazové chirurgie, ošetrování dětí a další. Kurz byl zakončen zkouškou a absolventky získaly diplom. Škola se snažila o výuku moderního ošetrovatelství dle Florence Nightingalové, čemuž jí velice pomohla její publikace „Kniha o ošetrování nemocných“, která byla přeložena právě v roce založení ošetrovatelské školy v Praze. Konec školy přišel o sedm let později v roce 1881. Důvodů k ukončení činnosti bylo několik. Patřil mezi ně odchod přednášejících lékařů, zákaz praxe na Karlově a další. V tomto období neexistovala žádná oficiální ošetrovatelská škola, kromě školy ve Vídni. Nově vznikající i stávající nemocnice si zaučovaly ošetrovatelky sami pro svou potřebu (9, 21).

Myšlenku mateřských domů, které v Německu zakládal Georg Heinrich Theodor Fliedner, u nás podporoval evangelický farář v Krabčicích pod Řípem. V roce 1912 česká diakonie získala první mateřský dům v Praze na Vinohradech. Diakonky působily dále v nemocnici Na Bulovce v sirotčincích a dalších institucích (21).

V roce 1916 byla otevřena v Praze Státní dvouletá ošetrovatelská škola, která pokračovala v činnosti i po skončení první světové války, tehdy již v nově vzniklém Československu. Další ošetrovatelské školy začaly vznikat podle jejího vzoru. Škola měla vysokou odbornou úroveň díky třem americkým sestram, které byly v roce 1920 přizvány Alicí Masarykovou (03.05.1879-09.11.1966) k jejímu vybudování. Vypracovaly koncepci teoretické a praktické výuky a postupně zaučily další sestry pro práci sester učitelek či instruktorek praktického vyučování. Jednalo se o první absolventky této školy. První českou ředitelkou této školy se stala v roce 1923 Sylva Macharová (23.06.1893–19.01.1968). V roce 1931 přešla škola pod státní správu (21).

O dva roky později, tedy v roce 1918, byla v Praze otevřena vyšší sociální škola, která v jednoletém studiu připravovala sociální pracovníky pro samostatnou práci v terénu. Po vzniku Československé republiky se díky tehdejšímu prezidentu T. G. Masarykovi a jeho dceři Alici Masarykové rozvíjí Československý červený kříž a ošetrovatelská péče (21, 34).

Po roce 1921 vznikalo množství řádových škol, které, se věnovaly výuce v oblasti ošetrovatelství. Jednalo se převážně o dvouleté studijní programy, kdy v prvním ročníku byla studována teorie a ve druhém ročníku probíhala praktická výuka. Sestry po úspěšném absolvování a složení zkoušek získaly diplom a odznak diplomované sestry. Vznikla německá roční rodinná škola sester sv. Kříže v Chebu, Chomutově a Varnsdorfu. Dále německá rodinná škola řádu Voršilek ve Frývaldově, česko-německá škola sv. Františka z Assisi v Opavě. V Hradci Králové vznikly dvě řádové školy, jednak ošetrovatelská škola Šedých sester III. řádu sv. Františka, kterou později, v roce 1949 po zestátnění, převzala nově vzniklá Vyšší sociálně zdravotní škola a v roce 1940 vzniklá Odborná škola pro ženská povolání Chudých školských sester de Notre Dame. V Praze roku 1939 vznikla ošetrovatelská škola Milosrdných sester sv. Karla Baromejského při nemocnici Pod Petřínem, která byla o deset let později zrušena. Vznikaly samozřejmě i civilní školy, ale v daleko menší míře než školy církevní. V roce 1937 za podpory Československého červeného kříže vznikla ošetrovatelská škola v Ostravě a o dva roky později v Brně. Současně se začala objevovat potřeba specializovaných sester. Proto se začaly uskutečňovat různé kurzy při ošetrovatelských školách. V roce 1922 vznikla první samostatná ošetrovatelská škola pro dětské sestry v Praze-Krči. V roce 1930 začala tamtéž výuka a výcvik porodních asistentek (21).

V poválečném období se zvýšila poptávka po kvalifikovaných ošetrovatelkách a tak se síť ošetrovatelských škol rozrůstá. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetrovatelská škola, která v jedné větvi poskytovala pedagogické vzdělání sestrám - učitelkám na ošetrovatelských školách, v druhé větvi připravovala vrchní sestry pro řídicí práci v ošetrovatelství a ve třetí větvi se sestry vzdělávaly pro terénní péči. Na svou dobu to byla škola velice pokroková. Po roce 1948 byly zrušeny školy zřizované církví a po vzoru Sovětského svazu vznikaly Střední zdravotnické školy, slučovaly se

ošetřovatelské, rodinné a sociální školy. Střední zdravotnické školy připravovaly všechny kategorie středních zdravotnických pracovníků, mezi které patřily zdravotní sestry, laboranti, rehabilitační pracovníci, dietní sestry a ženské sestry. Školy byly čtyřleté a nástup byl možný až po absolvování povinné školní docházky (21, 34).

V roce 1960 vznikl Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě, kde se mohly sestry specializovat v určitém oboru. Ve stejném roce bylo v Praze na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy otevřeno dvouoborové pětileté studium ošetřovatelství v kombinaci s psychologií a později pedagogikou. Absolventky tohoto vysokoškolského studia byly připraveny pro vyučování na zdravotnických školách. Poslední dvě zmíněné instituce se staly současně i centrem pro ošetřovatelský výzkum, který se začal postupně rozvíjet. Staly se i odrazovým můstkem pro rozvoj ošetřovatelství v České republice a umožnily ošetřovatelství, aby vstoupilo do povědomí široké veřejnosti, jako vědní disciplína a sestřím se dostalo zaslouženého společenského uznání (21, 34).

1.2.3 Současnost vzdělávání sester v České republice

Kvalifikačním vzděláním do roku 2004, v oboru zdravotní sestra, bylo čtyřleté studium na středních zdravotnických školách zakončené maturitní zkouškou. Změnou v roce 2004 bylo přijetí zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V roce 2007 absolvoval poslední ročník v tomto oboru. Od roku 2004 byl nahrazen oborem zdravotnický asistent, který vykonává svou činnost pod odborným dohledem. I tento obor je čtyřletý a je zakončen maturitní zkouškou. V roce 1996 začaly vznikat vyšší odborné školy pro absolventy všech středních škol s obory diplomovaná všeobecná sestra, diplomovaná dětská sestra, diplomovaná sestra pro intenzivní péči atd. Zakončením studia bylo absolutorium se získáním titulu DiS. – diplomovaný specialista. V roce 2005 vznikají zdravotnická lycea, která patří do středoškolského vzdělávacího systému, zabývají se intenzivní přípravou žáků k vyššímu či vysokoškolskému studiu, především ve zdravotnických oborech, ať už na lékařských, farmaceutických či zdravotně sociálních fakultách. Studium, je zakončeno maturitní zkouškou (29).

S přijetím zákona č. 96/2004 Sb. se stává kvalifikačním vzděláním pro sestry studium na vysokých školách v bakalářském studijním programu Ošetřovatelství, které trvá nejméně 3 roky a je zakončeno státní závěrečnou zkouškou s obhajobou bakalářské práce a udělením titulu Bc. - bakalář nebo studium na vyšších odborných školách, které je ukončeno absolutoriem a udělením titulu DiS., taktéž trvající 3 roky. Postkvalifikačním studiem bylo ustanoveno tímto zákonem navazující magisterské studium v oboru Ošetřovatelství, kdy po úspěšném absolvování státní závěrečné zkoušky a obhájení diplomové práce udělen titul Mgr. - magistr. Dále do postkvalifikačního vzdělání patří specializační studium, certifikované kurzy a celoživotní vzdělávání sester. Specializační vzdělání lze získat absolvováním vzdělávacích programů, které akreditovalo ministerstvo zdravotnictví. Je postaveno na modulovém způsobu výuky. Rozlišujeme tři moduly – základní, odborný, speciální. Základní modul, je společný pro všechny specializační studia a obsahuje všeobecné znalosti a dovednosti. Odborný modul je v souladu se zvoleným oborem studia a speciální modul je zaměřen na specifickou problematiku studovaného oboru. Specializační studium je možné v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a dalších institucích. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů vzniklo v roce 2003 místo Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně. Obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti nelékařských pracovníků stanovuje nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Absolventi magisterského studia mohou dále pokračovat ve vysokoškolském vzdělávání v doktorském či doktorandském oboru s udělením titulu Ph.Dr. nebo Ph.D. (14, 21, 32, 34, 43).

Reakcí na požadavky, které se snaží o stálé zvyšování kvality poskytované péče a navyšující se kompetence sester, je rozšiřování spektra dovedností sester, které získávají během celoživotního vzdělávání. Důraz by měl být kladen na dovednosti, jako je samostatnost, komunikace, odpovědnost a mnoho dalších. Minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti stanovuje vyhláška č. 39/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb. (21, 34, 43).

1.3 Role sestry

Profesionální role je specifická pro určitou profesi. Zahrnuje aktivity, chování, jednání, ale i vystupování vztahující se k výkonu této profese. Profesní role nejsou stabilní. S rozvojem oboru se mění a rozšiřují i profesní role. S rozvojem medicíny, složitějších technologií a technického vybavení se začala měnit i role nelékařských zdravotnických pracovníků. Profese všeobecné sestry se stává autonomní, sestra se stává rovnocennou členkou týmu, především díky stále se rozrůstajícím kompetencím. Významným aspektem při změně role sester je jejich vysokoškolské vzdělání (25, 34, 41).

Současná podoba profesních rolí sestry vychází z cílů moderního ošetrovatelství, tedy z holistického přístupu a orientace na potřeby pacienta, jeho rodiny či komunity. Dále z ošetrovatelského procesu, z kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče a v poslední době rozvíjejícího se ošetrovatelství založené na důkazech. Role sestry se mění s ohledem na to, s kým je sestra právě v interakci. Každá sestra, ale i každý člen ošetrovatelského týmu, by měl znát své role a vědět o rolích ostatních, tak aby na sebe role navazovaly eventuálně se minimálně překrývaly, ale nikdy nesmí být nesouladu či si dokonce odporovat. Všechny role, které všeobecná sestra plní, provází povinnost zachování etiky povolání. Principem etiky je v zásadě odpovědnost a úcta sestry k lidskému životu, jeho důstojnosti a dodržování lidských práv. Sestry v České republice přijaly Etický kodex sester Mezinárodní rady sester, který je v České republice platný od 29. 3. 2003 (7, 20, 25, 34).

V poslední době se v profesi sestry událo mnoho změn a profese prošla složitým vývojem. Se změnou kompetencí sester se práce sestry stává samostatnější a zodpovědnější a tím se rozšiřuje prostor pro nové role sester. Nové role s sebou přinášejí potlačení podřízené úlohy sester a naopak zvyšují význam a prestiž profese sestry (3).

Povolání sestry se začalo rozvíjet jako charitativní činnost bez odborné přípravy a jednalo se o poskytování nejzákladnější péče pro chudé lidi. Teprve s nástupem medicíny se začíná utvářet základ k podobě současného povolání sestry. Tehdy se jednalo o pomocníka lékaři. Protože nemocnice vyrůstaly na místech bývalých špitálů

s charitativní péčí, bylo na civilní sestry stále nahlíženo, jako na charitativní poskytovatele ošetrovatelské péče. Tyto dva pohledy, tedy pomocník lékaře a charitativní poskytovatel, výrazně ovlivnily podobu profese sestry na dlouhou dobu a v určité míře přetrvává dodnes. Další skutečnost, která ovlivnila ošetrovatelství, byla medicína. Očekávání lékařů a směr medicíny se odrazil na orientaci, kterou se ošetrovatelství začalo ubírat. Ošetrovatelství zaměřené na samostatnou nemoc, izolovanou od nemocného. Pacient byl chápán, jako pasivní příjemce ošetrovatelských a medicínských intervencí. Ošetrovatelství se stalo souborem úkonů a výkonů, bez ohledu na pacientovi bio-psycho-sociální potřeby. Tímto směrem se ubírala i výuka ošetrovatelství (3).

Až koncem 20. století se výrazně mění pohled na ošetrovatelství a to také díky Virginii Hendersonové, která zastávala názor, že základní funkcí sestry je pomáhat zdravému i nemocnému člověku ve vykonávání činností, které se týkají jeho zdraví a to i za okolností, při kterých není sám schopen nebo nemá potřebnou sílu, vůli či znalosti. Předmětem I. Evropské konference o ošetrovatelství ve Vídni v roce 1988 byla změna v profesi sestry. Z té vyplývá, že role sestry tkví v působení coby partnera při rozhodování a plánování v místních, regionálních a národních službách. Podporuje jedince, rodiny a komunity, aby se více podíleli na péči o své zdraví, a poskytuje srozumitelné informace o pozitivních i negativních následcích různých typů chování a o přednostech a nákladech zvolené péče (4, 43).

Pro role sestry platí určité modely chování, do kterých patří funkční specifita, univerzalismus, orientace na druhé a emocionální neutralita. Povolání sestry čítá více rolí a sestra by měla být připravena tyto role vhodně použít a využít jich, tak jak je v danou situaci, potřeba. V současné době se role týkají především oblastí ošetrovatelsko-pečovatelských, expresivních, instrumentálních, poradenských, podpory a výchovy ke zdraví, organizace atd. Konkrétní pojmenování rolí sester v moderním ošetrovatelství je pečovatelka, jedná se o roli tradiční, znamená poskytování ošetrovatelské péče. Edukátorka nemocného a jeho rodiny tato role ovlivňuje především oblast prevence, rozvoj soběstačnosti v oblasti sebepéče a nácviku praktických dovedností. Obhájkyň nemocného zastupuje nemocného a stává se jeho mluvčím ve

chvích, kdy nemocný sám nemůže projevit své potřeby, problémy a přání. Sestra je schopna identifikovat tyto potřeby, problémy a přání, díky ošetrovatelskému procesu. Koordinátorka - sestra plánuje a organizuje realizaci ošetrovatelské péče ve spolupráci s ostatními členy týmu, tedy i rodinou nemocného a nemocným samotným. Asistentka - tato role je závislá na lékaři, kdy se sestra podílí na terapeutických a diagnostických výkonech naordinovaných lékařem, připravuje nemocného na výkony a asistuje u nich. Výzkumnice - je to role nová, kdy se sestra podílí na získávání a aplikaci nových poznatků do praxe a podílí se na výzkumných projektech (5, 41).

Je nutné, aby sestra poznala a přijala své role. Tím nebude docházet k nepromyšleným činnostem a zabrání se tak porušování pravidel. Současně se zamezí striktnímu dodržování pravidel bez uvažování. Adaptace na nové role je velice obtížná, vzhledem k dosavadnímu prostředí, ve kterém se ošetrovatelství utvářelo. Mnohé sestry, ostatní zdravotní pracovníci ani veřejnost zatím nejsou zcela připraveni na tyto nové role sester. Realizace rolí je mnohdy velice složitá pro standardy ve zdravotnictví a současně pro uplatnění těchto rolích v často nestandardních situacích (4).

1.4 Curriculum

Nové kurikulum vzniklo podle Evropské strategie Světové zdravotnické organizace. Jeho úkolem je připravit kvalifikované všeobecné sestry a porodní asistentky, které budou schopné plnit své profesní role a funkce podle svých kompetencí. Koncepce nového kurikula pro pregraduální vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek zahrnuje předměty, výchovně vzdělávací cíle, plány, charakteristiku dovedností a schopností jak učit sám sebe a učit druhé, dále jak využívat hodnocení a metody vyhodnocování výsledků a cílů. Kurikulum má pevně definovanou strukturu, popsany proces a jasně daný výsledek. Náplň kurikula musí odpovídat nejnovějším poznatkům výzkumu v oboru a pracovat se systémem ošetřovatelství založeném na důkazech (25).

Stěžejní témata kurikula jsou teorie a praxe ošetřovatelství, vývoj člověka a sociální prostředí, podpora zdraví a zdravotní výchova, sociální a behaviorální vědy, komunikační dovednosti, organizační struktura a procesy, profesní, etické a morální problémy ošetřovatelství, evaluace a audit, etnické a kulturní hodnoty, etické a morální aspekty, klinická praxe a manuální zručnost. Nové výchovně vzdělávací cíle kurikula jsou zformulované do kompetenčních kritérií. Východisky pro změnu byly dokumenty Rady Evropy z 60. let 20. stol., které obsahují směrnice pro shodné vzdělávání a kvalifikaci sester. Ve Štrasburku v roce 1972 byla vyhlášena Evropská dohoda o vzdělání sester, která je stále platná. Tato dohoda byla v roce 1995 doplněna o dokument Rady Evropy - Role a vzdělávání sester, jehož cílem je rovnocenné a srovnatelné vzdělání sester v EU (21, 25).

Mezi specifické výchovně vzdělávací cíle nového kurikula patří kognitivní cíle, mezi které jsou zahrnuty oblasti intelektových, poznávacích a vědomostních schopností. Dále sem patří psychomotorické dovednosti, které zahrnují veškeré dovednosti z oblasti používání pomůcek a přístrojů v ošetřovatelství. Jedná se tedy o naplnění cílů praktických dovedností. Jako poslední specifický výchovně vzdělávací cíl patří afektivní cíl, který zasahuje do oblastí citových, postojových a hodnotových, ale také zahrnuje velice podstatnou komunikační dovednost (25).

1.5 Regulace a celoživotní vzdělávání

Některá povolání jsou velice náročná, a proto je mohou vykonávat jen osoby, které splní přísná kritéria dané zákony. Takovým profesím se říká regulované profese. Regulace má usměrňující funkci, díky níž je do profese vnášen řád, důslednost, kontrola a identita (41).

Za regulované povolání je považováno povolání nebo činnost, pro které jsou u nás dány předpisy Evropskou unií. Jsou to požadavky, bez kterých nemůže nikdo toto povolání či činnost vykonávat. Požadavky se můžou týkat například stupně a oboru vzdělání, praxe, bezúhonnosti, zdravotní způsobilosti, atp. (8).

1.5.1 Regulace

Vykonávání povolání sestry je spojeno s ohrožením zdraví či života jiného člověka, proto patří mezi regulovaná povolání. Regulační systém v ošetrovatelství zajišťuje pevné postavení, soudržnost a integritu všech členů v ošetrovatelské profesi. Zařazení povolání sester mezi regulované profese určuje směrnice Evropské Unie pro vzdělávání sester. V roce 1995 byla regulace prohlášena za jeden ze tří pilířů strategie Mezinárodní Rady Sester. Dalšími pilíři jsou odborná kvalifikace pro vykonávání praxe a sociálně - ekonomická prosperita. Regulace ve zdravotnictví se týká oprávnění k výkonu povolání, celoživotního vzdělávání a odborné náplně práce (25, 41).

Regulace je statutární nebo profesní. Statutární regulací se rozumí vládní tedy vnější, externí regulace. Její specifickou úlohou je uzákonění legislativy komplexního ošetrovatelství v souladu s realizací projektu Světové zdravotnické organizace Zdraví 21 a s Vídeňskou deklarací z roku 1988. Dalším úkolem, nespécifickým pro obor, je zajištění ekonomicko-sociální jistoty dané profese. Profesní regulace je interní regulací ošetrovatelství. Má několik úrovní. Může se jednat o regulaci na úrovni jednotlivých sester, pracovních skupin, národních a mezinárodních profesních organizací apod. Regulace jako celek má za cíl chránit veřejnost a zajistit zvyšování kvality poskytované péče. V roce 1998 byla založena Spojená akreditační komise ČR a byl vydán věstník - Program kontinuálního zvyšování kvality. Téhož roku je zveřejněna Koncepce českého ošetrovatelství, což bylo přelomovým bodem v oboru ošetrovatelství. Koncepce

definuje obor a stanovuje jeho cíle, předmět, jeho úkoly, pracovníky a další. Koncepce se dočkala aktualizace v roce 2004, za výrazné iniciativy doc. PhDr. Marty Staňkové CSc. (21, 25).

1.5.2 Národní registrační systém

Registrační systém, jehož iniciátorkou byla rovněž doc. PhDr. Marta Staňková CSc., je jedním ze stěžejních bodů regulace, protože vnáší pořádek, řád a přehlednost do ošetrovatelství a celoživotního vzdělávání sester. Je dán zákonem č. 96/2004 Sb., který vešel v platnost 1. dubna 2004. Jeho vedením bylo pověřeno Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a po splnění podmínek pro registraci získává sestra „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.“ V současné době je registrace dobrovolná. Registrace nelékařských zdravotnických povolání má za cíl ochranu veřejnosti založenou na principu celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, které znamená průběžně obnovovat, zvyšovat, prohlubovat a doplňovat vědomosti, dovednosti a způsobilost těchto pracovníků a vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a činností, které s tím souvisejí. Kvalita poskytované ošetrovatelské péče pomáhá zvyšovat úroveň a prestiž nelékařských zdravotnických povolání. Úkolem registru je diferenciací sester na oblasti poskytované péče, podle jejich kompetencí a zamezuje tak poskytování péče nekvalifikovaným personálem. Pozitivum registru je i evidence záznamů nelékařských zdravotnických pracovníků, které lze použít k různým výzkumům či interpretaci potřeb ošetrovatelství. V registru se stále aktualizují data podle registrace prodloužení a dodaných podkladů každé sestry, tedy podkladů z aktivit v rámci celoživotního vzdělávání, které sestra musí absolvovat, aby mohla, podle současné novelizace zákona č. 105/2011 Sb., žádat po deseti letech o prodloužení registrace a tedy vykonávat povolání bez odborného dohledu. Tento řetězec neustále zajišťuje vzdělání a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče kvalifikovanými a vzdělanými pracovníky (9, 21, 25, 39).

1.5.3 Legislativa ošetrovatelské praxe

V současné době se ošetrovatelství a další nelékařská povolání řídí zákonem č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 a novelou zákona č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotních povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který vešel v platnost 22. dubna 2011, dále Věstníkem Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9/2004, který obsahuje Koncepti českého ošetrovatelství. Mezi další patří vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotních pracovníků a její novely č. 321/2008 Sb. a č. 4/2010 Sb., kde jsou vysvětleny pojmy vztahující se k tématu a podmínky pro udělení daného množství kreditů. Další je vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která obsahuje 6 částí. V první části jsou obecná ustanovení, která definují předmět úpravy a vymezují pojmy, jako je ošetrovatelská péče, základní, specializovaná a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče. Mezi další pojmy, které vyhláška ve své první části objasňuje, patří indikace, ošetrovatelský proces, standard, specializované postupy, laboratorní praxe, zdravotnický přístroj, klinická odpovědnost za lékařské ozáření, aplikující odborník pro lékařské ozáření, praktická část lékařského ozáření, zabezpečení jakosti a určená osoba. Ve druhé části se zabývá činnostmi zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí, mezi které patří mimo jiných také všeobecná sestra, porodní asistentka a zdravotnický asistent. Ve třetí části se vyhláška zabývá činnostmi jiných odborných pracovníků, mezi které například patří speciální pedagog a další. Čtvrtá část pojednává o činnostech zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Tato část se dělí na XX. hlav, kdy každá hlava definuje činnosti jednoho zdravotnického pracovníka se specializovanou způsobilostí. V části pět jsou definována přechodná ustanovení a v části šest, se ruší vyhlášky č. 424/2004 Sb. a č. 401/2006 Sb. Hlava I. definuje činnosti a rozděluje všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí na sestru pro intenzivní péči, sestru pro perioperační péči, dětskou sestru, dětskou sestru pro intenzivní péči, komunitní sestru, sestru pro péči v chirurgických oborech, sestru pro

péči v interních oborech, audiologickou sestru, sestru pro nukleární medicínu, sestru pro péči v psychiatrii, sestru pro pracovně - lékařskou péči, sestru pro transfuzní službu a sestru pro klinickou perfuziologii. Vyhláška č. 470/2004 Sb., kterou se stanoví seznam nemocí, vad a stavů, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu zdravotnického pracovníka. Dále tato vyhláška určuje druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. ze dne 11. ledna 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Nařízení specifikuje obory a označení specializace a jejich převedení z dřívějších předpisů. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (21, 26, 27, 32, 50, 51, 52, 53, 58, 59).

1.5.4 Celoživotní vzdělávání

Všeobecná sestra má osobní zodpovědnost za své vzdělávání a tím udržování své odborné způsobilosti. Odbornou způsobilostí se rozumí znalosti, postoje a dovednosti, které jsou nutné k vykonávání profese. Celoživotní vzdělávání je součástí moderního ošetrovatelství a neodmyslitelně patří k dnešní době. Vede ke zkvalitňování sesterských vlastností, dovedností, schopností a vědomostí. Je to nástroj, který umožňuje sestram získávat stále nové poznatky, na které reagují ve své praxi jejich aplikací, a tím zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče. Současně neustálé prohlubování svých vědomostí a dovedností vede u sester k větší sebevědomosti, sebeúctě a k úctě ze strany jejich okolí a ke zlepšování svých vlastností. Tím se zvyšuje bezesporu prestiž a image sestry. V neposlední řadě prostřednictvím pocitů sebeúcty a uznání okolí, sestry bojují proti syndromu vyhoření. Provedené výzkumy dokazují, že existuje souvislost mezi autonomním odborným růstem sester a faktory, jako jsou spokojenost sester a kvalitnější ošetrovatelská péče (31, 42).

Celoživotní vzdělávání bylo definováno zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V zákoně jsou vedeny aktivity, které jsou za celoživotní vzdělávání považovány. Mezi prvky celoživotního vzdělávání patří například již zmiňované specializační vzdělání, certifikované a inovační kurzy, odborné stáže,

semináře, konference, kongresy, ale i e-learningové kurzy, publikační činnost, vědecko-výzkumná a pedagogická činnost a další. Patří sem také již zmiňované vysokoškolské studium v doktorských a magisterských programech, ale je zde podmínka předchozího absolvování vzdělání poskytující odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (34).

1.6 Kompetence sestry

Kompetence v oblasti ošetrovatelství znamenají potřebnou kvalifikaci pro výkon povolání všeobecných sester. Mezi tyto kompetence se řadí znalosti, dovednosti a postoje, prostřednictvím nichž může sestra vykonávat svoje povolání. Předpokladem pro získávání potřebných znalostí, dovedností a postojů, dále i vlastností je přesně definované vzdělání a jeho neustálé prohlubování během života. Mezinárodní rada sester, jako řídicí subjekt v ošetrovatelství, vytvořila mezinárodní kompetence pro všeobecné sestry, za účelem vyjasnění rolí všeobecných sester a umožnění uznání kvalifikací sester na mezinárodní úrovni. Definicí kompetencí podle Mezinárodní rady sester je: „úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudku“ (Alexander, 2003, s. 8). Kompetence všeobecné sestry by měly mít vlastnosti, jako jsou pochopení, úsudek, znalost, penzum dovedností jak technického charakteru, tak kognitivního, komunikačního či psychomotorického, ale také vlastnosti osobnostní a postoje (1).

V České republice jsou kompetence dány vyhláškou č. 55/2011 Sb. a jsou minimálním požadavkem Evropské Unie, které zaručují určitou kvalitu vzdělání a umožňují tak volný pohyb pracovních sil na poli ošetrovatelství v rámci Evropské Unie. Každý členský stát musí splnit tyto minimální kompetence, ale může a je i pro další rozvoj žádoucí, aby je překračoval a posouval hranici vzdělanosti v oboru ošetrovatelství dál (25).

V oboru všeobecné sestry mluvíme o profesních kompetencích. Rozlišujeme kompetence základní, specializované a vysoce specializované. Mezi čtyři základní druhy kompetencí patří kompetence autonomní - nezávislé, kooperativní - závislé, kompetence v oblasti výzkumu a vývoje a v oblasti řízení ošetrovatelské péče. Mezi autonomní kompetence patří uspokojování potřeb nemocných, které vznikly v souvislosti s onemocněním. Všeobecná sestra bez odborného dohledu a indikace zabezpečuje základní a specializovanou péči, za dodržování právních předpisů a standardů ošetrovatelské péče. Součástí autonomních kompetencí je i podpora zdraví, prevence onemocnění a výchova ke zdraví u jednotlivců, rodin nebo určitých skupin. Důležitým faktorem v prevenci, podpoře a výchově ke zdraví je motivace. Všeobecná

sestra musí umět motivovat, tedy mít dovednost, tak aby mohla naplnit cíl této autonomní kompetence (27).

Kooperativní kompetence všeobecné sestry vyžaduje respektování rolí ostatních profesionálů a spolupracuje při plnění úkolů v multidisciplinárním týmu, tak aby bylo zabezpečeno zdraví pacienta. Kompetence všeobecné sestry v oblasti výzkumu a vývoje v ošetrovatelství zahrnují kritické myšlení při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení poskytnuté péče, podílení se na výzkumné činnosti a využívání výsledků výzkumu pro každodenní praxi v péči o nemocné. Důležitou součástí těchto kompetencí je celoživotní vzdělávání všeobecných sester. Tyto kompetence vedou k neustálému rozvoji oboru ošetrovatelství. V oblasti řízení ošetrovatelské péče spočívají kompetence sester v řízení, kontrole týmu a spolupráci v multidisciplinárním týmu. Současně vzdělávají a hodnotí podřízené pracovníky. Mezi tyto kompetence patří také sledování ekonomických nákladů a efektivity vykonané práce (27).

1.7 Vlastnosti a dovednosti

Dovednost vyjadřuje, stav kdy se člověk něčemu naučil, něco umí, má tedy dostatečné vědomosti a zkušenosti, které potřebuje a umožní mu vykonávat určitou činnost. Vlastnosti jsou potom základní, charakteristické rysy člověka, které se projevují v jeho chování (6).

Povolání či profese vyžaduje specifické dovednosti, vědomosti a přípravu na její vykonávání. Povolání je činnost, která je často celoživotním předmětem zájmu člověka, má k němu vyžadující vzdělání a znalosti, ale také určité předpoklady a dovednosti. K tomu, aby plnění rolí sestry bylo zdařilé, je nutné, aby sestra uznávala sociocentrismus, univerzalismus a emocionální neutralitu (25, 56).

Povolání sestry je velice náročné po stránce vědomostní, psychické, fyzické, ale i osobnostní. Velké nároky jsou kladeny na komunikační dovednosti, schopnost empatie a etiku, ve vztahu k nemocnému, jeho rodině, ale i ke spolupracovníkům. Předpokládá se, že sestra dokáže obstarat svou odbornou činnost, často za pomoci moderní techniky, vyrovná se s fyzickou zátěží, vede správně ošetrovatelskou dokumentaci a zároveň je schopna se vyrovnat se svými osobními problémy a nepřenášet je na kolegy a nemocné. Zároveň, je povolání sestry krásné a mělo by v každé sestře vzbuzovat hrdost a naplňovat jí pocitem uspokojení (21, 56).

Sestra, coby představitelka ošetrovatelského povolání, by měla být osobností vzdělanou, emočně zralou a vyrovnanou. Měla by mít určité osobnostní předpoklady, mezi které patří sebekritičnost, tvůrčí přístup, porozumění, jistá úroveň vystupování, rozvážnost, ale současně i pohotovost a postřeh, trpělivost, sebeovládání a v neposlední řadě by sestra měla být pozitivně orientovaná na péči o druhého člověka, mít ujasněný žebříček hodnot a především mít úctu ke člověku. Sestra svým jednáním ovlivňuje prožívání nemocného, pozitivně i negativně. Sestry můžeme rozdělit do několika typů, podle jejich vlastností. Věcná, přesná orientovaná na výkon, je popisována jako sestra rutinní. Pokud se sestra snaží dělat dojem, mluví se o herecky afektované sestře. Roztěkaná, podrážděná sestra je pojmenována nervózní sestrou. Mužským typem sestry označujeme sestru energickou s racionálním myšlením. A posledním typem je sestra mateřská, která je milá, empatická a chápající. Můžeme také sestru charakterizovat

z hlediska typologie osobnosti, jako cholerickou, sangvinickou, melancholickou a flegmatickou (9, 25, 41, 56).

Dovednosti sester řadíme do oblastí intelektuálních, sensorických a sociálních. Všechny dovednosti jsou na stejné úrovni a sestra by měla disponovat všemi skupinami dovedností. Dovednost intelektuální je často neviditelným aspektem v ošetřovatelství, zahrnuje všechny myšlenkové procesy pro využívání všech znalostí, které sestra má. Týká se to znalostí napříč spektrem celého ošetřovatelství, takže lze uvést jako příklad ošetřovatelský proces, kdy jeho znalost a znalost jednotlivých fází umožňuje jeho pochopení a správnou aplikaci. K tomu, aby byl ošetřovatelský proces funkční, je nutné použít dalších myšlenkových operací, jako je analýza, syntéza, kritické myšlení a mnoho dalších. Protože informací v ošetřovatelství je mnoho a neustále přibývají, je nutné, aby sestra uměla s informacemi pracovat a věděla, kde je hledat. I to je dovedností intelektuální (19, 30).

Senzorické dovednosti nebo také senzomotorické dovednosti, jsou oblastí, kde sestra aplikuje technické provedení. Z intelektuálních dovedností víme, co je to ošetřovatelský proces, z jakých fází se skládá a co pro to musíme udělat. V této oblasti už jde o vlastní provedení úkonů, vedoucí k získání potřebných informací. To znamená, že musíme prakticky zvládnout sběr informací, provést základní fyzikální vyšetření, zajistit prakticky naplánované intervence atd. (30).

Poslední dovedností, ale neméně důležitou, je dovednost sociální či interpersonální. Sem řadíme především dovednost komunikace. Pokud se vrátíme k ošetřovatelskému procesu, jakožto k jádru ošetřovatelské péče, pak máme informace o ošetřovatelském procesu, víme jak ho provést a jsme schopni ho provést, ale bez toho, aniž bychom navázali vztah s pacientem či jeho rodinou, který by byl založený na důvěře, se nám nepodaří získat adekvátní a dostatečné informace k tomu, abychom mohli aplikovat bezpečnou a kvalitní ošetřovatelskou péči. K tomu je důležitá dovednost naslouchání a další interpersonální procesy (30).

1.8 Komunikace

Komunikace vychází z latinského slova *communico, communicare*, které znamená sdílet něco s někým. Definice komunikace je několik, společné mají to, že komunikace je proces, při kterém dochází k přenosu zpráv. Komunikace je základem vztahů mezi lidmi. Jedná se o sociální dovednost, při které dochází k procesu přenosu informací mezi dvěma nebo více lidmi. Je možné jí kdykoliv rozvíjet, není tedy pravdou, že někomu je dán dar komunikace a jinému ne (35, 36, 48).

Komunikaci rozeznáváme verbální a neverbální. Verbální komunikaci, tedy komunikaci pomocí slov nebo jiných symbolů, ovlivňuje neverbální složka komunikace, tedy mimika, proxemika, optika, posturologie, kinetika, gesta, pohledy a zevnějšek. U verbálního projevu je důležitá rychlost a výška hlasu, hlasitost, intonace, pomlky a délka projevu. K úspěchu v komunikaci přispívá i vhodné načasování a dostatek času. Při komunikaci je taktéž důležité, aby byla jednoduchá, správně načasovaná, výstižná a přizpůsobená člověku, se kterým komunikujeme, tedy aby odpovídala jeho schopnostem a znalostem (13, 47, 48).

„Oskar Wilde řekl o Anglii a Americe, že jsou rozděleny společnou řečí. To samé by se dalo říci o lékařích a pacientech. Většina pacientů neví, jaký je rozdíl mezi virem, bakterií a amébou - všechno jsou to bacily.“ (Tate, 2005, s. 142).

Mezi základní charakteristiky komunikace patří nevyhnutelnost, nevratnost a neopakovatelnost. Důležitou podmínkou efektivní komunikace je zpětná vazba (35).

Komunikace patří neodmyslitelně k povolání sestry. Tvoří základ činnosti sestry, provází ji každý den, patří k jejímu profesnímu vybavení, je pro sestru celoživotním procesem učení a tvoří základ kurikul ošetrovatelství. Sestra na podkladě kvalitní komunikace může poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Umožňuje jí získávat informace, motivovat, edukovat, získávat důvěru, tvořit vztah sestra – pacient a také rozvíjet interpersonální vztahy s ostatními členy týmu. Dovednost komunikace umožňuje sestře identifikovat potřeby pacientů a tak vhodně reagovat pomocí ošetrovatelských intervencí takovým způsobem, aby byly pacientovi potřeby uspokojeny. Důležitý okamžik v komunikaci mezi sestrou a pacientem je navození důvěry, která oprostuje pacienta od pocitů obav a strachu (10, 35, 48, 55).

Do oblasti komunikace patří také empatie, umění naslouchat a rozpoznat neverbální projevy. Empatie znamená porozumět druhým, je součástí sociální komunikace a je důležitá pro interakci mezi lidmi a navázání vztahu mezi nimi. Dovednost komunikace je pro sestru nepostradatelnou, a proto je nutné, aby se sestry neustále v dovednosti komunikace vzdělávaly. Sestry vybavené dobrou komunikační dovedností jsou úspěšnější při navazování vztahu s pacientem a jeho rodinou. Aktivně tím předcházejí možným konfliktům, které mohou nastat při poskytování ošetrovatelské péče (17, 28, 35).

Mezi komunikační dovednosti patří naslouchání. To patří mezi jednu z nejdůležitějších dovedností sestry. Naslouchání obnáší pozorné sledování toho, co druhá osoba říká. Zároveň sestra nevnáší svoje komentáře či rady. Jedná se o to, že sestra musí umět vnímat řečené a správně interpretovat informace, které získala od pacienta, to jak je chápe a rozumí jim (16, 48).

Edukaci v ošetrovatelství je třeba připravovat s ohledem na didaktické principy, jen tak je možné dosáhnout holistického přístupu k nemocnému a zároveň provést edukaci na takové úrovni, aby nemocnému přinesla, vyšší kvalitu života. Proto je nutné, aby sestry získaly dovednosti také z oblasti didaktiky, pedagogiky a edukace (19).

Efektivní komunikace sestry spočívá v tom, že během komunikace jsou předány důležité informace srozumitelnou formou, je zachována důstojnost, je dán prostor pro dotazy, zopakování či vlastní názor a komunikace je vedena kongruentně (48).

V současné době vlivem migrace obyvatelstva je na sestru v oblasti komunikačních dovedností, kladen nový požadavek a to komunikace s lidmi odlišných kultur. Pokud se člověk s odlišnou kulturou a jazykem dostane do zdravotnického zařízení, kde nerozumí a není mu rozuměno, dostává se do situace, kdy není schopen vyjádřit své problémy a potřeby a dochází tak k jejich neuspokojování. Celá tato situace v něm může vyvolat pocity strachu, hněvu, frustrace a dalších emočních stavů, které vedou k neuspokojování potřeb jistoty a bezpečí, které patří mezi základní potřeby člověka (44).

Současně s touto komunikační bariérou se mu nedostává dostatek informací či jím mohou být chybně interpretovány a může dojít k chybnému rozhodnutí ze strany

pacienta. Tím jsou porušeny práva pacientů, podle zákona č. 372/2011 Sb. Hlava I. § 28 kde je mimo jiné uvedeno, že pacient má právo být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové péče, dále je zde uvedeno, že pacient má být předem informován o ceně poskytovaných služeb a o způsobu jejich úhrady, pokud je to vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možné. A dále jsou porušeny povinnosti poskytovatele podle § 31 téhož zákona, kde je uvedeno, že poskytovatel je povinen podat informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách a to tak, že srozumitelným způsobem a dále umožnit pacientovi klást otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, a na tyto otázky mu má být odpovězeno. Práva pacientů se řadí mezi celosvětově uznávaná a dodržovaná (44, 57).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl výzkumu

CÍL: Zjistit, jak své vlastnosti a dovednosti hodnotí sestry a provést srovnání s názorem pacientů.

2.2 Hypotézy

- H1:** Sestry své vlastnosti hodnotí kladněji než pacienti.
- H2:** Pacienti hodnotí praktické dovednosti sester kladněji než sestry.
- H3:** Sestry hodnotí kladněji své komunikační dovednosti než pacienti.
- H4:** Pacienti upřednostňují komunikační dovednosti sester nad praktické dovednosti sester.
- H5:** Sestry považují za nejdůležitější dovednost sester praktickou zručnost při poskytování péče.

3 METODIKA

3.1 Metodika

K výzkumnému šetření diplomové práce byla použita kvantitativní metoda formou nestandardizovaného dotazníku. Byly použity dva typy dotazníků, jeden byl určen pro všeobecné sestry a druhý pro pacienty. (viz příloha č. 1, viz příloha č. 2) Demografické otázky, byly odlišné pro sestry a pacienty, ostatní otázky, byly pro obě skupiny identické, pouze jinak formulované. Dotazníky pro obě skupiny respondentů byly anonymní a jejich vyplnění zcela dobrovolné. K dotazníkům byla přiložena obálka, kterou mohli respondenti použít a zajistit si tak naprostou anonymitu.

V úvodní části obou dotazníků se nacházel průvodní dopis, poté následovaly otázky zaměřené na zjištění demografických údajů. K vlastnímu zjištění hodnocení vlastností a dovedností sester byly použity tři tabulky, v nichž měli respondenti vybrat odpověď, která nejvíce odpovídala jejich zkušenosti či názoru.

Dotazníkovému šetření předcházela pilotáž, kde jsme ověřili srozumitelnost otázek v dotaznících. Po vyhodnocení pilotního šetření jsme upravili znění několika otázek. Následně byly dotazníky distribuovány.

Celkem bylo rozdáno 113 dotazníků všeobecným sestrám. Návratnost dotazníků od sester byla 106 dotazníků, ze kterých jsme museli pro neúplnost či nesprávnost vyplnění, vyřadit 6 dotazníků. Pro zpracování bylo použito 100 řádně vyplněných dotazníků od všeobecných sester. Návratnost byla 88%. Pacientům bylo rozdáno celkem 134 dotazníků. Návratnost dotazníků od pacientů bylo 112 dotazníků, ze kterých jsme museli 12 dotazníků vyřadit pro jeho nesprávné vyplnění. Pro zpracování bylo použito 100 řádně vyplněných dotazníků od pacientů. Návratnost 74%.

Dotazník, byl mezi všeobecné sestry a pacienty distribuován se souhlasem hlavní sestry nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Výsledky byly analyzovány v tabulkách a grafech. K vyhodnocení výzkumu byla použita popisná statistika.

3.2 Charakteristika souboru

První výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry, druhý výzkumný soubor tvořili pacienti. Šlo o záměrný výběr s jedním kritériem. U prvního souboru bylo kritérium výkon profese všeobecná sestra, věk, vzdělání a délka odborné praxe nebylo zohledněno. U druhého výzkumného souboru bylo kritérium status pacienta v lůžkové či ambulantní péči. Výzkumný soubor tvořili všeobecné sestry a pacienti na oddělení interním, chirurgickém, ortopedickém, urologickém, ušní-nosní-krční, oddělení následné péče, interní a chirurgické ambulance nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Výzkumné šetření bylo realizováno v období únor-březen 2012.

Dotazníky byly rozdány na jednotlivá oddělení nemocnice podle počtu všeobecných sester pracujících na daném oddělení. Dotazníky pacientům byly rozdány náhodně, podle ochoty spolupráce.

Charakteristika oddělení nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., kde bylo výzkumné šetření provedeno. Interní oddělení disponuje 3 standardními stanicemi a jednotkou intenzivní péče. Celkově interní oddělení čítá 87 lůžek. Dále je k internímu oddělení připojena ambulantní část. Chirurgické oddělení je složeno z 2 standardních stanic a jednotkou intenzivní péče, taktéž je k oddělení připojen ambulantní trakt. Celkově má chirurgické oddělení 50 lůžek. Ortopedické oddělení disponuje 25 lůžky s ambulantní částí. Lůžkový fond urologického oddělení je 21 lůžek. Oddělení ušní-nosní-krční poskytuje péči na 21 lůžkách. Oddělení následné péče má k dispozici 21 lůžek. Počet sester na jednotlivých odděleních se řídí vyhláškou č. 99/2012 Sb.

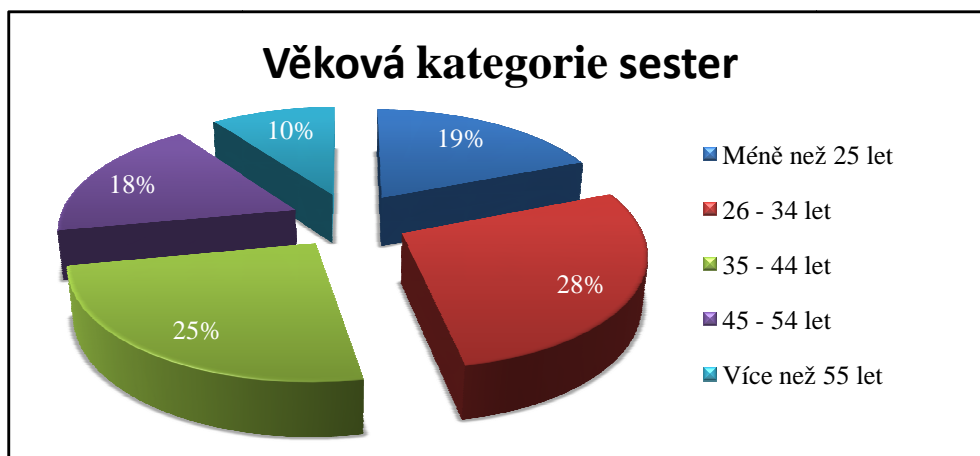
4 VÝSLEDKY

4.1 I. Výzkumný soubor – odpovědi sester

Tabulka 1a: Věková kategorie všeobecných sester

Věk	Sestry	
	n_i	f_i
Méně než 25 let	19	19 %
26 - 34 let	28	28 %
35 - 44 let	25	25 %
45 - 54 let	18	18 %
Více než 55 let	10	10 %
Celkem	100	100 %

Graf 1a: Věková kategorie všeobecných sester



Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) bylo ve věkové kategorii méně než 25 let 19 všeobecných sester (19 %), ve věkové kategorii 26 – 34 let 28 všeobecných sester (28 %), ve věku 35 – 44 let 25 všeobecných sester (25 %), ve věku 45 – 54 let 18 všeobecných sester (18 %), ve věku více než 55 let 10 všeobecných sester (10 %). Nejvíce respondentů (28 %) bylo ve věkové kategorii 26 – 34 let. Nejméně (10 %) respondentů bylo ve věkové kategorii více než 55 let.

Tabulka 2a: Nejvyšší dosažené vzdělání všeobecných sester

Vzdělání	Sestry	
	n_i	f_i
Středoškolské	69	69 %
Vyšší - DiS.	17	17 %
Vysokoškolské - Bc.	11	11 %
Vysokoškolské - Mgr.	3	3 %
Celkem	100	100 %

Graf 2a: Nejvyšší dosažené vzdělání všeobecných sester

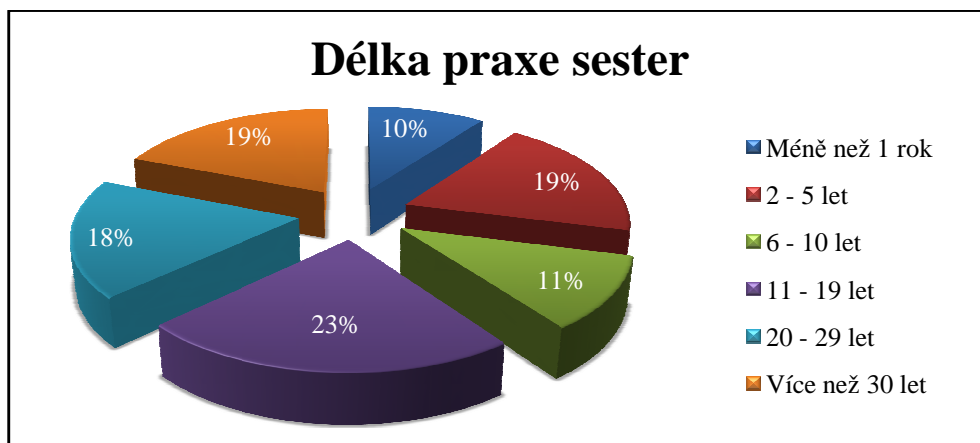


Z celkového počtu 100 všeobecných sester (100 %) uvedlo 69 všeobecných sester (69 %) středoškolské jako nejvyšší dosažené vzdělání, vyšší odborné vzdělání – DiS. uvedlo 17 všeobecných sester (17 %), vysokoškolské vzdělání - Bc. uvedlo 11 všeobecných sester (11 %), vysokoškolské vzdělání Mgr. uvedly 3 všeobecné sestry (3 %). Mezi respondenty bylo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské.

Tabulka 3a: Délka odborné praxe všeobecných sester

Délka praxe	Sestry	
	n_i	f_i
Méně než 1 rok	10	10 %
2 - 5 let	19	19 %
6 - 10 let	11	11 %
11 - 19 let	23	23 %
20 - 29 let	18	18 %
Více než 30 let	19	19 %
Celkem	100	100 %

Graf 3a: Délka praxe všeobecných sester



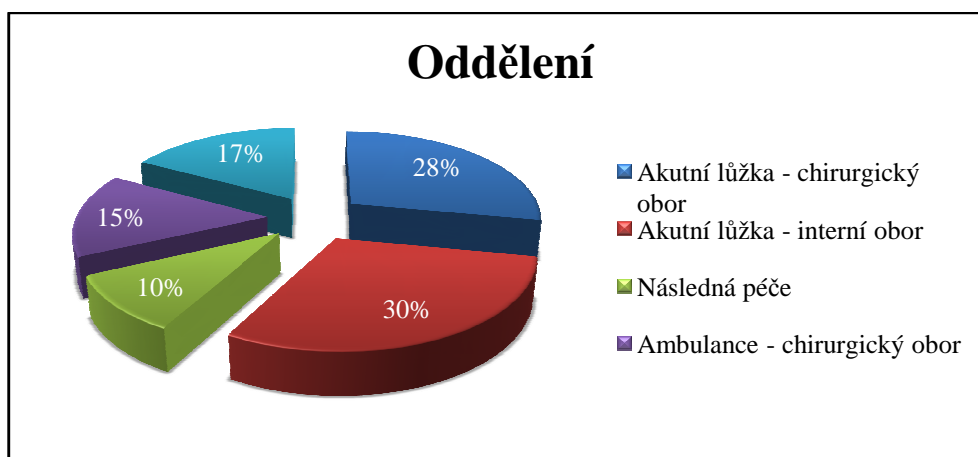
Z celkového počtu 100 všeobecných sester (100 %) uvedlo 10 všeobecných sester (10 %) délku praxe kratší než 1 rok, 19 všeobecných sester (19 %) uvedlo délku praxe 2 – 5 let, délku praxe 6 – 10 let uvedlo 11 všeobecných sester (11 %), 11 – 19 let praxe ve zdravotnictví uvedlo 23 všeobecných sester (23 %), délku praxe 20 – 29 let uvedlo 18 všeobecných sester (18 %) a 19 všeobecných sester (19 %) uvedlo délku praxe více než 30 let.

Nejvíce zastoupené byly všeobecné sestry s délkou praxe 11 – 19 let v počtu 23 všeobecných sester, nejméně zastoupená byla délka praxe méně než 1 rok v počtu 10 všeobecných sester.

Tabulka 4: Pracoviště sester

Oddělení	Sestry	
	n_i	f_i
Akutní lůžka - chirurgický obor	37	37 %
Akutní lůžka - interní obor	45	45 %
Následná péče	5	5 %
Ambulance - chirurgický obor	5	5 %
Ambulance - interní obor	8	8 %
Celkem	100	100 %

Graf 4: Pracoviště sester



Z celkového počtu 100 všeobecných sester (100 %) uvedlo 45 všeobecných sester (45 %), jako své pracoviště akutní lůžka - interní oddělení, druhé pořadí v zastoupení oddělení následovaly akutní lůžka – chirurgický obor s počtem 37 všeobecných sester (37 %), jako své pracoviště uvedlo 8 všeobecných sester (8 %) ambulanci – interní obor, stejným počtem 5 všeobecných sester (5 %), bylo zastoupeno oddělení následné péče a ambulance – chirurgické obory.

4.2 II. Výzkumný soubor – odpovědi pacientů

Tabulka 1b: Věk pacientů

Věk	Pacient	
	n_i	f_i
Méně než 25	19	19 %
26 - 34	16	16 %
35 - 44	16	16 %
45 - 54	17	17 %
55 - 64	23	23 %
Více než 65	9	9 %
Celkem	100	100 %

Graf 1b: Věk pacientů



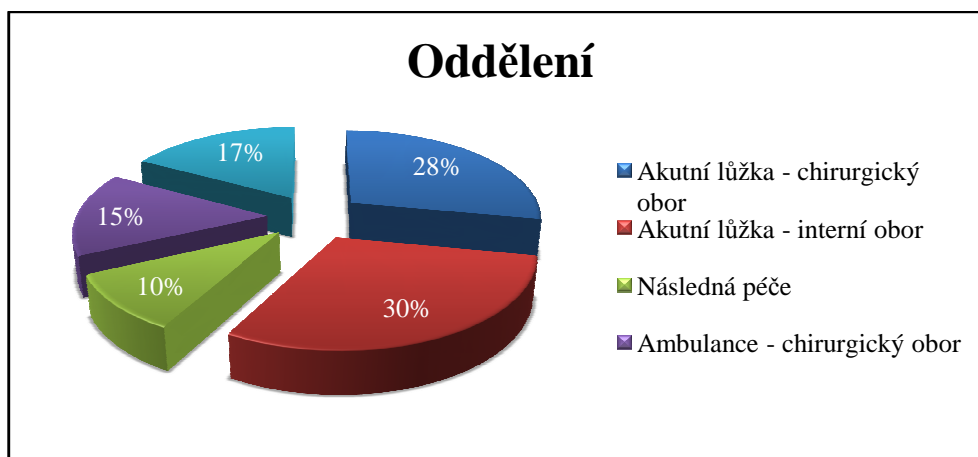
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) uvedlo 19 respondentů (19 %) svůj věk méně než 25 let, do věkové kategorie 26 – 34 let se zařadilo 16 respondentů (16 %), stejný počet 16 respondentů (16 %) uvedlo svůj věk mezi 35 – 44 roky, 17 respondentů (17 %) uvedlo svůj věk mezi 45 – 54 roky, 23 respondentů (23 %) uvedlo věkovou kategorii 55 – 64 roky a 9 respondentů (9 %) uvedlo svůj věk více než 65let.

Nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie 55 – 64 roky, nejméně věková kategorie více než 65 let.

Tabulka 2b: Oddělení pacientů

Oddělení	Pacient	
	n_i	f_i
Akutní lůžka - chirurgický obor	28	28 %
Akutní lůžka - interní obor	30	30 %
Následná péče	10	10 %
Ambulance - chirurgický obor	15	15 %
Ambulance - interní obor	17	17 %
Celkem	100	100 %

Graf 2b: Oddělení pacientů

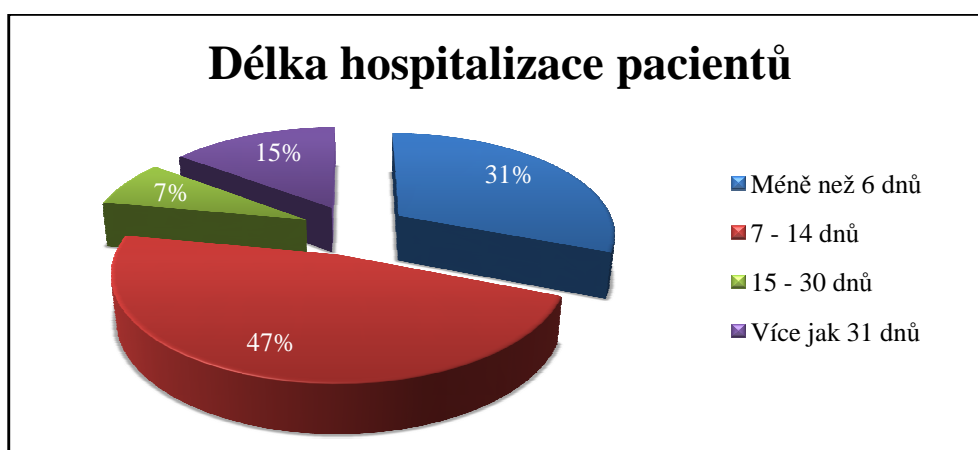


Ze všech 100 respondentů (100 %) bylo 28 respondentů (28 %) z akutních lůžek chirurgického oboru, 30 respondentů (30 %) z akutních lůžek interního oboru, 10 respondentů (10 %) uvedlo svou hospitalizaci na oddělení následné péče, 15 respondentů (15 %) bylo z ambulance chirurgických oborů a 17 respondentů (17 %) bylo z ambulance interního oboru. Nejvíce respondentů (30 %) bylo na akutních lůžkách interního oboru.

Tabulka 3b: Délka hospitalizace respondentů

Délka hospitalizace	Pacient	
	n_i	f_i
Méně než 6 dnů	21	31 %
7 - 14 dnů	32	47 %
15 - 30 dnů	5	7 %
Více jak 31 dnů	10	15 %
Celkem	68	100 %

Graf 3b: Délka hospitalizace respondentů



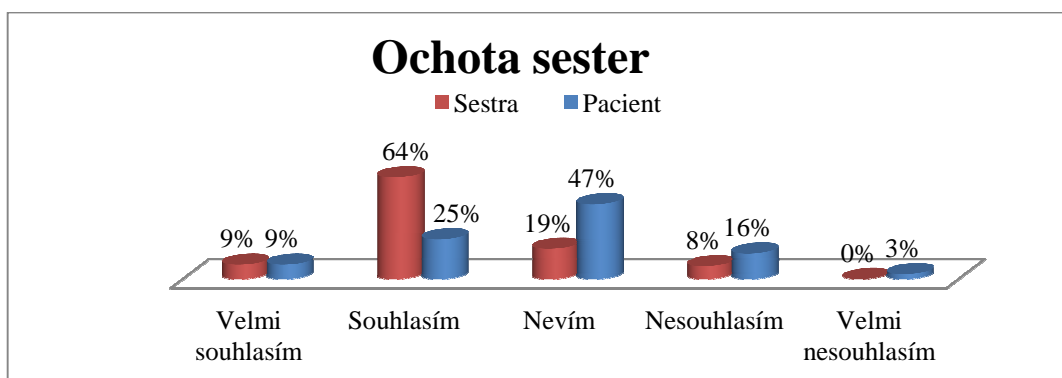
Z celkového počtu 100 respondentů bylo 68 hospitalizováno a 32 respondentů bylo na ošetření na ambulanci (interní, chirurgické viz graf 2b). Z 68 hospitalizovaných respondentů (100 %) bylo hospitalizováno 21 respondentů (31 %) méně než 6 dnů, 32 respondentů (47 %) bylo hospitalizováno 7 – 14 dnů, hospitalizaci 15 – 30 dnů uvedlo 5 respondentů (7 %), více jak 31 dnů hospitalizace uvedlo 10 respondentů (15 %). Nejvíce respondentů (47 %) bylo hospitalizováno 7 - 14 dnů, nejméně respondentů (7 %) bylo hospitalizováno 15 – 30 dnů.

4.3 Porovnání skupin

Tabulka 5: Sestry jsou ochotné

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	9	9 %	9	9 %
Souhlasím	64	64 %	25	25 %
Nevím	19	19 %	47	47 %
Nesouhlasím	8	8 %	16	16 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	3	3 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 5: Sestry jsou ochotné



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 64 respondentů (64 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 19 respondentů (19 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

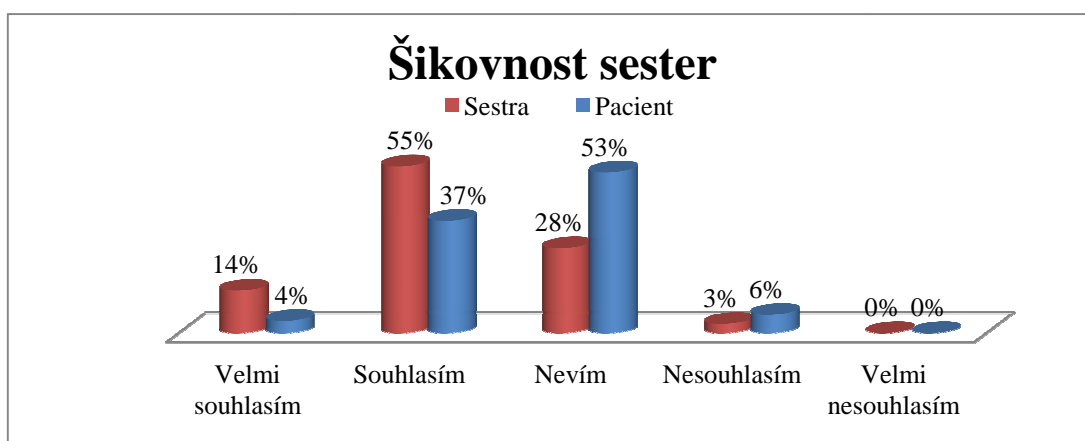
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 25 respondentů (25 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 47 respondentů (47 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %).

Tabulka 6: Sestry jsou šikovné

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	14	14 %	4	4 %
Souhlasím	55	55 %	37	37 %
Nevím	28	28 %	53	53 %
Nesouhlasím	3	3 %	6	6 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 6: Sestry jsou šikovné



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 14 respondentů (14 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 55 respondentů (55 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 28 respondentů (28 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

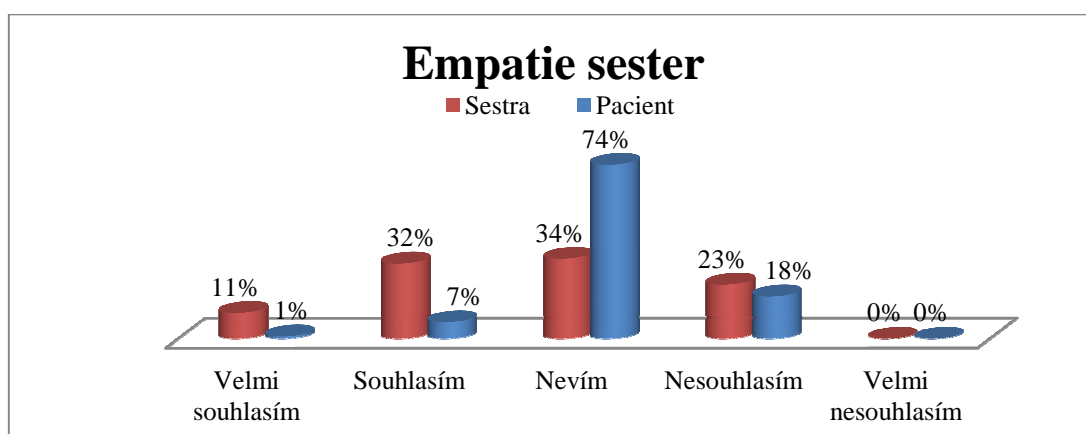
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 37 respondentů (37 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 53 respondentů (53 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 7: Sestry jsou empatické

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	11	11 %	1	1 %
Souhlasím	32	32 %	7	7 %
Nevím	34	34 %	74	74 %
Nesouhlasím	23	23 %	18	18 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 7: Sestry jsou empatické



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 11 respondentů (11 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 32 respondentů (32 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 34 respondentů (34 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 23 respondentů (23 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

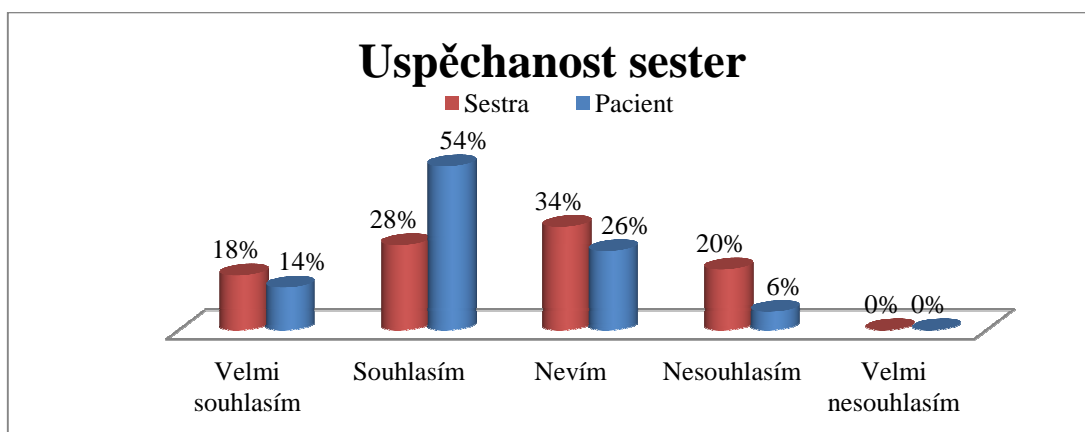
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 74 respondentů (74 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 8: Sestry jsou uspěchané

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	18	18 %	14	14 %
Souhlasím	28	28 %	54	54 %
Nevím	34	34 %	26	26 %
Nesouhlasím	20	20 %	6	6 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 8: Sestry jsou uspěchané



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 28 respondentů (28 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 34 respondentů (34 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 20 respondentů (20 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

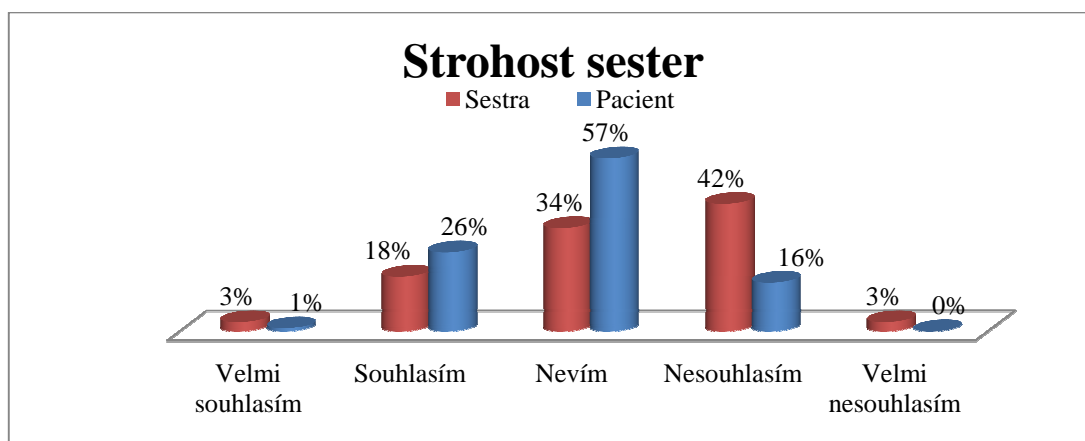
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 14 respondentů (14 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 54 respondentů (54 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 26 respondentů (26 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 9: Sestry jsou strohé

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	3	3 %	1	1 %
Souhlasím	18	18 %	26	26 %
Nevím	34	34 %	57	57 %
Nesouhlasím	42	42 %	16	16 %
Velmi nesouhlasím	3	3 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 9: Sestry jsou strohé



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 34 respondentů (34 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 42 respondentů (42 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %).

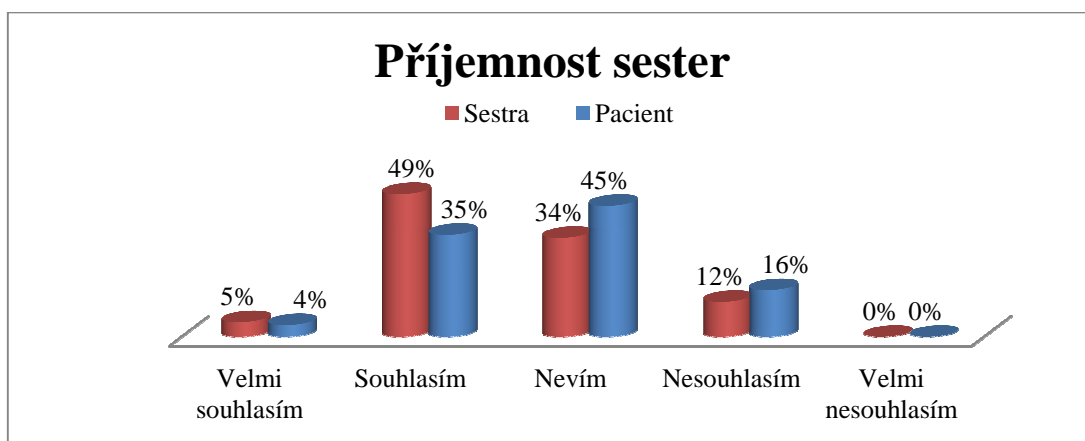
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 26 respondentů (26 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 57 respondentů (57 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 10: Sestry jsou příjemné

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	5	5 %	4	4 %
Souhlasím	49	49 %	35	35 %
Nevím	34	34 %	45	45 %
Nesouhlasím	12	12 %	16	16 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 10: Sestry jsou příjemné



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 49 respondentů (49 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 34 respondentů (34 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

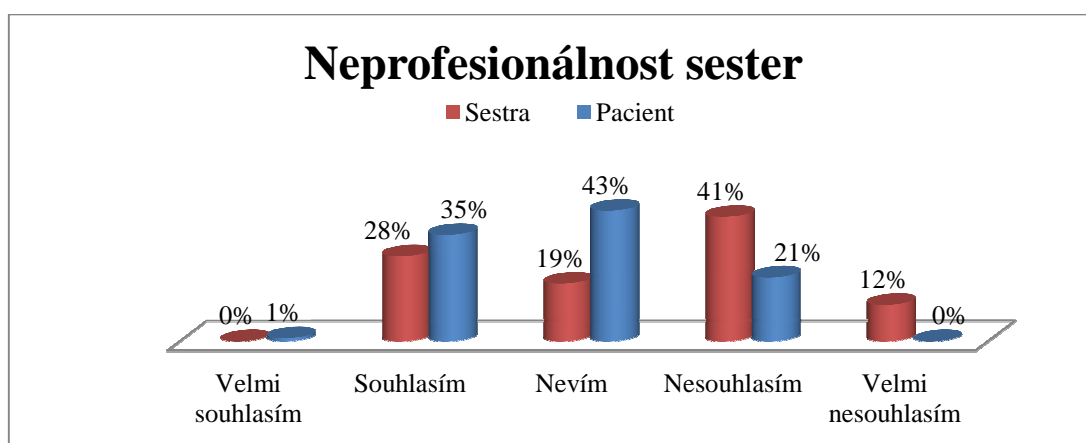
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 35 respondentů (35 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 45 respondentů (45 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 11: Sestry jsou neprofesionální

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	0	0 %	1	1 %
Souhlasím	28	28 %	35	35 %
Nevím	19	19 %	43	43 %
Nesouhlasím	41	41 %	21	21 %
Velmi nesouhlasím	12	12 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 11: Sestry jsou neprofesionální



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 28 respondentů (28 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 19 respondentů (19 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 41 respondentů (41 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %).

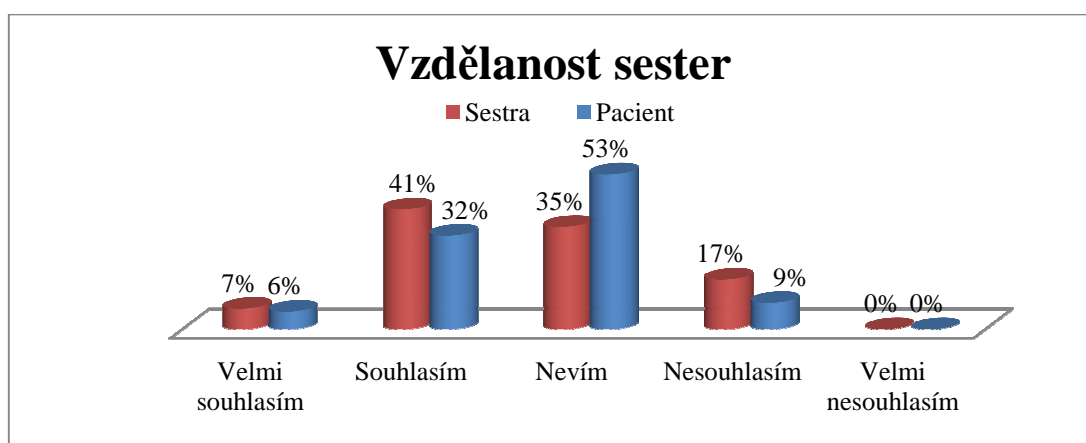
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 35 respondentů (35 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 43 respondentů (43 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 21 respondentů (21 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 12: sestry jsou vzdělané

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	7	7 %	6	6 %
Souhlasím	41	41 %	32	32 %
Nevím	35	35 %	53	53 %
Nesouhlasím	17	17 %	9	9 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 12: sestry jsou vzdělané



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 41 respondentů (41 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 35 respondentů (35 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 17 respondentů (17 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

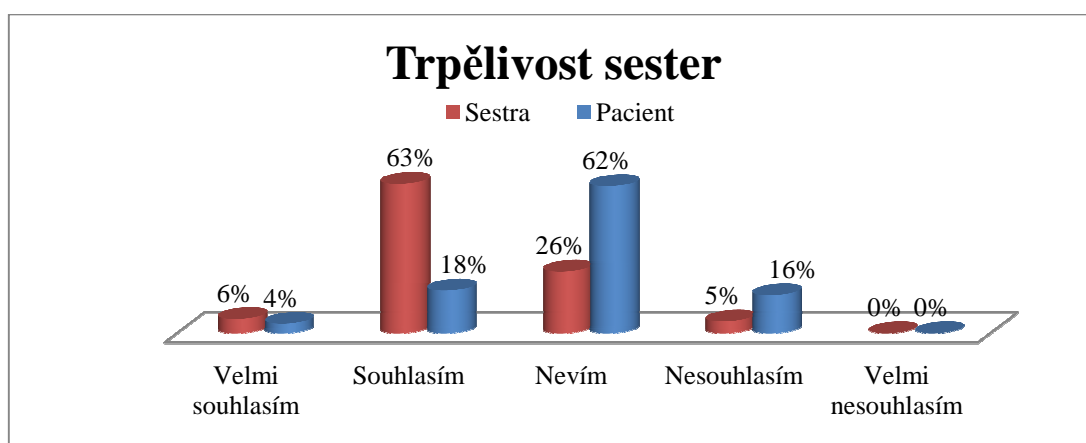
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 32 respondentů (32 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 53 respondentů (53 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 13: Sestry jsou trpělivé

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	6	6 %	4	4 %
Souhlasím	63	63 %	18	18 %
Nevím	26	26 %	62	62 %
Nesouhlasím	5	5 %	16	16 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 13: Sestry jsou trpělivé



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 63 respondentů (63 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 26 respondentů (26 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

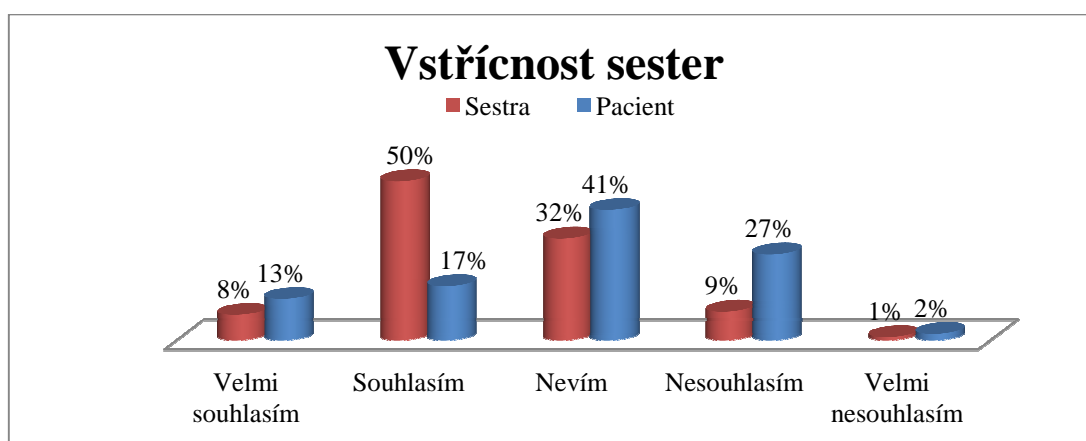
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 62 respondentů (62 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 14: Sestry se chovají k příbuzným pacientů vstřícně

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	8	8 %	13	13 %
Souhlasím	50	50 %	17	17 %
Nevím	32	32 %	41	41 %
Nesouhlasím	9	9 %	27	27 %
Velmi nesouhlasím	1	1 %	2	2 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 14: Sestry se chovají k příbuzným pacientů vstřícně



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 50 respondentů (50 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 32 respondentů (32 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

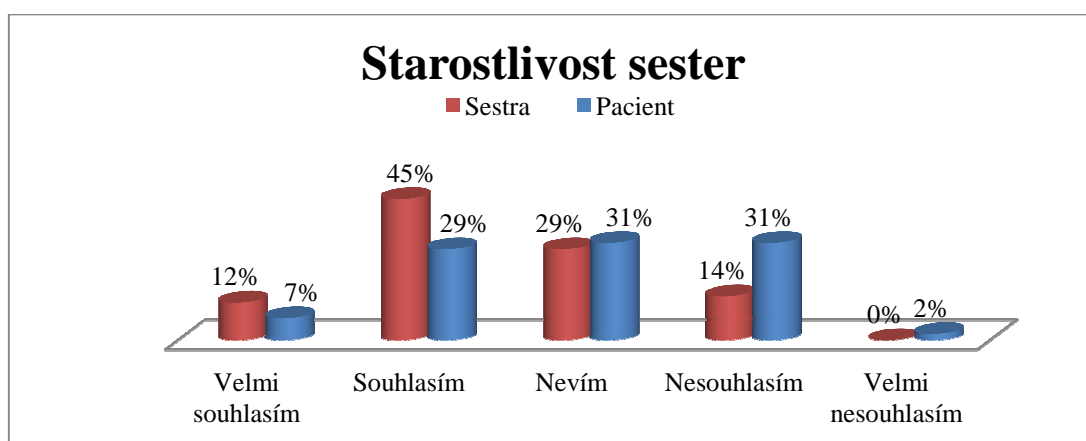
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 13 respondentů (13 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 17 respondentů (17 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 41 respondentů (41 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 27 respondentů (27 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %).

Tabulka 15: Sestry jsou starostlivé

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	12	12 %	7	7 %
Souhlasím	45	45 %	29	29 %
Nevím	29	29 %	31	31 %
Nesouhlasím	14	14 %	31	31 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	2	2 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 15: Sestry jsou starostlivé



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 45 respondentů (45 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 29 respondentů (29 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 14 respondentů (14 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

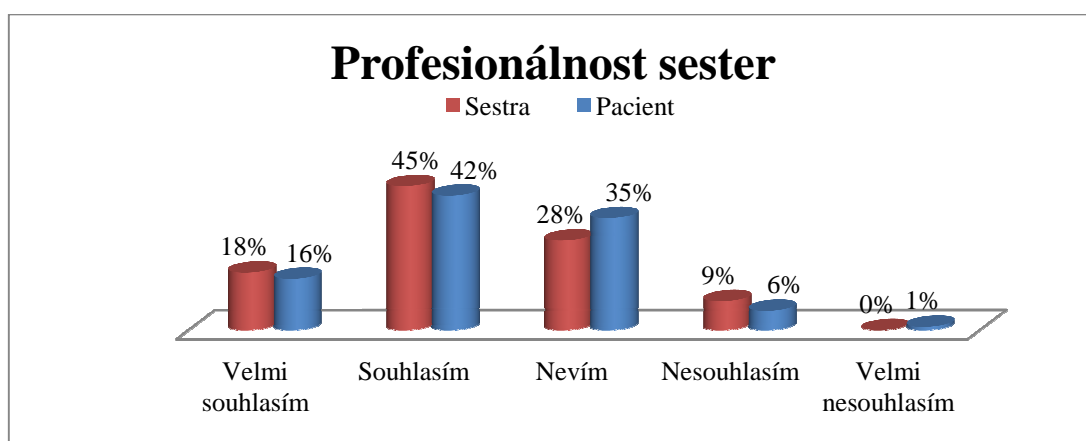
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 29 respondentů (29 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 31 respondentů (31 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 31 respondentů (31 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %).

Tabulka 16: Sestry jsou profesionální

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	18	18 %	16	16 %
Souhlasím	45	45 %	42	42 %
Nevím	28	28 %	35	35 %
Nesouhlasím	9	9 %	6	6 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	1	1 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 16: Sestry jsou profesionální



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 45 respondentů (45 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 28 respondentů (28 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

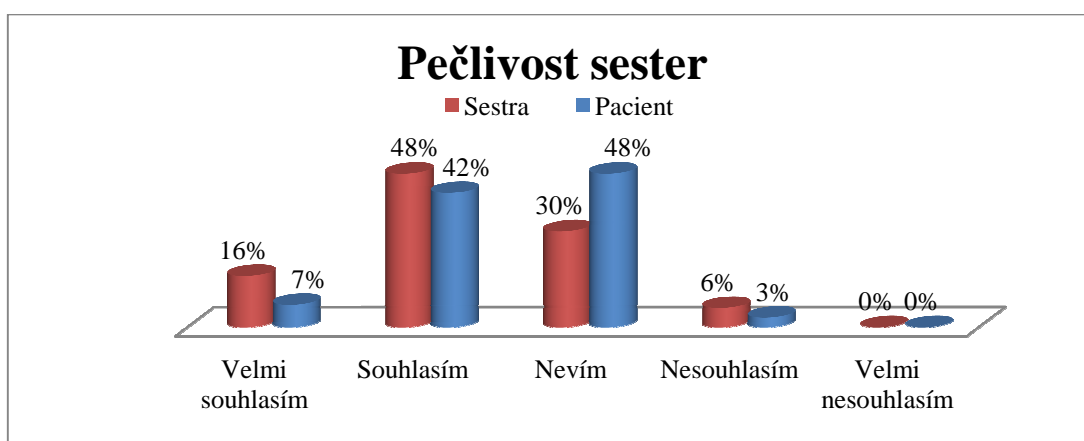
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 42 respondentů (42 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 35 respondentů (35 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

Tabulka 17: Sestry jsou pečlivé

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	16	16 %	7	7 %
Souhlasím	48	48 %	42	42 %
Nevím	30	30 %	48	48 %
Nesouhlasím	6	6 %	3	3 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 17: Sestry jsou pečlivé



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 48 respondentů (48 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 30 respondentů (30 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

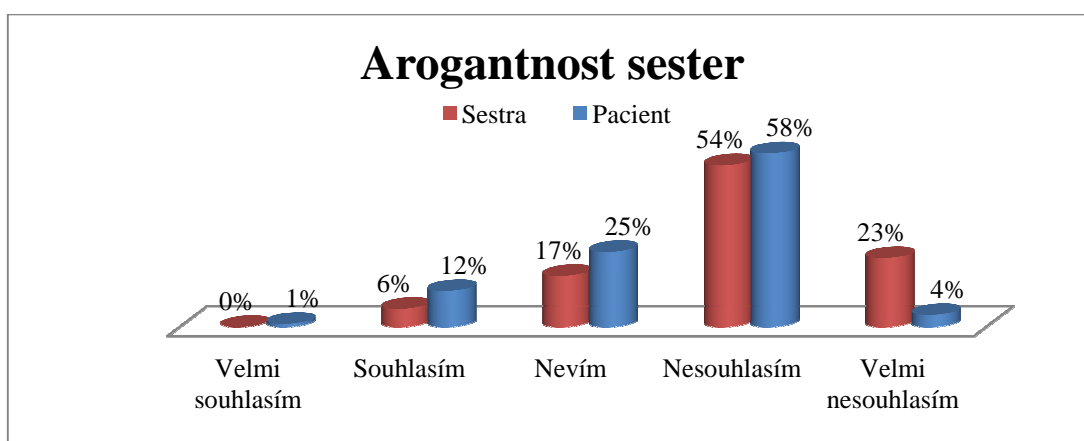
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 42 respondentů (42 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 48 respondentů (48 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 18: sestry jsou arogantní

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	0	0 %	1	1 %
Souhlasím	6	6 %	12	12 %
Nevím	17	17 %	25	25 %
Nesouhlasím	54	54 %	58	58 %
Velmi nesouhlasím	23	23 %	4	4 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 18: Sestry jsou arogantní



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 17 respondentů (17 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 54 respondentů (54 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 23 respondentů (23 %).

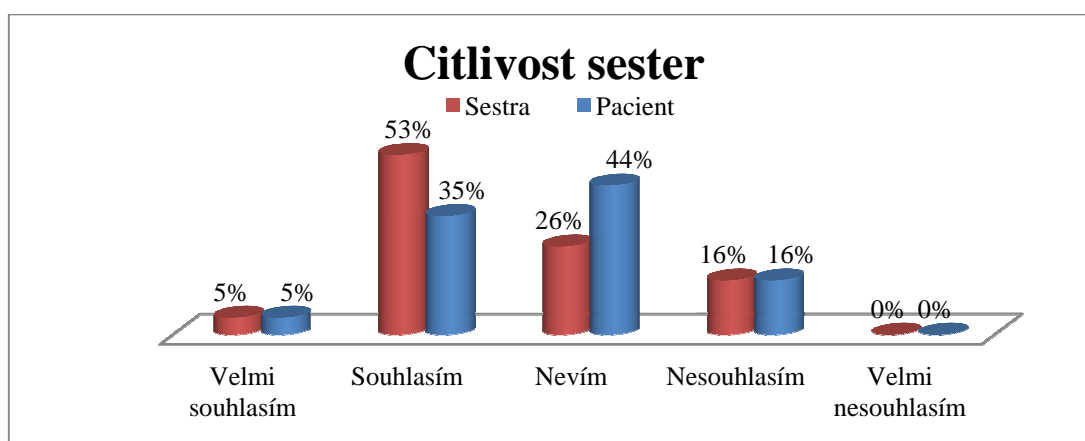
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 25 respondentů (25 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 58 respondentů (58 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %).

Tabulka 19: Sestry jsou citlivé

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	5	5 %	5	5 %
Souhlasím	53	53 %	35	35 %
Nevím	26	26 %	44	44 %
Nesouhlasím	16	16 %	16	16 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 19: Sestry jsou citlivé



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 53 respondentů (53 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 26 respondentů (26 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

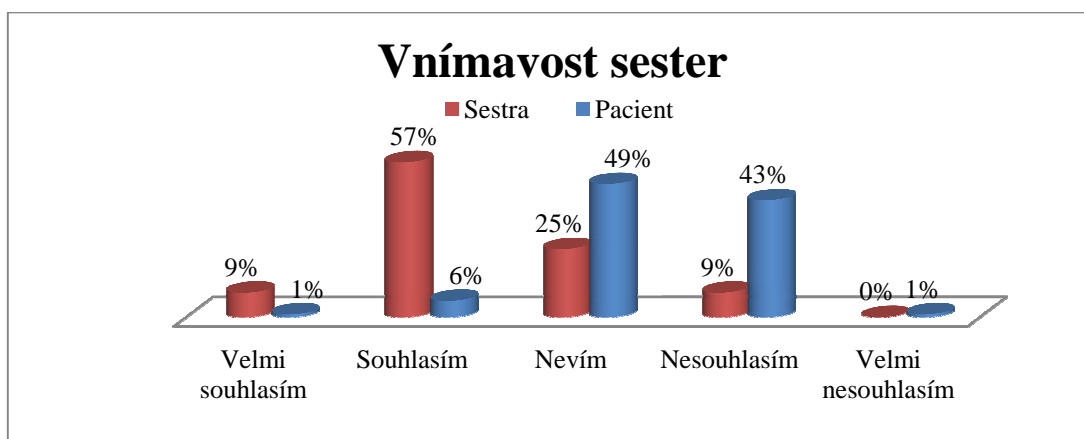
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 35 respondentů (35 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 44 respondentů (44 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 20: Sestry jsou vnímavé

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	9	9 %	1	1 %
Souhlasím	57	57 %	6	6 %
Nevím	25	25 %	49	49 %
Nesouhlasím	9	9 %	43	43 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	1	1 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 20: Sestry jsou vnímavé



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 57 respondentů (57 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 25 respondentů (25 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

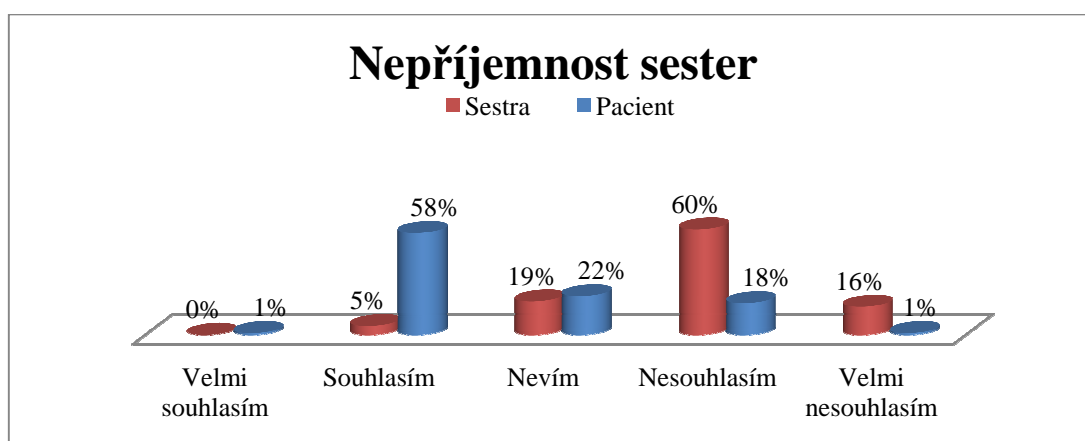
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 49 respondentů (49 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 43 respondentů (43 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

Tabulka 21: Sestry jsou nepříjemné

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	0	0 %	1	1 %
Souhlasím	5	5 %	58	58 %
Nevím	19	19 %	22	22 %
Nesouhlasím	60	60 %	18	18 %
Velmi nesouhlasím	16	16 %	1	1 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 21: Sestry jsou nepříjemné



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 19 respondentů (19 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 60 respondentů (60 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %).

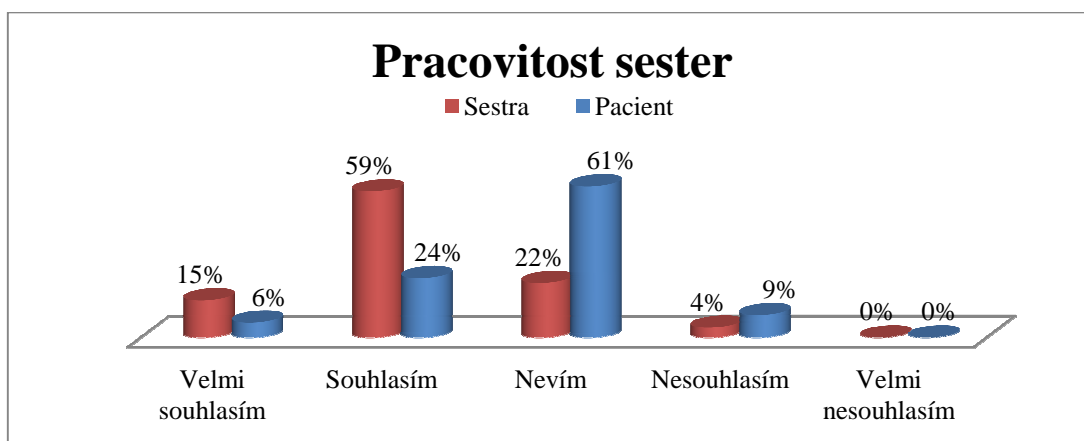
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 58 respondentů (58 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 22 respondentů (22 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

Tabulka 22: sestry jsou pracovité

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	15	15 %	6	6 %
Souhlasím	59	59 %	24	24 %
Nevím	22	22 %	61	61 %
Nesouhlasím	4	4 %	9	9 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 22: sestry jsou pracovité



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 15 respondentů (15 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 59 respondentů (59 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 22 respondentů (22 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

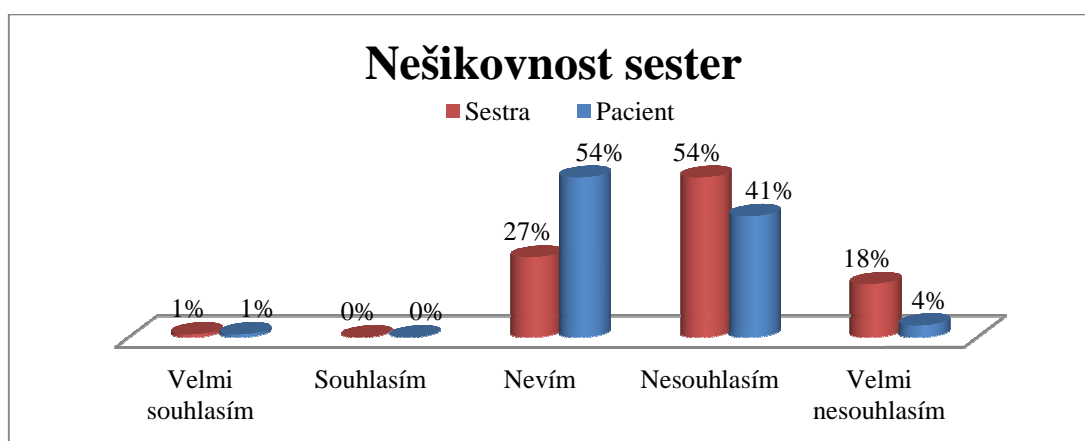
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 24 respondentů (24 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 61 respondentů (61 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 23: Sestry jsou nešikovné

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	1	1 %	1	1 %
Souhlasím	0	0 %	0	0 %
Nevím	27	27 %	54	54 %
Nesouhlasím	54	54 %	41	41 %
Velmi nesouhlasím	18	18 %	4	4 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 23: Sestry jsou nešikovné



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 27 respondentů (27 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 54 respondentů (54 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %).

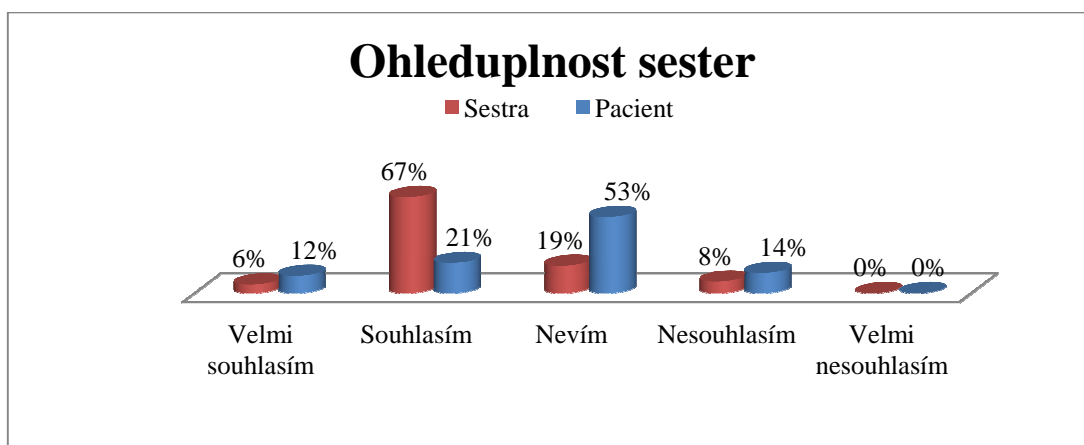
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 54 respondentů (54 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 41 respondentů (41 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %).

Tabulka 24: Sestry jsou ohleduplné

Odpovědi	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	6	6 %	12	12 %
Souhlasím	67	67 %	21	21 %
Nevím	19	19 %	53	53 %
Nesouhlasím	8	8 %	14	14 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 24: Sestry jsou ohleduplné



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 67 respondentů (67 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 19 respondentů (19 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

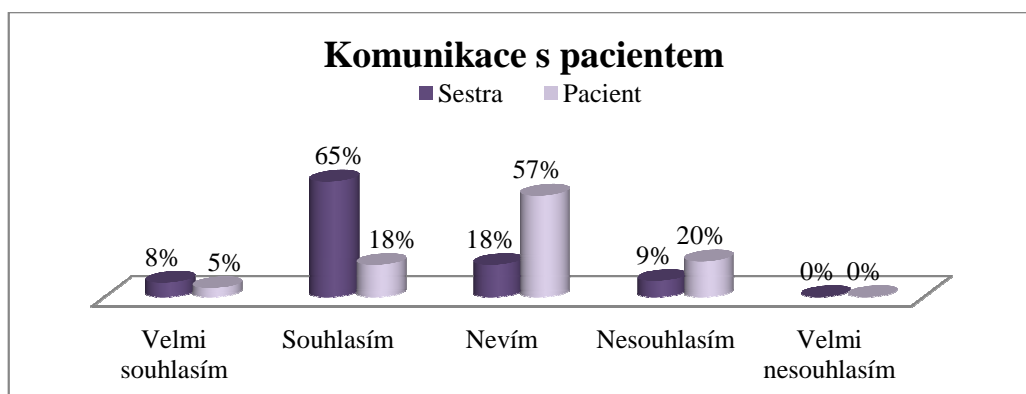
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 21 respondentů (21 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 53 respondentů (53 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 14 respondentů (14 %), odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 25: Sestry výborně komunikují s pacientem

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	8	8 %	5	5 %
Souhlasím	65	65 %	18	18 %
Nevím	18	18 %	57	57 %
Nesouhlasím	9	9 %	20	20 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 25: Sestry výborně komunikují s pacientem



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 65 respondentů (65 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

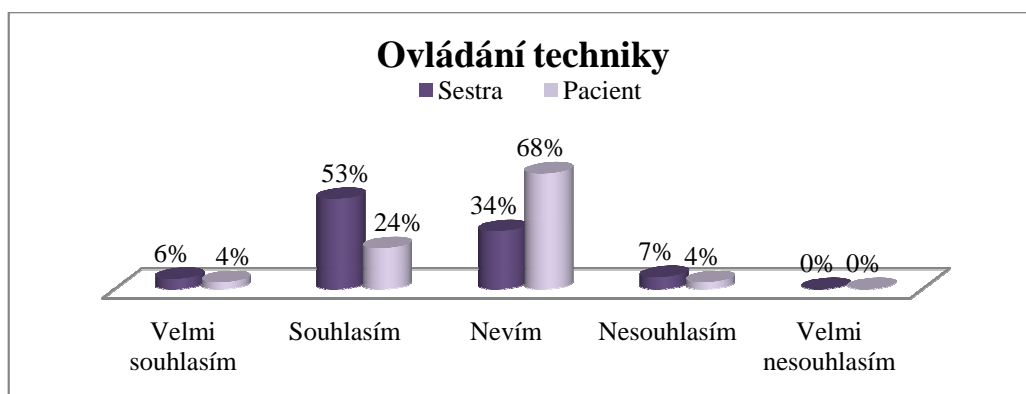
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 57 respondentů (57 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 20 respondentů (20 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 26: Sestry dobře ovládají techniku

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	6	6 %	4	4 %
Souhlasím	53	53 %	24	24 %
Nevím	34	34 %	68	68 %
Nesouhlasím	7	7 %	4	4 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 26: Sestry dobře ovládají techniku



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 53 respondentů (53 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 34 respondentů (34 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 7 respondentů (7 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

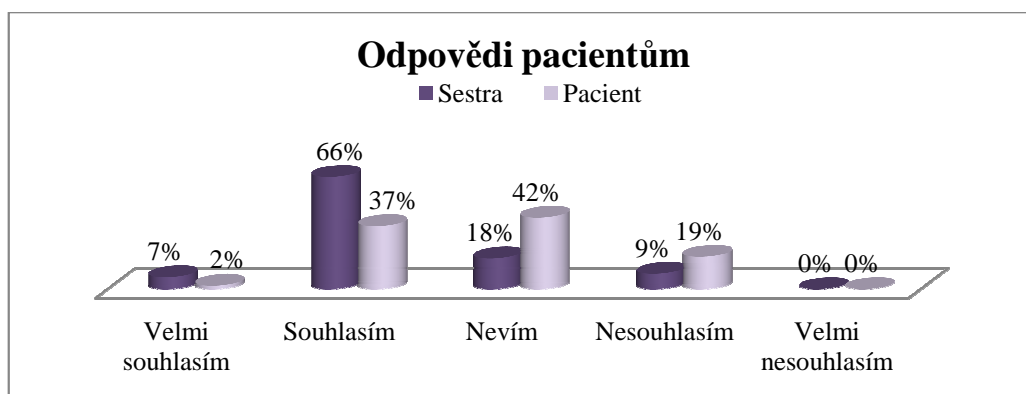
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 24 respondentů (24 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 68 respondentů (68 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 4 respondentů (4 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 27: Sestry umí zodpovědět otázku pacienta

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	7	7 %	2	2 %
Souhlasím	66	66 %	37	37 %
Nevím	18	18 %	42	42 %
Nesouhlasím	9	9 %	19	19 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 27: Sestry umí zodpovědět otázku pacienta



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 66 respondentů (66 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

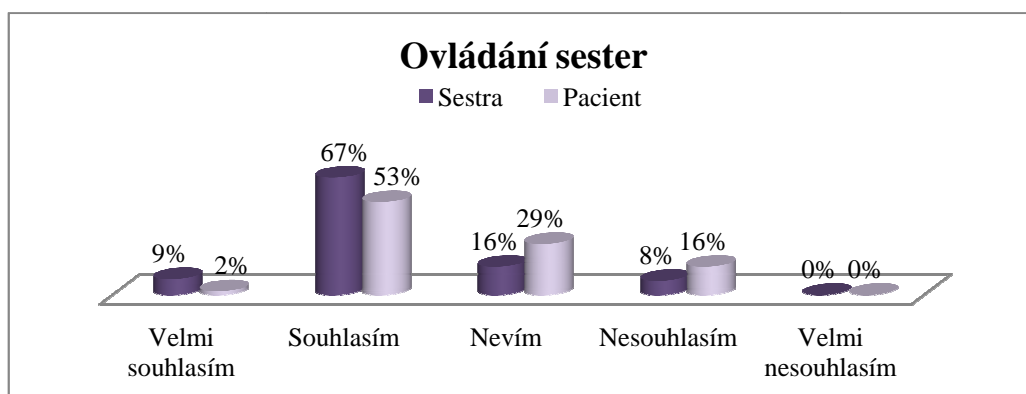
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 37 respondentů (37 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 42 respondentů (42 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 19 respondentů (19 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 28: Sestry se umí ovládat

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	9	9 %	2	2 %
Souhlasím	67	67 %	53	53 %
Nevím	16	16 %	29	29 %
Nesouhlasím	8	8 %	16	16 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 28: Sestry se umí ovládat



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 67 respondentů (67 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 16 respondentů (16 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

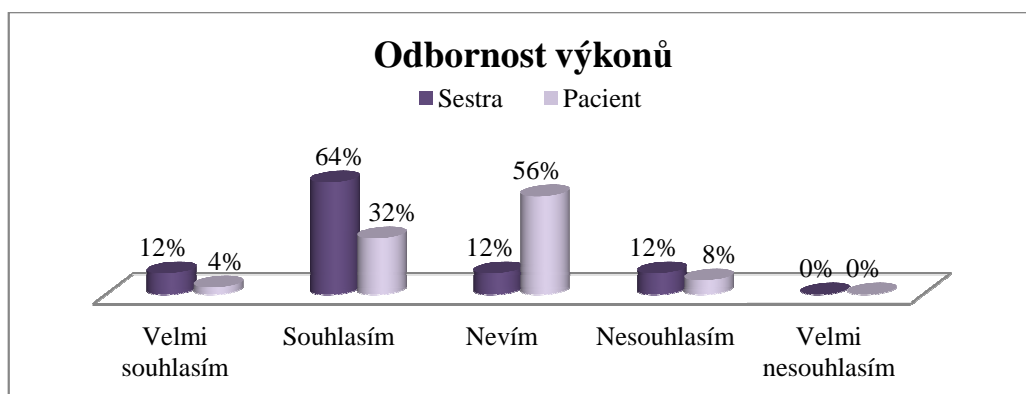
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 53 respondentů (53 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 29 respondentů (29 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 16 respondentů (16 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 29: Sestry provádí odborné výkony precizně a přesně

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	12	12 %	4	4 %
Souhlasím	64	64 %	32	32 %
Nevím	12	12 %	56	56 %
Nesouhlasím	12	12 %	8	8 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 29: Sestry provádí odborné výkony precizně a přesně



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 64 respondentů (64 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

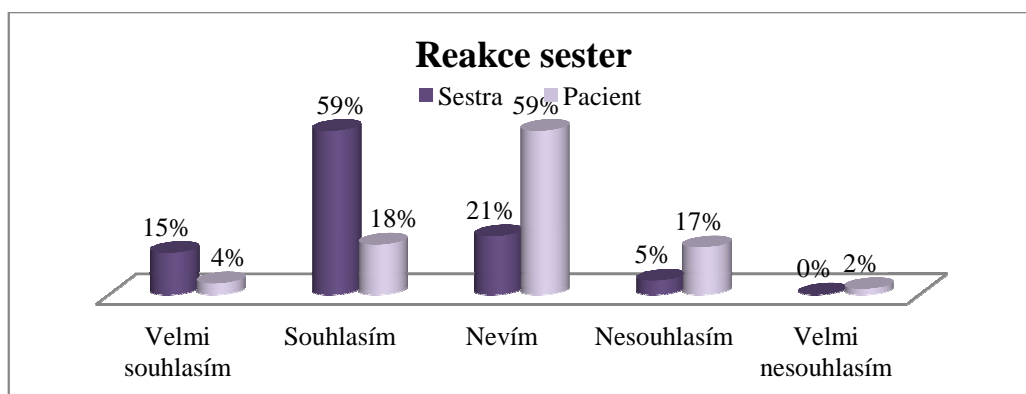
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 32 respondentů (32 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 56 respondentů (56 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 30: Sestry umí rychle reagovat na vzniklou situaci

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	15	15 %	4	4 %
Souhlasím	59	59 %	18	18 %
Nevím	21	21 %	59	59 %
Nesouhlasím	5	5 %	17	17 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	2	2 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 30: Sestry umí rychle reagovat na vzniklou situaci



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 15 respondentů (15 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 59 respondentů (59 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 21 respondentů (21 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

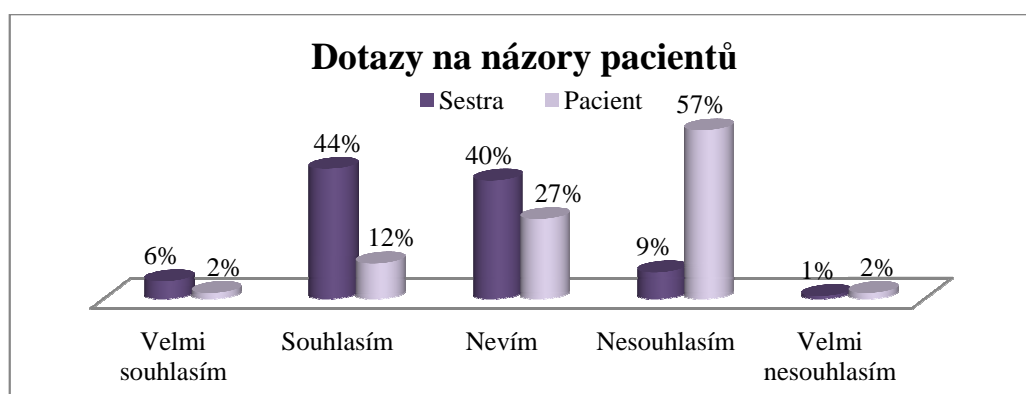
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 59 respondentů (59 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 17 respondentů (17 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %).

Tabulka 31: Sestry se ptají na názory pacienta

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	6	6 %	2	2 %
Souhlasím	44	44 %	12	12 %
Nevím	40	40 %	27	27 %
Nesouhlasím	9	9 %	57	57 %
Velmi nesouhlasím	1	1 %	2	2 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 31: Sestry se ptají na názory pacienta



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 44 respondentů (44 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 40 respondentů (40 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

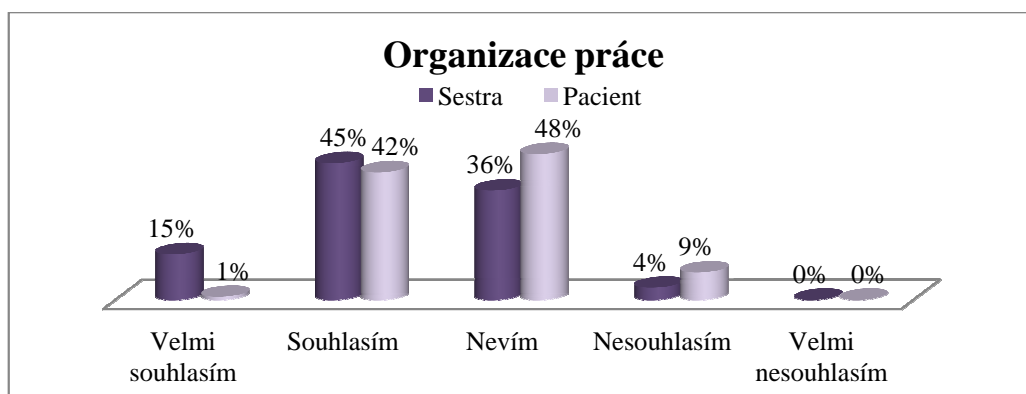
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 27 respondentů (27 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 57 respondentů (57 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %).

Tabulka 32: Sestry si umí zorganizovat práci

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	15	15 %	1	1 %
Souhlasím	45	45 %	42	42 %
Nevím	36	36 %	48	48 %
Nesouhlasím	4	4 %	9	9 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 32: Sestry si umí zorganizovat práci



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 15 respondentů (15 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 45 respondentů (45 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 36 respondentů (36 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedli 4 respondenti (4 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

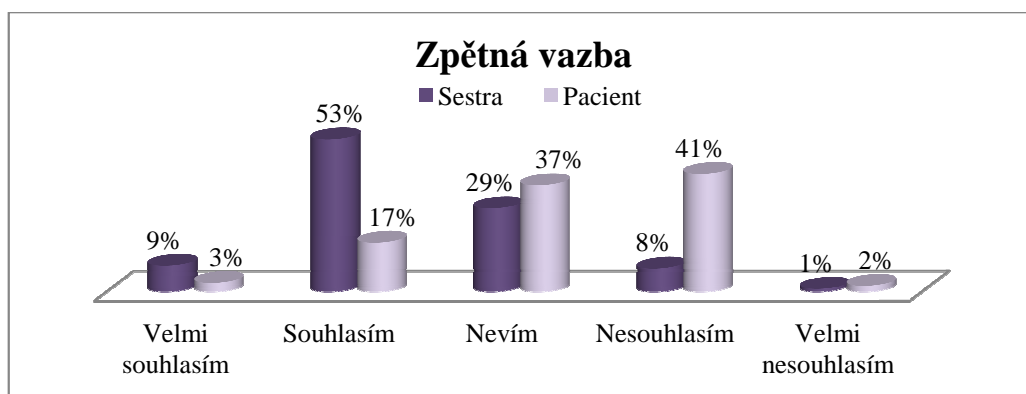
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 42 respondentů (42 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 48 respondentů (48 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 33: Sestry si ověřují, zda jí pacient rozumí

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	9	9 %	3	3 %
Souhlasím	53	53 %	17	17 %
Nevím	29	29 %	37	37 %
Nesouhlasím	8	8 %	41	41 %
Velmi nesouhlasím	1	1 %	2	2 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 33: Sestry si ověřují, zda jí pacient rozumí



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 53 respondentů (53 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 29 respondentů (29 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

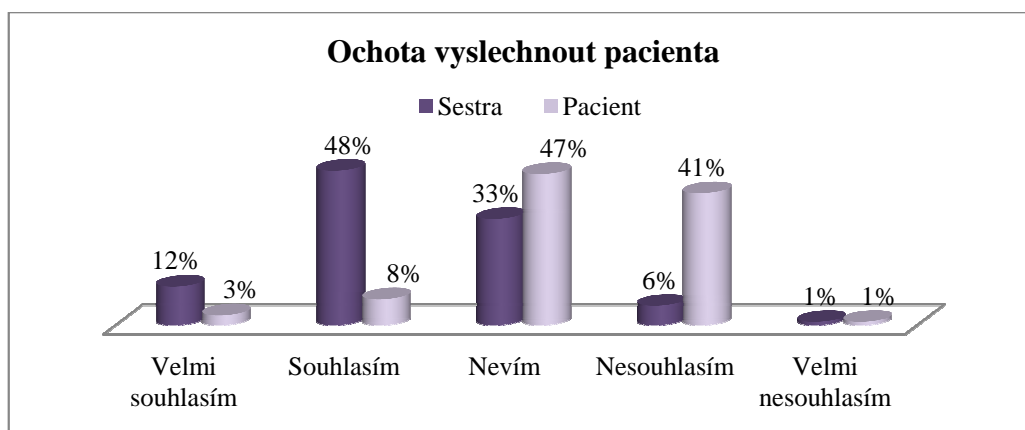
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 17 respondentů (17 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 37 respondentů (37 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 41 respondentů (41 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %).

Tabulka 34: Sestry jsou ochotné vyslechnout problémy pacienta

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	12	12 %	3	3 %
Souhlasím	48	48 %	8	8 %
Nevím	33	33 %	47	47 %
Nesouhlasím	6	6 %	41	41 %
Velmi nesouhlasím	1	1 %	1	1 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 34: Sestry jsou ochotné vyslechnout problémy pacienta



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 48 respondentů (48 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 33 respondentů (33 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 6 respondentů (6 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

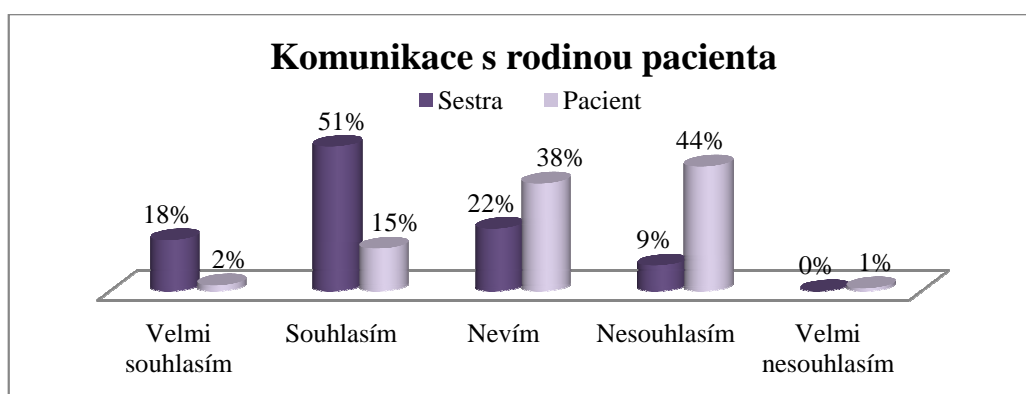
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 8 respondentů (8 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 47 respondentů (47 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 41 respondentů (41 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

Tabulka 35: Sestry umí komunikovat s rodinou pacienta

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	18	18 %	2	2 %
Souhlasím	51	51 %	15	15 %
Nevím	22	22 %	38	38 %
Nesouhlasím	9	9 %	44	44 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	1	1 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 35: Sestry umí komunikovat s rodinou pacienta



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 18 respondentů (18 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 51 respondentů (51 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 22 respondentů (22 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 9 respondentů (9 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

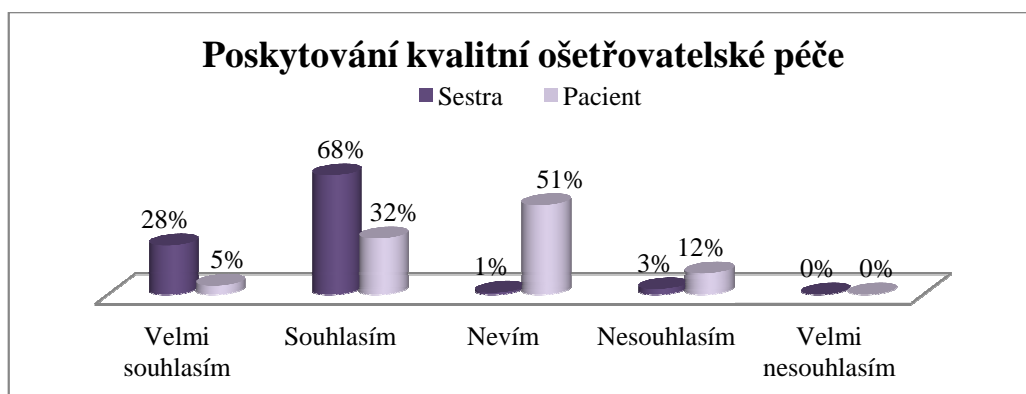
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedli 2 respondenti (2 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 15 respondentů (15 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 38 respondentů (38 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 44 respondentů (44 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedl 1 respondent (1 %).

Tabulka 36: sestry poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	28	28 %	5	5 %
Souhlasím	68	68 %	32	32 %
Nevím	1	1 %	51	51 %
Nesouhlasím	3	3 %	12	12 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 36: sestry poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 28 respondentů (28 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 68 respondentů (68 %), odpověď „Nevím“ uvedl 1 respondent (1 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedli 3 respondenti (3 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

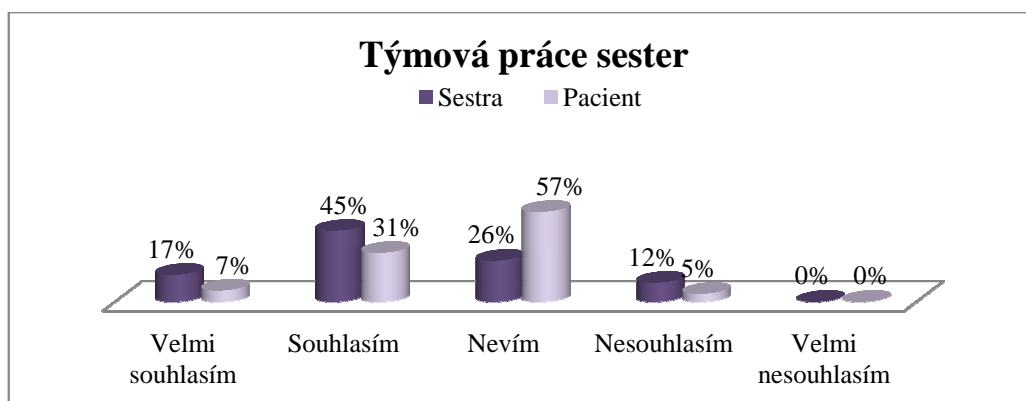
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 32 respondentů (32 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 51 respondentů (51 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo respondentů (0 %).

Tabulka 37: Sestry umí pracovat v týmu

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi souhlasím	17	17 %	7	7 %
Souhlasím	45	45 %	31	31 %
Nevím	26	26 %	57	57 %
Nesouhlasím	12	12 %	5	5 %
Velmi nesouhlasím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 37: Sestry umí pracovat v týmu



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 17 respondentů (17 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 45 respondentů (45 %), odpověď „Nevím“ uvedl 26 respondent (26 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 12 respondentů (12 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

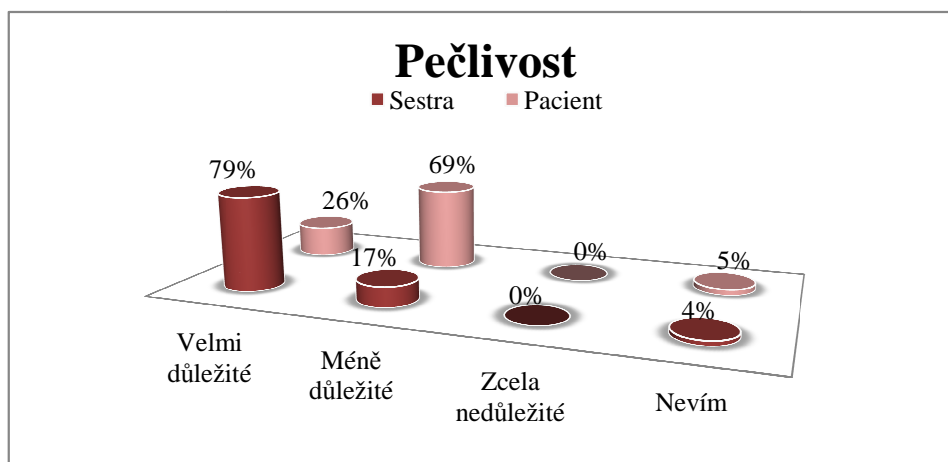
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi souhlasím“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Souhlasím“ uvedlo 31 respondentů (31 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 57 respondentů (57 %), odpověď „Nesouhlasím“ uvedlo 5 respondentů (5 %) a odpověď „Velmi nesouhlasím“ uvedlo respondentů (0 %).

Tabulka 38: Pečlivost

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	79	79 %	26	26 %
Méně důležité	17	17 %	69	69 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	4	4 %	5	5 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 38: Pečlivost



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 79 respondentů (79 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 17 respondentů (17 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedli 4 respondenti (4 %).

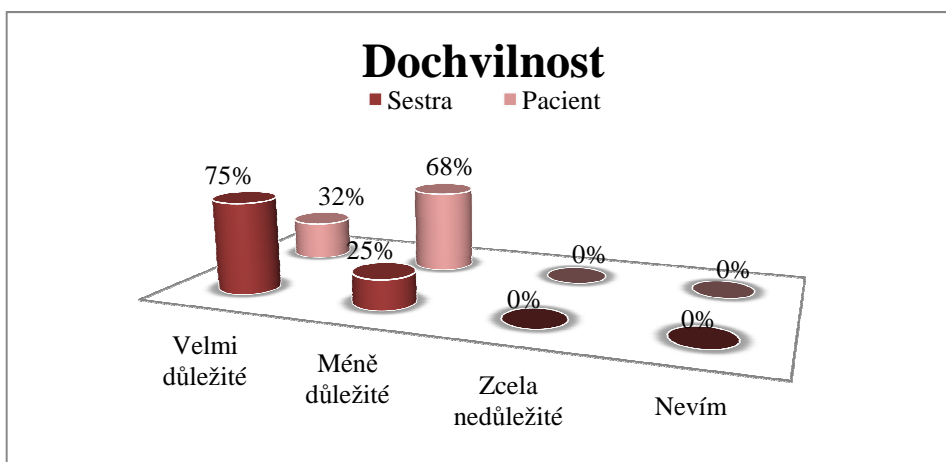
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 26 respondentů (26 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 69 respondentů (69 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 5 respondentů (5 %).

Tabulka 39: Dochvilnost

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	75	75 %	32	32 %
Méně důležité	25	25 %	68	68 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 39: Dochvilnost



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 75 respondentů (75 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 25 respondentů (25 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

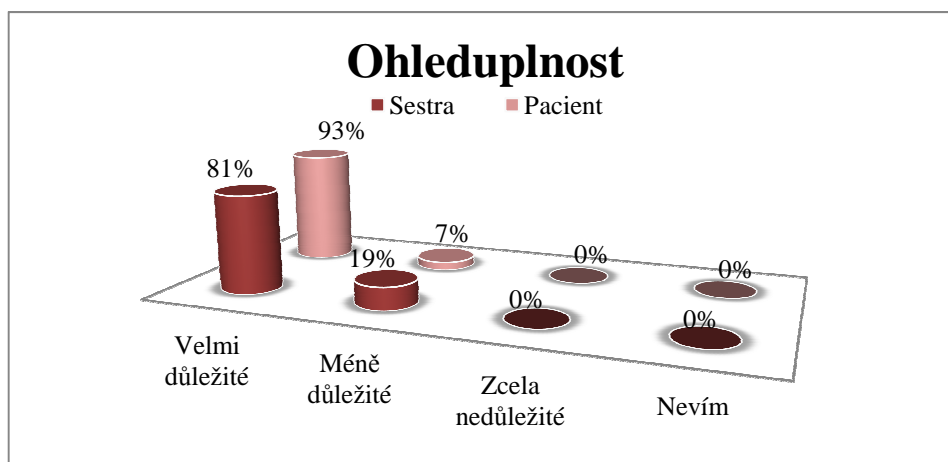
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 32 respondentů (32 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 68 respondentů (68 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 40: Ohleduplnost

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	81	81 %	93	93 %
Méně důležité	19	19 %	7	7 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 40: Ohleduplnost



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 81 respondentů (81 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 19 respondentů (19 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

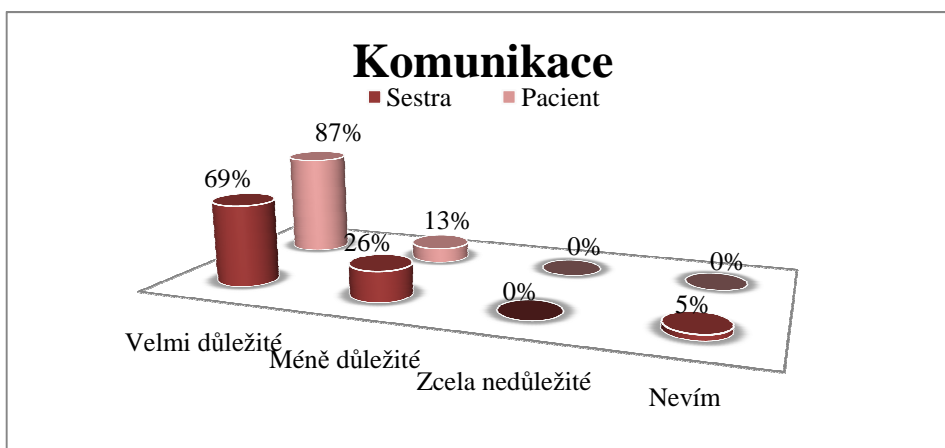
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 93 respondentů (93 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 41: Komunikace

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	69	69 %	87	87 %
Méně důležité	26	26 %	13	13 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	5	5 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 41: Komunikace



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 69 respondentů (69 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 26 respondentů (26 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 5 respondentů (5 %).

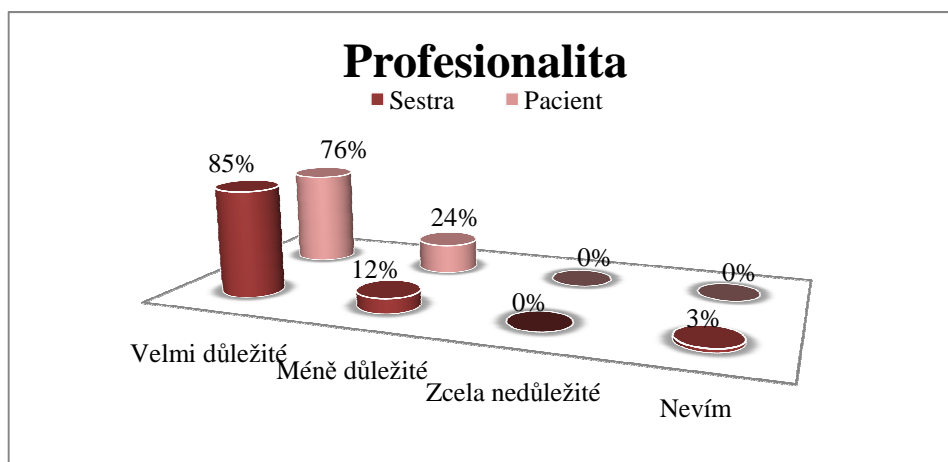
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 87 respondentů (87 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 13 respondentů (13 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 42: Profesionalita

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	85	85 %	76	76 %
Méně důležité	12	12 %	24	24 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	3 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 42: Profesionalita



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 85 respondentů (85 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 12 respondentů (12 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedli 3 respondenti (3 %).

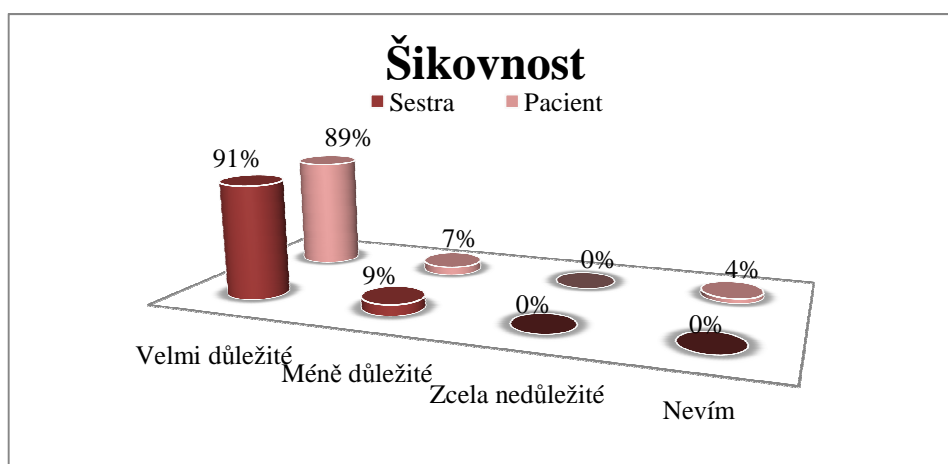
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 76 respondentů (76 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 24 respondentů (24 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 43: Šikovnost

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	91	91 %	89	89 %
Méně důležité	9	9 %	7	7 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	0 %	4	4 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 43: Šikovnost



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 91 respondentů (91 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 9 respondentů (9 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

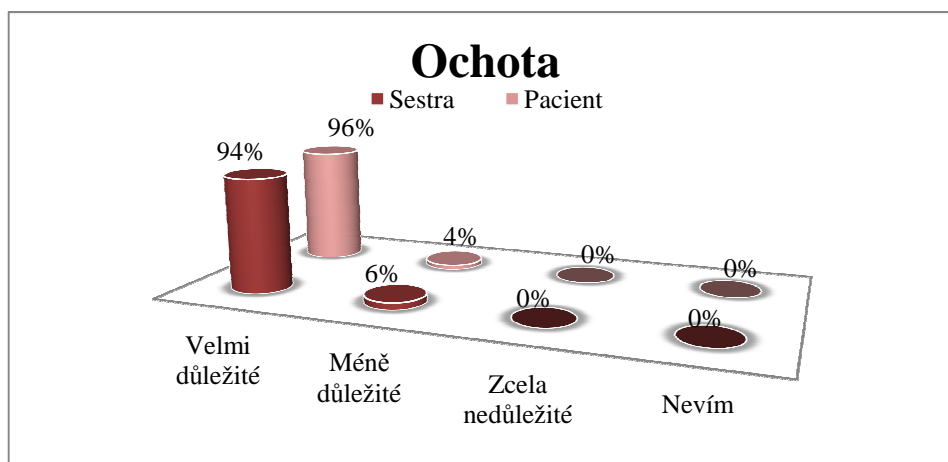
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 89 respondentů (89 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedli 4 respondenti (4 %).

Tabulka 44: Ochota

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	94	94 %	96	96 %
Méně důležité	6	6 %	4	4 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	0 %	0	0 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 44: Ochota



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 94 respondentů (94 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 6 respondentů (6 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

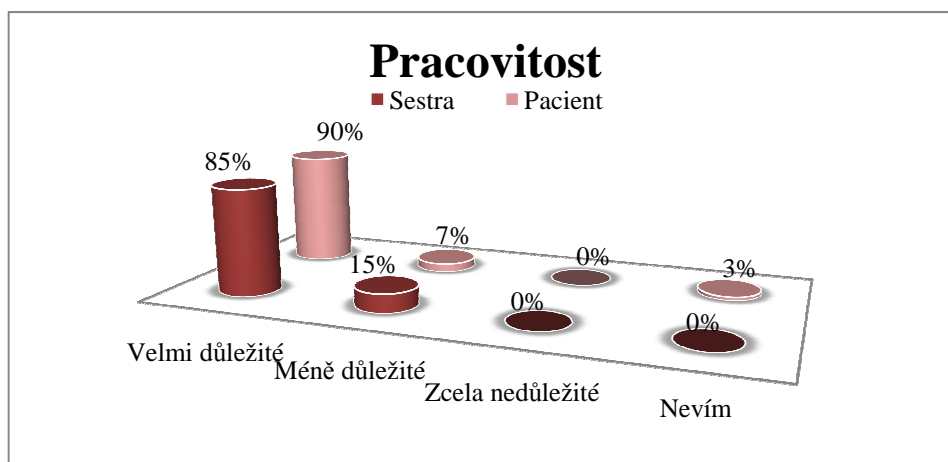
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 96 respondentů (96 %), odpověď „Méně důležité“ uvedli 4 respondenti (4 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

Tabulka 45: Pracovitost

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	85	85 %	90	90 %
Méně důležité	15	15 %	7	7 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	0 %	3	3 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 45: Pracovitost



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 85 respondentů (85 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 15 respondentů (15 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 0 respondentů (0 %).

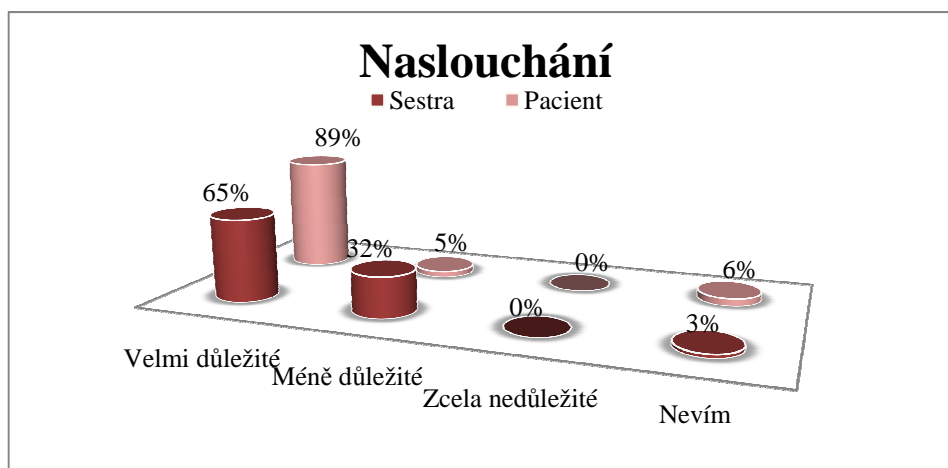
Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 90 respondentů (90 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 7 respondentů (7 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedli 3 respondenti (3 %).

Tabulka 46: Naslouchání

Odpověď	Sestra		Pacient	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Velmi důležité	65	65 %	89	89 %
Méně důležité	32	32 %	5	5 %
Zcela nedůležité	0	0 %	0	0 %
Nevím	3	3 %	6	6 %
Celkem	100	100 %	100	100 %

Graf 46: Naslouchání



Sestra:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 65 respondentů (65 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 32 respondentů (32 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedli 3 respondenti (3 %).

Pacient:

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpověď „Velmi důležité“ uvedlo 89 respondentů (89 %), odpověď „Méně důležité“ uvedlo 5 respondentů (5 %), odpověď „Zcela nedůležité“ uvedlo 0 respondentů (0 %), odpověď „Nevím“ uvedlo 6 respondentů (6 %).

5 DISKUZE

V diplomové práci „Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů“ jsme si dali za cíl zjistit, jak své vlastnosti a dovednosti hodnotí sestry, a provést srovnání s názorem pacientů. Zjištěné výsledky byly analyzovány v tabulkách a grafech. Výzkumného šetření se zúčastnilo, 100 všeobecných sester a 100 respondentů z řad pacientů lůžkových oddělení nebo ambulance.

Demografická data všeobecných sester jsou uvedeny v tabulkách a grafech 1a, 2a, 3a, 4. Jsou zaměřeny na věk, vzdělání, délku praxe a pracoviště, na kterém sestry pracují. U všeobecných sester byla nejvíce (28 %) zastoupena věková kategorie 26 - 34 let, následovaná (25 %) věkovou kategorií 35 – 44 let. Téměř totožné zastoupení měla věková kategorie méně než 25 let (19 %) a věková kategorie 45 - 54 let (18 %). Nejméně byla zastoupena věková kategorie více než 55 let (10 %). V oblasti vzdělání všeobecných sester, s velkým rozdílem, bylo nejvíce (69 %) zastoupeno středoškolské vzdělání, následovalo (17 %) vyšší odborné vzdělání – DiS., dále (11 %) vzdělání vysokoškolské - Bc a nejméně (3 %) zastoupené bylo vzdělání vysokoškolské vzdělání – Mgr. Nejvíce (23 %) zastoupena byla délka praxe 11 – 19 let, naopak nejméně (10 %) byla zastoupena délka praxe méně než 1 rok. Oddělení, kde byly všeobecné sestry dotazovány, byly zastoupeny v následujícím pořadí, interní obory – akutní lůžka (45 %), chirurgické obory – akutní lůžka (37 %), interní obory – ambulance (8%), oddělení následné péče (5 %), chirurgické obory – ambulance (5 %).

V tabulkách a grafech 1b, 2b, 3b jsou uvedeny demografická data pacientů. Tyto data se týkaly věku pacientů, oddělení, kde byli hospitalizováni a délka jejich hospitalizace. Věkové kategorie pacientů byly poměrně stejnoměrně zastoupeny, až na věkovou kategorii pacientů, kteří uvedli svůj věk více než 65 let (9 %), tato kategorie byla zastoupena nejméně. Naopak věková kategorie 55 – 64 let byla zastoupena nejvíce (23 %). Poté následovala kategorie pacientů, kteří uvedli svůj věk méně než 25 let (19 %). Dále byl zastoupen věk 45 – 54 let (17 %). Věkové kategorie 26 – 34 let a 35 – 44 let byly zastoupené ve stejném počtu (16 %).

Oddělení pacientů bylo zastoupeno v následujícím pořadí interní obory – akutní lůžka (30 %), chirurgické obory – akutní lůžka (28 %), interní obory – ambulance (17

%), chirurgické obory – ambulance (15 %), oddělení následné péče (10 %). Délka hospitalizace byla sledována jen v 68 případech. Ve zbylých 32 případech se jednalo o pacienty z ambulance.

Nejvíce byla zastoupena délka hospitalizace 7 – 14 dní (47 %), poté následovala délka hospitalizace méně než 6 dnů (31 %), následována délkou hospitalizace více než 31 dnů (15 %). Nejméně byla uváděna délka hospitalizace 15 – 30 dnů (7 %).

První hypotéza, kterou jsme si stanovili, zněla: „Sestry své vlastnosti hodnotí kladněji než pacienti“. K této hypotéze se vztahovala první tabulka v dotazníku. Tabulka obsahovala 20 otázek identických pro všeobecné sestry a pacienty, pouze jinak formulované. Respondenti uváděli své zkušenosti či názory na danou problematiku. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách a grafech 5-24.

V hodnocení vlastností sester dopadla nejrozporuplněji položka „Nepříjemnost sester“, kdy 5 sester (5 %) souhlasilo s tím, že sestry jsou nepříjemné. Alarmujícím zjištěním je, že souhlas s tímto tvrzením uvedla nadpoloviční většina pacientů, celkem 58 pacientů (58 %). Naopak sestry nejčastěji uváděly nesouhlas v 60 % s tímto tvrzením a dále velmi nesouhlasilo s tímto tvrzením 16 sester (16 %). Z šetření vychází, že více jak polovina sester se domnívá, že je k pacientům příjemná. Bohužel, více jak polovina pacientů má opačný názor. Zjištění je alarmující a mělo by se stát předmětem řešení, neboť jak uvádí Jarošová (2010), to, jak vnímá pacient chování pečujícího personálu, ovlivňuje jeho spokojenost s poskytovanou péčí (11).

Další rozporuplnou položkou v oblasti vlastností sester byla „Vnímavost sester“. 57 respondentů – všeobecných sester (57 %) uvedlo, že souhlasí s tím, že sestry s touto vlastností disponují a dokonce 9 respondentů – všeobecných sester (9 %) uvedlo, že s tím velmi souhlasí. Nicméně v řadách respondentů – pacientů s tímto tvrzením souhlasí pouze 6 respondentů (6 %) a 1 respondent (1 %) s tím velmi souhlasí. Naopak nesouhlasí s tímto tvrzením 43 respondentů – pacientů (43 %). Zbytek respondentů z řad sester i pacientů uvedlo, jako svou odpověď neví. Rozdíl v souhlasném stanovisku na vnímavost sester je 51 %. Opět se jedná o velmi vysoké rozdílové číslo, které není příliš lichotivé pro sestry a pozornost by měla být zaměřena také tímto směrem a tento výsledek by měl být předmětem dalšího výzkumu.

Mezi další kontroverzní položku patřila „Trpělivost sester“. Zde se sestry ztotožňují se souhlasným tvrzením v 63 případech (63 %) a v 6 případech (6 %) s tím dokonce velice souhlasí, ale z pohledu pacientů s trpělivostí sester souhlasí pouze 18 pacientů (18 %) a 4 s trpělivostí sester velice souhlasí. Rozdílnost názorů činí celých 45%. Většina pacientů (62 %) se vyjádřila nerozhodně, tedy uvedla nevím. Stejně jako většina položek je i trpělivost vnímána pacientem subjektivně a v okamžiku dyskomfortu, který pacient v nemocničním prostředí v různé míře pociťuje, může mít pacient pocit, že sestra není vůči němu dost trpělivá.

Další vlastností, které je odlišně vnímána či viděna sestrami a pacienty, je „Pracovitost sester“. Nadpoloviční většina sester (59 %) souhlasí s pracovitostí sester, 15 sester (15 %) s pracovitostí velmi souhlasí, ale pacienti jejich pracovitost vidí či vnímají dosti odlišně. S jejich souhlasným názorem souhlasí pouze 24 pacientů (24 %) 6 pacientů (6 %) s nimi velmi souhlasí. Rozdílnost v souhlasném názoru je celých 35 %. I nad touto položkou by mělo být zamyšleno se a měla by být snaha o její vylepšení, neboť pokud si pacient myslí nebo vnímá, že sestry nejsou pracovité, vrhá to na sestry špatné světlo a v době diskuzí o navyšování platů zdravotníků, je to dosti ožehavé zjištění.

Rozdílnost 33 % v názorech sester a pacientů se týkala vstřícnosti sester. Polovina sester si myslí, že jsou sestry vstřícné, ale jen 17 pacientů sdílí jejich souhlasný názor.

Zajímavý výsledek se týkal položky „Uspěchanost sester“. Ze 100 sester 20 sester nesouhlasí, že sestry jsou uspěchané a 34 si tím není jisto, a uvedly jako svou odpověď nevím. S tímto tvrzením souhlasilo 28 sester a 18 sester s tím velmi souhlasilo. Oproti tomu pacienti s uspěchaností sester souhlasí v nadpoloviční většině, tedy 54 případech. Rozdílnost v souhlasném tvrzení činí 26 %. Přitom udělat si chvilku času na pacienta přináší kladnou odezvu u pacientů a pohled na sestru se mění.

Další položkou, která nás zajímala, byla „Empatie sester“. Zde byla rozdílnost v souhlasu 25 %. Velké procento (74 %) pacientů jako svou odpověď uvedlo nevím. Sestry souhlasí s tím, že jsou empatické v 32 % a 11 % sester s tím velmi souhlasí. Jak uvádí Bánovčínová (2011), schopnost vcítění se, tedy vžití se do situace druhého, je

jedním ze základních předpokladů pro výkon profese sestry a současně je empatie vnímána jako zvláštní podoba komunikace. Na souhlas s tím, že sestry jsou empatické, poukazuje i Králová (2006), ve svém výzkumu. Jak uvádí Ptáček: „empatické je třeba vidět i slyšet“ (Ptáček, 2011, s. 74) (2, 17, 38).

První hypotéza se nám potvrdila. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že sestry své vlastnosti hodnotí lépe než pacienti.

Druhá hypotéza, kterou jsme si stanovili, zněla: „Pacienti hodnotí praktické dovednosti sester kladněji než sestry.“ Platnost této hypotézy jsme zjišťovali pomocí druhé tabulky v dotazníku. Grafické výsledky k ověření této hypotézy jsou tabulky a grafy 25-37. Dotazy byly kladené jak na praktické, tak na komunikační dovednosti sester.

Velmi zajímavý výsledek vzešel z dotazu: „Sestry poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči“. Zde byla drtivá většina odpovědí sester, situována do odpovědi velmi souhlasím (28 %) a souhlasím (68 %). Bohužel s tímto tvrzením souhlasilo pouze 32 % pacientů a velmi s tím souhlasilo 5 % pacientů. Většina pacientů (51 %) uvedla odpověď nevím a 12 % odpovědělo dokonce nesouhlasně. Rozporuplnost zjištěných výsledků, by měla být předmětem podrobnějšího zkoumání a rozhodně zaměření pozornosti tímto směrem.

Z praktických dovedností dále vyšla pozoruhodně odpověď na otázku: „Sestry umí rychle reagovat na vzniklou situaci“. Nadpoloviční většina sester (59 %) si myslí, že ano, dokonce 15 % sester s tímto tvrzením velmi souhlasí, ale souhlasný názor sdílí pouze 18 % pacientů. Z řad pacientů nejvíce uvedlo (59 %), že neví, zda sestry umí rychle reagovat na vzniklou situaci. Rozdílnost v souhlasném názoru činí 41 %.

Mezi zajímavé otázky patřila: „Sestry provádí odborné výkony precizně a přesně“. Zde opět sestry uvádějí, nejčastěji odpověď souhlasím (64 %), či velmi souhlasím (12 %), ale jen 32 % pacientů sdílí jejich názor, že provádí odborné výkony precizně a přesně a 4 % pacientů uvádí, že s tímto velmi souhlasí. Většina pacientů (56 %), uvedla odpověď zdrženlivou, tedy nevím. Taktéž u otázky: „Sestry dobře ovládají techniku“, kde pacienti uvedli v 68 % jako svou odpověď nevím. Zajímavé zjištění u této otázky je ale u odpovědí sester, kde i sestry v 34 % uvedly jako svou odpověď

nevím. Kde se bere v sestřích nejistota, že neovládají techniku? Při bližším porovnávání výsledků, zda je nejistota vázána na délku praxe, věk sester nebo jejich vzdělání se nic z toho neprojevílo.

Na základě provedeného výzkumného šetření bylo zjištěno, že v oblasti praktických dovedností se sestry hodnotí kladněji než pacienti a tudíž se naše hypotéza nepotvrdila.

Jako třetí hypotézu jsme si stanovili: „Sestry hodnotí kladněji své komunikační dovednosti než pacienti.“ I pro zkoumání této hypotézy jsme využili druhou tabulku v dotazníku a odpovědi jsou taktéž zpracované v tabulkách a grafech 25-37. V oblasti komunikačních dovedností se odpovědi mezi sestrami a pacienty dost odlišovaly.

Hned první z otázek na komunikační dovednosti sester zněla: „Sestry umí výborně komunikovat s pacienty.“ Zde byly nejčastěji odpovědi sester situovány do oblasti odpovědí souhlasím (65 %) a velmi souhlasím (8 %). Překvapující je zjištění, že 18% sester si není jistá, zda sestry umí výborně komunikovat s pacientem a 9 % si dokonce myslí, že to sestry neumí. Pacienti u této otázky v nadpoloviční většině (57 %) uvedli odpověď nevím a 20 % pacientů nesouhlasilo s tím, že by sestry uměly komunikovat s pacienty.

Taktéž v otázce: „Sestry umí komunikovat s rodinou pacienta.“ se odpovědi sester a pacientů diametrálně rozcházejí. Drtivá většina sester si myslí, že s rodinou pacienta komunikovat umí, ale pohled pacientů na tuto problematiku je jiná. Pacienti s tímto tvrzením v 44 % nesouhlasí a 38 % uvedlo jako svou odpověď nevím. Opět se vyskytly odpovědi sester v oblasti nevím (22 %) a v oblasti nesouhlasím (9 %). Tyto sestry byly tytéž, které uváděly negativní odpovědi u předešlé otázky. Pouze odpověď nevím, uvedlo o 3 sestry víc. Z těchto dvou přímých otázek na komunikaci s pacientem a jeho rodinou vyplývá, že názory sester a pacientů na tuto problematiku se značně rozcházejí.

V oblasti komunikačních dovedností jsme se dále ptali: „Sestry se ptají na názory pacienta.“ I zde došlo ke značnému rozporu v odpovědích, kdy 44 % sester uvedlo, že souhlasí s tímto tvrzením, ale 57 % pacientů má zcela opačný názor. Velké procento sester (40 %) uvedlo odpověď nevím, což do jisté míry svědčí o jejich

nejistotě či nepřesvědčení o tomto tvrzení. Přitom v dnešní době, kdy má být pacient partnerem při péči o svou osobu, je toto zjištění alarmující.

Mezi další otázky z komunikačních dovedností patřila otázka: „Sestry si ověřují, zda jim pacient rozumí.“ I zde došlo k velkému rozporu mezi odpověďmi pacientů a sester. Sestry uvádějí, že v 53 % si ověřují, zda jim pacient rozumí, ale pacienti v 41 % s nimi tento názor nesdílejí. Poměrně vysoké procento odpovědí na tuto otázku, se objevilo v oblasti nevíím u obou výzkumných souborů. Přitom zpětná vazba, je velmi důležitá pro pochopení pacientem, poskytuje možnost poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a plní tak podmínku, že pacient se spolupodílí na rozhodování o své péči. Tím vším se zlepšuje pohled pacienta na sestru a poskytovanou péči. Jak uvádí Venglářová (2006) „zpětná vazba udržuje rovnováhu v mezilidské komunikaci“ (Venglářová, 2006. s. 17) (48)

Poslední z otázek na komunikační dovednosti sester, byla otázka: „Sestry umí zodpovědět otázky pacienta.“ Zde byly odpovědi sester v nadpoloviční většině (66 %) souhlasné, mírné procento uvedlo svou odpověď nevíím a opět 9 % sester uvedlo nesouhlasné stanovisko k této otázce. Stále se jednalo o tytéž sestry. Když jsme se zaměřili blíže na tyto sestry, jednalo se převážně o středoškolsky vzdělané sestry, pouze dvě sestry byly vyššího vzdělání a to DiS. a Bc. Odpovědi pacientů na tuto otázku byly souhlasím v 37 %, nevíím, ve 42 % a 19 % se vyjádřilo nesouhlasně.

Touto částí výzkumného šetření jsme potvrdili hypotézu třetí a to, že sestry hodnotí své komunikační dovednosti lépe než pacienti. Toto zjištění, by mělo vést k zamyšlení se nad touto problematikou a hledání způsobu nápravy, neboť bez kvalitní komunikace není kvalitní ošetrovatelská péče. Kelnarová (2007) ve svém výzkumném šetření uvádí: „ukázalo se, že většina dotazovaných sester hodnotí své komunikativní dovednosti kladně“ (Kelnarová, 2007, s. 25). Také Pokorná (2008) ve svém výzkumném šetření uvádí: „z výsledků šetření jednoznačně vyplynula potřeba náležitě a účinně komunikace s přihlédnutím k akceptaci individuálních potřeb jednotlivých nemocných, která významně ovlivní průběh hospitalizace“ (Pokorná, 2008, s. 114) (15, 37).

Na poslední dvě hypotézy, které zněly: „Pacienti upřednostňují komunikační dovednosti sester nad praktické dovednosti sester“ a „Sestry považují za nejdůležitější dovednost sester praktickou zručnost při poskytování péče“ jsme se zaměřili v poslední tabulce dotazníku. Graficky jsou výsledky znázorněné v tabulkách a grafech 38-46. Komunikační dovednosti sester a jejich důležitost vyjadřuje tabulka a graf 41 a 46.

Komunikaci, považuje 87 % pacientů za velmi důležitou, u sester tuto dovednost považuje za velmi důležitou pouze 69 %, přitom, jak uvádí Ptáček (2011), komunikace má výlučné místo v práci sestry a prostřednictvím ní získává o pacientovi sestra potřebné informace (38). Překvapující je položka nevím, kterou uvedlo 5% sester a položka méně důležité, kterou uvedlo 26 % sester.

Druhou položku, kterou řadíme do dovedností komunikačních, je „Naslouchání“. I zde se liší důležitost mezi sestrami a pacienty. Pouze 65 % sester tuto dovednost označilo za velmi důležitou, 32 % za méně důležitou a 3 % sester uvedlo, jako svou odpověď nevím. Pacienti uvedli, že velmi souhlasí s důležitostí této dovednosti v 89 %. Jak bylo již napsáno, naslouchání patří mezi jednu z nejdůležitější dovednosti sester.

Výzkumné šetření potvrdilo platnost čtvrté hypotézy, že pacienti upřednostňují komunikační dovednosti sester nad praktické dovednosti sester. Porovnávali jsme komunikační dovednosti s dovednostmi praktickými tak, jak je považují za důležité sestry a pacienti. Výsledky šetření se shodují i s dalšími výzkumy (Wysong, 2009), protože pacienti preferují interpersonální dovednosti před technickými dovednostmi. (číslo zdroje)

Platnost poslední páté hypotézy: „Sestry považují za nejdůležitější dovednost sester praktickou zručnost při poskytování péče“, jsme hledali také v poslední tabulce dotazníku. Profesionalitu preferují sestry v 85 %, pacienti v 76 %. Šikovnost preferují sestry v 91 %, pacienti v 89 %. Naproti tomu komunikaci preferuje 69 %, ale 87 % pacientů. Naslouchání preferuje 65 % sester, ale 89 % pacientů. Grafické znázornění praktických dovedností je v tabulkách a grafech 42 a 43. Je zde patrné, že sestry více než pacienti pokládají tyto dvě položky za důležitější a tedy se nám potvrdila i hypotéza pátá, že sestry považují praktickou zručnost, za nejdůležitější dovednost.

Výzkumné šetření nám ukázalo, že sestry a pacienti vnímají vlastnosti a dovednosti sester odlišně. Bohužel pacienti velmi negativně. Toto zjištění je velmi závažné a znepokojující.

6 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak se od sebe liší pohled sester a pacientů na vlastnosti a dovednosti sester. V dotazníkovém šetření jsme porovnávali odpovědi od sester s odpověďmi od pacientů. Stanovili jsme si 5 hypotéz, které jsme našim výzkumným šetřením a analýzou dat potvrdili jejich platnost.

Hypotéza 1 zněla: „Sestry své vlastnosti hodnotí kladněji než pacienti.“ Tato hypotéza se nám potvrdila. Sestry podle našeho výzkumného šetření hodnotí své vlastnosti kladněji než pacienti. Hypotéza 2 zněla: „Pacienti hodnotí praktické dovednosti sester kladněji než sestry.“ Na základě našeho výzkumného šetření se nám tato hypotéza nepotvrdila. Bylo zjištěno, že v oblasti praktických dovedností se sestry hodnotí kladněji než pacienti. Hypotéza 3 zněla: „Sestry hodnotí kladněji své komunikační dovednosti než pacienti.“ Tuto hypotézu se nám podařilo potvrdit, sestry podle našeho výzkumného šetření hodnotí své komunikační dovednosti lépe než pacienti. Hypotéza 4 zněla: „Pacienti upřednostňují komunikační dovednosti sester nad praktické dovednosti sester.“ Pomocí výzkumného šetření se nám podařilo potvrdit i čtvrtou hypotézu. Hypotéza 5 zněla: „Sestry považují za nejdůležitější dovednost sester praktickou zručnost při poskytování péče.“ I u této hypotézy jsme našim výzkumným šetřením potvrdili její platnost.

Při porovnávání výsledků jsme došli k závěru, že sestry obecně hodnotí své vlastnosti a dovednosti lépe než pacienti. U některých odpovědí byly tyto rozdíly velmi malé, ale u některých byly rozdíly poměrně markantní. Především se jednalo o oblast komunikačních dovedností sester. Velmi rozporuplné otázky byly, zda se sestry ptají na názory pacientů a zda sestry umí komunikovat s rodinou pacienta. Odpovědi pacientů byly ve velkém procentu negativní. Výzkumné šetření nás přesvědčilo opět o tom, že oblast komunikace je stále „Achillovou patou“ ošetrovatelství a měla by jí být věnována stále náležitá pozornost a trénovat komunikační dovednosti sester.

Pacienti, velmi často volili odpověď neví. Můžeme z toho usuzovat, že buď nemají dostatek indicií, aby mohli posoudit skutečný stav věci, nebo je to jejich nerozhodnost a nepřesvědčení přiklonit se ať k souhlasnému či nesouhlasnému stanovisku.

Profese všeobecné sestry je velice náročná. A jak vyplývá i z našeho výzkumného šetření, nároky kladené na osobnostní rysy a dovednosti sester jsou obrovské. Dá se předpokládat, že tyto nároky se budou stále stupňovat, protože pacient se stává partnerem ošetřovatelského týmu, má právo o sobě a o své péči rozhodovat. Proto musí být sestra připravená na všechny aspekty ošetřovatelské péče, musí se stále vzdělávat, sledovat nové trendy v oblasti ošetřovatelství, ale i společenského života, protože v dnešní době je sestra vysokoškolsky vzdělaná a předpokládá se, že její přehled a vystupování tomu bude odpovídat. Očekává se tedy od všeobecných sester, že budou pozitivně a důstojně reprezentovat ošetřovatelství. Sestra si již nevystačí s tím, že umí dobře aplikovat injekci a skvěle provést převaz, ale musí umět navázat kontakt s pacientem, s jeho rodinou, odhalit jeho potřeby a umět s nimi dále pracovat a podpořit tím celý proces léčení. Sestra dnes již není pouze nástrojem lékařských ordinací, ale samostatnou a podstatnou součástí celého týmu.

Pacient hodnotí péči všech členů týmu a je na jeho rozhodnutí, zda využije opakovaně stejných služeb, protože s nimi byl spokojený, potažmo také spokojený s ošetřovatelskou péčí a přístupem, nebo se obrátí na jiného poskytovatele zdravotních služeb, tak jak mu to dnes zákon a jeho práva umožňují. Proto by mělo být snahou všech, aby poskytovaná péče byla co nejkvalitnější a měla tendenci se zvyšovat. K tomu všemu nám slouží objektivní hodnocení indikátorů kvality, audity a akreditace nemocnic, které nám dávají zpětnou vazbu o poskytované péči.

Na podkladě tohoto výzkumného šetření si myslíme, že je potřeba neustálého vzdělávání sester, především v oblasti komunikace, poskytnout jim dostatek kvalitních možností, účastnit se těchto vzdělávacích akcí a podporovat je v tom. Dále navrhuje, aby totéž výzkumné šetření, bylo provedeno s odstupem času na stejných odděleních, abychom měli srovnání v průběhu času.

Doporučení do praxe:

Výzkumné šetření prokázalo velmi negativní hodnocení sester jako poskytovatelek ošetrovatelské péče od hodnocení pacientů jako příjemců ošetrovatelské péče. Jedním z motivačních faktorů v práci sestry je ohodnocení její práce z pohledu pacienta, pokud toto ohodnocení je negativní, tak jako v našem případě, může se stát pro sestry demotivujícím. Proto je dle našeho názoru zásadní se tomuto výsledku věnovat, předložit ho vedení zdravotnického zařízení k analýze a zjednání nápravy. Management by měl využít výsledky k podpoře svých zaměstnanců k lepším výsledkům, aby další hodnocení od pacientů byla pozitivnější. Aby nedošlo k demotivaci zaměstnanců je zásadní, aby management přijal opatření ke zvýšení kvality poskytované péče. Možným prvkem nápravy je umožnění zaměstnancům vzdělávání se v komunikačních dovednostech, zvýšení počtu pomocného personálu, zajištění dostatečného množství pomůcek, zavedení standardů a auditů do ošetrovatelské praxe, nebo podpory týmové spolupráce. Toto je výzva pro vedoucí pracovníky, kteří by měli zjistit překážky, které sestry a pacienti vnímají a měli by společně hledat nápravu.

Doporučujeme:

- Podporu celoživotního vzdělávání sester – například kurz komunikačních dovedností
- Provést analýzu daných pracovišť – srovnat výsledky se spokojeností pacientů
- Zapojení managementu

„Chovejte se a pracujte vždy tak, aby nemocní na pobyt v nemocnici vzpomínali rádi a s úsměvem.“

Emilie Ruth Tobolářová (Staňková, 2001, s. 40)

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. Přel. L. Dobrovodská, M. Tesáčková. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 57 s. ISBN 80 – 7013 – 392 – 9.
2. BÁNOVIČOVÁ, L., BUBENÍKOVÁ, M. *Empatia v ošetrovatel'stve, Ošetrovatel'ství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 1, s. 165 -170. ISSN 1804–2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatel'stviaporodniasistence/dok/2011-01/4_banovicova_bubenikova.pdf [cit. 2012-03-25].
3. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Vztah sestry – lékař*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2010. 127s. ISBN 978-80-7013-526-6.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
5. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
6. ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. 5. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 105 s. ISBN 80-7013-343-0.
7. *České ošetrovatel'ství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
8. *Databáze regulovaných profesí*. [online] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/databaze-regulovanych-povolani> [cit. 2011-12-06].
9. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatel'ství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

10. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1.
11. JAROŠOVÁ, D., TOMÁŠKOVÁ, H., PAPASTAVRAU, E. Vnímání pečovatelského chování sestrami a pacienty chirurgických oddělení, *Kontakt*. České Budějovice: 2010, roč. XII, č. 3, s. 281 – 287, ISSN 1212-4117.
12. JONES, P. *Holism: Making Sense of IT all*. [online] Dostupné z: <http://www.p-jones.demon.co.uk/hcmholis.html#refsJ>. [cit. 2012-03-25].
13. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
14. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
15. KELNAROVÁ, J. Komunikace jako priorita při komplexní ošetrovatelské péči o umírající, *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 24-25, ISSN 1210-0404.
16. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
17. KRÁLOVÁ, J., PÁRTLOVÁ, M. Empatie na pracovišti, *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 10, s. 24, ISSN 1210-0404.
18. KUBĚNOVÁ, V. *Ošetrovatelství jako povolání*. [online] Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=605 [cit. 2012-03-25].
19. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
20. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

21. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-347-3224-4.
22. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů, *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31, ISSN 1210-0404.
23. MALLOCH, K., PORTER-O'GRADY, T. *Introduction to evidence – Based Practice in Nursing and Healthcare*, 2th ed., Johnes and Barlett Publishers, 2009, 355s. ISBN 978-0-7637-6542-2. [online] Dostupné z: http://books.google.cz/books?id=G688XqkaJhEC&printsec=frontcover&dq=Introduction+to+Evidence+%E2%80%93+Based+Practice+in+Nursing+and+Healthcare&hl=cs&ei=9Ou6TZfIBcbAswafxM2DBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false [cit. 2012-03-28].
24. MANLEY, K., McCORMACK, B. – WILSON, V. *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. 1nd ed. Wiley: Blackwell Publishing, 2008. 424 s. ISBN: 978-1-4051-5676-9.
25. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl – Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
26. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví č. 9, Koncepce ošetrovatelství uveřejněná v částce 9 z roku 2004. [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html [cit. 2011-12-25].
27. Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html. [cit. 2011-12-25].

28. MLČÁK, Z., ZÁŠKODNÁ, H. Analýza vztahu mezi prosociálními tendencemi, empatií a pětifaktorovým modelem osobnosti a u studentek pomáhajících oborů, *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8, č. 2, s. 316 – 328 ISSN 1212-411.
29. MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 78-42-M/04 Zdravotnické lyceum* [online] Dostupné z: http://zpd.nuov.cz/RVP_3_vlna/RVP%207842M04%20Zdravotnicke%20lyceum.pdf [cit. 2011-12-06].
30. NANDA International. *NANDA – ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009–2011*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
31. NARKOVÁ, E. *Dny Marty Staňkové III. Vzdělávání sester: současnost a očekávání*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 113 s. ISBN80-7262-434-2.
32. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. [online] Dostupné z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=b1f575f4-01a1-4b07-bd5c-41618d0537f4&groupId=11063 [cit. 2011-12-25].
33. NOVOTNÝ, J., TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. Ošetrovatel'stvo na křížovatke tisícročí, *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8, č. 1, s. 212 – 223, ISSN 1212-4117.
34. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatel'ství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
35. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatel'ství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
36. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.

37. POKORNÁ, A., ŠENKYŘÍKOVÁ, M. Vliv jednání a chování sestry a její „image“ na průběh hospitalizace nemocného. *Cor et Vasa* [online]. 2008, č. 7-8 www.e-coretvasa.cz/data/view?id=1922 ISSN 1803-7712 [cit. 2012-05-06].
38. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
39. *Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků po nabytí účinnosti „malé novely“* [online] Dostupné z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=fce4dd08-ca37-4b57-957e-cb49ef568640&groupId=10122 [cit. 2011-12-06].
40. STAŇKOVÁ, M. *Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
41. STAŇKOVÁ, M. *Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
42. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
43. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
44. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
45. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře-jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
46. THORTON, L. What is holistic nursing? [online] Dostupné z: <http://www.ahna.org/aboutus/whatisholisticnursing/tabid/1165/default.aspx> [cit. 2012-03-25].

47. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry – pacient, *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 22 – 23, ISSN 1210-0404.
48. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
49. VONDRÁČEK, L. WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
50. Vyhláška č. 321/2008 Sb. [online] Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/vyhlaska_321_2008.pdf [cit. 2012-04-24].
51. Vyhláška č. 423/2004 Sb. [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova_3561_1792_11.html [cit. 2011-12-25].
52. Vyhláška č. 470/2004 Sb. [online] Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb160-04.pdf> [cit. 2011-12-25].
53. Vyhláška č. 55/2011 Sb. [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova_3561_1792_11.html [cit. 2011-12-01].
54. WYSONG, P. R; DRIVER, E. *Patients' Perceptions of Nurses' Skill* [online] Dostupné z: <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/4/24.long> [cit. 2012-03-03].
55. ZACHAROVÁ, E. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 28-29, ISSN 1210-0404.
56. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

57. Zákon č. 372/2011 Sb. [online] Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html [cit. 2012-04-24].
58. Zákon č. 96/2004 Sb. [online] Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova_3561_1792_11.html [cit. 2011-12-01].
59. Zákon č. 105/2011 Sb. [online] Dostupné z:
http://www.zcu.cz/fzs/kaz/documents/Zxkon_x._105-2011_Sb..pdf [cit. 2012-04-01].

8 KLÍČOVÁ SLOVA

vlastnost

dovednost

sestra

pacient

ošetřovatelství

kompetence

celoživotní vzdělávání

regulace

komunikace

role sester

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro pacienty

Příloha č. 2 – Dotazník pro sestry

Příloha č. 1

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Miroslava Fiedlerová a studuji druhý ročník navazujícího magisterského studijního programu v ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma „**Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů.**“ Ráda bych Vás proto požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Získané údaje budou anonymní. Výsledky budou použity ke zpracování mé diplomové práce.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Bc. Miroslava Fiedlerová

1. Věk

- méně než 25
- 26 - 34
- 35 – 44
- 45 – 54
- 55 -64
- více než 65

2. Délka hospitalizace

- 2 méně než 6 dnů
- 3 6 – 14 dnů
- 4 15 – 30 dnů
- 5 více než 31 dnů

3. Oddělení

- akutní lůžka
 - o chirurgický obor
 - o interní obor
- následná péče
- ambulance

4. Označte křížkem odpověď u každé otázky, které nejvíce odpovídá Vašemu názoru a zkušenosti.

	Velmi souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
Sestry jsou ochotné					
Sestry jsou šikovné					
Sestry jsou empatické					
Sestry jsou uspěchané					
Sestry jsou strohé					
Sestry jsou příjemné					
Sestry jsou neprofesionální					
Sestry jsou vzdělané					
Sestry jsou trpělivé					
Sestry se chovají k příbuzným pacientů vstřícně					
Sestry jsou starostlivé					
Sestry jsou profesionální					
Sestry jsou pečlivé					
Sestry jsou arogantní					
Sestry jsou citlivé					
Sestry jsou vnímavé					
Sestry jsou nepříjemné					
Sestry jsou pracovité					
Sestry jsou nešikovné					
Sestry jsou ohleduplné					

5. Označte křížkem odpověď u každé otázky, které nejvíce odpovídá Vašemu názoru a zkušenosti.

	Velmi souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
Sestry výborně komunikují s pacientem					
Sestry dobře ovládají techniku					
Sestry umí zodpovědět otázky pacienta					
Sestry se umí ovládat					
Sestry provádí odborné výkony precizně a přesně					
Sestra umí rychle reagovat na vzniklou situaci					
Sestry se ptají na názory pacienta					
Sestra si umí zorganizovat práci					
Sestry si ověřují, zda jí pacient rozumí					
Sestry jsou ochotné vyslechnout problémy pacienta					
Sestry umí komunikovat s rodinou pacienta					
Sestry poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči					
Sestry umí pracovat v týmu					

6. Označte podle Vašeho názoru důležitost každé z následujících položek.

	Velmi důležité	Méně důležité	Zcela nedůležité	Nevím
Pečlivost				
Dochvilnost				
Ohleduplnost				
Komunikace				
Profesionalita				
Šikovnost				
Ochota				
Pracovitost				
Naslouchání				

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplňování dotazníku.

Příloha č. 2

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Miroslava Fiedlerová a studuji druhý ročník navazujícího magisterského studijního

programu v ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma „**Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů.**“ Ráda bych Vás proto požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Získané údaje budou anonymní. Výsledky budou použity ke zpracování mé diplomové práce.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Bc. Miroslava Fiedlerová

1. Věk

- méně než 25
- 26 – 34
- 35 – 44
- 45 – 54
- více než 55

2. Vzdělání

- středoškolské
- vyšší – DiS.
- v vysokoškolské - Bc.
- vysokoškolské – Mgr.

3. Délka praxe

- méně než 1 rok
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 19 let
- 20 - 29 let
- více než 30 let

4. Oddělení

- akutní lůžka
- chirurgický obor
- interní obor
- následná péče
- ambulance
- chirurgický obor
- interní obor

5. Označte křížkem odpověď u každé otázky, které nejvíce odpovídá Vašemu názoru.

	Velmi souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
Sestry jsou ochotné					
Sestry jsou šikovné					
Sestry jsou empatické					
Sestry jsou uspěchané					
Sestry jsou strohé					
Sestry jsou příjemné					
Sestry jsou neprofesionální					
Sestry jsou vzdělané					
Sestry jsou trpělivé					
Sestry se chovají k příbuzným pacientů vstřícně					
Sestry jsou starostlivé					
Sestry jsou profesionální					
Sestry jsou pečlivé					
Sestry jsou arogantní					
Sestry jsou citlivé					
Sestry jsou vnímavé					
Sestry jsou nepříjemné					
Sestry jsou pracovité					
Sestry jsou nešikovné					
Sestry jsou ohleduplné					

6. Označte křížkem odpověď u každé otázky, které nejvíce odpovídá Vašemu názoru.

	Velmi souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
Sestry výborně komunikují s pacientem					
Sestry dobře ovládají techniku					
Sestry umí zodpovědět otázky pacienta					
Sestry se umí ovládat					
Sestry provádí odborné výkony precizně a přesně					
Sestra umí rychle reagovat na vzniklou situaci					
Sestry se ptají na názory pacienta					
Sestra si umí zorganizovat práci					
Sestry si ověřují, zda jí pacient rozumí					
Sestry jsou ochotné vyslechnout problémy pacienta					
Sestry umí komunikovat s rodinou pacienta					
Sestry poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči					
Sestry umí pracovat v týmu					

7. Označte podle Vašeho názoru důležitost každé z následujících položek.

	Velmi důležité	Méně důležité	Zcela nedůležité	Nevím
Pečlivost				
Dochvilnost				
Ohleduplnost				
Komunikace				
Profesionalita				
Šikovnost				
Ochota				
Pracovitost				
Naslouchání				

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplňování dotazníku.