



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Profese všeobecného ošetřovatele v současné době

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Zdeněk Fürst

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph. D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Profese všeobecného ošetřovatele v současné době*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. května 2018.

.....

Zdeněk Fürst

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Františku Dolákovi, Ph. D., vedoucímu mé bakalářské práce, za cenné rady, ochotu a čas, které mi věnoval při řešení dané problematiky. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi potřebné informace poskytli.

Profese všeobecného ošetřovatele v současné době

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice profese mužů, všeobecných ošetřovatelů v současné době. Cílem této práce bylo zjistit názor všeobecných sester na roli muže v ošetřovatelství, dále také zda současné podmínky mají vliv na výkon profese všeobecného ošetřovatele a zjistit, s jakými problémy se setkávají muži při výkonu profese všeobecného ošetřovatele.

Výzkumné šetření jsme realizovali pomocí kombinace kvalitativní a kvantitativní výzkumné techniky. V rámci kvalitativní techniky jsme použili polostrukturovaný rozhovor se všeobecnými ošetřovateli (10 respondentů), zatímco v rámci kvantitativního šetření jsme použili nestandardizovaného dotazníku předkládaného všeobecným sestřím (101 respondentek). Výběr respondentů byl záměrný.

Z výsledků kvantitativního výzkumného šetření je zjevné, že všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetřovatele kladně a oceňují jeho povahové vlastnosti a pracovní schopnosti. Většina respondentek (72%) souhlasí s tím, že muži patří do ošetřovatelské profese a taktéž uvádí, že pacienti všeobecného ošetřovatele akceptují stejně jako všeobecné sestry (80%). Výsledky kvalitativního výzkumného šetření ukázaly, že většina všeobecných ošetřovatelů je se svojí profesí spokojena, naplňuje je práce s lidmi a pomoc lidem. S odsuzováním za vykonávání profese se drtivá většina z nich nesetkala. Pacienty jsou akceptováni všichni respondenti. Jejich pracovní výkon ovlivňuje kolektiv, stav pacienta, nedostatek personálu a osobní faktory. Během výkonu své profese se setkávají s problémy, jako je psychická a časová náročnost profese, nedostatek personálu, komunikace a některé výkony. Někteří respondenti komentují finanční podhodnocení profese.

Závěrem lze uvést, že z výsledků výzkumného šetření stále v oboru ošetřovatelství přetrvává genderový stereotyp, finanční podhodnocení a nedostatek personálu, což jsou faktory, které mohou ovlivňovat nejen počet mužů v ošetřovatelství, ale i kvalitu ošetřovatelské péče.

Klíčová slova

ošetřovatelství, všeobecný ošetřovatel, všeobecná sestra, gender, pracovní motivace, pracovní spokojenost

Profession of Male Nurse at the present time

Abstract

The submitted bachelor's thesis deals with the issue of men who currently work as male nurses. Its objectives were to identify the opinion of nurses of the men's role in nursing, whether the existing conditions had any impact on job performance of male nurses, and what problems men encountered when working as male nurses.

Our research was carried out by combination of qualitative and quantitative research techniques. Within the qualitative technique we used a semi-structured interview with male nurses (10 responders) while in quantitative research we used a non-standardized questionnaire answered by nurses (101 responders). The selection of responders was intentional.

The results of the quantitative research have shown that nurses perceive the presence of male nurses positively and that they appreciate their personality traits and work capabilities. The majority of female responders (72%) agree that men do have their place in nursing, and they also state that patients accept male nurses in the same way as they accept nurses (80%). The results of qualitative research have shown that the majority of male nurses are satisfied with their job and that work with people and help to people make them happy. The vast majority of them have never experienced any condemnation in relation to the performance of their job. All responders are well accepted by patients. Their work performance is affected by their team, patient's condition, lack of personnel and personal factors. When performing their job they encounter problems, such as psychical and time demands, lack of personnel, communication and certain procedures. Some responders commented on financial undervaluation of their job.

We may say that the research has arrived at the conclusion that the field of nursing is persistently facing problems such as gender stereotype, financial undervaluation and lack of personnel, and these are the factors that may affect not just the number of men working in the field of nursing, but also the quality of nursing care as such.

Key words

nursing, male nurse, nurse, gender, job satisfaction, job motivation

Obsah bakalářské práce

Úvod.....	7
1 Současná situace.....	8
1. 1 Vymezení oboru ošetrovatelství.....	8
1. 2 Problematika genderu.....	15
1. 3 Charakteristika motivace, pracovní motivace a pracovní spokojenosti	21
2 Cíle práce a hypotézy, operacionalize hypotézy	29
3 Metodické postupy	30
3. 1 Metodické postupy výzkumného šetření.....	30
3. 2 Charakteristika výzkumných vzorků.....	32
4 Výsledky.....	33
4. 1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření	33
4. 2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření	51
5 Diskuze	67
6 Závěr	76
7 Seznam literatury	78
8 Seznam příloh a obrázků	85
9 Seznam zkratk	86

Úvod

Ošetrovatelství, jakožto samostatný vědní obor, je v současné době velmi vyspělým oborem, který ve zdravotnické sféře zaujímá nezastupitelné místo. Bohužel tento vyspělý obor však neustále čelí nedostatečnému množství personálu, finančnímu podhodnocení a častým změnám v systému vzdělávání pracovníků v tomto oboru. Vedle toho s sebou ošetrovatelská profese, která spočívá v uspokojování potřeb jedinců a v péči o ně, přináší značnou míru fyzické i psychické náročnosti.

Navzdory uvedeným faktům je profese ošetrovatelství v současné době považována spíše za ženské povolání. Přesto však lze v tomto oboru pozorovat určité procento mužů, kteří navzdory genderovým stereotypům v oboru ošetrovatelství pracují, a počet mužů vstupujících do této profese roste. Na toto tvrzení poukazuje například fakt, že v roce 2000 bylo ve Spojených státech z registrovaných sester pouze 5,4 % mužů, přičemž tento počet za předchozí dvě dekády vzrostl o více než 200 %. V této souvislosti jsme se tedy zaměřili na muže, kteří pracují v oboru ošetrovatelství na pozici všeobecných sester.

Jsme přesvědčeni, že muži mají taktéž v oboru ošetrovatelství své místo, a to zejména díky jeho vlastnostem, mezi které patří například jejich fyzická síla, zpestření a oživení ženského kolektivu či jeho postavení mezi pacienty.

Veškeré tyto zmíněné skutečnosti nás tedy vedly k tomu, že jsme se v rámci této kvalifikační práce rozhodli na muže, všeobecné ošetrovatele, zaměřit a zmapovat jejich profesi v oboru ošetrovatelství. Práce je rozdělena na část teoretickou, kde se zaměříme na teorii ošetrovatelství, problematiku genderu, pracovní motivaci a pracovní spokojenost, a výzkumnou část, jejímiž podstatnými informacemi, na které se v této oblasti zaměříme, bude názor všeobecných sester na muže v ošetrovatelství, pracovní spokojenost všeobecných ošetrovatelů v ošetrovatelské profesi, dále faktory, které jejich profesní výkon ovlivňují, což může souviset s výše uvedeným nedostatkem personálu, finančním podhodnocením či se změnami v systému vzdělávání, a se kterými problémy se všeobecný ošetrovatel při vykonávání profese potýká.

1 Současná situace

Na začátku první kapitoly uvádíme vzhledem k problematice naší bakalářské práce Farkašovou (2006), která hned v první kapitole své knihy zabývající se teorií ošetrovatelství píše o tom, že ošetrovatelství je povoláním žen a dále tuto informaci rozvíjí. Zelinka (2014) však ve svém článku popisuje, že tato profese, dnes jakožto doména žen, patřila před dvěma tisíci lety právě mužům.

1.1 Vymezení oboru ošetrovatelství

V první podkapitole bychom se zaměřili na ošetrovatelství jakožto samostatný vědní obor. Uvedeme zde jeho základní charakteristiky a definice, cíle a další informace s tímto oborem spojené.

Současné ošetrovatelství má svoji koncepci, která je dána Věstníkem č. 9/2004 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky, je realizováno formou ošetrovatelského procesu a vychází z vědeckých poznatků. Tento dokument pojednává o definici, cílech a charakteristice oboru, dále o vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství, ošetrovatelském procesu a jeho dokumentaci, o ošetrovatelském managementu, apod. (Ministerstvo zdravotnictví, 2004).

1.1.1. Definice ošetrovatelství, cíle a charakteristika ošetrovatelství

Definice ošetrovatelství je popisována jako autonomní a interdisciplinární péče poskytovaná jedincům všech věkových kategorií, rodinám, skupinám a společnostem, nemocným i zdravým, ve všech prostředích. Ošetrovatelství zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o nemocné, nesoběstačné a umírající jedince (WHO, 2017).

Farkašová, et al. (2006) dále spatřují ošetrovatelství v navracování soběstačnosti u nemocných jedinců.

Podle Žiakové, et al. (2009) je ošetrovatelství samostatná vědní disciplína, která je považována za vědu reálnou a humanitní, co do předmětu zkoumání, a za vědu aplikovanou, co do svého cíle. Podle nich je předmět ošetrovatelství dán metaparadigmatem, které sestává ze čtyř konstruktů. Těmito konstrukty jsou osoba, zdraví, prostředí a ošetrovatelská péče a jsou ve vzájemné interakci.

Podle Pochylé (2005) je hlavním cílem ošetrovatelské péče systematické a komplexní uspokojování individuálních potřeb jedinců, jejichž uspokojení se projektuje do oblasti zdraví či zmírňování fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. Autorka

uvádí následující čtyři cíle ošetrovatelství: podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství podle uvedené autorky patří poskytování aktivní ošetrovatelské péče, poskytování individualizované ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče a poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných osob.

Základem ošetrovatelských teorií, modelů, etických zásad, podle Mastiliakové (2007), je holismus, který mimo jiné vytváří i hodnotový systém oboru. Podle autorky holismus vidí živé organismy jako celky složené z mnoha podsystémů, které jsou ve vzájemné interakci, z čehož vyplývá, že porucha jednoho systému vyvolá poruchu v systému celém. Z holismu tedy čerpá ošetrovatelský přístup k jedinci, tj. k jedinci s biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami. V této souvislosti zde uvádíme autory Trachtovou et al. (2013), kteří potřebu popisují jako projev určitého deficitu, nedostatku něčeho, jehož odstranění, individuálně typické pro každého jedince, je žádoucí. Přítomnost nemoci se promítá i do vnímání potřeb, s čímž se ztotožňuje i Bártlová (2009), která potřeby klasifikuje do tří kategorií – potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikují a potřeby, které nemocí vznikly.

Farkašová, et al. (2006) člení obory ošetrovatelství na základní a aplikované. Mezi základní patří všeobecné ošetrovatelství, dějiny ošetrovatelství a metodologie ošetrovatelství, do aplikovaných řadí např. interní a chirurgické ošetrovatelství, pediatrické, psychiatrické, geriatrické, transkulturní, apod.

Ošetrovatelství jako samostatný vědní obor, stejně jako jiné vědní obory, má svou filozofii, paradigma a metaparadigma, metodologii, výzkum, systém vzdělávání pracovníků a národní profesní organizaci, dále má ošetrovatelství také svou terminologii a ošetrovatelskou diagnostiku (Hosáková a Kačorová, 2013).

Marková (2012) dále ve svém článku o ošetrovatelství zmiňuje, že úvahy o něm jsou zákonitě spojeny s filozofickými a biopsychosociálními souvislostmi, od kterých se odvíjí péče o zdravého či nemocného jedince.

1.1.2. Vzdělávání zdravotnických pracovníků

Vzdělávání zdravotnických pracovníků bylo legislativně upraveno a zakotveno ve věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004, který pojednává o koncepci

ošetřovatelství. Tato koncepce uvádí, že ošetřovatelskou péči zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezené zákonem, tj. zákon č. 96/2004 Sb., a zvláštním právním předpisem, tj. vyhláška č. 424/2004 Sb. Uvedená koncepce ošetřovatelství rozlišuje dva druhy zdravotnických pracovníků. Prvním druhem jsou zdravotničtí pracovníci způsobili k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti, druhým druhem jsou zdravotničtí pracovníci způsobili k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (Věstník MZ č. 9/2004).

Od 1 září 2017 však přichází v platnost zákon č. 201/2017 Sb., který novelizoval zákon č. 96/2004 Sb. a ruší vyhlášku č. 423 /2004 Sb. (Zákon č. 201/2017 Sb.). Je taktéž vhodné zmínit, že vyhláška č. 424/2004 je aktuálně nahrazena vyhláškou č. 391/2017 Sb. (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

1.1.3. Ošetřovatelský proces, ošetřovatelský management a ošetřovatelství založené na důkazech

Tóthová (2014) ve své publikaci uvádí, že metodou moderního ošetřovatelství je ošetřovatelský proces. Samostatný proces spočívá v plánování a provádění určitých činností, vycházejících z cíle, kterého tímto procesem je třeba dosáhnout.

Kudlová (2011) uvádí, že před zavedením ošetřovatelského procesu do praxe se ošetřovatelská činnost sester řídila písemným příkazem lékaře, ostatní ošetřovatelské činnosti byly definovány institucí a zkušeností sester, metodou vědeckou.

Pochylá (2005) rozděluje ošetřovatelský proces do pěti následujících fází: zhodnocení individuálních potřeb, diagnostika ošetřovatelských problémů, plánování ošetřovatelské péče, realizace ošetřovatelské péče a hodnocení ošetřovatelské péče. Autorka dále uvádí, že činnost práce sester je v rámci ošetřovatelského procesu realizována formou dvou organizačních systémů. Mezi tyto dva systémy řadí systém skupinové péče a systém primárních sester.

Tomagová (2011) dodává, že rozvoj ošetřovatelského procesu je spojen s rozvojem ošetřovatelství jako oboru ve specifických podmínkách Spojených států amerických. Uvádí dále, že Hallová poprvé použila pojem ošetřovatelský proces a že Orlandová a Hendersonová patřily mezi osobnosti, které tento pojem dále publikovaly.

Vykonávání profese za pomoci ošetřovatelského procesu má svá pozitiva, což uvádí i Tóthová (2014), která pozitiva člení na pozitiva pro nemocného, například komplexní uspokojování potřeb či návaznost a kontinuita péče, a pozitiva pro sestru, mezi které řadí např. vyhnutí se sporu se zákonem či splnění ošetřovatelských norem.

Trešlová (2012) podotýká, že k tomu, aby byl ošetrovatelský proces efektivní, je zapotřebí použít $\frac{3}{4}$ myšlení a $\frac{1}{4}$ děláním činností, udává dále, že klíčovými prvky ošetrovatelského procesu jsou uvažování a komunikace s pacientem ve všech jeho fázích.

Plevová (2012, s. 11), tvrdí, že „*management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů*“. Ošetrovatelský management podle zmíněné autorky popisuje řízení práce sester, zatímco management v ošetrovatelství zahrnuje poznatky o jednotlivých úrovních řízení v aplikaci na ošetrovatelství.

V této souvislosti ještě uvádíme ošetrovatelství založené na důkazech (Evidence Based Nursing, EBN), představující podle Jarošové a Zeleníkové (2014) proces integrace nejlepší praxe (důkaz z výzkumu), odborné zkušenosti sestry a potřeby pacienta.

1.1.4. Historie ošetrovatelství

Plevová a Slowik (2008) uvádí, že rozvoj ošetrovatelství má v mnoha zemích některé společné charakteristiky a že tento rozvoj byl vždy determinován náboženskými, politickými, kulturními, sociálními, válečnými a vědeckými vlivy společně s účastí významných osobností. Kutnohorská (2010) udává, že kořeny ošetrovatelské péče sahají až do dob raného středověku a jsou spojeny s křesťanstvím. Popisuje dále taktéž, že na rozvoj ošetrovatelské péče měly vliv i války, během kterých vznikaly různé ošetrovatelské řády (Rytíři Sv. Lazara a Maltézští rytíři, atd.), vyznačující se péčí o raněné nemocné. Vývoj ošetrovatelství rozděluje do tří hlavních vývojových linií péče o nemocné: laická péče, charitativní péče a organizovaná léčebná péče. Pro srovnání zde uvádíme autorku Farkašovou, et al. (2006), která historický pohled na ošetrovatelství člení obdobně, a to na ošetrovatelství neprofesionální, charitativní a profesionální.

Farkašová (2006) uvádí, že neprofesionální ošetrovatelství je historicky nejdelším obdobím, kdy počátky ošetrovatelské péče nacházíme v lidské potřebě někomu pomáhat, a zmiňuje, že dominantní postavení v ošetrovatelské péči zaujímaly ženy. Podle Plevové a Slowika (2008) to byli matky či ostatní členové domácnosti a otroci, kteří ošetrovatelskou péčí v domácím prostředí poskytovali. Kutnohorská (2010) udává, že s péčí o člověka se setkáváme již v předkřesťanských kulturách.

Farkašová (2006) dále udává, že charitativní ošetrovatelství, čili druhá historická

linie, se rozvíjelo společně s křesťanstvím. Plevová a Slowik (2008) uvádí, že v této době vznikaly první kláštery a špitály, jejichž budování je připisováno zejména příslušníkům rodů panovnickým. Dodávají, že v kláštorech existovaly různé formy ubytovacích zařízení, které o nemocné, chudé a cizince pečovaly. Kutnohorská (2010) ve své publikaci píše o křesťanských ošetrovatelských řádech, které v té době taktéž vznikaly za účelem pomáhat lidem, a člení je na řády církevní, rytířské a světské. Mezi tyto řády podle autorky patří např. Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského, Johanité, dále Suverénní maltézský rytířský řád, klarisky, alžbětinky, diakonky, apod.

Třetí historická linie se podle Farkašové (2006) rozvíjela společně s rozvojem medicíny, se vzděláváním v oblasti medicíny a se vznikem nemocnic.

Plevová a Slowik (2011) uvádí, že mezi významné osobnosti světového ošetrovatelství patří Florence Nightingaleová, Henri Jean Dunant, profesor MUDr. Nikolaj Ivanovič Pirogov a Theodor Fliedner. Florence Nightingaleová je pro ošetrovatelství významná mimo jiné proto, že po návratu z Krymské války, kde pečovala o nemocné, jak uvádí Kutnohorská (2010), v roce 1860 otevřela ošetrovatelskou školu v Londýně.

Mezi české osobnosti, které se zapřičinily o rozvoj ošetrovatelství u nás, řadí Plevová a Slowik (2011) Anežku Přemyslovnu, Karolínu Světlou, Elišku Krásnohorskou, paní doktorku Alici Masarykovou a paní docentku Martu Staňkovou. Farkašová, et al. (2006) uvádí, že první česká ošetrovatelská škola byla v Praze otevřena roku 1874, o zásluhy za její otevření se zasloužila Karolína Světlá.

1.1.5. Některé významné skupiny a významní muži

Rytíři Sv. Lazara

Kutnohorská (2010) uvádí, že řád sv. Lazara patří k nejstarším charitativním společenstvím s bohatou tradicí. Uvádí dále, že ze špitálu sv. Lazara vzniklo řádové sídlo sv. Jana Jeruzalémského. Špitál sv. Lazara Jeruzalémského sloužil pro malomocné jedince, podle Plevové a Slowika (2008) byl špitál označován jako tzv. leprosárium. Plevová a Slowik (2008) uvádějí, že příslušníci tohoto řádu byli označováni jako lazariáni či lazarité. Do českých zemí se dostává tento řád ve 12. století (Kutnohorská, 2010).

Suverénní maltézský rytířský řád

Maltézští rytíři (Suverénní vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského z Rhodu a Malty) se vyvinuli z Johanitského řádu (Plevová a Slowik, 2008). Uvádějí

dále, že tento řád byl založen roku 1099 jakožto první řeholnická komunita spojující špitálnický a řeholnický prvek. Podle Kutnohorské (2010) byli ve špitálech maltézských rytířů ošetřováni chirurgicky, interně, psychičtí pacienti; pacienti s horečkami či průjmy byli izolováni. Plevová a Slowik (2008) uvádějí, že tento měl dva tisíce lůžek pro muže, kterým poskytovali péči řádoví rytíři, sloužící bratři a lékaři. Plevová a Slowik (2008) uvádějí, že tento řád má své zastoupení i v České republice.

Henri Jean Dunant

Henri Jean Dunant se narodil 8. května 1828 v Ženevě do bohaté náboženské rodiny (Plevová a Slowik, 2008). Podle Kutnohorské (2010) patří Dunant k průkopníkům ošetrovatelské péče, protože na základě svých otřesných zkušeností z bitvy u Solferina, navrhl založit mezinárodní organizaci, která by pečovala o raněné vojáky a pomáhala jim. Christ (2010) doplňuje, že Dunant v Solferinu poznal, že lidskost musí být organizována celosvětově a pod tíhou zážitků z bitvy sepsal knihu s titulem „Vzpomínka na Solferino“, která je v roce 1862 vydána jako neprodejný soukromý tisk. Uvádí dále, že v roce 1863 založil Mezinárodní výbor Červeného kříže. Podle Plevové a Slowika (2008) byl v roce 1901 uznán oficiálním zakladatelem Mezinárodního červeného kříže a v tomtéž roce získává Nobelovu cenu za mír. Uvádí dále, že o devět let později 30. října umírá. Christ (2010) doplňuje, že pohřeb se konal 2. listopadu v Curychu.

Prof. MUDr. Nikolaj Ivanovič Pirogov

Plevová a Slowik (2008) datují 13. listopad 1810 jako rok narození Pirogova, datum úmrtí je 5. prosince 1881. Kutnohorská (2010) uvádí, že Pirogov společně s Nightingalovou byli zakladateli dobrovolné ošetrovatelské péče. Pirogov v době Krymské války využil svých medicínských znalostí, vyškolil 30 dobrovolných ošetrovatelek, které do války přivedl za účelem poskytnutí péče o raněné, a jako první na bojištích organizoval dobrovolné zdravotnice. Pirogov měl taktéž podíl na vzniku Ruského červeného kříže v roce 1867.

Theodor Fliedner

Plevová a Slowik (2011) uvádějí, že pastor Fliedner, který v roce 1822 převzal evangelickou faru, společně se svou manželkou byli o 13 let později zakladateli Porýnsko – Vestfálského spolku pro vzdělávání žen v ošetrovatelství, po jejímž absolvování byli ošetrovatelsky kompetentní k podávání léků a péči o rekonvalescenty. Později založil Spolek pro vzdělávání žen v ošetrovatelství, který poskytoval teoretickou a praktickou přípravu ošetrovatelek a povinnou účast na přednáškách po

dokončení tohoto studia. Podle Plevové a Slowika (2008) patří Theodor Fliedner mezi hlavní představitele diakonie, díky němuž se diakonky staly velice významnými.

Mezi další významné muže, kteří se zasloužili o rozvoj ošetřovatelství, řadí Plevová a Slowik (2008) dále doktora Christiana Alberta Theodora Billortha, autora učebnice „Ošetřování nemocných“, profesora Bohumila Jana Eiselta, který pomáhal založit českou ošetřovatelskou školu, profesora Ladislava Syllabu, díky němuž u nás vznikla funkce sociální sestry, a profesora Vítězslava Viktora Janovského, který pomohl založit první českou ošetřovatelskou a státní ošetřovatelskou školu.

1.1.6. Role a kompetence všeobecné sestry / všeobecného ošetřovatele

Zacharová (2017) konstatuje, že zdravotnické povolání patří mezi náročná povolání vzhledem k jeho odborné přípravě a ke konkrétnímu profesionálnímu výkonu. Mezi osobnostní předpoklady k výkonu funkce zdravotnického pracovníka řadí například hodnotovou orientaci, dostatečnou dávku empatie, dostatečnou kritičnost a sebekritičnost, humánní vztah k nemocnému, apod.

Špidurová (2015) definuje sociální roli jako očekávané chování jedince, které je ovlivňováno jeho postavením ve společnosti a dodává, že profesní role (role sestry) představuje chování jedince, které je spjata s jeho profesí. Sikorová (2011) doplňuje, že sociální role jsou reciproční a že role sestry se odvíjí od toho, se kterým člověkem je v kontaktu (lékař, pacient, kolegyně). Farkašová, et al. (2006) doplňují, že každá profese ve své roli zaujímá určitou pozici. Zacharová (2017) popisuje čtyři rolové znaky sestry, mezi které patří funkční specifita, sociocentrismus, univerzalismus a emocionální neutralita.

Sikorová (2011) uvádí následující role, které sestra v současnosti vykonává: sestra pečovatelka, sestra edukátorka pacienta a rodiny, sestra obhájkyň nemocného, sestra koordinátorka, sestra asistentka a sestra výzkumnice.

Kompetence všeobecných sester v České republice upravovala vyhláška č. 55/2011 Sb., kde v jednotlivých odstavcích bylo popsáno, jaké činnosti smí všeobecná sestra provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, pod dohledem specializované sestry či porodní asistentky, bez odborného dohledu na základě indikace lékařem a pod odborným dohledem lékaře (Vyhláška č. 55/2011). Tato vyhláška je však aktuálně nahrazena vyhláškou č. 391/2017 Sb. (Vyhláška č. 391/2017).

1.1.7. Vstup mužů do ošetrovatelství

Zelinka (2014) ve svém článku uvádí, že ošetrovatelství je dnes spíše doménou žen, ale vzápětí však dodává, že před dvěma tisíci lety patřila tato doména zejména mužům. Autor dále jako důkaz popisuje různá historická období (starověk, středověk, starověký Řím), ve kterých dokumentuje význam a činnost mužů v ošetrovatelství v daném období. Dále uvádí rok 1886, kdy v USA vznikla ošetrovatelská škola výhradně pro muže. O rozvoj a podporu mužů v ošetrovatelství se zasloužil Leroy N. Graig, který se podílel i na rozvoji Americké asociace sester. V období druhé světové války byl však nastaven zákaz mužů vstupovat na státem podporované zdravotnické školy, který trval až do roku 1955. O šestnáct let déle bylo v USA mužské ošetrovatelství opět podporováno a propagováno a v tomtéž roce díky této propagaci vzniklo Americké shromáždění pro muže v ošetrovatelství. K tomuto shromáždění nedomyšlitelně patří Steve Miler, který v roce 1971 shromáždění založil, a Luther Christman, který o tři roky později toto shromáždění po odchodu Milera reorganizoval (AAMN, 2017).

Gabrhel a Snopek (2015) uvádí, že ještě v nedávné době se lidé setkávali s muži ve zdravotnictví prakticky ve dvou následujících pozicích: lékař a pomocný personál. Zelinka (2014) uvádí, že v současné době mužů v oboru ošetrovatelství stále přibývá, ale širokou veřejností jsou z pohledu genderových a biologických rozdílů těžce v tomto oboru akceptováni. Gabrhel a Snopek (2015) dále dodávají, že k tomuto faktu přispívá i skutečnost, že ne všechna pracoviště lákají muže stejnou měrou.

1.2 Problematika genderu

V této podkapitole se budeme zabírat problematikou genderu. Budeme zde pojednávat o gender studies, vysvětlíme základní pojmy (pohlaví a gender, maskulinita a feminita) a další pojmy, které se k této problematice neodmyslitelně pojí.

1.2.1. Gender studies, gender a pohlaví, maskulinita a feminita

Hrdličková (2008) uvádí, že gender studies, česky studia rodu či rodová studia, patří mezi vědecké disciplíny, které se svým předmětem zkoumání zaměřují na socio – kulturně podmíněné rozdíly mezi muži a ženami v současné i minulé společnosti. Podle této autorky slovo gender označuje rod a má kořeny v řeckém jazyce, v současné době je však toto slovo přejímáno z angličtiny, proto se i tak vyslovuje. Ovšem slovo rod v jazyce českém je mnohovýznamové, proto jej odborníci této oblasti doporučili

nepřekládat a využívat anglického ekvivalentu s cílem zachování významu gender studies.

Benešová (2011) udává, že gender patří mezi základní organizační pilíř všech společností a determinuje náš každodenní život ve společnosti. Popisuje dále, že koncept genderu napomáhá při porozumění naší vlastní identity, ale i identity ostatních. Gender, jakožto primární charakteristika identity, je v interakci s dalšími kategoriemi, mezi které, podle uvedené autorky, určitě patří etnicita, sexuální orientace, věk, apod. Uvádí dále, že pojem gender je též překládán jako sociální pohlaví. Popisuje, že gender má ve společnosti roli organizačního typu, neboť gender člení osoby, činnosti a další různé oblasti sociálního života na mužské a ženské, což označuje jako tzv. genderovou dichotomii. Jandourek (2003) popisuje myšlenku genderu, která spočívá v tom, že jedinec se v rámci sociálního chování nerodí jako muž či žena, ale musí se tak naučit jednat. Smetáčková (2016) zjednodušeně udává, že pojem gender se vztahuje k odlišování maskulinity a feminity. Vranka (2014) zase popisuje mužský a ženský gender jako sociální reprezentaci biologické skutečnosti ženského a mužského pohlaví a uvádí dále, že v průběhu vývoje lidské společnosti se z deskriptivních popisů vytvářejí normativní vymezení, která definují, co se od muže či ženy v dané společnosti očekává. Uvádí také, že pojem gender se v minulosti užíval jako označení pro gramatický rod a že tento pojem se objevil v nelingvistických oborech přibližně v 50. letech 20. století, kdy jej použil John Money ve své práci zaměřené na hermafroditismus a intersexualitu. K rozsáhlejšímu rozšíření tohoto pojmu podle uvedeného autora došlo o 20 let později v souvislosti s feministickým hnutím.

Smetáčková (2016) v souvislosti s genderem předkládá tři úrovně tzv. genderového řádu, označované také jako „3 I“, pomocí kterých se gender realizuje. Patří mezi ně instituce, interakce a identita, z čehož vyplývá, že se gender projevuje na společenské, interpersonální a individuální úrovni.

S genderovou problematikou neodmyslitelně souvisí pojem pohlaví a gender, což uvádí i Hrdličková (2008), která udává, že tyto dva pojmy mají odlišný význam. Pojem pohlaví podle ní označuje biologické rozdíly mezi mužem a ženou v čase neměnné, kdežto pojem gender popisuje rozdíly v rovině psychosociokulturní, které jsou v čase měnné. Janošová (2008) však uvádí, že u přírodních národů a ve společenstvích preferujících tradici, jsou v porovnání s naší společností mužské a ženské role měnné pouze méně zřetelně a pomaleji. Uvádí také, že pohlaví, anglicky označováno jako „sex“, je pojem odlišující muže a ženy na biologické úrovni a charakterizuje dále, že

tento pojem lze specifikovat, například pohlaví chromozomální, gonadální, hormonální, fenotypické, apod.

Vranka (2014) dále k dané problematice doplňuje, že rozdíl mezi pojmem pohlaví a gender spočívá v tom, že pohlaví označuje biologické vlastnosti jedince, které jsou dány geneticky, chromozomálně a hormonálně, kdežto gender označuje genderovou identitu, která vyjadřuje míru ztotožnění se s maskulinitou či feminitou. Autor dále dodává pojem jádrová pohlavní identita, která označuje akceptaci pohlaví stran biologie bez ohledu na genderovou identitu. V této souvislosti uvádím autorku Benešovou (2011), která skutečnost, kdy jedinec odmítá svou biologickou determinaci a přejímá opačný gender než ten biologicky očekávaný, označuje jako transgender.

Pro ujasnění pojmů těchto ještě uvádím prozaickou informaci od autorky Benešové (2011), která uvádí, že pohlaví je to, co je na jedinci očím neviditelné, zatímco gender ano.

Jak již bylo uvedeno výše, gender se používá k odlišení maskulinity a feminity. Vranka (2014) udává, že feminita a maskulinita patří mezi dvě základní skupiny lidské existence, jejímž základním biologickým východiskem je pohlavní rozdíl mezi pohlavím ženským a mužským. Pokračuje dále, že maskulinita a feminita jsou významné kategorie, které hrají roli jednak ve vnímání jedince druhými lidmi, a jednak při hledání vlastní identity. Lippa (2009) udává, že psychologičtí výzkumníci chápou maskulinitu a feminitu jako individuální variace, které se projevují ve znacích a v chování, jež jsou propojené s genderem. Podle něj bylo studium maskulinity a feminity započato v roce 1936, kdy autoři Lewis Terman a Catharine Cox Milesová sepsali a vydali knihu nesoucí název „Pohlaví a osobnost“.

Feminitě jsou přiřazovány vlastnosti pasivity, soucitu, pocitu odporu s nepříjemnými věcmi, čistoty, jemnosti, emocionality, závislosti, taktu, upravenosti, krásy, zájmy v umělecké či domácí tvorbě, atd., kdežto maskulinita dominuje vlastnostmi spíše opačnými - potlačováním emocí, orientací na práci, aktivitou, dominancí, soutěživostí, technickými a sportovními zájmy, apod (Janošová, 2008).

1.2.2. Genderová socializace, genderová identita, genderové teorie

Smetáčková (2016) uvádí, že proces socializace propojuje psychologický a sociologický náhled na problematiku genderu. Proces socializace označuje takové učení, na jehož základě si daný jedinec osvojuje hodnoty, normy a vzorce chování, které jsou dány určitou společností, a jehož výsledkem je interiorizace těchto faktů, což

umožňuje začlenění jedince do společnosti. Podle Hrdličkové (2008) genderová socializace vyjadřuje celoživotní proces, ve kterém se daný jedinec již od útlého věku učí ženským či mužským rolím na základě osvojení si sociálních norem a hodnot a vytváří si tak svou vlastní genderovou identitu. Mezi činitele ovlivňující vývoj genderové socializace podle autorky patří zejména rodiče, dále pak škola, vrstevníci, média, apod. Benešová (2011) pro srovnání popisuje genderovou socializaci jako determinant, který utváří a předává mužské a ženské charakteristiky. Genderovou socializaci lze tedy shrnout jako součást procesu socializace jako takového, jehož výsledkem je vytvoření vlastní představy o genderovém řádu a vytvoření vlastní maskulinity či feminity (Smetáčková, 2016). Poněšický (2008) v této souvislosti doplňuje, že do 20. století byly psychické rozdíly mezi mužem a ženou determinovány tělesností, novější výzkumy však poukázaly na relativitu těchto biologických determinantů a zdůraznily determinanty zejména psychosociální a kulturní.

Dle Smetáčkové (2016) má genderová socializace tři následující významy: poznávání a akceptace sociálních institucí zakládajících genderovou polarizaci, osvojování komunikačních pravidel vztahujících se ke genderovým kategoriím a formování genderové identity jako vlastní pozice v genderované sociální realitě.

Janošová (2008) konstatuje, že genderová identita je vnitřní a ryze privátní složkou lidské osobnosti a sestává z genderových atributů, které jsou danému jedinci vlastní. Vágnerová (2012) uvádí, že vývoj genderové identity prochází následujícími třemi fázemi, které se liší z hlediska zpracování informací o genderovém stereotypu a míře jeho přijetí a ztotožnění se s ním: fáze uvědomování si rozdílů mezi mužským a ženským pohlavím, fáze pochopení vlastního pohlaví a fáze přijetí genderové identity. Dle Smetáčkové (2016) mají děti předškolního věku zformovaná jednoduchá schémata maskulinity či feminity a dále prostřednictvím různých situací, ve kterých se nachází, si ověřují platnost genderových schémat a dále je rozšiřují. Klíčovým momentem pro vytvoření genderové identity jakožto součásti osobní identity je pak podle Hrdličkové (2008) střední školní věk, kdy podle Vágnerové (2012) dochází ke stále větší genderové diferenciaci. Karsten (2006) ve své publikaci píše o Bémovi, který v roce 1976 charakterizoval čtyři osobnostní typy: maskulinní typ, femininní typ, androgynní typ a nediferencovaný typ.

Smetáčková (2016) píše o tzv. teoriích genderové socializace, které klasifikuje do tří úrovní: biologicky orientované teorie, sociologicky orientované teorie a teorie psychologicky orientované. Lippa (2009) doplňuje, že biologické teorie jsou

motivovány především Darwinovou teorií evoluce, teorie vlivů okolního prostředí se zaměřují na výchovu, sociální role, názory na gender a sociálním prostředí a sociálně psychologické teorie se vyznačují významem sociálního prostředí, které hraje důležitou roli při utváření pohlavních rozdílů, a zaměřují se na genderové stereotypy.

1.2.3. Genderová role, genderové stereotypy, genderová rovnost, genderový kontrakt

Genderové role (Hrdličková, 2008) představují soubor očekávaných vlastností v oblasti jednání a chování jedince, kterými se projevuje jako muž či žena. Tyto vlastnosti si každý jedinec osvojuje v rámci socializace sám již v prvních týdnech života. Genderové role se v daných kulturách, společnostech různí a jsou historicky a časově proměnlivé. Janošová (2008) v této souvislosti uvádí dva pojmy, které vyjadřují opačné chování jedinců, než by se očekávalo na základě genderových rolí. Těmito pojmy jsou „sissy-boys“, který označuje chlapce s nápadně dívčími projevy, a „tomboys“, který popisuje chlapecké chování a zájmy u dívek. Dodává dále, že většina genderových rolí je ego – syntonních, tzn., že role daného jedince seberealizuje a souhlasí s jeho sebepojetím, ostatní role jsou ego – dystonní, čili nesouhlasná se sebepojetím jedince.

Smetáčková (2016) uvádí, že pojem stereotyp je v sociologii užíván pro označení souboru stabilních představ o určitém objektu, jež výrazně formuje jeho způsob vnímání a hodnocení. Genderové stereotypy podle Hrdličkové (2008) představují souhrnné popisy a pravidla chování a jednání, které jsou spojovány s mužským či ženským pohlavím. Tyto stereotypy ovšem podle autorky vedou k tomu, že ženy nemohou projevit svůj potenciál v jiných rolích, zejména v těch, které jsou stereotypně přiřazovány mužům. Janošová (2008) uvádí, že počáteční význam stereotypie rolí mužských a ženských pravděpodobně tkvěl v potřebě usnadnění vzájemné komunikace a dále, že určení mužských a ženských funkcí a činností napomáhalo ke komplementární dělbě práce. Největší úskalí stereotypie mužských a ženských rolí však spatřuje autorka v nežádoucí či dysfunkční důsledné realizaci stereotypů v situacích, které jsou pro dané pohlaví méně typické, což se v některých situacích, např. onemocnění či absence partnera, negativně projektuje do běžného života.

V souvislosti s genderovými rolemi uvádíme autorku Hrdličkovou (2008), která píše o genderové rovnosti a popisuje ji jako možnost všech jedinců rozvíjet své osobní schopnosti a činit vlastní rozhodnutí bez omezení, která ukládají genderové role či ostatní bariéry vycházející z upřednostňování pohlaví. Uhde (2010) uvádí, že význam

dodržování práv žen a prosazování genderové rovnosti je uznáván na mezinárodní úrovni. Hrdličková (2008) dále udává, že genderová rovnost je upravena legislativně. Běžný život však podle autorky přináší řadu situací, do kterých se genderová nerovnost promítá, jako například nerovná rozdělení práv a povinností v rodinném životě či diskriminace před vstupem do zaměstnání. V souvislosti s genderovou diskriminací uvádíme Český statistický úřad (2016), který diskriminaci na základě pohlaví člení na přímou a nepřímou, a jako prostředek genderové antidiskriminační politiky uvádí například genderový mainstreaming, odstraňující nerovné příležitosti mezi pohlavími na základě genderové analýzy.

Bártlová (2008) hovoří dále o tzv. genderovém kontraktu, který představuje jakousi nepsanou dohodu o dělbě mužských a ženských rolí, o dělbě práce, pozice a uznání ve společnosti. I ona však uvádí, že soubor těchto implicitních a explicitních pravidel, týkajících se rozdílů mezi muži a ženami, je historicky a geograficky determinován a může danému pohlaví zasahovat do některých občanských a politických práv či dokonce způsobit exkluzi určitých lidských činností.

1.2.4. Gender a povolání, gender v nelékařských profesích

Dle Hrdličkové (2008) jednou z oblastí, kterou problematika genderu obzvláště ovlivňuje, je pracovní trh, neboť zde je podle zmíněné autorky důležité usilovat zejména o rovné postavení mužů a žen. Píše dále o tom, že Česká republika význam genderu v oblasti pracovního trhu příznačně bere v potaz, čímž nepříznivě ovlivňuje pracovní příležitosti mužů a žen v oblasti zaměstnání. Totéž uvádí i Benešová (2011), která podotýká, že genderová dichotomie může velmi omezovat individuální rozvoj a projev jedinců.

Pojem horizontální segregace pracovního trhu vyjadřuje určitou orientaci na mužská či ženská zaměstnání, která jsou takto v rámci socializace a vzdělávání vnímána (Hrdličková, 2008).

U této problematiky ještě doplňujeme pojem sexismus, který označuje diskriminaci na základě příslušnosti k pohlaví vztahující se k preferenci mužského pohlaví (Benešová, 2011).

Hrdličková (2008) ve své publikaci uvádí seznam organizací, které podporují rovné příležitosti zaměstnání v ČR. Zařadila mezi ně například Gender studies, o. p. s. či Oddělení Gender a sociologie v rámci Sociologického ústavu Akademie věd ČR. Gender studies, o. p. s. je nevládní nezisková organizace, která slouží jako informační,

konzultační a vzdělávací medium v oblasti vztahů mezi muži a ženami, jejímž cílem je zpracování a diseminace informací genderové problematiky (Gender studies, 2008). Oddělení Gender a sociologie je výzkumné oddělení již zmíněného institutu, které rozvíjí genderová studia, feminismus a metodologii, mezi jejich výzkumná témata patří gender a pracovní trh, sociologie soukromého života, feministická kritika nerovností a politika péče. Uvedené oddělení publikuje časopis nesoucí název Gender a výzkum, v němž lze studovat články zabývající se touto tematikou (Sociologický ústav AV ČR, 2017).

Bártlová (2008) v souvislosti s genderem na pracovním trhu, který je předmětem této bakalářské práce, uvádí, že u nelékařských oborů (všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotně sociální pracovník) je feminizace mnohem rozsáhlejší než u lékařské profese. Vysvětluje, že povolání sestry je historicky spjato s ženským pohlavím, neboť právě ženy mají pečovatelské schopnosti, které u mužů absentují. Uvádí dále skutečnost, že tak, jako ženy hledají pracovní příležitosti v typicky mužských pozicích, stejně tak je hledají i muži v těch typicky ženských, například v ošetrovatelských. Buryová (2007) v této souvislosti uvádí, že v druhé polovině 20. století se v důsledku politických změn reformuje postavení mužů a žen v naší společnosti. Doplnuje dále, že koncem 20. století se v důsledku útlumu hornické činnosti řada nezaměstnaných mužů rekvilifikuje do ošetrovatelské pozice, zejména díky jejich fyzické síle využívané při polohování či hygienické péči. Podle Bártlové (2008) je zapojení mužů do ošetrovatelské profese ve kvalifikaci všeobecný ošetrovatel u nás poměrně nový fenomén, i když počet mužů pracujících v tomto oboru narůstá. Buryová (2007) však doplňuje, že příležitosti mužů a žen v ošetrovatelské péči jsou stále diskutabilní, neboť naše společnost vychází z tradic, mezi které mimo jiné patří i tradiční chápání muže a ženy v naší české společnosti.

1.3 Charakteristika motivace, pracovní motivace a pracovní spokojenosti

V této podkapitole se obecně zaměříme na motivaci, pracovní motivaci a pracovní spokojenost. Dále se zde budeme zabývat pracovní motivací a pracovní spokojeností.

1.3.1. Charakteristika motivace

Ivanová a Vévoda (2013) udávají, že motivace je v dnešní době skloňována ve všech pádech a je považována za významný faktor úspěšnosti. Plevová a Běčáková (2012) uvádí, že slovo motivace má kořeny v latinském slově „movere“, což do českého

jazyka lze přeložit jako „hýbati, pohybovati“, a vyjadřuje vnitřní hybné síly, které jedince aktivují, směřují a udržují v určitém chování. Autorka dále uvádí tři následující složky motivace: směr, úsilí a vytrvalost. Janoušek a Slaměník (2008) podobně spatřují motivaci v hybných silách psychického charakteru; hybné z toho důvodu, že uvádějí do pohybu lidské činnosti a chování, síly proto, že mají svůj směr a intenzitu.

Existují různé typy motivace, mezi které lze zařadit motivaci vnější, vnitřní, vědomou a nevědomou a primární a sekundární (Plevová a Běčáková, 2012). Slaměník a Janoušek (2008) uvádí, že každé chování člověka je motivované, i když nemusí být tímto člověkem právě uvědomované.

Plevová a Běčáková (2012) uvádí, že podněty a skutečnosti, které jedince vedou k určitému chování, se obecně nazývají motivy. Janoušek a Slaměník (2008) doplňují, že motiv (pohnutka), představuje základní vnitřní zdroj motivace a incentiva (pobídka) označuje vnější zdroj motivace. Jako příklad incentivy uvádí zmínění autoři působení podnětu z vnějšího prostředí. Bedrnová, Nový, et al. (2007) dále uvádějí dvě úrovně motivů: motivy prvotní, které jsou vrozené a jsou spojené s biologickými procesy v organismu člověka, a motivy druhotné, charakterizované jako získané, naučené a spojené se zkušenostmi získanými v rámci uspokojování prvotních motivů. Krninská (2012) dále dodává, že znalost motivů umožňuje pochopit jednání člověka.

Plevová a Běčáková (2012) uvádí, že k motivaci se pojí pojem označovaný jako motiv, který popisuje jednotlivou vnitřní sílu, která člověka v jeho činnostech orientuje, aktivuje a udržuje a dodává, že v rámci motivace je prvním stimulem určitého chování. Existují dvě následující složky motivů: energizující a řídicí (Plevová a Běčáková, 2012). Uvádí, že mezi ně patří například peníze, osobní postavení, pracovní výkon, přátelství, jistota, odbornost, apod.

Slaměník a Janoušek (2008) uvádějí čtyři následující motivační faktory: potřeby, zájmy, hodnotovou orientaci a zčásti postoje. V této souvislosti je na místě uvést Maslowovu hierarchii potřeb, jehož členění potřeb je následující: potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a potřeba seberealizace (Zacharová, 2017). Slaměník a Janoušek (2008) zde dále píše o tzv. aspirační úrovni, která podle nich označuje vnitřní rovinu výkonu, kterou si jedinec stanoví při zvládnání úkolu.

Plevová a Běčáková (2012) uvádí, že existují tzv. motivační teorie, díky kterým se lze jednak orientovat v různorodosti potřeb, které se lidé snaží uspokojovat, a jednak vysvětlují individuální a organizační překážky v oblasti pracovního procesu. Udává

dále, že existují tři následující nevlivnější skupiny teorie motivace: teorie zaměřené na obsah, teorie zaměřené na proces a teorie zaměřené na intermentalitu. Krninská (2012) taktéž uvádí a popisuje motivační teorie, které rozdílně přistupují k vyjádření vnitřních hnacích sil člověka. Podle této uvedené autorky sem patří teorie homeostatická, hédonická, pobídková, poznávací, činností a motivační teorie sounáležitosti.

Pro shrnutí problematiky motivace bychom zde rádi uvedli Hanuše a Chytilovou (2009), kteří ve své publikaci uvádí model motivace charakterizující celý tento proces. Jejich model sestává z následujících tří částí: motiv („chci“) – cesta („musím“) – cíl („naplnění“).

Bedrnová, Nový et al. (2007) uvádějí, že motivovaná činnost obvykle jedince směřuje k určitému cíli, k uspokojení vzbuzených motivů. V této souvislosti autoři popisují dva pojmy frustrace a deprivace, které vyjadřují překážky v motivované činnosti a jejich vliv na jedince.

1.3.2. Pracovní motivace

Krninská (2012) uvádí, že v průběhu vývoje lidské společnosti se práce zařadila mezi přirozené činnosti člověka a popisuje motivaci pracovního jednání jako celkový přístup zaměstnance k pracovním úkolům. Strádal (2016) uvádí charakteristické znaky práce, mezi které patří pracoviště, pracovní prostředky, objekty práce, produkt práce a charakter pracovní činnosti.

Podle Plevové a Běčákové (2012) je pracovní motivace výsledek lidského chování, který je spojen s výkonem práce. Důležitou roli podle autorky v rámci pracovní motivace představují motivy, na kterých závisí úspěšnost, respektive neúspěšnost práce. Ivanová a Vévoda (2013) uvádějí dvě skupiny motivů k práci: intrinsické (vnitřní) a extrinsické (vnější). Plamínek (2015) dále popisuje, že kladný vztah k úloze vzniká na základě dvou příčin: první příčinou je splnění úlohy spojené se ziskem pocházejícím z vnějších hodnot, tzv. plnění úlohy na základě vnějších podnětů (stimulů), příčinou druhou je plnění úlohy, jejíž splnění je v souladu s vnitřním laděním člověka, tzv. plnění úlohy na základě vnitřních pohnutek (motivů). Tyto příčiny podle zmíněného autora mohou působit společně a vzájemně se doplňovat.

Krninská (2012) v souvislosti s pracovní motivací rozlišuje tři motivy působící na pracovní jednání člověka: aktivní motivy, podporující motivy a potlačující motivy. Krninská (2012) uvádí, že práce je prostředkem zajišťujícím materiální existenci a společenské postavení člověka a jeho rodiny.

Plevová a Běčáková (2012) uvádí rozdíl mezi pracovním výkonem a pracovní výkonností, kdy pracovní výkon je výsledek pracovní činnosti jedince v určitém časovém intervalu a v určitých podmínkách, a pracovní výkonnost vyjadřuje schopnost pracovníka podávat určité výkony.

Vendel (2008) dodává, že efektivita práce je determinována faktory zdraví, kvalifikací a psychologickými faktory. Bedrnová, Nový, et al. (2007) vyjadřují vzorec pracovního výkonu, kdy výkon v jeho kvalitativních a kvantitativních aspektech je dán součinem úrovně motivace (míra „chtění“ člověka podat výkon) a úrovně schopností (vědomosti, znalosti, dovednosti). Uvedení autoři k výkonové motivaci pojí dvě specifické tendence, mezi které patří tendence dosáhnout úspěchu a tendence vyhnout se neúspěchu; podíl těchto dvou tendencí podle nich určuje výkonovou motivaci.

K problematice pracovní motivace patří i pojem pracovní morálka, s čímž se ztotožňuje i Krninská (2012) a charakterizuje jí mírou celkové připravenosti přinést oběť, mírou vnitřní spokojenosti či nespokojenosti s prací, úrovní kladného či záporného postavení v kolektivu, apod. Pracovní morálka se podle uvedené autorky utváří ve společenském procesu práce a je ovlivnitelná faktory kolegiálními, zaměstnavatelskými a společenskými.

Mezi skutečnosti, které příznivě ovlivňují pracovní činnost člověka, patří podle Krninské (2012) ekonomická jistota, pocit bezpečí, uspokojení z práce, možnost postupu, důvěra v podnik, příznivé interpersonální vztahy a vztahy s nadřízenými.

Mezi vybrané teorie pracovní motivace řadí Krninská (2012) například afiliační teorii, Herzbergovu dvoufaktorovou teorii, teorii spravedlnosti, teorii X a Y, teorii „cukru a biče“, apod.

1.3.3. Motivace k výběru povolání

Vendel (2008) popisuje optimální pracovní zařazení zaměstnance jako možnost úplného využití svých nejlepších schopností a vlastností, pro zaměstnavatele toto optimální zařazení spočívá v obsazování pracovních míst takovými jedinci, kteří firmě přinesou co největší prospěch. Podle tohoto autora se mezníkem pro volbu svého povolání stává období po patnáctém roku života; dodává však vzápětí, že nejčastěji se tato volba uskutečňuje na konci základní, střední či vysoké školy. Uvádí dále, že právě na základních a středních školách výchovní poradci poskytují žákům informace o problematice volby povolání.

Sedláčková (2009) uvádí, že v období adolescence, vymezené patnáctým až

dvacátým rokem života, se jedinec setkává se dvěma sociálními mezníky, mezi které patří ukončení povinné školní docházky a dovršení přípravného profesního období a doplňuje dále, že právě v tomto věku se dotváří vztah k výkonu.

Vendel (2008) uvádí, že mezi faktory, které ovlivňují výběr povolání jedinců, patří rodiče, vrstevníci a vlastní sny. Hlad'o (2012) uvádí poněkud obsáhlejší následující výčet vlivů, které toto rozhodování determinují: vliv sociálního okolí, kam řadí nukleární rodinu, vrstevníky, vrstevnické skupiny, přátele, učitele, další vlivy spatřuje v autonomii žáka v rozhodovacím procesu, přístupu rodičů a dalších vlivech. Strádal (2016) zase zmiňuje osobní zájmy a životní cíle, tělesný a zdravotní stav, osobní vlastnosti a schopnosti a sebehodnocení jakožto charakteristické zvláštnosti člověka hrající roli při volbě jeho povolání; doplňuje však, že na profesní volbu jedince působí řada dalších vlivů a ztotožňuje se s výše uvedenými autory, poněvadž mezi tyto vlivy řadí přání rodičů, příklady přátel a mediální vzory. Mezera (2008) dále k této problematice dodává, že volbu povolání mohou ovlivnit i informace získané na základě dotazů a porady s lidmi z okolí (rodina, škola, profesionálové, poradci), dále na základě systematického sebepoznávání a studia světa lidské práce (informace, zájmy, prostředí) či na základě návštěv a hledání (poradenské zařízení, budoucí škola, budoucí pracoviště). Košta doplňuje, že motivace k volbě oboru může být různá a on jako favoritní motiv uvádí pokračovatele v rodinné tradici.

S problematikou volby povolání souvisí i pojem kariérní zralost, který poukazuje na připravenost jedince provádět adekvátní kariérní rozhodnutí a vypořádání se s vývojovými kariérními úlohami. Tato kariérní zralost se zvyšuje s věkem a může být různá u dívek a chlapců (Vendel, 2008).

Keller a Tvrđý (2008) uvádějí, že motivace ke studiu jedinců z ekonomického hlediska spočívá ve vidině výhodné investice a pracovní uplatnění skýtá možnosti zúročení této investice. Doplňují však dále, že motivace ke studiu může mít spoustu dalších podob, například motivace ke studiu na základě tradice hodnotové či hodnotově racionální. Průcha a Veteška (2014) dále doplňují, že motivy jednotlivců a sociálních skupin ke studiu jsou však rozdílné z důvodů věkových, pohlavních, vzdělanostních a aktuálních životních potřeb.

1.3.4. Pracovní spokojenost

Krninská (2012) úvodem konstatuje, že pracovní spokojenost lze chápat jako spokojenost zaměstnance s prací a s pracovními podmínkami či jako podmínka potřebná

pro efektivní využívání pracovní síly.

Plevová a Běčáková (2012) uvádí, že pracovní spokojenost (pracovní nespokojenost) vyjadřuje hodnocení jedince svého zaměstnání a místa, které díky své práci zaujímá v jeho životě.

Pracovní spokojenost je podle Špidurové (2015) jedním z indikátorů kvality pracovních podmínek sester a dodává, že studium indikátoru započalo rokem 1990.

Vendel (2008) doplňuje, že pracovní a životní spokojenost jsou dány stupněm seberealizace jedince v dané pracovní pozici.

Existují dvě následující skupiny faktorů pracovní spokojenosti: vnější faktory a vnitřní faktory (Plevová a Běčáková, 2012). Štikar et al. (2003) doplňuje, že mezi vnější faktory patří například finanční ohodnocení, samotná práce, pracovní postup, způsob vedení, pracovní skupina a podmínky, k vnitřním faktorům řadí například věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, pracovní zkušenosti, intelekt a soubor schopností.

Vévoda, et al. (2010) ve svém výzkumu, kde se zabývali pracovní spokojeností všeobecných sester, uvádějí následující osobní priority pracovního prostředí. Mezi tyto priority patří na prvním místě mzda, na druhém místě péče o pacienty a na třetím místě jistota pracovní pozice. Na posledních pozicích se vyskytují pracovní klima, sociální výhody a kariérní postup.

Špidurová (2015) uvádí řadu metod, pomocí kterých lze měřit pracovní spokojenost. Mezi tyto metody patří například Minnesota Satisfaction Questionnaire, Job Perception Scales, Job Descriptive Scales, apod.

Krninská (2012) uvádí, že pracovní spokojenost lze znázornit do škály či stupnice, jejichž pozitivní konce představují identifikaci člověka s prací a pracovním zařazením, kdežto negativní konce představují rozpor jedince mezi jeho osobním, pracovním a společenským zaměřením.

V souvislosti s pracovní spokojeností zde ještě uvádíme Vévodu a Ivanovou (2013), kteří zdůrazňují znalost hodnotových preferencí všeobecných sester a stav jejich saturace ze strany zaměstnavatele jako nástroj zamezení fluktuace zdravotnických pracovníků. Haroková a Gurková (2013) udávají, že tato fluktuace ovlivněna mimo jiné ovlivněna pracovní nespokojeností, která vyplývá z rostoucího množství práce v porovnání s počtem personálu.

1.3.5. Pracovní zátěž, pracovní skupina a konflikty na pracovišti

Nakládalová (2013) uvádí pojem ideální bezpečné pracovní prostředí, který

charakterizuje jako prostředí nenarušující pohodu tělesnou, duševní a sociální, ale naopak tuto pohodu podporující. Uvádí dále, že vytvoření tohoto pracovního prostředí představuje základní kámen pracovní spokojenosti sester.

Štikar et al. (2003) popisuje zátěž jako nerovnováhu mezi vnitřním a vnějším stavem systému a uvádí, že stupeň zátěže je determinován intenzitou expozice vnějších vlivů a vlastnostmi zatěžovaného systému. Podle něj se v angličtině pro pojem zátěž používá označení „stres“ či „load“, v jazyce německém zase „belastung“ nebo „anspannung“. Uvedený autor rozlišuje tři následující kategorie stresorů, determinující pracovní zátěž: první kategorií je proces práce, ve kterém rozlišuje množství, čas a charakteristiky práce, druhou kategorií jsou vlivy biologického a chemického charakteru a třetí kategorie představuje podmínky psychosociální. Nakládalová (2013) uvádí následující vybrané rizikové faktory práce všeobecných sester: biologičtí činitelé, chemické škodliviny (cytostatika, alergen, chemické dezinfekce), fyzická zátěž a psychická zátěž a zdůrazňuje význam posuzování těchto faktorů, které mohou v převyšující míře ovlivňovat jejich zdraví.

Fyzická zátěž se podle Nakládalové (2013) týká zejména sester pracujících na lůžkových odděleních nemocnic, kde se vyskytují imobilní pacienti vyžadující v rámci ošetrovatelské péče polohování. Fyzickou zátěž práce mohou mimo jiné ovlivňovat i tyto fyzikální faktory: vibrace a hluk, osvětlení, teplota, prach (Štikar et al., 2003).

Psychická zátěž podle Nakládalové (2013) může případně všeobecné sestry vést až k psychickým obtížím, ke ztrátě pracovní motivace, změnám v pracovním výkonu či k syndromu vyhoření. V souvislosti se syndromem vyhoření citujeme Stocka (2010), který syndrom vyhoření (burnout syndrom) popisuje jako výsledek chronického stresu a dlouhodobou nerovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem. Podle autora mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření patří vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. V souvislosti s pracovní zátěží je zde vhodné uvést i Hlušičku (2013), který konstatuje, že sociální vztahy na pracovišti ovlivňují celkovou spokojenost jedince v pracovním procesu.

Bedrnová, Nový et al. (2007) uvádějí, že pracovní skupina představuje základní sociální skupinu, která je tvořena lidmi jednoho pracoviště, propojených společnou činností, vnitřními sociálními rolami a jednotným vedením. Mezi její základní dimenze podle těchto autorů patří například velikost, soudružnost, polarizace, stabilita skupiny, apod. Každý jedinec v této skupině zaujímá vlastní pracovní pozici. Autoři doplňují, že specifickým druhem pracovní skupiny je tým. Bedrnová, Jarošová, Nový et al. (2012)

dále uvádějí, že dynamika pracovní skupiny zahrnuje sociální facilitace, deindividuace, efekt přihlížejícího, sociální lenost, konformitu a poslušnost vůči autoritě, skupinové rozhodování a skupinovou kohezi.

Mezi základní vzorce týmových rolí patří role následující: inovátor, analytik, specialista, dotahovač, usměrňovač, realizátor, vyhledávač zdrojů, týmový pracovník, koordinátor (Hlušička, 2013). Škrla a Škrllová (2003) uvádějí znaky efektivního týmu, například neformální, příjemné, uvolněné prostředí, soustředěnou a společnou diskuzi, správně pochopené a akceptované cíle, lehké vypořádání se s konfliktem, otevřenou diskuzi o konfliktu.

V souvislosti s pracovní zátěží a se vztahy na pracovišti uvádíme pojem mobbing, který Bedrnová, Nový et al. (2007) označují jako cílevědomé šikanování či psychický teror na pracovišti. Mobbing podle uvedených autorů probíhá podle určitého schématu a spouštěcím faktorem tohoto sociálně nepříznivého jevu je vždy konflikt.

Veselá a Kanioková (2011) konflikt překládají z latinského *conflictus* (střetnutí, srážka) a označují tak situaci, při které dochází ke střetu dvou či více protichůdných, přibližně stejně intenzivních snah, sil, tendencí či motivů. Tyto autorky dále doplňují, že konflikty jsou běžnou součástí pracovního i mimopracovního života, s čímž se ztotožňují i Bedrnová, Nový et al. (2007), kteří uvádějí, že konflikty jsou přirozenou součástí kterékoliv organizace.

Veselá a Kanioková (2011) člení konflikty intrapersonální (vnitřní) či interpersonální (vnější). Všechny druhy konfliktů mohou být podle těchto autorek krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Bednář et al. (2013) v této souvislosti popisuje dále ještě zvláštní typy konfliktů, mezi které řadí konflikt generační a konflikt genderový. Veselá a Kanioková (2011) interpersonální konflikty dále podle příčin člení na pracovní konflikty, osobní konflikty a sociální konflikty. Dle Bednáře et al. (2013) spočívá prvotní a neodstranitelná příčina konfliktů v organizacích v osobních vlastnostech jedinců v této firmě pracujících.

Mezi problémy vyskytující se na pracovišti sester řadí Křivohlavý a Pečenková (2004) například sekýrování, hádky, neochotu pomoci, osobní problémy s kolegyněmi, necitelnost kolegyň, psychické zranění kolegyní, apod. Veselá a Kanioková (2001) uvádí následující podoby řešení konfliktů: samovolné zaniknutí konfliktu, vyřešení konfliktu spolupracovníky, vedoucími či odbornými orgány anebo vyřešení konfliktu soudem.

2 Cíle práce a hypotézy

V druhé kapitole bakalářské práce uvedeme stanovené cíle této práce a z nich vyplývající hypotézy a výzkumné otázky.

Cíle práce:

- Cíl 1: Zjistit názor všeobecných sester na roli muže v ošetrovatelství.
- Cíl 2: Zjistit, zda současné podmínky mají vliv na výkon profese všeobecného ošetrovatele.
- Cíl 3: Zjistit, s jakými problémy se setkávají muži při výkonu profese všeobecného ošetrovatele.

Hypotézy práce:

- Hypotéza 1: Všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetrovatele kladně.

Výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka 1: Jaké podmínky mají vliv na výkon profese všeobecného ošetrovatele?
- Výzkumná otázka 2: S jakými problémy se potýká všeobecný ošetrovatel při výkonu profese?

2.1 Operacionalizace hypotézy

Všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetrovatele kladně. Kladné hodnocení je vyjádřeno následujícím poměrem: 70% kladně, 30% neutrálně a 30% negativně.

2.2 Limity výzkumu

Vzhledem k velikostem výzkumných vzorků tohoto výzkumného šetření nelze výsledky z něj objektivizovat, proto jsou výsledky níže uvedeného výzkumného šetření limitované, tzn., že platí pouze pro ta zařízení, ve kterých bylo toto šetření realizováno.

3 Metodické postupy

3.1 Metodické postupy výzkumného šetření

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo realizováno za pomoci kombinace metod kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Při výběru těchto metod jsme vycházeli z předem stanovených cílů této práce.

Švaříček, et al. (2014) uvádí, že podstatou kvalitativního výzkumného šetření je širokosáhlý sběr dat bez nutnosti stanovení základní proměnné a hloubkové a kontextuální prozkoumání určitého jevu za účelem získání maximálního množství informací o něm, kdežto kvantitativní výzkumné šetření je podle Punche (2008) navrženo tak, abychom získali numerická data měřením proměnných, a že spočívá ve zkoumání vztahů mezi těmito proměnnými.

Výzkumné šetření této práce bylo realizováno v průběhu měsíce ledna 2018.

Oba druhy výzkumného šetření byly zcela anonymní a byly realizovány ve vybraných zdravotnických zařízeních, jejichž vedení nám s provedením tohoto šetření poskytlo písemný souhlas. S ohledem na zachování anonymity zdravotnických zařízení a respondentů však tyto souhlasy do bakalářské práce nepřikládáme; jsou ale k nahlédnutí u autora této práce.

Respondenti byli vždy předem informováni o problematice bakalářské práce a o anonymitě výzkumného šetření. Zaznamenání a zpracování dat získaných při realizaci výzkumného šetření jsme provedli vždy na základě formy výzkumného šetření dvěma dále uvedenými způsoby. Označení respondentů bylo rozděleno podle výzkumného vzorku na všeobecné ošetřovatele a všeobecné sestry.

3.1.1. Kvalitativní výzkumné šetření

Kvalitativní výzkumné šetření jsme realizovali se všeobecnými ošetřovateli technikou polostrukturovaného rozhovoru. Švaříček (2014) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor patří mezi základní typy hloubkového rozhovoru (nejčastější technika kvalitativního výzkumu) a popisuje jeho cíl, který spočívá v získání detailních a komplexních informací o studovaném jevu. Podklad našeho rozhovoru vycházel ze čtyř základních oblastí. Těmito základními čtyřmi oblastmi byly základní informace o respondentech, profese všeobecného ošetřovatele v oboru, profese všeobecného ošetřovatele v ženském kolektivu a vnímání všeobecného ošetřovatele pacienty.

Samotný rozhovor pak sestával z 20 základních otázek (Příloha 1) a dalších, v průběhu rozhovoru položených, doplňujících otázek. Provedení rozhovorů pak trvalo přibližně 30 – 45 minut.

V rámci výzkumného kvalitativního šetření byly informace o problematice bakalářské práce a o anonymitě výzkumného šetření sděleny ústní formou respondentům vždy před zahájením rozhovoru.

Data kvalitativního výzkumného šetření jsme v případě souhlasu respondentů s nahráváním zvukově zaznamenali diktafonem a následně přepsali do textového editoru Microsoft Word, v případě opačném jsme rozhovory zaznamenali přímo do textového editoru Microsoft Word, a následně takto převedené rozhovory analyzovali metodou otevřeného kódování (Příloha 2A). Při kódování jsme postupovali tak, jak uvádí Švaříček, et al. (2014), a to tak, že analyzovaný text (přepsané rozhovory) jsme rozdělili na jednotky a k těmto jednotkám následně přiřadili určitý kód (Příloha 2B).

Respondenti kvalitativního výzkumného šetření, tj. všeobecní ošetřovatelé, byli označeni písmenem „R“, písmeno následně doplněno číslicí určující pořadí provedení a přepis rozhovoru. Například R2 označuje respondenta, se kterým byl proveden druhý rozhovor v rámci výzkumného šetření a zároveň jako druhý zaznamenám do textového editoru Microsoft Word a analyzován.

3.1.2. Kvantitativní výzkumné šetření

Kvantitativní výzkumné šetření jsme realizovali se všeobecnými sestrami technikou nestandardizovaného dotazníku. Punch (2008) konstatuje, že kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníků vyplněných respondenty patří mezi nejběžnější metodu tohoto druhu výzkumného šetření. Koncept našeho dotazníku vycházel ze dvou základních oblastí, kterými jsou základní informace o respondentkách a o spolupráci se všeobecným ošetřovatelem. Celkem tento dotazník ve finální verzi tvořilo 28 otázek, přičemž časová náročnost pro vyplnění dotazníku byla maximálně 20 minut (Příloha 3).

V rámci kvantitativního výzkumného šetření byly informace o problematice bakalářské práce a o anonymitě sděleny písemnou formou v instrukcích o vyplňování dotazníku. Zpracování kvantitativního výzkumného šetření jsme z vyplněných dotazníků zaznamenali do tabulkového editoru Microsoft Excel, kde jsme tato data analyzovali za pomoci popisné analýzy a dále zkoumali vztahy mezi proměnnými tak, abychom naplnili stanovené cíle práce (Punch, 2008).

Respondentky kvantitativního výzkumného šetření, tj. všeobecné sestry, byly označeny písmenem „S“ a taktéž následně doplněny číslicí, která určuje pořadí zaznamenání dat z dotazníku do tabulkového editoru Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumných vzorků

3.2.1. Charakteristika výzkumného vzorku kvalitativního šetření

Výzkumný vzorek kvalitativního výzkumného šetření tvořilo deset respondentů, všeobecných ošetřovatelů, pracujících v oboru ošetřovatelství. Výběr respondentů pro toto výzkumné šetření byl záměrný. Kritéria výběru respondentů zahrnovala aktuální profesi v oboru ošetřovatelství, dosažené plnohodnotné středoškolské, vyšší či vysokoškolské odborné vzdělání a minimální délku praxe v oboru alespoň jeden měsíc.

S provedením rozhovoru souhlasilo všech deset oslovených respondentů, přičemž osm respondentů souhlasilo s pořízením zvukového záznamu a dva respondenti s pořízením tohoto záznamu nesouhlasili. Délka rozhovorů jednotlivých respondentů se pak lišila v závislosti na množství informací, které v průběhu rozhovoru poskytli.

3.2.2. Charakteristika výzkumného vzorku kvantitativního výzkumného šetření

Výzkumný vzorek kvantitativního výzkumného šetření tvořilo 101 respondentek, všeobecných sester, pracujících v oboru ošetřovatelství. Výběr respondentek pro kvantitativní šetření byl taktéž záměrný. Kritériem byla spolupráce či nespoupráce se všeobecným ošetřovatelem. Všeobecným sestrám spolupracujícím se všeobecným ošetřovatelem bylo rozdáno 95 dotazníků (83%), sestrám, které se všeobecným ošetřovatelem nikdy nespoupracovaly, bylo rozdáno dotazníků pouze 20 (17%).

S vyplněním rozhovoru souhlasily veškeré respondentky, které dotazník odevzdaly zpět. Celkem bylo rozdáno 115 dotazníků; návratnost validních dotazníků byla 101 dotazníků (88%). Zbýlých 14 dotazníků (12%) nebylo možné statisticky zpracovat vzhledem k nekompletnímu vyplnění odevzdaného dotazníku nebo neodevzdání dotazníku.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Tabulka 1 – Kategorizace výsledků rozhovorů se všeobecnými ošetřovateli

Kategorie		Podkategorie	
1	Základní informace o respondentech		
2	Respondenti a motivace ke studiu		
3	Charakteristika profese respondentů	3.1.	Pracovní uspokojení a náročnost profese respondentů
		3.2.	Pracovní spokojenost respondentů
4	Respondenti a práce v ženském kolektivu		
5	Respondenti a jejich práce s P/K		

Zdroj: vlastní výzkum (2018)

1. *kategorie: Základní informace o respondentech*

Věk respondentů

R1 uvádí věk 34 let, R2 R1 uvádí věk 33 let, R3 uvádí věk 31 let, R4 uvádí věk 26 let, R5 uvádí věk 28 let, R6 uvádí věk 29 let, R7 uvádí věk 26 let, R8 uvádí věk 24 let, R9 uvádí věk 31 let a R10 uvádí věk 29 let.

Věk respondentů se pohybuje v rozmezí 24 let – 34 let; nejmladším respondentem je R8, který uvádí: „*Je mi 24 let.*“ Naopak nejstarším je R1 odpovídající: „*Můj věk je, teď jsem si málem ubral, třicet čtyři let.*“ Většina respondentů, konkrétně R4, R5, R6, R7, R8 a R10, jsou mladší třiceti let.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené středoškolské vzdělání v oboru zdravotní sestra mají 3 respondenti (R3, R6 a R10), což lze dokumentovat např. R3: „*Mám vystudovanou normální klasickou zdravotní školu s maturitou.*“ Vyšší odborné vzdělání v oboru diplomovaná všeobecná sestra získali taktéž 3 respondenti, R2, R5 a R7, který popisuje: „*Moje nejvyšší dosažení vzdělání je vyšší odborné zdravotnické vzdělání v oboru diplomovaná všeobecná sestra.*“ Zbývající 4 respondenti (R1, R4, R8-9) mají ukončené vysokoškolské vzdělání, ale v různých oborech. Například konkrétně R4 (bakalářské v oboru zdravotnický záchranář), R8 (bakalářské v oboru všeobecná sestra) nebo R1

uvádějící: „*Moje nejvyšší dosažené vzdělání je doktorské vzdělání v oboru ošetrovatelství.*“ Zajímavostí může být R9, který odpověděl: „*Mám vystudovanou ochranu veřejného zdraví, bylo to magisterské studium.*“

Zájmy a trávení volného času respondentů

Zájmy a trávení volného času jsme na základě odpovědí rozčlenili na cestování, kulturu, sport, přírodu, rodinu či přítelkyně a ostatní. Nejvíce oblíbený zájem či trávení volného času pro respondenty představuje sport, kdy ho uvedlo 5 respondentů (R4, R5, R6, R7 a R10). Tento fakt lze demonstrovat například na R6: „*Mezi mé zájmy patří sport, hraju hodně hokej, i závodně, to mě baví hodně, ale mám na to málo času.*“ Podobný názor uvedl i R7, který hovořil takto: „*Zajímá mě sport, ale jenom pasivně.*“ Další místo pak podle 4 respondentů zaujímá cestování (např. R1: „*Hodně mě baví cestování, to mě baví fakt hodně.*“), příroda (např. R8, který udává, že mezi jeho zájmy patří procházky a rybolov nebo R10 uvádějící mazlíčky) a ostatní zájmy, mezi které patří např. architektura (R1), loutkové divadlo (R3) nebo PC (R7 a R10).

Rodina respondentů

Rodinu, myšleno manželku či přítelkyni s dětmi, mají celkem 3 respondenti, a to konkrétně R2 a R3, kteří se shodli na tom, že mají manželku a děti. R6 oproti nim udává: „*Já osobně děti nemám, ale přítelkyně dítě má, takže s dětma jsem.*“ Většina respondentů, tj. 4 respondenti (R5, R7, R8, R10), má pouze přítelkyni bez dětí. R4 uvádí: „*Rodinu zatím nemám a zatím asi nechci, chci napřed cestovat.*“ R1 a R9 informace o rodině neuvedli.

2. kategorie: Respondenti a jejich motivace ke studiu

Vystudovaná střední škola

8 tázaných respondentů (R1, R3, R5 – 10) uvedlo, že má vystudovanou střední zdravotnickou školu (SZŠ). Zbývající 2 respondenti mají vystudovanou střední školu odlišeného zaměření, konkrétně R2: „*Já mám vystudovanou střední obchodnickou školu,*“ a R4 uvedl, že vystudoval střední školu průmyslovou.

Motiv studia zdravotnického oboru

Motivem pro studium zdravotnického oboru byla u 3 respondentů rodina (R5, R6 a

R10), kdy R5 uvádí: „K výběru zdravotnického povolání mě motivovala především rodina. Já osobně jsem chtěl studovat veterinární školu, ale rodina tomu úplně nakloněná nebyla a chtěla, abych studoval zdravotnictví.“ R6 hovořil následovně: „Ona moje maminka je hlavní sestra, takže já jsem byl ve špitále od malička, takže to tak jako vyšlo automaticky.“ Další motiv vzešlý z rodiny uvedl R10: „Mě motivovala rodina a také to, že matematika není do čtvrtého ročníku popravdě.“ Zájem o zdravotnickou profesi motivoval 2 respondenty (R1 a R3), např. R1: „Motivem ke studiu bylo to, že mě zdravotnictví vždy bavilo a já jsem po základní škole nechtěl čekat čtyři roky, že bych to překlenul nějakým gymnáziem.“ R4 popisuje, že jeho motivací ke studiu byl charakter práce, konkrétně: „Mně se zalíbil ten záchranář, nebo záchranářská škola tím, že jakoby je to akčnější, takové, říkal jsem si, že je to práce v terénu, částečně jsem chtěl prostě nějakou odbornost získat, že prostě po té střední škole, ono vesměs se mi až tolik nikde neuplatnila.“ R7 zase uvádí, že pro něj byl motivací zdravotnického oboru jeho zdravotní stav: „Školu jsem šel studovat kvůli svému zdravotnímu stavu,“ přičemž respondent tento motiv blíže nespecifikuje. Do ostatních motivů studia patří R2: „Já jsem se k tomu zdravotnictví dostal úplně náhodou přes svoji první přítelkyni, která teda studovala střední zdravotnickou školu, a mě to začalo bavit, když jsem se s ní učil k maturitní zkoušce,“ a respondenti R8 a R9, kteří šli studovat střední zdravotnickou školu z toho důvodu, že se nedostali na preferovanou školu. O tomto faktu hovořil např. R9: „Já jsem chtěl původně studovat farmacii, kam jsem vlastně dělal i přijímací zkoušky, které jsem sice úspěšně udělal, ale z kapacitních důvodů jsem nemohl nastoupit.“

Motiv studia záchranářství a medicíny

Motiv studia záchranářství byl zjištěn u 7 dotazovaných respondentů, přičemž 6 z nich studium nezapočalo či ho nedokončilo (např. R1, který chtěl záchranáře studovat, ale nakonec z důvodu úspěšných přijímacích zkoušek do navazujícího studia setrval v oboru ošetřovatelství, dále R3: „Po zdravotní škole jsem studoval záchranáře, ale já jsem měl tu smůlu, že jsem si zranil kotník a byl jsem tři měsíce mimo a už chyběla zkouška a už to prostě nešlo, nešly ty předměty převést do dalšího ročníku, a tak jsem s tím skončil,“ nebo R8, který studium ani nezapočal pro neúspěch ve fyzických testech) a 1 z nich studium zdravotnického záchranáře úspěšně dokončil (R4).

Motiv studia medicíny už takovým fenoménem, v porovnání s motivem záchrannářství, nebyl, poněvadž tento motiv uvedli pouze 3 respondenti, ale studium z různých důvodů nezapočal žádný z nich (R2: neúspěšné složení přijímacích zkoušek, R6: „*No, napadlo, protože víte proč, protože lékař studuje pomalu stejně dlouho jako sestra, ale studium jsem neuskutečnil proto, že jsem měl školy plné zuby a za druhé, já jsem byl takový praktický...*“, a R8: nepřipravenost pro studium).

Podpora respondentů rodinou při studiu zdravotnického oboru

Podpora respondentů při studiu byla uvedena všemi 10 dotazovanými respondenty, např. R1 („*Musím říct, že ta podpora ze strany rodiny opravdu byla a musím říct, že moji rodiče byli hrozně rádi, že od samého začátku jsem věděl, co chci v životě dělat.*“), R2 („*Ano, neříkali na to nic, neměli s tím žádný problém, mně rodiče nikdy neříkali, co bych měl dělat nebo že by mě do něčeho tlačili, to ne.*“), dále R7, který uvedl: „*Určitě, ve studiu mě podporovala.*“ R8: „*No, asi jo, tak našim to bylo jedno, důležité pro ně tehdy bylo, že jsem se někam dostal,*“ nebo R5, který chtěl studovat veterinární školu, která nebyla rodinou podporována, kdežto zdravotnické škola naopak ano.

Názor respondentů se systémem vzdělávání „4 + 1“

Nesouhlas se systémem vzdělávání „4+1“ projevila polovina dotazovaných respondentů, a to např. R1 („*Naprosto nesouhlasím, protože tento systém potřebuje 4 + 2 a někteří lidé, kteří pracují v tom oboru, respektive, kteří budou vzdělávat ty 4 + 1, hovoří o tom, že budou potřebovat 4 + 2 a půl, tzn., že se dostáváme do stavu, kdy to bude 4 + 3, což je normální střední škola s maturitou plus bakalářské vzdělání (...), ten systém považuji regulérně za paskvil.*“), dále R6 mající identický názor s R2, který uvádí: „*Ne, myslím si, že by bylo nejlepší nechat pouze střední zdravotnické vzdělání, jako to bylo dříve.*“ R5 se k problematice vzdělávání vyjádřil: „*Ne, myslím si, že člověk po dokončení střední školy nemůže jít hned do zaměstnání, protože ještě pořádně podle mě ani neví, co chce v životě dělat,*“ a R9, který má totožný názor s respondenty R2 a R6 doplněný o následující dodatek: „*Samozřejmě, když by chtěly být pak staniční nebo vrchní sestrou, tak by si musely dodělat vysokoškolské vzdělání.*“ Zbývajících 5 respondentů (R3, R4, R7, R8 a R10) bylo zařazeno do ostatních názorů, kdy respondenti nedokázali tuto problematiku posoudit na základě studia odlišného oboru (R4) či nedostatečné informovanosti o problematice (R3, R7, R8 a R10).

3. kategorie: Charakteristika profese respondentů

Tabulka 2 – Aktuální oddělení respondentů, jejich délka praxe a motiv výběru oddělení

	Aktuální oddělení	Délka praxe	Motiv výběru oddělení
R1	traumatologie	10 let	charakter práce, přátelé
R2	interna	4 roky	osobní situace
R3	kardiochirurgie	8 let	nabídka profese, charakter práce
R4	kardiochirurgie	4 měsíce	možnost profese v oboru
R5	gastroenterologie	1 a ½ roku	zkušenosti z praxe, charakter práce
R6	oddělení následné péče	11 let	zkušenosti z praxe, charakter práce
R7	chirurgie	4 a ½ roku	nabídka profese (žádost)
R8	neurologie	3 měsíce	zkušenosti z praxe, charakter práce
R9	psychiatrie	6 let	zájem o problematiku duš. chorob
R10	ordinace praktického lékaře	3 a ¼ roku	rodina (zastoupení matky)

Zdroj: vlastní výzkum (2018)

R1 pracuje na traumatologii (10 let), R2 pracuje na interním oddělení (4 roky), R3 pracuje na kardiochirurgickém oddělení (8 let), R4 pracuje tamtéž (4 měsíce), R5 pracuje na gastroenterologickém oddělení (1 a ½ roku), R6 pracuje na oddělení následné péče (11 let), R7 pracuje na chirurgickém oddělení (4 a ½ roku), R8 pracuje na neurologickém oddělení (3 měsíce), R9 pracuje na psychiatrickém oddělení (6 let) a R10 pracuje v ordinaci praktického lékaře (3 a ¼ roku).

Aktuální oddělení respondentů tvořily jak chirurgické, tak interní medicínské obory. 8 respondentů (R1-4 a R6-9) pracuje v lůžkovém zdravotnickém zařízení (př. R3: „*Ano, pracuji na lůžkové části.*“) a 2 respondenti (R5 a R10) pracují v ambulantním zdravotnickém zařízení, což uvádí např. R5, který popisuje: „*Aktuálně pracuji 1 rok a půl na těch endoskopiích.*“ Většina respondentů (6 respondentů: R2, R5-8 a R10) pracuje na standardních odděleních, zbývající 3 respondenti pracují na odděleních jednotky intenzivní péče a resuscitačních odděleních (R1, R3, R4) a 1 respondent pracuje na standardním oddělení spojeným s oddělením intermediální péče (R8).

Nejkratší délka praxe na aktuálním oddělení byla uvedena respondentem R8, udávajícím „*Budu zde pracovat už třetím měsícem, protože mi už bude končit zkušební doba,*“ kdežto nejdelší praxi na aktuálním oddělení uvedl respondent R1, který pracuje na traumatologické JIPce již deset let, kde je od začátku své profesní kariéry. Celkem 8 respondentů pracuje na aktuálním oddělení minimálně 1 rok (R1-3, R5-7, R9 a R10).

Motivem pro výběr aktuálního oddělení byl u většiny respondentů, tj. u 6 respondentů (R1, R3, R5-6 a R8-9), charakter práce, což uvádí např. R1, který uvedl, že traumatologická JIP je akutní oddělení s intenzivní péčí, kterou vždy tíhnul, nebo R9: „*Toto oddělení jsem si vybral proto, že mě zajímají duševní choroby a péče o duševně nemocné pacienty.*“ Druhým motivem dále byly u 3 respondentů (R5, R6 a R8) zkušenosti s oddělením, např: R5 („*K výběru tohoto oddělení mě vedlo to, že jsem toto oddělení znal už z praxe.*“) nebo R6 („*Předchozí práce na tomto oddělení, jo, že jsem tady dříve dělal brigády a líbilo se mi tady.*“). Třetím nejčastějším motivem k výběru oddělení pak byl kolektiv a přátelé (R1: „*Jedním z těch faktorů bylo, že tam tou dobou pracovali už moji kamarádi a kamarádky,*“ a R3) a nabídka práce (R2, R3: „*Já jsem měl na výběr, buďto na ARO, anebo sem, tak jsem si spíše vybral kardiochirurgii,*“ a R7). Respondent R4 popsal motiv výběru oddělení: „*Já jsem původně chtěl na ARO, ale z toho se mi neozvali, a když se mi potom ozvali odtud, tak jsem to vzal jako možnost práce v oboru.*“ Respondenta R10 zase motivovala k výběru oddělení rodina: „*No, hlavně rodina, on to nebyl úplně můj výmysl, ona tam dříve pracovala moje maminka, která ale šla na operaci se zády a jsem vlastně její záskok.*“

Práce respondentů na plný úvazek mimo obor zdravotnictví

6 dotazovaných respondentů (R1, R3, R5-8) uvedlo, že na plný úvazek mimo obor zdravotnictví nepracovali, např. R1: „*Na jiných odděleních jsem nikdy nepracoval a mimo obor také ne,*“ či R5. Zbývajících 4 respondenti uvedli, že mimo obor zdravotnictví na plný úvazek pracovali, a to konkrétně R2 („*Pracoval jsem jako ten zmíněný finanční poradce a nyní pracuji na interním oddělení.*“), R4 („*Pracoval jsem v zemědělství, ve skladu, v zahraničí, jakoby na farmě, na stavbách, různě, no...*“), R9, který pracoval na státním zdravotním ústavu, a R10, který byl vychovatelem v dětské léčebně.

Motiv respondentů vstoupit do oboru zdravotnictví

Mezi vnitřní faktory, které motivovaly tázané respondenty vstoupit do oboru zdravotnictví, patří 3 respondenti, konkrétně R2 („*Tak vlastně tím impulzem toho byl ten fakt, že jsem nechtěl umřít hladem, takže já jsem hledal práci a bylo mi to v tu chvíli relativně jedno.*“), R4 motivovaný charakterem práce a R10, který odpověděl: „*Nebyl jsem spokojený s pracovní dobou, náplní práce a finančními faktory.*“ Vnější faktory motivovaly respondenta R9, který uvedl: „*V tom ústavu, kde jsem pracoval, rušili pobočku.*“

Profesní zkušenosti respondentů ze zahraničí

Většina respondentů (8 respondentů: R2-4, R6-10) uvedla, že žádné zkušenosti ze zahraničí, co se oboru týče, nemá. Profesní zkušenosti popsali pouze 2 respondenti, a to R1 („*Ano, mám a mám je třeba i v souvislosti se studijní stáží, kde jsem byl jeden semestr, tak tam to bylo zcela běžné, i třeba na té vysoké škole, kde dost vyučujících bylo mužů, jakožto sester, a i na oddělení byli.*“) a R5: („*Pracovní zkušenosti nemám, ale pohybuji se v Rakousku a Polsku, tak vím, jak to zde funguje. Víím, že v Rakousku jsou sestry muži zastoupeny více než v Polsku, tam jich je méně, je to tam bráno spíše jako ženská práce.*“).

3. 1. podkategorie: Pracovní uspokojení a náročnost profese respondentů

Uspokojení profese respondentů

Tázání respondenti uvedli, že nejvíce je na své profesi naplňuje pomoc lidem (5 respondentů: R1-2, R6-8), např. R1, který odpověděl: „*Na profesi baví, je zaprvé to, že vidíte, jak těm lidem pomáháte, práce s lidmi,*“ nebo R6 („*No, že můžu lidem pomáhat, těší mě, když se ti lidé uzdraví, když se vylepší.*“). Dále pracovní naplnění nacházejí v práci s lidmi, konkrétně 5 respondentů (R2, R7-10), kdy např. R9 odpověděl: „*Na práci mě baví to, že když jste v kontaktu s těmi pacienty na tomto oddělení, tak to, že ten vztah s těmi pacienty je takový osobnější.*“ Někteří respondenti zase hovořili o smysluplnosti práce (5 respondentů: R4, R6-8 a R10), což lze demonstrovat na R8, který uvedl: „*Pracujete s nimi, pomáháte jim, víte hodně věcí, je to taková užitečná práce.*“ Jako další uspokojení profese nachází respondenti v práci s technikou (2 respondenti: R1 a R3) a v charakteru práce (2 respondenti: R3 a R5), kdy např. R5 uvádí: „*Na práci mě nejvíce baví to, že ta práce je různorodá, že má spoustu různých případů, dále to, že je to akční práce, že někdy prostě musíte řešit akutní stav, apod.*“

Neuspokojení profese respondentů

Tak jako v uspokojení profese, i zde v neuspokojení profese se nejčastěji objevuje práce s lidmi, kterou uvedlo 6 respondentů (R2, R6-10), např. R2, hovořil o tom, že někteří pacienti chodí do nemocnice jako do hotelu na odlehčovací službu, nebo R8: „*Nebaví mě hádat se s lidmi, jo, třeba lidé, kteří tu práci neocení, ale tak na to už jsem zvyklý, ale třeba také to, když vy jim chcete pomoci, ale oni dělají vše pro to, aby to tak nebylo, to mi třeba strašně vadí.*“ Na dalším místě je administrativa, která nebaví

celkem 2 respondenty, a to R1: „*Mě na tom nebaví zbytečná administrativa, ve které nevidím smysl, respektive spíše to, že některé věci, já je vnímám, že jsou správně, ale nebaví mě to, že s nimi není nakládáno tak, aby správně fungovaly,*“ a R3 hovořící o například o časové náročnosti administrativní činnosti. Další respondent uvedl, že ho úplně nenaplnuje kolektiv (R4: „*Já mám trošku problém s kolektivem, jo, je tady spousta žen, prostě jako to není, že bych sem rád chodil kvůli kolektivu,*“) a respondent R9 zase pracovní neuspokojení spatřuje ve směnném provozu. Jediný respondent R5 na otázku, zda je něco, co ho v práci nebaví či nenaplnuje, odpověděl: „*Ne.*“

Názor respondentů na poměr personálu a množství práce

Drtivá většina dotazovaných respondentů (celkem 8: R1-R6, R8-9) se shodla na tom, že na jejich oddělení množství personálu neodpovídá množství práce, která je potřeba vykonat. Uvádějí, že množství personálu je nedostatečné a ocenili by navýšení personálu, což potvrzuje např. R2 hovořící o tom, že počet personálu by měl být vyšší, nebo R4, který uvádí: „*No, myslím si, že by se určitě šiklo více lidí (...), takže minimálně alespoň jeden člověk navíc by neškodil.*“ Jediný respondent R7 odpověděl, že tento poměr je zachován: „*Myslím si, že na našem oddělení je to akorát.*“ Respondent R10 nebyl vzhledem k profesi v ordinaci praktického lékaře touto otázkou tázán.

Faktory ovlivňující pracovní výkon respondentů

8 dotázaných respondentů (R1, R3-4, R6-10) se shodlo na tom, že mezi faktory, které ovlivňují jejich pracovní výkon, patří pracovní faktory. Konkrétní příklad pracovních faktorů lze uvést např. na respondentovi R1 („*Musím říct, že jako motivem je potom dobrý kolektiv, samozřejmě jako pro každého, když Vás někdo pochválí za to, že něco uděláte dobře, tak tohle.*“), R3 („*Když tady máte člověka, který Vám umře, tak samozřejmě, potom samozřejmě práce v noci.*“), R4 a R8 hovořící o nedostatku personálu. R7 odpověděl: „*Možná stres v zaměstnání, když se někdo zhorší, třeba, může to být pak takové trochu chaotické,*“ či R10, který uvádí fyzickou náročnost práce. Další faktory jsou osobní faktory, které uvedlo 7 respondentů (R1-6 a R8), což lze popsat např. respondentem R2: „*Třeba můj osobní život, protože každý den není růžový, a přinesu si nějaký problém zvenku a jsem pak v nějaké psychické nepohodě, tak jakoby to je docela problém to přepnout a fungovat v práci,*“ či R5, jehož pracovní výkon je ovlivněn neuspokojením základních potřeb (spánek, strava). Finanční faktory uvedli 2 respondenti (R1 a R9).

Názor respondentů na náročnost práce

Veškerí respondenti (10 respondentů) se celkově shodli na tom, že jejich profese všeobecného ošetřovatele je celkově náročná. Konkrétně 4 respondenti (R1-2, R4 a R9) uvedli, že jejich práce je fyzicky náročná, kdy například respondent R2 tuto náročnost spatřuje v manipulaci s lidmi nebo R9, který uvedl odpověď: *„Je náročná nejen fyzicky, kdy musíte kolikrát „kurtovat“ agresivní a zmatené pacienty.“* Další 2 respondenti se shodli na tom, že fyzicky náročná tato profese je spíše pro jejich kolegyně, a to konkrétně R4 (*„Fyzicky si nemyslím, že by to bylo až tak náročné pro mě, pro ženu asi bych řekl, že to bude něco jiného.“*) a R6 (*„Fyzická náročnost, že jo, ti lidé bývají nemohoucí, nebo pro mě ani tolik ne, když jako vidím třeba ty holky, tak tam je vidět, že je to náročné.“*). Psychickou náročnost profese popsali všichni respondenti (R1-10), jako příklad lze citovat např. respondenta R2: *„Jednak je to také stres, protože je spousta práce, kolikrát se to na Vás naválí, a já mám někdy pocit, že to není zaměstnání, ale že je to maraton,“* dále respondenta R5, který odpověděl, že psychickou náročnost spatřuje ve velkém množství práce a nedostatku času na ní. R6 zase uvedl: *„Pro mě spíše ta psychická náročnost, no, když je tady toho hodně, zvoní Vám tu zvonky celý den, a já pak přijdu domů a hlavu jako meloun, jako, ne, že bych nemohl, ale že spíše nad tou prací přemýšlím ještě třeba doma,“* dále také R7, který za psychicky náročné považuje zodpovědnost za pacienty, nebo i R10 hovořící: *„No třeba ve špatné domluvě s pacienty, ten nátlak je tam z obou stran, jednak od paní doktorky, jednak od těch pacientů, potom, když je narvaná čekárna, tak už se to promítá do té psychiky.“*

Nejobtížnější výkon, dovednost respondentů

O komunikaci, jakožto nejobtížnější dovednosti při provádění profese, hovořili 2 respondenti, a to R1: *„Nejobtížnější... Já si myslím, že vůbec obecně nejobtížnější, a co se člověk musí naučit, je komunikovat s lidmi, myslím si, že dobře a správně komunikovat s lidmi tak, abychom jim neublížili, anebo neublížili sami sobě, je to nejnáročnější,“* a R2, který za náročné považuje komunikaci s rodinnými příslušníky. Dané konkrétní výkony jsou nejobtížnější pro 4 respondenty (R3, R5, R8 a R9), např. R3: *„Tak asi nejhůřší, co tady můžeme zažít, je mimotělní oběh,“* R5 uvádějící manuální zručnost u výkonu ERCP nebo respondent R9 odpovídající: *„To, když musíte ty agresivní, zmatené pacienty a apod., když je musíte omezovat, myslím tím použití kurtů.“* Zajímavou odpověď poskytl respondent R4, který popsal: *„Já mám zatím problém celkově s dokumentací, jo, vypisovat, sledovat všechno to, co všechno se musí*

vypsat, jak to vypsat, atd., to mi přišlo, že na té škole, co jsem byl, jsme se úplně neučili.“

Nejobtížnější výkon, dovednost v počátcích profese respondentů

Komunikace byla v počátcích profese v oboru nejobtížnější pro 2 respondenty, konkrétně R1, který uvedl: *„Ze začátku nejvíce komunikace s lékaři, na kterou jsem nebyl připraven, ne, že jsem nebyl připraven, ale nevěděl jsem přesně, jakým způsobem mě berou,“* a R7, který v počátcích obtížně vyřizoval pracovní telefonáty. Pro 4 další respondenty (R2-3, R5 a R8) byl těžký nástup na oddělení celkově, např. R3 uvádějící: *„Když sem člověk nastoupí, tak se postupně učí veškeré ty věci, co tu musíme dělat, jo, takže Vás postupně zaučují a vždycky se takto přidávají ty dovednosti a tak,“* a R8, který měl zpočátku strach, že nebude vědět, jak pečovat o pacienty na IMP. Výkony a dovednosti byly nejobtížnější pro 3 respondenty (R6, R9-10), a to např. pro respondenta R9: *„Ze začátku mi přišlo docela obtížné odhadnout to, jak moc můžete s danými pacienty „manipulovat“, abyste je případně uklidnil, odvedl jejich pozornost, apod,“* nebo R10, který hovořil o odběrech stolice. Ostatní nejobtížnější výkony uvedli 2 respondenti, a to R4 uvádějící: *„Když jsem nastoupil, tak určitě, ale i teď, teď už to jde, bylo si potřeba nějak tu práci zorganizovat tak, abych to nějak stíhal,“* a R5, který v počátku za nejobtížnější považoval práci s dokumentací a administrativu.

3. 2. podkategorie: Pracovní spokojenost respondentů

Pracovní spokojenost respondentů

Většina dotazovaných respondentů (7 respondentů: R2-3, R6-10) uvedla, že jsou v profesi spokojeni, jako příklad lze uvést respondenta R7, který na otázku pracovní spokojenosti odpověděl: *„Myslím si, že zatím ano,“* nebo R8 odpovídající: *„Ano, jsem, práce mě baví.“* Zbývající respondenti (3 respondenti: R1, R4-5) uváděli průměrnou pracovní spokojenost, a to například z důvodu finančního podhodnocení profese (R1 či R5, který si myslí, že mělo být toto finanční ohodnocení vyšší, protože muž jako sestra, rodinu neuziví) či z důvodu uvádějícího respondent R4: *„No jako natrvalo tu neplánuji zůstat, jsem tu hlavně kvůli té praxi, dále, že jsem si chtěl vydělat nějaké ty peníze, no a získat nějaké ty zkušenosti, takže nemohu říct, že jsem vyloženě nespokojený, ale jakoby moje cesta je úplně jiná.“*

Změna v profesi respondentů

Většina respondentů (celkem 7 respondentů: R1-4 a R7-9) by v rámci své profese provedla určitě změny, a to např. navýšení personálu (R5, R4 a R8), omezení práce s dokumentací (R2-4), dále spolupráci s lékaři (R7), navýšení kompetencí (R1) nebo změnu pracovního prostředí, konkrétně rozčlenění ambulantní části od lůžkové části oddělení (R8) a přeorganizování umístění pokojů (R9). Zbývající 3 respondenti uvedli, že by žádné změny neprovedli, např. respondent R5 odpovídající: „*V rámci své aktuální práce bych neměnil nic.*“

Změna oddělení či oboru profese respondentů

Celkem 8 tázaných respondentů (R2-3, R5-10) neplánuje do budoucna změnit oddělení, např. respondent R2 argumentuje: „*To by mě k tomu museli donutit vnější okolnosti, protože teď o tom neuvažuji, momentálně jsem spokojený.*“ Respondent R6 odpovídá: „*Ne, já tady už asi zůstanu až do důchodu,*“ či R10, který odpovídá: „*aktuálně ne, aktuálně jsem spokojený.*“ Respondent R1 by oddělení možná změnil: „*Obecně, možná bych měnil třeba oddělení, jo, které mě posune někam dál, že bych zkusil práci na operačním sále, třeba jo, nebo se přesunul někam na ARO, ale jinak asi ne,*“ a respondent R4 plánuje oddělení změnit, poněvadž uvádí, že přemýšlel nad tím, že by šel na urgentní příjem, když by to šlo a také pak pracovat v záchraně, ale to má svůj čas.

Co se týče změny zdravotnického oboru, i zde většina dotazovaných respondentů uvedla, že neplánují odejít ze zdravotnického oboru, např. respondent R1: „*Nedokážu si představit, že bych pracoval úplně mimo obor, protože si říkám, kvůli tomu jsem to tak dlouho nestudoval.*“ R6 na uvedenou otázku odpověděl: „*No, to je jeden den tak a druhý den tak, někdy bych tady s tím fláknul, ale druhý den si řeknu, že mám tu práci rád, to je prostě z aktuálního pohledu, ale s tou svojí profesí jsem spokojený,*“ či R10 uvádějící, že o tom zatím nepřemýšlel. Respondent R9 uvedl, že by práci mimo obor hledal, konkrétně uvedl: „*Ano, ocenil bych práci například ve školství nebo v úřední sféře, kde bych měl pevnou pracovní dobu a volné víkendy,*“ a respondent R4 odpovídající stejně, jako na otázku změny oddělení, a to tak, že v případě lepší pracovní nabídky by z oboru zdravotnictví klidně odešel.

Spokojenost se životní úrovní

Většina dotazovaných respondentů (5 respondentů: R1-3, R5 a R10) se shodla na

tom, že vzhledem k jejich profesi je jejich životní úroveň vyhovující, což lze demonstrovat např. na respondentovi R2: „*Asi jsem teďka. Nejsem tak, že bych se topil v penězích, ale na druhou stranu ani nestrádám, takže jsem spokojený,*“ R3, který si myslí, že se teď nemá špatně, nebo R10 odpovídající: „*Ano, nestěžuji si.*“ Další 4 respondenti (R4, R6-8) hodnotí svoji životní úroveň průměrně, což uvádí např. respondent R4 („*Nemohu říct, že bych byl vyloženě nespokojený, ale jako zase, může být lépe, může být hůře, vzhledem k tomu, že jsem svobodný a nemám prakticky žádné výdaje, tak je to dobré, v momentě, kdybych si představil, že mám dítě nebo bych potřeboval šetřit na byt, tak asi ale problém nastane, v tomto směru by možná ta životní úroveň klesla.*“) či R8 („*Ano, jsem, ale kdyby to finanční ohodnocení bylo o něco lepší, nevadilo by to, jako nejsme na tom nejhůře, ale jsou na tom lidé i lépe, takže určitě by to mohlo být lepší.*“), přičemž zbývající 1 respondent R9 uvedl: „*Spíše ne, nejsem spokojený s tím, jak je naše profese finančně ohodnocena,*“ čímž svoji spokojenost se životní úrovní ohodnotil jako nevyhovující.

Postavení respondentů ve společnosti vzhledem k profesi

Téměř všichni dotazovaní respondenti (9 celkem: R1-3, R5-10) uvedli, že jejich postavení ve společnosti vzhledem k jejich profesi je vyhovující. Konkrétním příkladem může být třeba R1 (*Vzhledem k tomu, že mám plný úvazek ještě jinde, tak to nemohu takto úplně posoudit, ale takto ano, jsem.*) či R5 („*Ano, jsem spokojený, i když občas se někdo ptá, proč jsem nestudoval medicínu.*“), dále R7, který uvedl, že se svým společenským postavením spokojený je, protože se tato profese začíná rozvíjet mezi mužské pohlaví, nebo R10 uvádějící: „*Ano, já jsem spokojený.*“ Jediný respondent R4, který své postavení ve společnosti vzhledem k profesi označil průměrně: „*Vcelku jsem. Nemohu říct, že bych byl úplně spokojený, ale nespokojený také nejsem.*“

Odsuzování respondentů za profesi

Všichni tázaní respondenti (10 celkem: R1-10) odpověděli, že se s přímým odsuzováním za vykonávání své profese nesetkali, např. R1, který uvedl: „*Jestli jsem byl odsuzován, tak každopádně mi to nikdo nikdy neřekl, takže to nevím.*“ Vzápětí je ale nutné dodat, že 1 respondent R2 popsal nepřímé odsuzování prostřednictvím manželčiny kolegyně: „*Jako přímo, že by to řekl někdo mě, tak to ne, ale zprostředkovaně třeba od manželky z práce, jo, ta pracuje jako učitelka a její kolegyně, prostě, je hrozně překvapená a považuje to za čistě ženskou práci,*“ a respondent R10

hovořil o narážkách na vykonávání jeho profese.

4. kategorie: Respondenti a práce v ženském kolektivu

Spokojenost respondentů profese v ženském kolektivu

Většina dotazovaných respondentů (8 celkem: R1-3, R5-6 a R8-10) hovořila o spokojenosti profese v ženském kolektivu, např. respondent R2, který odpověděl: *„Tak mě se pracuje vesměs dobře, já se mezi ženami cítím dobře kdekoliv, takže i tady v práci, ale pravda je ta, že někdy je to taková jiná než v klasickém smíšeném anebo mužském kolektivu,“* dále R5, který je v ženské kolektivu spokojený a práci v něm vnímá pozitivně, či R10 odpovídající: *„V pořádku, bez problému, já znám paní doktorku od té doby, co jsem se narodil, že jo, jak tam pracovala moje maminka, takže jsme si blízcí, je to v pořádku.“* Průměrnou spokojenost profese v ženském kolektivu uvedli zbývající 2 respondenti a to respondent R4 hovořící: *„No, není to úplně práce pro mě, ale zase jako jsou tu celkem fajn, ale není to pro mě no, nemáme se o čem bavit, no,“* a R7, který uvedl, že vychází s některými sestrami a určitě by přivítal dalšího „partáka“ do týmu.

Přijetí respondentů kolegyněmi do kolektivu

7 tázaných respondentů (R1, R5-10) popisovalo kladné přijetí kolegyněmi do pracovního kolektivu, což lze uvést např. na respondentovi R1: *„Na to si vzpomínám, protože jsem nastupoval do směny, kde byla moje kamarádka, takže to bylo lepší přijetí. A hlavně mě znaly už z doby praxe, bylo to hrozně příjemné,“* R5, který hovořil o kladném a vřelém přijetí do kolektivu, R6 uvádějící: *„Dobře, no, já jsem nastupoval na jiné patro a tam byly hodně mladé kolegyně a ty mě přijaly velice dobře, a když jsem nastupoval pak sem, tak už jsem měl nějaké zkušenosti, takže také no,“* a R10, který uvedl, že jeho jediná spolupracovnice a zároveň nadřízená byla velmi ráda, když nastupoval. Zbývající 3 respondenti (R2-4) hovořili o průměrném přijetí kolegyněmi do pracovního kolektivu, kdy např. respondent R2: *„Vesměs dobře vyjma jedné kolegyně, která tam ale už dlouho nepracuje.“*

Akceptace respondentů kolegyněmi

Téměř všichni respondenti (8 celkem: R1-3 a R6-10) vnímají, že je kolegyně akceptují a berou jako rovnoprávného kolegu, např. R1 (*„Já myslím, že určitě.“*), R6

(„*Doufám v to, já myslím, že ano.*“) či R10 odpovídající: „*Ano.*“ Další 1 respondent R4 nedokázal tuto otázku zodpovědět, uvedl: „*Z mého pohledu těžko posoudit, ale jako řekl bych, že za mě jsou tady rády v tom směru, že zase mají někoho silného, že si nemusejí pořád volat sanitáře, že jim jdu pomoci, takže jako hodí se ten muž do té party no,*“ a zbývající poslední respondent R5 uvedl průměrnou akceptaci argumentující: „*Ano i ne, jde o to, že žena má vždy pravdu, tak si to stejně udělá po svém, bez ohledu na můj názor.*“

Konflikt respondentů s kolegyněmi

Na otázku, zda byli respondenti během své profese na aktuálním oddělení v konfliktu s kolegyní, odpovědělo 8 z nich (R1-7 a R9), že ano. Příkladem toho faktu může být odpověď respondenta R1: „*Asi si netroufnu říct, že bych nikdy žádný konflikt neměl, ale to nebyl zásadní konflikt, asi to bylo z tohoto důvodu, že člověk něco zapomněl udělat nebo zapomněl něco zaznamenat do dokumentace.*“ R3 uvedl: „*Jo, to si zažil každý, ono se to vysvětlí a jde se dál.*“ R6 zase odpověděl: „*No, samozřejmě, několikrát, většinou jsem něco neudělal, nebo jsem něco podle nich udělal špatně, anebo ony něco udělaly špatně,*“ dále R7, který odpověděl, že ano v souvislosti se špatnou náladou kolegyně“ nebo R9: „*No, ale bylo to kvůli odlišným názorům na chod oddělení či na řešení některé situace.*“ Zbývající 2 respondenti (R8 a R10) uvedli, že v konfliktu s kolegyněmi zatím nebyli, což lze demonstrovat např. na respondentovi R10. který uvedl: „*Ne, nebyl.*“

Pozitiva profese v ženském kolektivu

Většina respondentů (8 celkem: R1-6, R8-9) hovořila o tom, že je pro ně práce v ženském kolektivu přínosná ve 2 následujících oblastech: První oblastí je oblast pracovních pozitiv (4 respondenti celkem: R1-2, R5 a R9), kdy např. R1 uvedl: „*Jak jsem říkal, pozitivem je to, že spolupracuji s kamarádkami,*“ dále R5 uvádějící jako pozitivum ten fakt, že si ho kolegyně, jakožto jediného muže v týmu, předchází, či R9 odpovídající: „*Tím by mohlo být to příjemné pracovní prostředí.*“

Druhou oblastí je oblast osobních, životních pozitiv (4 respondenti celkem: R3-4, R6 a R8), což lze demonstrovat např. respondentem R3, který hovořil o tom, že mu kolegyně někdy poskytují jiný úhel na danou problematiku, R4 uvádějící: „*Tak jako určitě, ženy mají k věcem jiným přístup, jo, ženy jsou více takové pečlivé, třeba řeknu, spíše takový ten přístup, že člověk myslí na více věcí, více komplexní,*“ či R8, který díky

práci v ženském kolektivu dokáže ženám více porozumět a vycítit, co která žena potřebuje. Respondent R7 a R10 neuvedli žádná pozitiva profese v ženském kolektivu.

Negativa profese v ženském kolektivu

Negativa profese v ženském kolektivu uvedla většina dotazovaných respondentů podobně jako v pozitivních profese. Jediným rozdílem je, že na pracovních negativních profese v ženském kolektivu se shodlo 7 respondentů (R2-7 a R9). Negativa profese v ženském kolektivu byla také rozdělena do dvou oblastí, přičemž oblast pracovních negativ komentovalo 5 respondentů (R3-6 a R9), např.: R3 (*„Využívají nás a je to prostě babinec, některé kolegyně strašně moc řeší některé věci dokola a je to hrozné, když dělají z komára velblouda.“*), R6 (*„No, o hokeji, o fotbale si s nimi moc nepokecáte, hodně se pomlouvají ženy, tak to mi dost vadí.“*) či R9 odpovídající: *„Tím by mohly být klepy.“* K oblasti osobních, životních negativ se vyjádřili 2 respondenti, a to konkrétně R2 komentující ten fakt, že jeho práci v ženském kolektivu nevyhovuje jeho manželce, a dále respondent R7 uvádějící: *„Tam může být to, že člověk, který pracuje a studuje s ženami, může být takový zženštilý, jo, takže to bych bral jako negativum.“* Zbývající 3 respondenti (R1, R8 a R10) neuvedli žádná tato negativa.

Kolegové muži v pracovním kolektivu

9 dotazovaných respondentů (R1-2, R4-9) nespolupracuje s dalším kolegou všeobecným ošetřovatelem v pracovním kolektivu, např.: R2: *„Ne, od začátku jsem jenom já v ženském kolektivu,“* R4 uvádějící, že v jeho pracovní skupině žádní další kolegové nejsou. Dále R8 odpovídající: *„V mé skupině nejsou, ale v jiných skupinách jsou po dvou, a v jedné skupině nejsou,“* či R9, který uvedl, že kromě sanitářů v jeho pracovním kolektivu žádný muž není. Přítomnost dalšího kolegy všeobecného ošetřovatele v pracovním kolektivu by ocenilo 6 respondentů (R4-9), např.: R6, který na otázku, zda by uvítal v kolektivu dalšího kolegu, odpověděl, že určitě, nebo R7: *„Určitě bych uvítal nějakého dalšího partáka do týmu.“* Neutrální postoj k dalším kolegům do pracovního kolektivu zaujímá R2 odpovídající: *„Nemůžu říct, že bych na tom vyloženě trval, jo, ale ani by mi to nevadilo.“* Jediný respondent R3 spolupracuje s dalšími kolegy všeobecnými ošetřovateli a uvádí: *„Teď jsme tu čtyři, ale já spolupracuju jenom s jedním, se kterým mi to vyhovuj, že nejsem vlastně stále jenom s těmi kolegyněmi.“*

5. *kategorie: Respondenti a jejich práce s pacienty / klienty (P/K)*

Akceptace všeobecných ošetřovatelů pacienty

Veškerí dotazovaní pacienti (10 celkem: R1-10) se shodli na tom, že jsou pacienti akceptováni. Respondent R1 uvedl: „*No ... dost často si mě pletou s doktorem nebo sanitářem (...), takže to přijímání, nicméně, já si myslím obecně, že dnes jsou na to zvyklí více než kdysi.*“ R2 odpověděl: „*Já si myslím, že jako v celku dobře, jestli je to myšleno tak, že muž dělá ženskou práci sester, ono přeci jen dnes to ti lidé berou, řekl bych, více, jo, že už to není až tak úplně ojedinělá záležitost, že jo, přeci jenom těch mužů sester je teď jako více a není to už taková rarita, jako to bylo dříve,*“ či R4, který uvedl, že ho pacienti přijímají vcelku dobře a někdy ho prý berou lépe, než sestry. R5 uvedl: „*Pacienty jsem vnímán dobře, podle mě, někdy si mě však pletou s lékařem,*“ R8, který se doposud nesetkal s žádným odporem a proto si myslí, že ho pacienti akceptují dobře, nebo R10, který uvedl: „*Ano, berou, myslím si, že ten přístup je stejný, nevidím tam žádný pohyb ani v jednom směru.*“ Jak je evidentní z uvedených odpovědí, část pacientů zaměňuje všeobecného ošetřovatele s lékařem (př. R1, R5) či sanitářem (R1). Respondent R7 doplňuje: „*S pacienty je to v pohodě, jenom často nevědí, jak mě mají oslovovat, ženy se stydí a muži mi tykají.*“

Odmítnutí péče všeobecného ošetřovatele pacienty

8 dotazovaných respondentů (R1-7) uvedlo, že se s odmítnutím jejich péče pacienty setkalo, příkladem může být respondent R2: „*Ano, odmítnul, příkladem toho může být, že třeba jedna paní nechtěla, abych já u ní provedl katetrizaci močového měchýře.*“ R5 odpovídající: „*Ano. Většinou to byly ženy, které se styděly,*“ či R7: „*Ano, žena, například při cévkování nebo při výměně plenkových kalhotek.*“ Žádný z těchto 8 respondentů se nesetkal s odmítnutím péče u muže, vždy to byly ženy, které tuto péči odmítly, např. respondent R1 („*Jo, setkal jsem se, ale bylo to na můj dotaz, a konkrétní třeba výkon byla katetrizace ženy, kdy jsem se jí zeptal, že jí jdu tento výkon provést, ale dal jsem jí tu možnost, že případně seženu kolegyni, a ona řekla, že by jí to bylo příjemnější.*“), R3 („*Stalo se mi, že třeba paní nechtěla provést hygienu, že by chtěla sestru, ale to se mi stalo asi dvakrát.*“), obvykle na základě studu, což uvádí např. R3, který popisuje: „*No tak většinou kvůli tomu, že ta žena byla stydlivá.*“ Další 1 respondent (R8) uvedl, že se setkal s neúplným odmítnutím péče: „*Jako odmítly, ale jenom tak na půl, jo, ony totiž chtěly, aby u toho byla i sestra, jo,*“ a zbývající 2

respondenti (R9-10) odmítnutí péče pacienty neuvedli, např. R10 odpovídající: „*Ne, nikdy.*“

Požadované oslovení pacienty

Většina dotazovaných respondentů (7 celkem: R1, R3-7 a R10) preferuje od pacientů vykání jménem, což uvedl např. R1: „*No, to je otázka, na kterou se těm pacientům hrozně těžko odpovídá, nicméně když se mě zeptají, tak jim klidně řeknu, aby mě oslovovali jménem,*“ R3, který pacientům říká, ať mu říkají jménem, protože oslovení „sestro“ je pro něj nevyhovující, nebo R5 odpovídající: „*Já jim obvykle také říkám, aby mi vykali jménem.*“ Oslovení „sestro, bratře“ vyhovuje respondentovi R2, kdežto respondent R1 uvedl: „*Bavil jsem se s jedním pacientem, který se mě doslova a do písmene zeptal, jak mě má oslovovat, a že mu přijde úplně normální, když mi bude říkat sestro, načež teda já jsem mu odpověděl, že to může zkusit, ale že pochybuji, že se otočím, protože na to nejsem zvyklý,*“ nebo R4, kterému se vyloženě oslovení „sestro“ nelíbí. K oslovení „bratře“ se připojili ještě další 2 respondenti, a to respondent R6: („*Myslím si, že všeobecný bratr byl dobrý.*“) a R9 („*Preferuji oslovení bratře.*“), přičemž respondent R1 k tomuto oslovení uvedl: „*Ne, bratr ne, bratr mi vadí, protože to je pro mě bratr sokol.*“ Pouze respondent R8 uvedl, že mu nevádí žádné oslovení: „*Většinou pane, ale mě jako nevádí žádné oslovení, je mi to vcelku jedno.*“

Pro úplnost problematiky oslovování všeobecných ošetřovatelů ještě uvádíme 2 následující respondenty, komentující problematiku oslovování všeobecných ošetřovatelů. R1 uvedl: „*Jo, ale je to problém, s tím oslovováním je to dost problém, výhodu v tomto mají anglicky mluvící země, kde mají označení nurse, a je jedno, jestli je to muž či žena, prostě je to výraz pro tuto profesi.*“ Dále se k této problematice vyjadřuje i R4, který poznamenal: „*A také nemáme žádné pořádné pojmenování, jako když prostě ti lidé se mě kolikrát ptají, jak mě mají oslovovat (...), nebylo by asi od věci si nějaké mužské označení vytvořit, samozřejmě by se nějaký termín hodil.*“

Souhlas s označením pracovní pozice

Celkový názor na souhlas s označením pracovní pozice v poměru 1:1, poněvadž 5 dotazovaných respondentů (R2, R4, R7-8 a R10) s označením souhlasí a zbývajících 5 respondentů (R1, R3, R5-6 a R9) nikoliv.

S označením pracovní pozice „zdravotní sestra“ souhlasí 2 respondenti, konkrétně R2 („*Mám tam uvedenou zdravotní sestru a označení mi vyhovuje.*“) a R10 („*Nemám*

žádnou jmenovku, ale ano, s označením souhlasím.“). S označením „všeobecná sestra“ souhlasí respondent R8: „*Jelikož mám na jmenovce „všeobecná sestra“, tak s tím souhlasím, jsem s tím spokojený,*“ a s označením „zdravotnický záchranář“ souhlasí respondent R4, který má identifikační jmenovce uvedenou pozici zdravotnického záchranáře.

Jediné označení pracovní pozice, se kterým uvedení respondenti (R1-6 a R8-10) nesouhlasili, je všeobecný ošetřovatel, a to z důvodu nepřesnosti a degradace označení. Respondent R1 uvádí: „*Já tam mám uvedeno všeobecný ošetřovatel a to mi vadí, protože je ošetřovatel, ošetřovatelka, sanitář, sanitářka, a najednou všeobecný ošetřovatel, tzn., že ti lidé to nemají v rovnítku, že to označuje pozici sestry, a mě se konkrétně stalo, když jsem jednou prováděl exkurzi na našem oddělení, a byla to střední zdravotnická škola, a pak se mě studenti zeptali, vy jste všeobecný ošetřovatel a víte o tom hrozně moc a to jste jenom všeobecný ošetřovatel, takže jsem jim vysvětlil, že všeobecný ošetřovatel je označení pro chlapa na pozici všeobecné sestry.*“ Dále nesouhlas vyjádřil R3: „*Ne, já nejsem ošetřovatel,*“ nebo R5, který si pod pojmem ošetřovatel představí ošetřovatele v ZOO. R6 uvedl: „*Myslím si, že všeobecný bratr byl dobrý, protože všeobecný ošetřovatel je degradace,*“ či R9, který si myslí, že všeobecný ošetřovatel není to samé, co všeobecná sestra. Jediný respondent s označením všeobecného ošetřovatele, který k tomuto označení zaujímá neutrální postoj, je zbývající respondent R7, který uvádí: „*Já tam mám uvedeno všeobecný ošetřovatel, a je mi to vcelku jedno, když budu mít stejný plat jako sestry, ale všichni se diví, že tam mám ošetřovatele.*“

Rozdílnost v přístupu pacientů k všeobecnému ošetřovateli

Odlišný přístup pacientů k všeobecným ošetřovatelům zaznamenalo 7 respondentů (R2, R4-7, R9-10), konkrétně pacienti všeobecného ošetřovatele považují za větší autoritu, např. respondent R2 („*Někdy bych řekl, že působím jako větší autorita. Ne vždy, ale někdy to na ty pacienty zabere.*“), R5 („*Ano, myslím, že mě někdy pacienti berou jako větší autoritu.*“), R6: („*No, ano, někdy mě ten pacient bral více než ty sestry, jo, že mě bral jako větší autoritu, myslím si, že ano.*“) a R9-10. Další tuto rozdílnost spatřují respondenti v pozitivnějším přístupu pacientů v porovnání s kolegyněmi, např. R4 („*Řekl bych, že ano, že berou mě někdy více, než ty sestry, myslím si, že to bude možná i tím, ale asi i tím, že jsem tu nový a věnuju těm pacientům více času.*“) a R7 („*Já si myslím, že ano, někdy jsou ti pacienti, zejména ti muži, trochu více kamarádští, tak*

možná trochu ano.“). Zbývající 3 dotazovaní respondenti (R1, R3 a R8) tento odlišný přístup nezaznamenali, např. R8: „*Ne, myslím si a vnímám to tak, že je to stejné.*“

Konflikt respondentů s pacienty

Pouze 2 tázaní respondenti (R4-5) odpověděli, že s pacientem v žádné konfliktní situaci nebyli, např. R4: „*Zatím se mi to nestalo,*“ a R5, který uvedl, že si žádný konflikt s pacientem nevybavuje. Zbývajících 8 respondentů (R1-3 a R6-10) o této konfliktní situaci hovořilo, a to z následujících příčin. Jednou z těchto příčin bylo chování pacienta (R1-3, R6-7, a R10), např. R1 („*Možná jo, obecně třeba, když je prostě třeba chlap, který ho přivezli agresivního, opilého, tak má větší tendenci na toho muže, v podstatě na Vás, více slovně útočit než na tu ženu.*“) nebo R10 („*Ano, ale pouze ve slovním konfliktu, často je to kvůli chování těch lidí, jo, kdy třeba minulý týden přišla paní, která přes zákaz klepání zaklepala, jo, já jsem se jí zeptal, co potřebuje, paní na mě vykřikla, že pro syna potřebuje dva recepty, jo, já jí na to řekl, že musí chvíli počkat, že paní doktorka má teď práci a ona na mě začala křičet, že čekat nemůže, že byla u zubařky a že potřebuje jet domů, a že to chce hned, tak jsem jí řekl, že jestli se jí to takto nelíbí, takže si může přijít zítra a paní utekla.*“). Další příčinou byla neshoda v medikaci a negaci léků (R2 a R8), kdy konkrétně R2 uvedl: „*Ano, byl, několikrát jsem byl v konfliktní situaci s pacientem, příčin bylo nesčetně, nejčastěji však například neshody v medikaci či neukáznění pacienti,*“ a R8, který uvedl, že je s pacienty v konfliktu několikrát v týdnu, protože pacienti odmítají užívat léky. Poslední uváděnou příčinou je pak nedodržování chodu oddělení, kdy R9 uvedl: „*Ano, nejčastěji to bylo kvůli tomu, že pacient nechtěl dodržovat pravidla chodu oddělení.*“

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

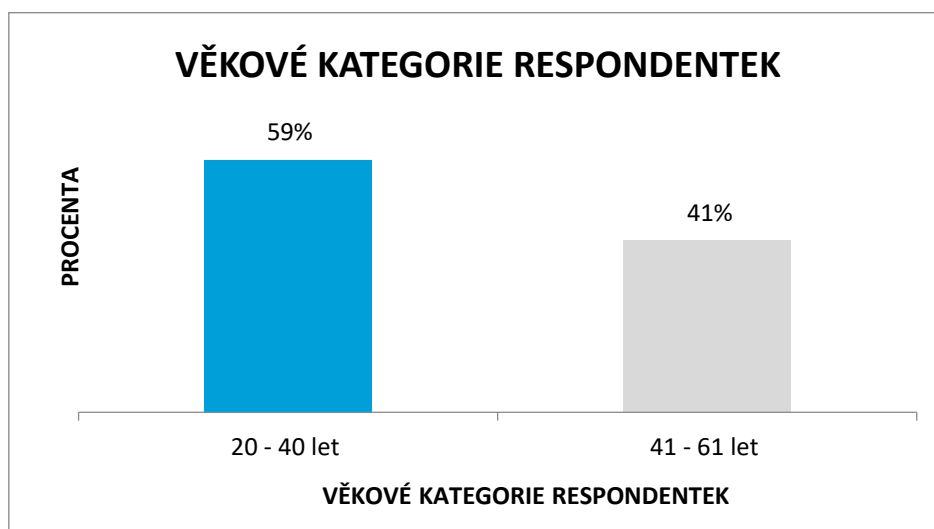
Tabulka 3 – Kategorizace výsledků dotazníků všeobecných sester

Kategorie	
1	Všeobecné sestry celkově
2	Všeobecné sestry nespolupracující se všeobecným ošetřovatelem
3	Všeobecné sestry spolupracující se všeobecným ošetřovatelem

Zdroj: vlastní výzkum (2018)

1. Všeobecné sestry celkově

Graf 1 – Věkové kategorie respondentek



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) bylo ve věku 20 – 40 let 60 respondentek (59%) a ve věku 41-61 let bylo zbývajících 41 respondentek (41%), z čehož vyplývá, že většina oslovených respondentek je mladší 41 let.

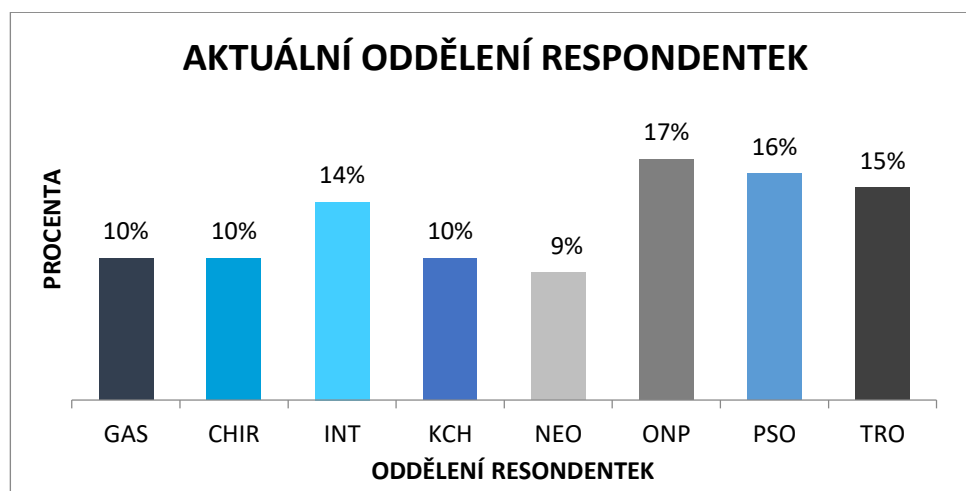
Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) je nejvíce zastoupeno střední zdravotnické vzdělání, a to 54 respondentek (53%), druhé nejvíce zastoupené vzdělání je s počtem 32 respondentek (32%) vysokoškolské zdravotnické vzdělání a nejméně zastoupené je vyšší odborné vzdělání s celkovým počtem 15 respondentek (15%).

Graf 3 – Aktuální oddělení respondentek



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) pracuje nejvíce respondentek zastoupených počtem vyšším 10% na interním oddělení (INT), oddělení následné péče (ONP), psychiatrickém (PSO) a traumatologickém oddělení (TRO). Zbývající respondentky zastoupené v počtu menším či rovným 10% na oddělení gastroenterologickém (GAS), chirurgickém (CHIR), kardiochirurgickém (KCH) a neurologickém (NEO).

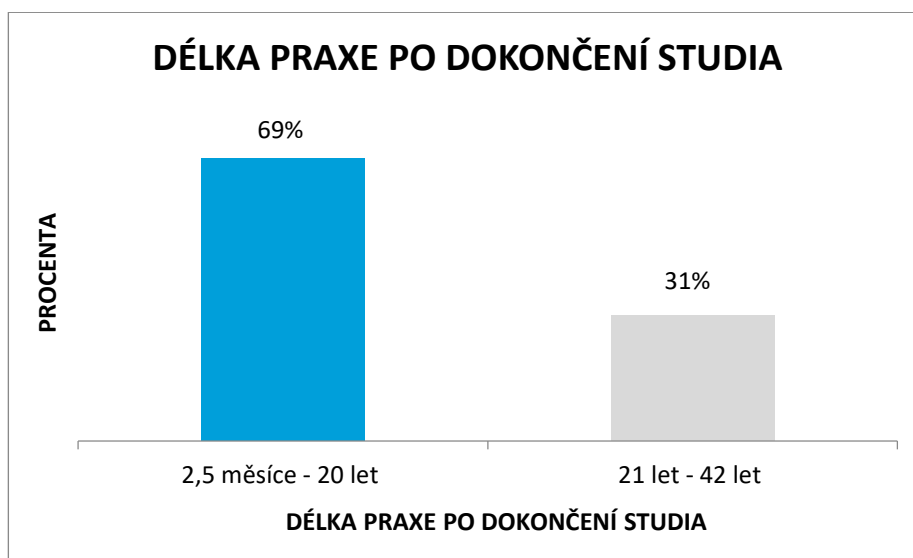
Graf 4 – Pracovní pozice respondentek



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) pracuje většina respondentek na pozici všeobecné sestry, konkrétně 42 respondentek (42%), a na pozici zdravotní sestry 41 respondentek (41%). Na pozici praktické sestry pak pracuje 9 respondentek (9%) a na vyšších pozicích pracuje celkem 9 respondentek, konkrétně na pozici staniční sestry 7 respondentek (7%) a na pozici vrchní sestry 2 respondentky (2%).

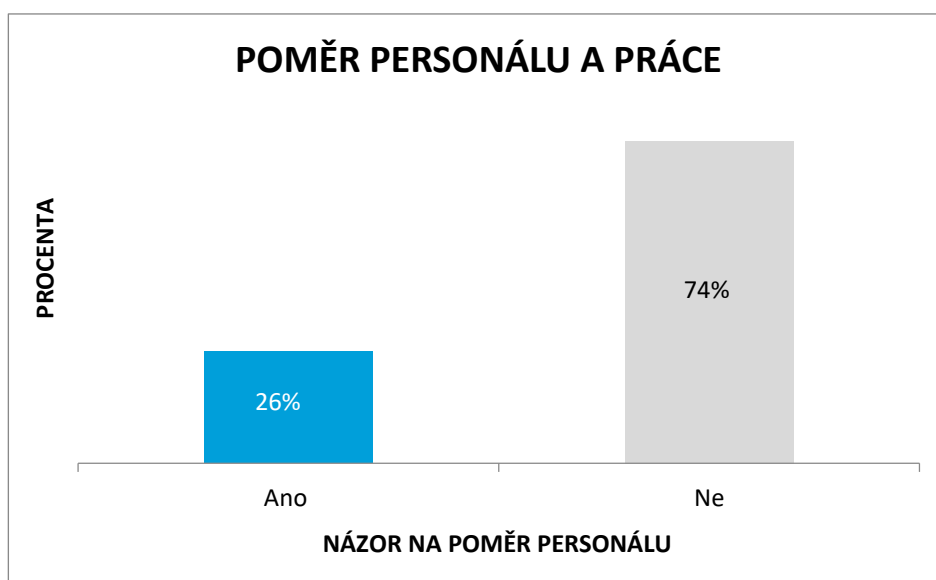
Graf 5 – Délka praxe respondentek po dokončení studia



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) většina z nich pracuje v oboru po dokončení studia méně než 21 let, a to konkrétně 70 respondentek (69%). U zbývajících 31 respondentek (31%) je tato délka praxe po dokončení studia rovna či delší 21 let. Minimální délka činí 2, 5 měsíce, kdežto naopak nejdelší délka praxe činí 42 let.

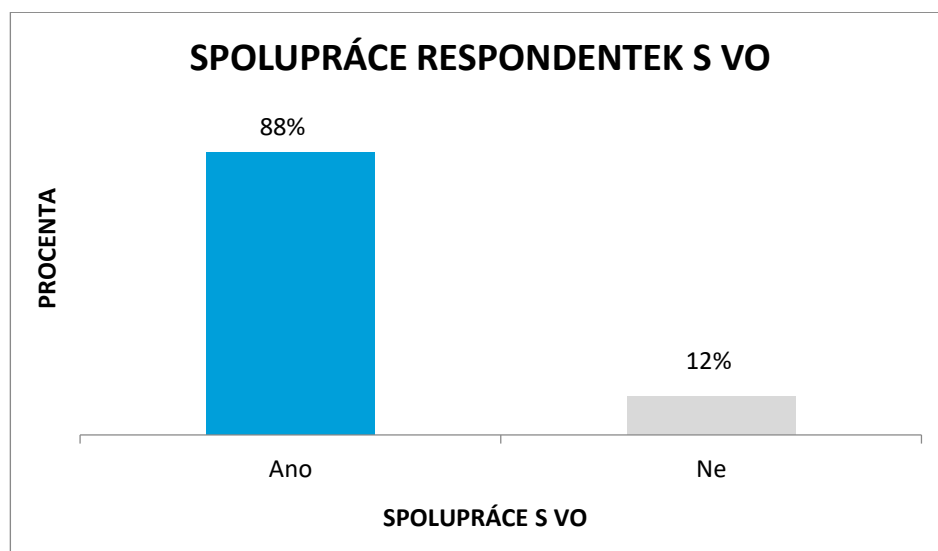
Graf 6 – Náзор respondentek na poměr personálu a práce



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) na otázku, zda počet personálu odpovídá množství práce, kterou je potřeba vykonat, odpovědělo 26 respondentek (26%), že ano a 75 respondentek (74%), většina, tuto otázku zodpověděla záporně, tzn., že poměr nesouhlasí.

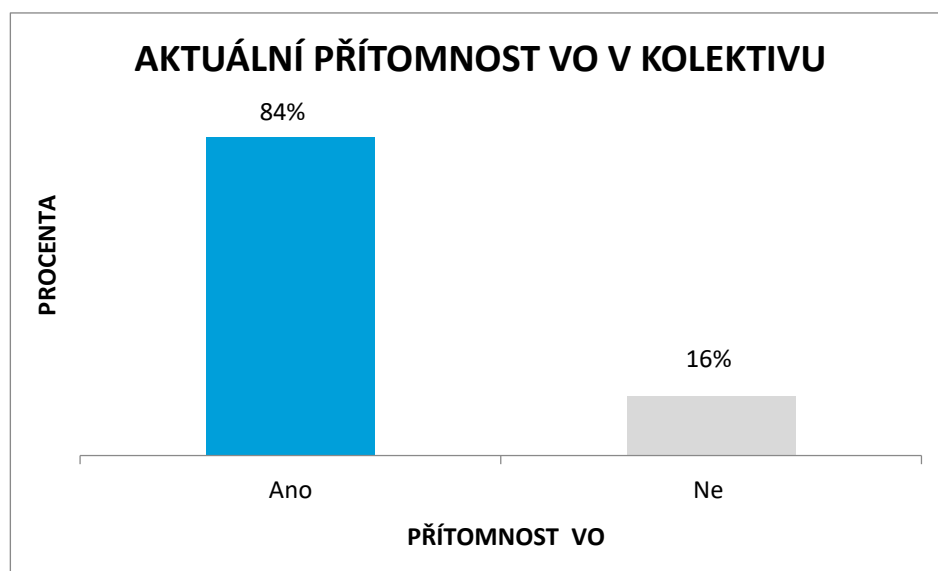
Graf 7 – Spolupráce respondentek s VO v průběhu jejich praxe



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) uvedlo 89 respondentek (88%), že s všeobecným ošetřovatelem v průběhu délky své praxe aktuálně pracuje či s ním někdy spolupracovalo. Zbývajících 12 respondentek (12%) spolupráci se všeobecným ošetřovatelem neguje.

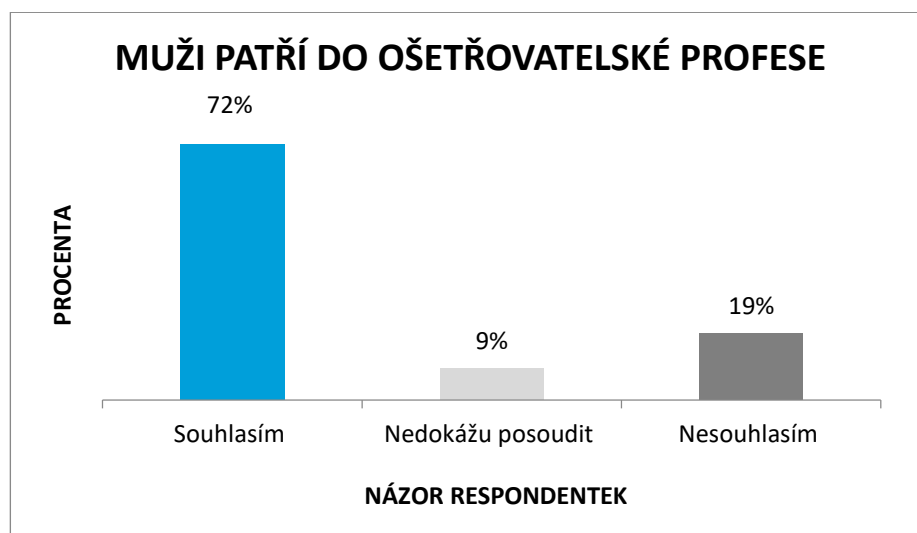
Graf 8 – Aktuální přítomnost všeobecného ošetřovatele v kolektivu



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) uvedlo 85 respondentek (84%), že se v jejich pracovním kolektivu všeobecný ošetřovatel aktuálně nachází a zbývajících 16 respondentek (16%) odpovědělo, že nikoliv, přičemž 12 z těchto respondentek se všeobecným ošetřovatelem nespolečně pracovalo nikdy (viz Graf 6).

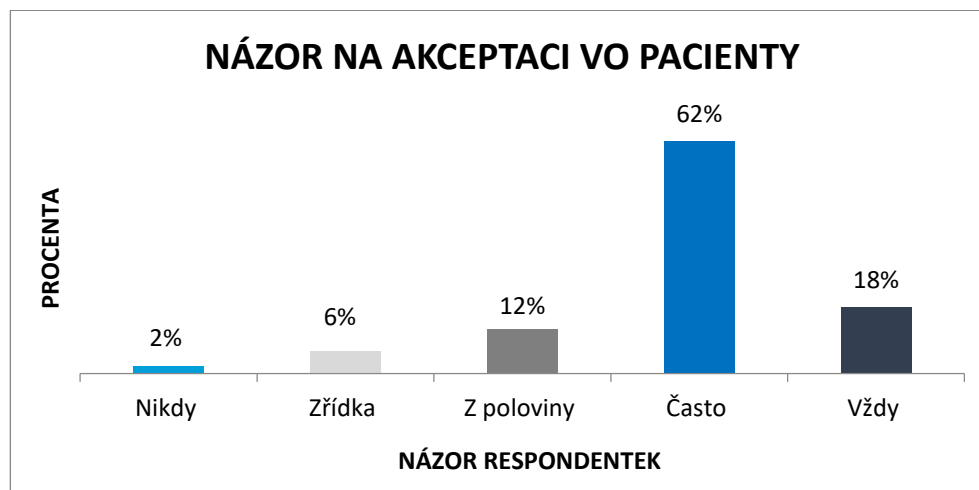
Graf 9 – Názor respondentek na muže v ošetrovateľskej profesii



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) 73 respondentek (72%) souhlasí s tím, že muži patří do ošetrovateľskej profesie, ďalších 19 respondentek (19%) s týmto názorom nesouhlasí a zbývajúcich 9 respondentek (9%) nedokáže tento názor posoudit.

Graf 10 – Názor respondentek na akceptování VO pacienty

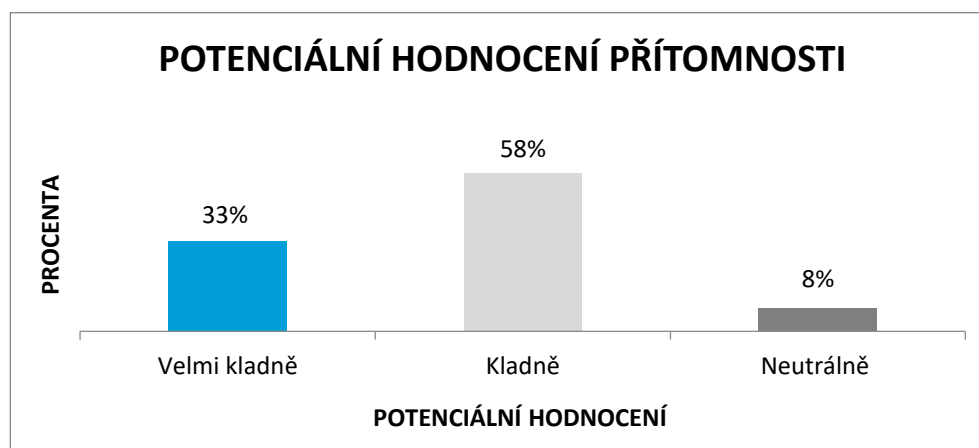


Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 101 respondentek (100%) si 2 respondentky (2%) myslí, že pacienti neakceptujú všeobecné ošetrovateľe stejně jako všeobecné sestry, podle dalších 6 respondentek (6%) jsou akceptováni zřídka a 12 respondentek (12%) si myslí, že je akceptují z poloviny. Nejvíce respondentek však uvádělo opak, a to konkrétně 63 respondentek (62%) uvádějících častou akceptaci všeobecných ošetrovateľů pacienti a 18 respondentek (18%), které uvedly, že jsou všeobecní ošetrovateľé pacienti akceptováni vždy.

2. Všeobecné sestry nespolupracující se všeobecným ošetřovatelem

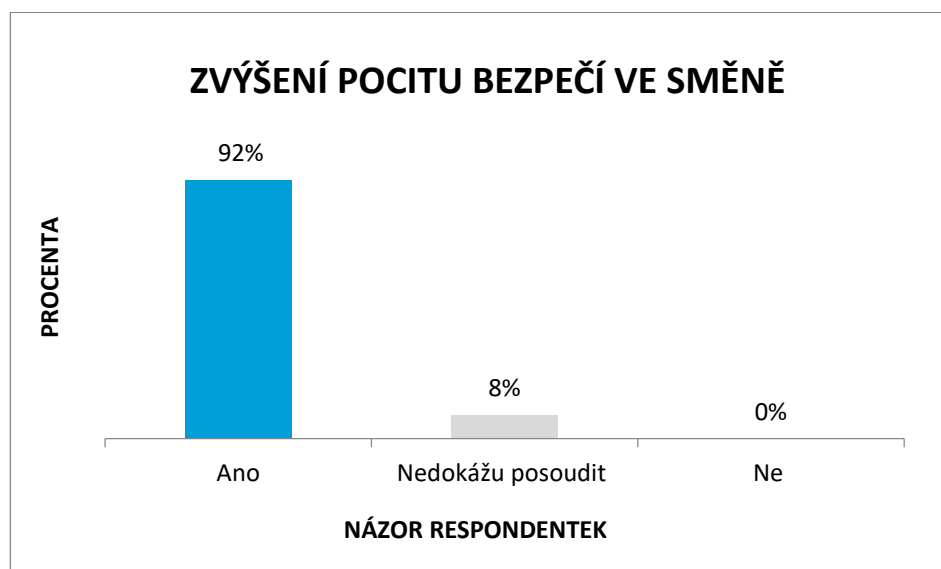
Graf 11 – Potenciální hodnocení přítomnosti VO v kolektivu



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 12 respondentek (100%) by 4 respondentky (33%) hodnotily přítomnost všeobecného ošetřovatele v kolektivu velmi kladně, většina, tj. 7 respondentek (58%), by hodnotila přítomnost všeobecného ošetřovatele v kolektivu kladně a zbývající 1 respondentka (8%) by tuto přítomnost hodnotila neutrálně.

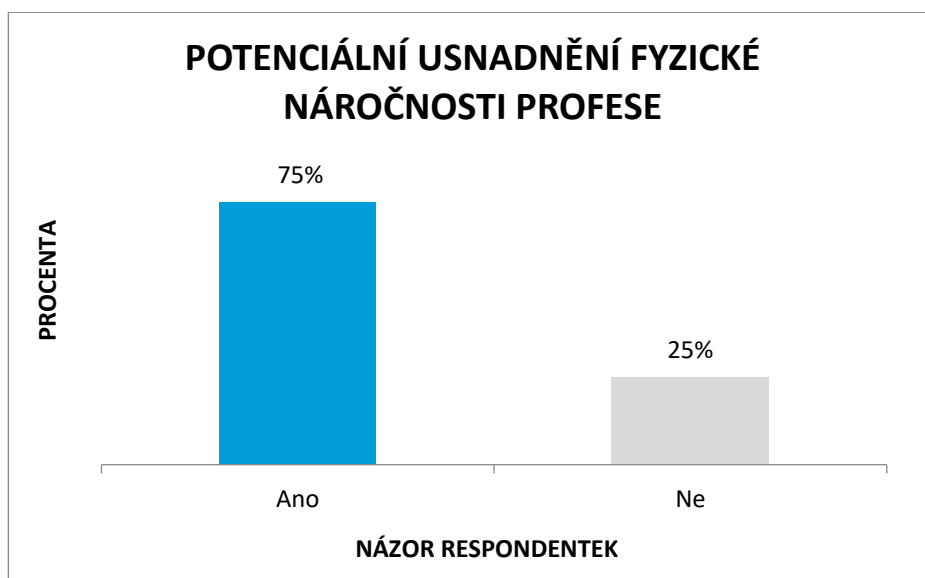
Graf 12 – Potenciální zvýšení pocitu bezpečí ve směně s VO



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 12 respondentek (100%) se 11 respondentek (92%) shodlo na tom, že přítomnost všeobecného ošetřovatele ve směně by zvyšovala pocit bezpečí ve směně a pouze 1 respondentka (8%) uvedla, že tuto skutečnost nedokáže posoudit.

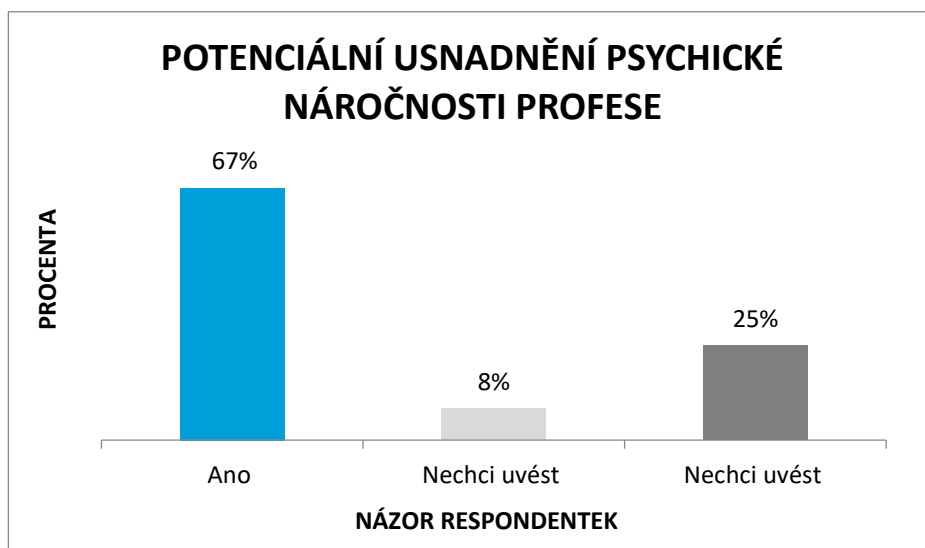
Graf 13 – Potenciální usnadnění fyzické náročnosti profese



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 12 respondentek (100%) se 9 respondentek (75%) shodlo na tom, že přítomnost všeobecného ošetrovatele v kolektivu by usnadňovala fyzickou náročnost práce, zbývající 3 respondentky (25%) si myslí opak.

Graf 14 – Potenciální usnadnění psychické náročnosti profese

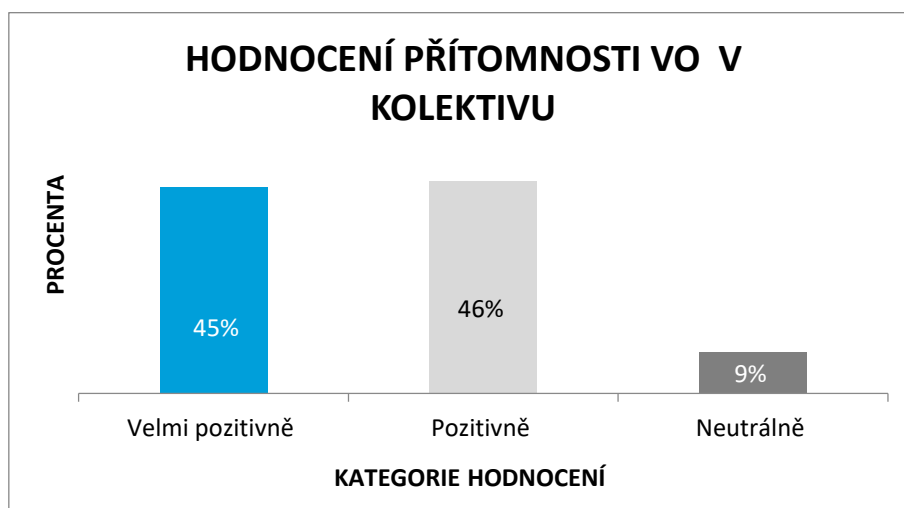


Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 12 respondentek (100%) odpovědělo 8 respondentek (67%), že přítomnost všeobecného ošetrovatele v kolektivu by usnadňovala psychickou náročnost práce, další 3 respondentky (25%) se s tímto názorem neztotožňují a zbývající 1 respondentka (8%) se k této problematice vyjádřit nechtěla.

3. Všeobecné sestry spolupracující se všeobecným ošetřovatelem

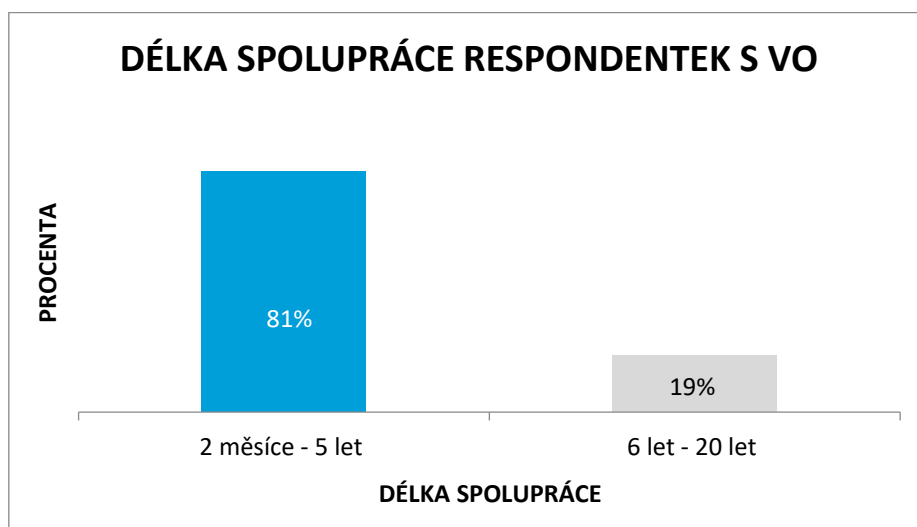
Graf 15 – Hodnocení přítomnosti všeobecného ošetřovatele v kolektivu



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) hodnotí přítomnost všeobecného ošetřovatele v kolektivu většina respondentek pozitivně, a to konkrétně 40 respondentek (45%) hodnotí přítomnost všeobecného ošetřovatele v kolektivu velmi pozitivně a 41 respondentek (46%) hodnotí tuto přítomnost pozitivně, kdežto pouhých 8 respondentek (9%) hodnotí přítomnost všeobecného ošetřovatele v kolektivu neutrálně.

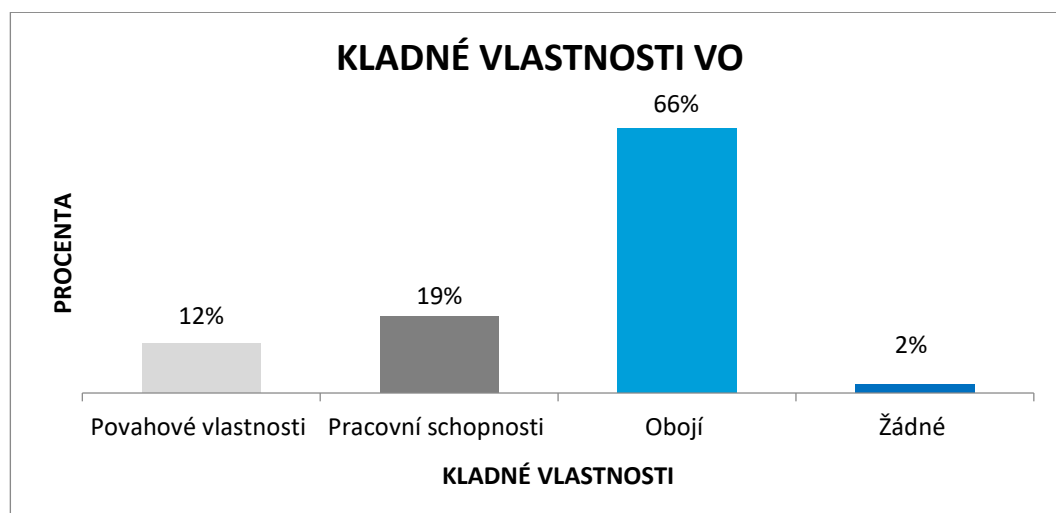
Graf 16 – Délka spolupráce respondentek se všeobecným ošetřovatelem



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) je u 72 respondentek (81%) délka spolupráce se všeobecným ošetřovatelem v rozmezí 2 měsíce – 5 let a u zbývajících 17 respondentek (19%) v rozmezí 6 let – 20 let.

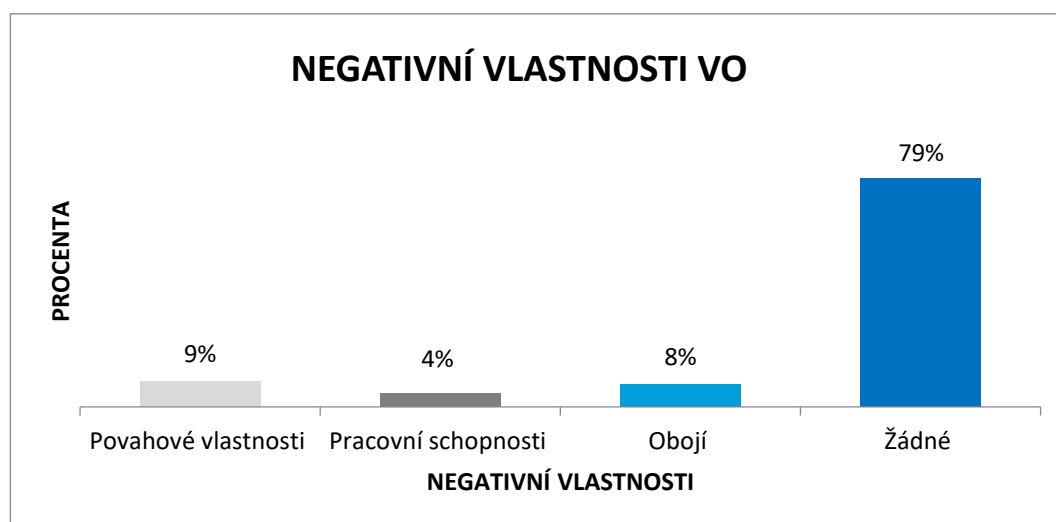
Graf 17 – Kladné vlastnosti všeobecného ošetřovatele



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) vnímá 59 respondentek (66%) jako kladné vlastnosti všeobecného ošetřovatele povahové i pracovní vlastnosti, kdežto pouze 11 respondentek (12%) vnímá pozitivně pouze jeho povahové vlastnosti a 17 respondentek (19%) pouze jeho pracovní schopnosti. Zbývající 2 respondentky (2%) neuvedly žádné vlastnosti, které vnímají u všeobecného ošetřovatele jako kladné.

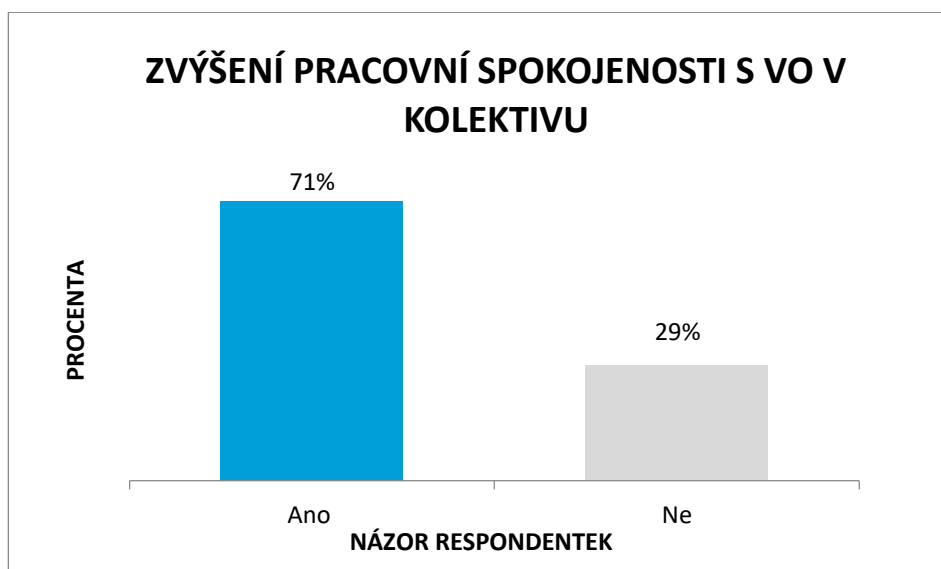
Graf 18 – Negativní vlastnosti všeobecného ošetřovatele



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) nevnímá jako žádné negativní vlastnosti všeobecného ošetřovatele 70 respondentek (79%), obojí vlastnosti (povahové, pracovní) vnímá negativně 7 respondentek (8%), kdežto pouze povahové vlastnosti všeobecného ošetřovatele vnímá negativně 8 respondentek (9%) a pouze jeho pracovní schopnosti 4 respondentky (4%).

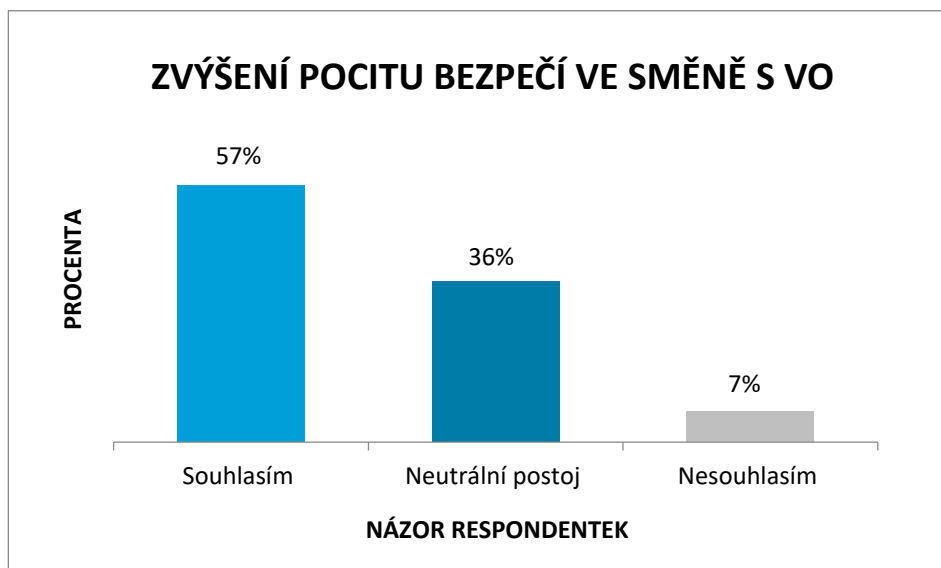
Graf 19 – Zvýšení pracovní spokojenosti respondentek spolupracujících s VO



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) 63 respondentek (71%) souhlasí s tvrzením, že přítomnost všeobecného ošetřovatele zvyšuje jejich pracovní spokojenost a 26 respondentek (29%) s tímto tvrzením naopak nesouhlasí.

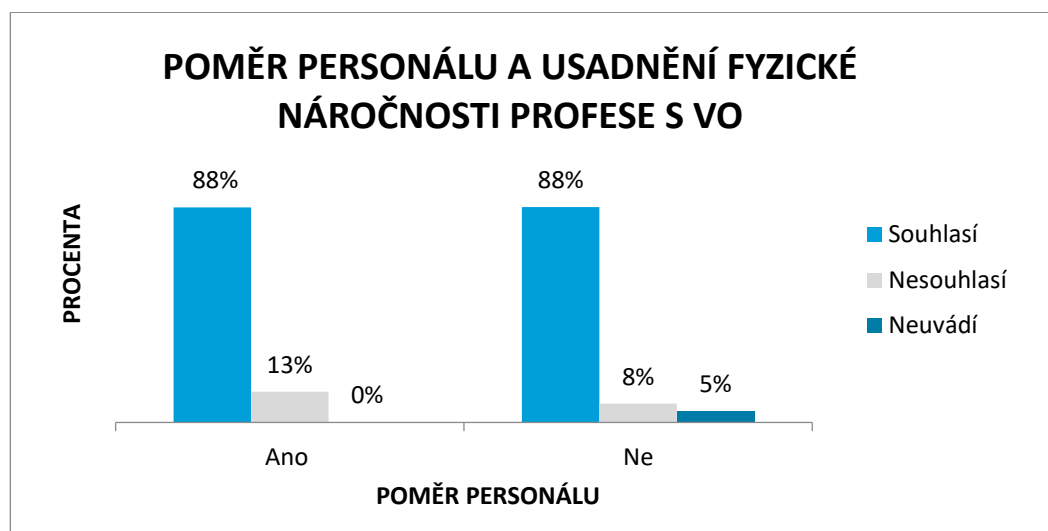
Graf 20 – Zvýšení pocitu bezpečí ve směně s VO



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) souhlasí většina z nich, tj. 51 respondentek (57%) s tím, že přítomnost všeobecného ošetřovatele zvyšuje jejich pocit bezpečí ve směně, naopak s tímto názorem se neztotožňuje 6 respondentek (7%) a zbývajících 32 respondentek (36%) zaujímá k tomuto názoru neutrální postoj.

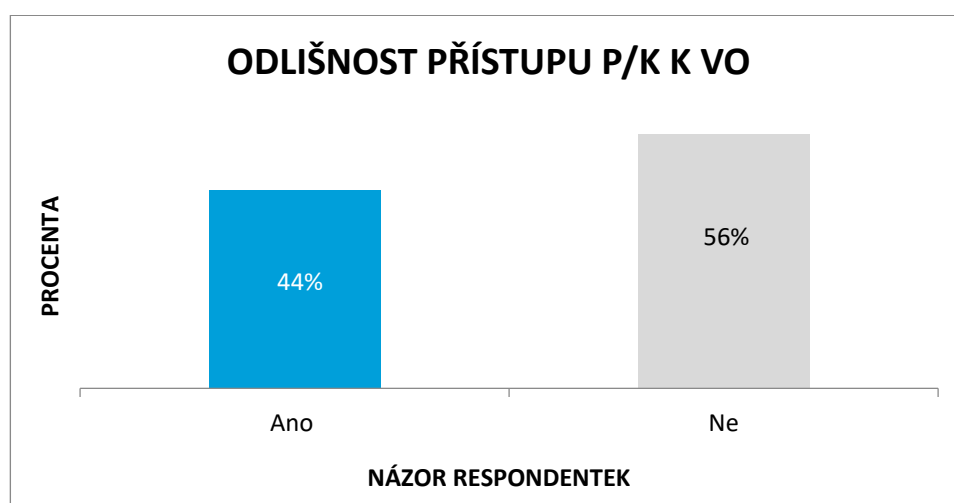
Graf 21 – Poměr personálu a usnadnění fyzické náročnosti profese s VO



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) souhlasí s usnadněním fyzické náročnosti profese 21 respondentek (88%), které mají dostatek personálu a 57 respondentek (88%), které ho naopak nemají. S uvedeným tvrzením nesouhlasí 3 respondentky (13%) s poměrem personálu a 5 respondentek (8%) s nepoměrem personálu, přičemž 3 respondentky (5%) s nepoměrem personálu nechtěly odpověď uvést.

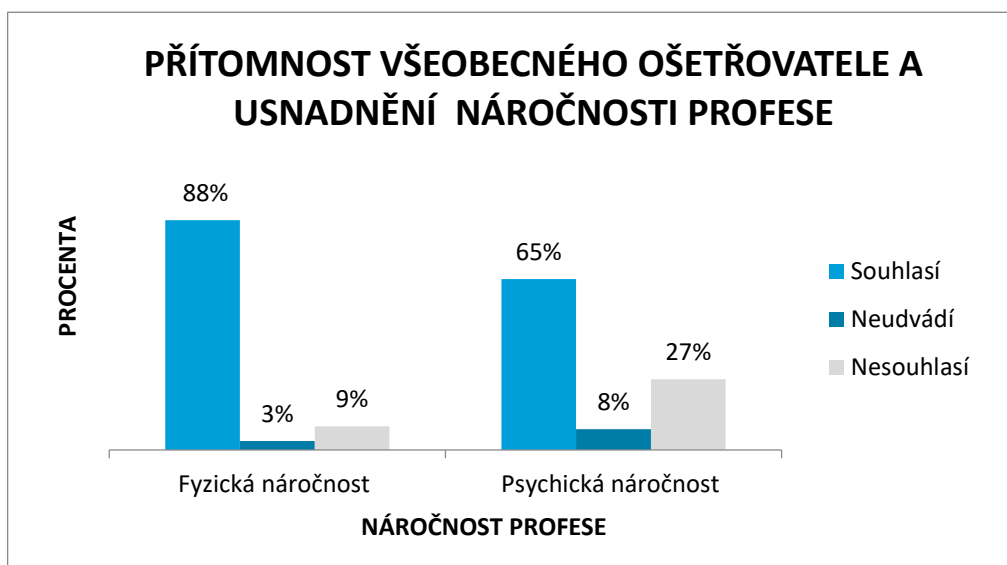
Graf 22 – Názor sester na odlišnost přístupu P/K k VO



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) 50 respondentek (56%) odlišnost přístupu pacientů / klientů k všeobecným ošetřovatelům neuvvedlo, tzn. že pacienti / klienti přistupovali ke všeobecným ošetřovatelům stejně jako ke všeobecným sestřám, zatímco zbývajících 39 respondentek (44%) tuto odlišnost v přístupu zaznamenalo.

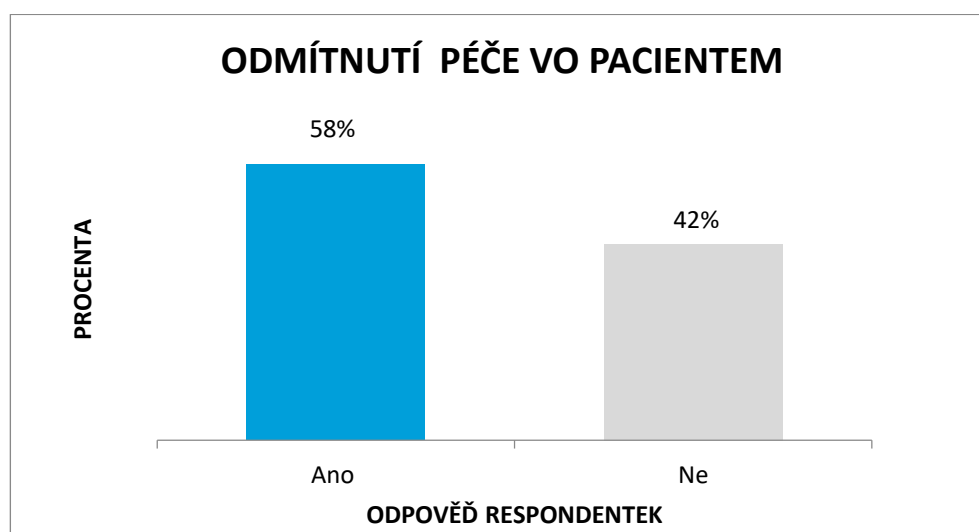
Graf 23 – Přítomnost všeobecného ošetřovatele a usnadnění náročnosti profese



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) v rámci usnadnění fyzické náročnosti profese uvedlo 78 respondentek (88%) souhlas, 3 respondentky (3%) se k problematice nevyjádřily a zbývajících 8 respondentek (9%) nesouhlasí. V rámci usnadnění psychické náročnosti z celkového počtu 89 respondentek (100%) souhlasí 58 respondentek (65%), 7 respondentek (8%) neuvádí názor a zbývajících 14 respondentek (27%) nesouhlasí.

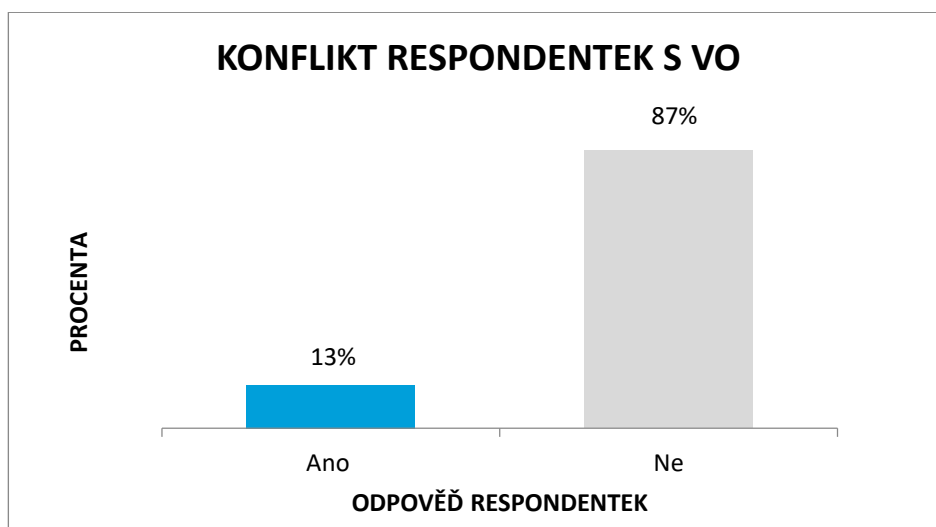
Graf 24 – Odmítnutí péče všeobecného ošetřovatele pacientem



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) se většina respondentek, tj. 52 respondentek (58%), setkala s tím, že pacient odmítl péči poskytovanou všeobecným ošetřovatelem, kdežto zbývajících 37 respondentek (42%) uvedlo, že nikoliv.

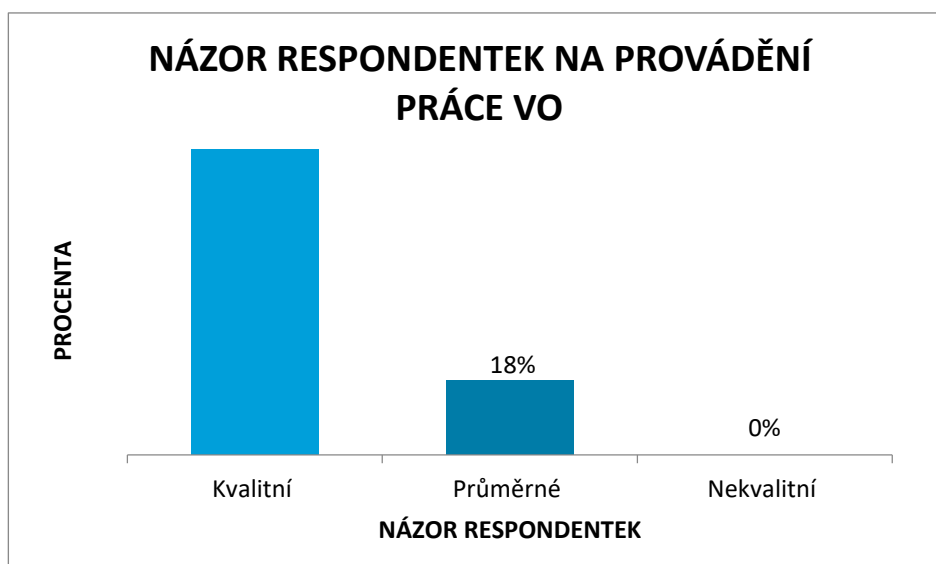
Graf 25 – Konflikt všeobecných sester se všeobecným ošetřovatelem



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) v žádném konfliktu se všeobecným ošetřovatelem nikdy nebylo 77 respondentek (87%), naopak zbývajících 12 respondentek (13%) uvedlo opak, tzn., že v této konfliktní situaci s všeobecným ošetřovatelem bylo.

Graf 26 – Názor respondentek na provádění práce všeobecného ošetřovatele



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Z celkového počtu 89 respondentek (100%) si 72 respondentek (81%) myslí, že jejich kolega všeobecný ošetřovatel provádí svou práci kvalitně, zbývajících 17 respondentek (19%) hodnotí provedení práce všeobecného ošetřovatele průměrně a žádná z dotazovaných respondentek (0%) si nemyslí, že všeobecný ošetřovatel provádí svou práci nekvalitně.

4.2.1. Statistické testování hypotéz

V této podkapitole se budeme zabývat statistickým testováním stanovené hypotézy, přičemž uvedeme grafické zpracování dat, tabulku a popis výsledku této hypotézy.

Hypotéza 1:

H₀: Všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetřovatele kladně (tzn. 70% kladně, 15% neutrálně a 15% negativně).

H_A: Všeobecné sestry nevnímají přítomnost všeobecného ošetřovatele kladně (tzn. 70% kladně, 15% neutrálně a 15% negativně).

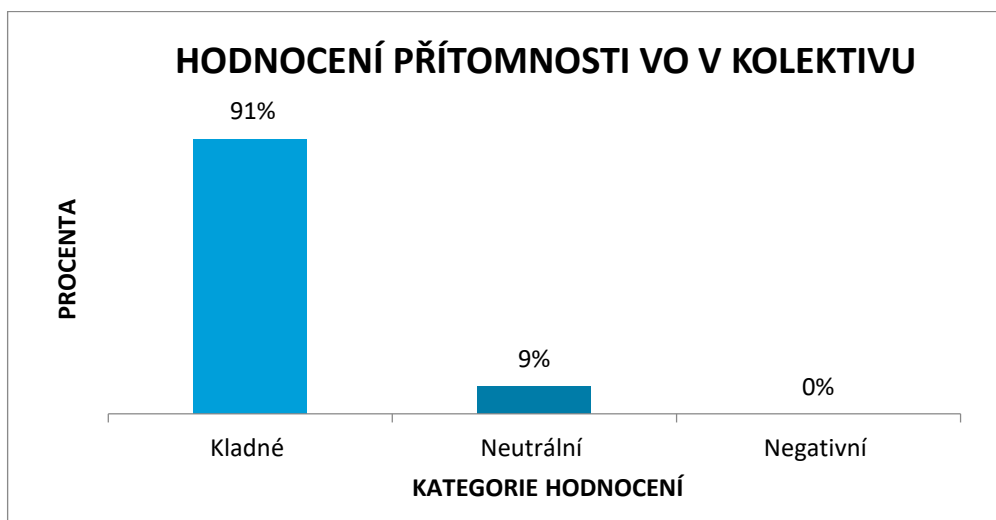
Stanovenou hypotézu jsme testovali Pearsonovým, chí-kvadrát testem. Testování této hypotézy proběhlo na základě otázky 15 z dotazníku předkládaného všeobecným sestrám.

Data týkající se této hypotézy jsme zaznamenali do četnostní tabulky a následně z ní pro přehlednost vytvořili sloupcový graf.

Pro testování hypotézy byla pro její přijetí či zamítnutí použita hranice dosažené hladiny významnosti, která je rovna 5% ($p = H_0 > 5\% > H_A$).

1. Všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetřovatele kladně

Graf 27 – Hodnocení přítomnosti všeobecného ošetřovatele v kolektivu



Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Tabulka 4 – Četnostní tabulka hypotézy 1

HODNOCENÍ PŘÍTOMNOSTI VO	POZOROVANÉ		OČEKÁVANÉ		CHI TEST
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	p
Kladné	81	91%	62	70%	< 1%
Neutrální	8	9%	13	15%	
Negativní	0	0%	13	15%	
Celkem	89	100%	89	100%	

Zdroj: vlastní výzkum (2018)

Hypotéza 1 byla testována na celkovém počtu 89 respondentek, které se všeobecným ošetřovatelem spolupracovaly anebo s ním aktuálně spolupracují. V předkládané tabulce jsme uvedli kategorie hodnocení respondentek a četnosti těchto hodnocení. Kladně hodnotí přítomnost všeobecného ošetřovatele 81 respondentek (91%), neutrálně 8 respondentek (9%) a negativně nehodnotí tuto přítomnost žádná respondentka (0%). Očekávané hodnoty hodnocení respondentek byly následující: kladné (70%), neutrální (15%) a negativní (15%).

Vyhodnocením Personova chí-kvadrát testu aktuálních a očekávaných hodnot jsme získali dosaženou hladinu významnosti $p < 5\%$, a proto nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní, kdy tento rozdíl je statisticky významným. Z uvedené tabulky je evidentní, že se od nulové hypotézy liší veškeré tři stanovené kategorie, přičemž největší rozdíl je u kategorie první, tj. u kladného hodnocení, kde tento rozdíl činí 28%, z čehož lze tvrdit, že všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetřovatele kladně pouze v odlišném poměru: kladně (91%), neutrálně (9%) a záporně (0%).

5 Diskuze

Bakalářská práce se věnuje problematice všeobecných ošetřovatelů v současné době v profesi ošetřovatelství a touto problematikou se zabývá. Zaměřuje se na profesi všeobecných ošetřovatelů v oboru ošetřovatelství celkově, na jejich profesi v ženském kolektivu a na jejich vztah s pacienty. Ošetřovatelská profese je dle našeho názoru fyzicky i psychicky náročná, proto považujeme za oprávněné domnívat se, že všeobecní ošetřovatelé hrají v oboru ošetřovatelství významnou roli, a to jak na úrovni jeho spolupráce s členy pracovního kolektivu, tak na úrovni jeho spolupráce s pacienty, a dále také, že profese všeobecného ošetřovatele je spoluurčována řadou faktorů.

WHO (2017) definuje ošetřovatelství jako autonomní a interdisciplinární péči poskytovanou jedincům všech věkových kategorií, rodinám, skupinám a společnostem, nemocným i zdravým, ve všech prostředích a doplňuje, že tato péče zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o nemocné, nesoběstačné a umírající jedince.

Farkašová (2006) ve své knize o ošetřovatelství tvrdí, že ošetřovatelství je povoláním žen. Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření, kdy v rámci kvalitativního šetření proběhl rozhovor s 10 všeobecnými ošetřovateli pracujícími v oboru ošetřovatelství, což lze demonstrovat např. na respondentovi R3 uvádějícím: „*Dělám zdravotní sestru a pracuji zde osm let,*“ nebo R6: „*Tak pracuji jako sestra na oddělení následné péče, lůžkové části a pracuji zde 11 let.*“ V rámci kvantitativního šetření bylo zpracováno 89 dotazníků vyplněných všeobecnými sestrami, kteří s mužem, všeobecným ošetřovatelem, aktuálně spolupracují či s ním spolupracovaly, je uvedené tvrzení autorky v rozporu. S tvrzením autorky nesouhlasí i další autoři, například Zelinka (2014), který ve svém článku uvádí, že před dvěma tisíci lety patřila tato doména zejména mužům, nebo ČAS (2016), kdy autorka v tiskové zprávě této asociace píše o tom, že ačkoliv jsou dnes muži v oboru ošetřovatelství oproti ženám v menšině, tak právě muži patří mezi ty, kteří se do dějin ošetřovatelství v době jeho raného vývoje významně zapsali. Nejvýznamnějšími mužskými osobnostmi v historii světového ošetřovatelství pak jsou Henri Jean Dunant, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Theodor Fliedner (Plevová, Slowik, 2011). Valizadeh (2014) však uvádí, že stereotypní obraz veřejnosti o ošetřovatelství je celosvětově hlavním problémem mužských sester.

Naším prvním cílem tedy bylo zjistit názor všeobecných sester na roli muže v ošetřovatelství. Na tomto základě jsme pak sestavili dotazník, který jsme všeobecným sestram předkládali.

Klíčovou informací v této oblasti pro nás bylo nejprve zjistit, kolik respondentek se s všeobecným ošetřovatelem v oboru ošetřovatelství vůbec setkalo. Kvantitativním výzkumným šetřením jsme zjistili, že většina dotazovaných respondentek se všeobecným ošetřovatelem v pracovním kolektivu v průběhu délky své praxe aktuálně spolupracuje či s ním spolupracovala, což je evidentní z grafu 7, přičemž aktuální spolupráce respondentek se všeobecným ošetřovatelem je uvedena v grafu 8. Srovnáme – li výsledky našeho výzkumného šetření se Zelinkou (2012), který se taktéž v roce 2012 zabýval problematikou všeobecných ošetřovatelů ve zdravotnictví, nacházíme v těchto výsledcích značný rozdíl. Uvedený autor totiž aktuální přítomnost všeobecného ošetřovatele v pracovním kolektivu dotazníkovou metodou z celkového počtu respondentů 106 respondentů pozoroval pouze u 60 respondentů, což je sice nadpoloviční většina, která se ale od našich výsledků liší o 27%. Vzhledem k tomu, že velikosti výzkumných vzorků se od sebe významně neliší (rozdíl činí pouze 4 respondenti, tj. 5%), je rozdíl ve výsledcích těchto výzkumných šetření značný. Otázkou tedy je, zda tento rozdíl zapříčinila odlišnost velikosti výzkumných vzorků či rok provedení výzkumů, přičemž výzkumná šetření proběhla v rozmezí 6 let.

Dále jsme se v této oblasti zaměřili na názor respondentek, zda muži, všeobecní ošetřovatelé, patří do ošetřovatelské profese. Z grafu 9 je evidentní, že opět drtivá většina tázaných respondentek souhlasí s tvrzením, že muži patří do ošetřovatelské profese; zbývající respondentky s tímto tvrzením nesouhlasí nebo toto tvrzení nedokáží posoudit. Názor na to, zda muži patří do ošetřovatelské profese či nikoliv, je ovlivněn feminizací tohoto oboru, což potvrzuje Bártlová (2008), která vysvětluje, že povolání sestry je historicky spjata s ženským pohlavím, protože jsou to právě ženy, které oproti mužům mají pečovatelské schopnosti.

Klíčovými informacemi této oblasti jsou informace o hodnocení přítomnosti všeobecného ošetřovatele v pracovním kolektivu a informace o jeho kladných a záporných vlastnostech. Graf 27 popisuje hodnocení přítomnosti všeobecného ošetřovatele v pracovním kolektivu, kde opět většina respondentek popisovala toto hodnocení pozitivně. V rámci hodnocení přítomnosti všeobecného ošetřovatele v kolektivu jsme provedli i statistické testování hypotézy (Všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetřovatele kladně – tabulka 4) a vzhledem k dosažené hladině významnosti ($p < 5\%$) jsme zjistili, že všeobecné sestry vnímají přítomnost všeobecného ošetřovatele kladně, a to v poměru uvedeném v tabulce 4. Gabrhel (2015) ve svém kvalitativním výzkumném šetření s 6 respondentkami taktéž dochází k závěru,

že všeobecné sestry vnímají přítomnost muže na pracovišti pozitivně. Podrobné informace o hodnocení respondentek všeobecného ošetřovatele v pracovním kolektivu jsou uvedeny v grafu 15. Domníváme se, že toto pozitivní hodnocení přítomnosti všeobecného ošetřovatele v pracovním kolektivu je dáno především jeho kladnými vlastnostmi, což soudíme na základě grafu 17. Jak dále vyplývá z výzkumného šetření, většina respondentek oceňuje přínos všeobecného ošetřovatele v oblasti usnadnění náročnosti ošetřovatelské profese (graf 22). I Zelinka (2012) uvedl, že největším kladem všeobecného ošetřovatele je fyzická síla, druhým největším kladem je pak dle výsledků výzkumného šetření větší autoritativní působení všeobecného ošetřovatele, což dle našeho názoru úzce souvisí s tím faktem, že přítomnost všeobecného ošetřovatele zvyšuje pocit bezpečí respondentek ve směně, což lze demonstrovat na grafu 20. Dále podle Gabrhela (2015) dotazované respondentky taktéž oceňují fyzickou sílu všeobecného ošetřovatele v kolektivu, ale i jeho mužskou přítomnost v ženském kolektivu. Co se negativních vlastností všeobecného ošetřovatele v pracovním kolektivu týče, z grafu 19 je evidentní, že většina respondentek nevnímá negativně žádné vlastnosti všeobecného ošetřovatele.

V neposlední řadě jsme se taktéž zaměřili na názor respondentek, jak podle nich pacienti akceptují všeobecné ošetřovatele. Tyto informace jsou uvedeny v grafu 10, kde většina respondentek uvedla, že pacienti akceptují všeobecného ošetřovatele stejně jako všeobecné sestry, zbývající respondentky se přiklonily k opačnému názoru či uvedly poloviční akceptaci. Nováková (2013) se na základě výsledků svého výzkumného šetření přiklání k uvedenému názoru respondentek, což lze demonstrovat tím, že sama nepozorovala rozdíly široké veřejnosti ve vnímání všeobecných sester a všeobecných ošetřovatelů, přičemž uvedená autorka zjistila, že většina dotazovaných by dokonce uvítala větší počet mužů v oboru ošetřovatelství. Je vhodné si ale uvědomit, že vyšší počet mužů v ošetřovatelství je stále zčásti determinován genderovým kontraktem, o kterém hovoří Bártlová (2008) a popisuje ho jako nepsanou dohodu o dělbě mužských a ženských rolí, o dělbě práce, pozice a uznání ve společnosti, což může danému pohlaví zasahovat do některých občanských a politických práv či dokonce způsobit exkluzi určitých lidských činností.

Naším dalším, druhým cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda současné podmínky mají vliv na výkon profese všeobecného ošetřovatele. Vzhledem k aktuální změně v systému vzdělávání v oboru ošetřovatelství a vzhledem k názoru, že tato profese je finančně podhodnocena, jsme se zaměřili na tyto dvě oblasti a zvolili je jako

potenciální faktory, které mohou ovlivňovat výkon všeobecného ošetřovatele.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření jsme se od tázaných respondentů informovali na názor systému vzdělávání „4 + 1“. Výsledky tohoto šetření přinesly řadu názorů na problematiku nového systému vzdělávání sester, přičemž 5 respondentů s tímto systémem nesouhlasilo a zbývajících 5 respondentů (R3, R4, R7-8 a R10) se k danému systému vzdělávání nedokázalo vyjádřit. S nesouhlasem s tímto systémem vzdělávání se ztotožňuje např. i AVVNZP (2017), kdy předsedkyně této asociace uvádí, že schválená novela degraduje systém vzdělávání všeobecných sester a vyjadřuje obavy o snížení kvality poskytované zdravotní péče v ČR (České noviny, 2017). Z uvedených informací je tedy patrné, že profesní výkon tímto faktorem ovlivňován není. V této oblasti vzdělávání v oboru ošetřovatelství jsme se ještě za účelem komplexního pojetí problematiky zaměřili i na motiv studia ošetřovatelství a na jejich podporu ze strany rodiny při výběru tohoto studia. Vendel (2008) udává, že mezníkem pro volbu svého povolání se stává období po patnáctém roku života; dodává však vzápětí, že nejčastěji se tato volba uskutečňuje na konci základní, střední či vysoké školy, přičemž s podobným názorem se ztotožňuje i Sedláčková (2009) uvádějící, že v období adolescence (15 – 20 let) jedinec mimo jiné dovršuje přípravného profesního období. Výzkumným šetřením docházíme ke stejnému závěru, poněvadž 8 respondentů (R1, R3, R5-10) se rozhodlo studovat školu se zdravotnickým zaměřením po dokončení základního vzdělání a zbývajících 2 respondenti (R2 a R4) po dokončení vzdělání středního. Co se motivace ke studiu zdravotnického zaměření týče, většina autorů, zabývajících se problematikou determinantů výběru povolání, uvádí téměř identické názory. Například Hlad'o (2012) za determinanty ovlivňující výběr povolání považuje autonomii studenta, přístup rodičů, vlivy sociálního okolí (nukleární rodina, vrstevníci, přátelé, vyučující) a další vlivy. Vendel (2008) zase uvádí, že mezi faktory, které ovlivňují výběr povolání jedinců, patří rodiče, vrstevníci a vlastní sny a Strádal (2016) zase zmiňuje osobní zájmy a životní cíle, tělesný a zdravotní stav, osobní vlastnosti a schopnosti a sebehodnocení jakožto charakteristické zvláštnosti člověka hrající roli při volbě jeho povolání. I zde se ztotožňujeme s názory uvedených autorů, protože na základě výsledků výzkumného šetření jsme se s těmito determinanty taktéž setkali. Tento fakt lze demonstrovat např. na respondentovi R1, jehož motivem byly osobní zájmy a životní cíle, dále R5, R6 či R10, které k výběru toho studia motivovala rodina, respondenta R2 zase motivovali přátelé (konkrétně přítelkyně), či motivem byly další vlivy, jako například charakter práce a neuplatnění střední školy (R4). V souvislosti

s těmito faktory a vzhledem k tomu faktu, že ošetrovatelství je v dnešní době genderově považováno spíše za ženskou profesi, významnou informací pro nás taktéž byla podpora jedinců rodinou při studiu tohoto oboru. Výzkumným šetřením však byla zjištěna úplná podpora respondentů při studiu ošetrovatelství, což lze demonstrovat např. na respondentovi R1, který uvedl: „*Ano, musím říct, že ta podpora ze strany rodiny opravdu byla (...).*“ Co se vlivů sociálního prostředí ještě týče, je vhodné uvést, že názor rodiny, přátel, vrstevníků může být často ovlivněn tzv. genderovými stereotypy, které Hrdličková (2008) popisuje jako souhrnné popisy a pravidla chování a jednání, které jsou spojovány s mužským či ženským pohlavím. Z výsledků našeho výzkumného šetření je patrné, že sociální prostředí respondentů nebylo tímto stereotypem signifikantně ovlivněno. Samotným motivem pak ke studiu zdravotnického oboru byla u 3 respondentů rodina (R5, R6 a R10), zájem o zdravotnickou profesi motivoval 2 respondenty (R1 a R3), R7 zase uvádí, že pro něj byl motivací zdravotnického oboru jeho zdravotní stav, do ostatních motivů studia pak patří R2, kterého motivovala přítelkyně a R8 a R9, kteří šli studovat střední zdravotnickou školu z toho důvodu, že se nedostali na preferovanou školu. I ve výzkumném šetření Babky (2010) nacházíme některé totožné motivy jako rodinu či zdravotní stav. Gabrhel (2015) uvádí taktéž podobné výsledky šetření, kdy 12 respondentů vedlo k výběru tohoto povolání vztah a zájem o práci ve zdravotnictví, vzor v rodině byl pak zaznamenán u 2 respondentů.

Dále jsme se zaměřili na finanční ohodnocení profese, které významně ovlivňuje životní úroveň respondentů. Polovina tázaných respondentů, konkrétně 5 respondentů (R1-3, R5 a R10) uvedlo vyhovující životní úroveň, což prokazuje např. respondent R3: „*Já myslím, že se teď nemáme špatně,*“ další 4 respondenti (R4, R6-8) hovořili o průměrné životní úrovni, což uvedl např. respondent R8, a zbývající 1 respondent R9 uvedl: „*Spíše ne, nejsem spokojený s tím, jak je naše profese finančně ohodnocena,*“ čímž svoji spokojenost se životní úrovní ohodnotil jako nevyhovující. Vzhledem k tomu, že ekonomická jistota podle Krninské (2012) příznivě ovlivňuje pracovní činnost jedinců, pouze 2 tázaní respondenti (R1 a R9) uvedli, že jejich profesi ovlivňují finanční faktory, např. respondent R9: „*Mezi tyto faktory bych zařadil finanční ohodnocení (...).*“ Nespokojenost s finančním ohodnocením v oboru ošetrovatelství potvrdil i Babka (2010), kdy na spokojenost s finančním ohodnocením odpověděl kladně pouze 1 respondent z 11. Zajímavostí vyplývající z výzkumného šetření je ten fakt, že někteří respondenti s rodinou (např. R2 a R3) vyjádřili vyhovující životní úroveň, kdežto respondenti bez rodiny hovořili rozdílně (R4, R5). Jak však bylo

uvedeno, finanční ohodnocení sice ovlivňuje pracovní výkon pouze u 2 respondentů, ale ovlivňuje zejména jejich pracovní spokojenost, s čímž se ztotožňuje Vévoda, et al. (2010), který ve svém výzkumu zaměřujícím se na pracovní spokojenost všeobecných sester popsal osobní priority pracovního prostředí, mezi kterými je právě mzda na prvním místě. Pro doplnění ještě uvádíme 2 respondenty (R4, R5), kteří uvedli, že muž pracující jako všeobecný ošetrovatel vzhledem k finančnímu ohodnocení profese může mít v osobním životě finanční problémy. Co se pracovní spokojenosti týče, i v rámci našeho výzkumného šetření se potvrdil autorův poznatek, kdy většina dotazovaných respondentů (7 respondentů: R2-3, R6-10) uvedla, že jsou v profesi spokojeni (např. R7, R8) a zbývající respondenti (3 respondenti: R1, R4-5) uváděli průměrnou pracovní spokojenost, a to právě například z důvodu finančního podhodnocení profese (R1, R5) či z důvodu uvádějícího R4: „*No jako natrvalo tu neplánuji zůstat, jsem tu hlavně kvůli té praxi, dále, že jsem si chtěl vydělat nějaké ty peníze, no a získat nějaké ty zkušenosti, takže nemohu říct, že jsem vyloženě nespokojený, ale jakoby moje cesta je úplně jiná,*“. K této problematice ještě citujeme Vendela (2008), který doplňuje, že pracovní a životní spokojenost jsou dány stupněm seberealizace jedince v dané pracovní pozici.

Z výsledků výzkumného šetření jsou ale dále zřejmé ještě další faktory, které determinují pracovní výkon respondentů. Těmito faktory jsou pracovní faktory, jako je např. kolektiv (např. R1), což lze spojit se Štikarem (2003) zařazujícím pracovní skupiny mezi vnější faktory pracovní spokojenosti, dále stav pacienta (např. R3) a nedostatek personálu (např. R4, R8), a osobní faktory respondentů (např. R5). Dle našeho názoru nedostatek personálu patří mezi významný faktor ovlivňující pracovní výkon respondentů, s čímž se ztotožňuje i Mellanová (2017), která hovoří o značeném poklesu sester v českém zdravotnictví, což je důvodem pro snižování lůžek na oddělení či dokonce uzavření oddělení. V souvislosti s pracovní spokojeností uvádíme Vévodu a Ivanovou (2013), kteří kladou důraz na znalost hodnotových preferencí všeobecných sester jako nástroj zamezující fluktuaci zdravotnických pracovníků, přičemž Haroková a Gurková (2013) uvádějí, že tato fluktuace je ovlivněna mimo jiné pracovní nespokojeností, která vyplývá z rostoucího množství práce v porovnání s počtem personálu. S tímto názorem uvedených autorek se ztotožňujeme i my, poněvadž respondenti kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření se shodli na nepoměru mezi počtem personálu a množstvím práce.

Posledním, třetím cílem této práce bylo taktéž zjistit, s jakými problémy se setkávají muži při výkonu profese všeobecného ošetrovatele.

Vzhledem k tématice této bakalářské práce se domníváme, že mezi největší problémy profese všeobecného ošetřovatele patří vnímání všeobecného ošetřovatele pacienty. Veškerí dotazovaní pacienti, tj. 10 respondentů, se shodli na tom, že jsou pacienti akceptováni, což lze demonstrovat např. na respondentovi R8: „*Normálně, v pohodě, zatím jsem se nesetkal s žádným odporem.*“ K této problematice se vyjadřuje i Babka (2010), který v rámci svého výzkumného šetření, jehož výzkumný soubor tvořili pacienti, zjišťoval, zda je ošetřovatelství doménou žen. Výsledky autorova šetření ukázaly, že většina pacientů (ženy, muži) nesouhlasí s tvrzením, že ošetřovatelství je doménou žen. Z výsledků těchto výzkumných šetření je tedy zjevné, že navzdory feminizaci oboru ošetřovatelství jsou pacienti s muži v ošetřovatelství vyrovnáni. Nováková (2013) dokonce ze svého výzkumného šetření vyvodila závěr, jak je uvedeno výše, že většina pacientů by dokonce uvítala více mužů v oboru ošetřovatelství. Navzdory výsledkům výzkumných šetření však nelze tento názor paušalizovat, poněvadž dle našeho názoru není tato problematika natolik kvantitativně i kvalitativně probádávána. S akceptací všeobecných ošetřovatelů pacienty je také spojeno oslovování všeobecných ošetřovatelů pacienty, protože značná část pacientů neví, jak muže, všeobecného ošetřovatele, oslovovat, což lze prokázat např. na respondentovi R7: „*S pacienty je to v pohodě, jenom často nevědí, jak mě mají oslovovat, ženy se stydí a muži mi tykají.*“ Tento fakt svém kvantitativním výzkumném šetření potvrzuje i Nováková (2013). Většina dotazovaných respondentů (7 celkem: R1, R3-7 a R10) preferuje od pacientů vykání jménem, oslovení „sestro, bratře“ vyhovuje respondentovi R2 odpovídající, k oslovení „bratře“ se připojili ještě další 2 respondenti (R6 a R9) a pouze respondent R8 uvedl, že mu nevádí žádné oslovení. Sami respondenti jsou si vědomi toho faktu, že nevědí, jak mají pacientům na dotaz oslovování odpovídat, což uvádí např. respondent R1 uvádějící: „*Jo, ale je to problém, s tím oslovováním je to dost problém, výhodu v tomto mají anglicky mluvící země, kde mají označení nurse, a je jedno, jestli je to muž či žena, prostě je to výraz pro tuto profesi,*“ a R4, který poznamenal: „*A také nemáme žádné pořádně pojmenování, jako když prostě ti lidé se mě kolikrát ptají, jak mě mají oslovovat (...), nebylo by asi od věci si nějaké mužské označení vytvořit, samozřejmě by se nějaký termín hodil*“. V této oblasti z našeho výzkumného šetření dále vyplynulo, že polovina respondentů není spokojena ani s označením pracovní pozice, konkrétně pozice všeobecného ošetřovatele a to z důvodu nepřesnosti a degradace označení. V této souvislosti je vhodné zmínit, že jsme se při realizaci kvantitativního výzkumného šetření setkali s tím, že respondentky toto

označení všeobecného ošetřovatele vůbec neznaly či uváděly, že toto označení není platné. Na základě toho jsme poté oslovili magistru Strnadovou (hlavní sestru České republiky), která v e-mailové korespondenci, s odkazem na novelizaci zákona č. 96/2004 Sb. s účinností od 1. 9. 2017, uvádí, že tento zákon umožňuje používat přechýlené profesní označení „všeobecný ošetřovatel“. Danou problematiku dále doplňuje: *„V praxi je rozhodující, aby muž/zdravotnický pracovník se získanou odbornou způsobilostí v oboru Všeobecná sestra posoudil v rámci komunikace s pacientem a jeho osobního představení, vhodnost označení své profese a to v souladu s absolvovaným studijním oborem a etickým kodexem zdravotnického pracovníka.“* Hlavní sestrou ošetřovatelské péče v ČR citovaná legislativa hovoří jasně. Dle našeho názoru by ale bylo vhodné tuto informaci rozšířit mezi širokou veřejnost, aby měla poznatky o tom, kdo je všeobecný ošetřovatel, pro případ, že se tak daný muž v pracovní pozici všeobecné sestry představí, a dále také do míst personálního oddělení zdravotnických zařízení, kde se uskutečňuje výroba identifikačních jmenovek pracovníků. Jsme přesvědčeni o tom, že nové, odpovídající označení profese muže pracujícího v oboru ošetřovatelství, by se osvědčilo, s čímž se ztotožňují i naši tázaní respondenti, např. R1 a R4.

Za další problém, který potenciálně s vykonáváním profese všeobecného ošetřovatele souvisí, považujeme odsuzování všeobecných ošetřovatelů za vykonávání profese. Z výsledků výzkumného šetření je evidentní, že s přímým odsuzováním za vykonávání profese všeobecného ošetřovatele se nesetkal žádný z dotazovaných respondentů, avšak respondent R2 se setkal zprostředkovaně s tímto odsuzováním v podobě názoru kolegyně manželky a R10 se denně potýká s narážkami, čímž jsme prokázali opět, i když minimálně, genderovou teorii. V této souvislosti ještě také uvádíme odmítávání péče všeobecného ošetřovatele pacienty. Z výsledků výzkumného šetření je zjevné, že pacienti péči všeobecných ošetřovatelů odmítají, což lze v rámci kvalitativního výzkumného šetření demonstrovat 7 respondenty, kteří se s touto skutečností setkali, a v rámci výzkumného šetření kvantitativního zase grafem 24. Většina respondentů, všeobecných ošetřovatelů, se shodla na tom, že byli odmítnuti ženami, a to na základě studu. Zajímavé jsou výsledky Babky (2010), který se respondentů tázal na jejich pocity při ošetřování všeobecným ošetřovatelem, a určitá část dotazovaných respondentek popisovala příjemné pocity, což je v rozporu s výsledky našeho výzkumného šetření. Gabrhel (2015) prokázal, že se muži obecně snaží dodržovat co nejvyšší intimitu pacientek a podřizují tomu i péči.

V závěru diskuze bychom rádi uvedli Ashkenaziho et al (2017), který hovoří o tom, že celosvětový nedostatek personálu v oboru ošetrovatelství může být pro tento obor výzvou a v této souvislosti uvádí, že muži, kteří vstupují do oboru ošetrovatelství a zvyšují tak počet profesionálů v tomto oboru, mohou tuto výzvu významně ovlivňovat. Z výzkumného šetření je patrné, že muži v oboru ošetrovatelství pracují i se na profesi v tomto oboru připravují, ale i tak je mužů v tomto oboru nedostatek, s čímž se ztotožňuje i Rajacich et al (2013), který uvádí, že muži jsou v ošetrovatelství nedostatečně zastoupeni (Kanada: <6%). To, zda budou muži studovat ošetrovatelství a setrávat v tomto oboru, ale stále závisí na společnosti a pracovních podmínkách. Jak uvedla Semerová (2009), vstup mužů do ošetrovatelství je ovlivněn konzervativním názorem společnosti, přičemž zde hraje roli i finanční ohodnocení zdravotnického povolání. Vzhledem k tomu, že od uvedeného autorčina výzkumu uběhlo 9 let, i Danjun et al (2016) pozoruje tento zastaralý stereotyp ošetrovatelství jako ženského povolání, což vyvolává předsudky proti mužským studentům ošetrovatelství, a hovoří o přijetí účinných opatření, která by tento stereotyp pozměnila a vedla by ke zvýšení mužů v ošetrovatelství. Yang et al (2017) k dané problematice také přispívá tím, že strach z genderových stereotypů může být pro studenty ošetrovatelství stresující a frustrující a mohou se cítit izolovaní a vyloučení a apeluje na pedagogické pracovníky, aby využili zjištění jeho studie a poskytli vhodnou podporu studentům ošetrovatelství. Ačkoliv z výsledků našeho výzkumného šetření nejsou zmíněná fakta příliš evidentní, i my se přikláníme k názoru autorů, poněvadž i my se domníváme, že gender v oboru ošetrovatelství je i nadále evidentní, oproti třeba oboru medicínskému.

6 Závěr

Vzhledem k tomu, že v současné době je problematika genderu aktuálním tématem a ošetrovatelská profese patří mezi obory, kde je gender zatím stále uznávaný, považujeme profesi všeobecných ošetrovatelů za aktuální téma. Tato bakalářská práce „Profese všeobecného ošetrovatele v současné době“ je tomuto tématu věnována a analyzuje ji.

Prvním cílem bylo zjistit názor všeobecných sester na roli muže v ošetrovatelství. Výzkumným šetřením jsme vyvrátili nulovou hypotézu a přijali hypotézu alternativní, kde 91% respondentek hodnotí přítomnost všeobecného ošetrovatele kladně. Druhým cílem bylo zjistit, zda současné podmínky mají vliv na výkon profese všeobecného ošetrovatele. Z výzkumného šetření je zjevné, že očekávané současné podmínky (finanční ohodnocení, změna systému vzdělávání) příliš výkon všeobecného ošetrovatele neovlivňují, přičemž ale část respondentů finanční podhodnocení profese komentuje. Za faktory ovlivňující jejich pracovní výkon ale považují pracovní kolektiv, stav pacienta, nedostatek personálu a osobní faktory. Třetím cílem pak také bylo zjistit, s jakými problémy se setkávají muži při výkonu profese všeobecného ošetrovatele. Domnívali jsme se, že mezi problémy, se kterými se všeobecný ošetrovatel při výkonu profese setkává, patří jejich akceptace pacienty a odsuzování všeobecných ošetrovatelů za vykonávání genderově ženské profese. Tyto problémy však výzkumným šetřením prokázány nebyly.

Závěrem lze uvést, že všeobecní ošetrovatelé jsou se svojí profesí spokojeni a v profesi je naplňuje práce s lidmi a pomoc lidem. Práce v ženském kolektivu taktéž vyhovuje většině respondentů, přičemž doplňují pozitiva a negativa vyplývající z profese v ženském kolektivu. Pacienty jsou akceptováni dobře.

Porovnáním výsledků našeho výzkumného šetření s teoretickou částí bakalářské práce a s dalšími výzkumy jsme nepozorovali značné rozdíly v těchto výsledcích. Domníváme se, že přínos předkládané bakalářské práce spočívá ve vytvoření další studie zabývající se muži v ošetrovatelství, což může sloužit jako náhled na danou problematiku či k porovnání výsledků s dalšími studii. Dosažené výsledky výzkumného šetření dle našeho názoru lze v praxi využít pro odstranění genderových stereotypů v ošetrovatelské profesi a dále ke zvýšení počtu mužů pracujících v oboru ošetrovatelství. Vhodné by dále bylo uvedenou problematiku zpracovat detailněji, například oslovením většího počtu respondentů, a to jak z řad všeobecných sester, tak z

řad všeobecných ošetřovatelů, vytvořit podrobnější dotazníky pro všeobecné sestry, ale i pro všeobecné ošetřovatele. Věříme, že veškeré další nové informace a poznatky o problematice mužů v ošetřovatelství by mohly zvýšit počet mužů v ošetřovatelství, což by dle našeho názoru mělo na tento vědecký obor pozitivní vliv.

7 Seznam literatury

1. Advancing Men Un Nursing (AAMN), 2017. History. [online] [cit 2018-02-27]. Dostupné z: <http://www.aamn.org/about-us/history>
2. ASHKENAZI, L. et al (2017). Male Nurses in Israel: Barriers, Motivation, and How They Are Perceived by Nursing Students. *Journal of Professional Nursing*. 33(2), s. 162-169. ISSN 1532-8481.
3. BABKA, J., 2010. *Problematika všeobecných ošetrovatelů ve zdravotnictví*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny = Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
5. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2008. Gender a zdravotnictví. Ošetrovatelství (Teorie a praxe moderního ošetrovatelství). 10 (3 – 4), s. 49 – 54. ISSN 1212-723-X.
6. BEDNÁŘ, Vojtěch, 2013. Konflikty v organizaci a jejich řešení. In: BEDNÁŘ, Vojtěch a kolektiv, 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada, s. 92 – 100. ISBN 978-80-274-4211-3.
7. BEDRNOVÁ, Eva, JAROŠOVÁ, Eva, NOVÝ, Ivan a kolektiv, 2012. *Manažerská psychologie a sociologie*. Praha: Management Press, 2012. 615 s. ISBN 978-80-7261-239-0.
8. BEDRNOVÁ, Eva, NOVÝ, Ivan a kolektiv, 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Management PRESS. 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.
9. BENEŠOVÁ, Jana, 2011. *Problematika gender ve speciální pedagogice*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 188 s. ISBN: 978-80-7372-766-6.
10. BURYOVÁ, Ivona, 2007. Rovné příležitosti mužů a žen v profesní ošetrovatelské péči. In: Kolektiv autorů. *Konference pro sestry: rovné příležitosti pro všechny v ošetrovatelské praxi a jiná aktuální témata*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, s. 10 – 17. ISBN 978-80-02-01881-0.
11. Česká asociace sester (ČAS), 2016. Tiskové zprávy: Muži coby zdravotní sestry (v historii dominovali, dnes jsou raritou). [online] [cit 2018-02-18]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/prezidium/tiskove-zpravy/>

12. České noviny, 2017. Asociace varuje, že novela zákona sníží kvalitu zdravotních služeb. [online] [cit 2018-02-22]. Dostupné z: http://www.ceskenoviny.cz/pr/index_view.php?id=1478908
13. Český statistický úřad, 2016. Gender: základní pojmy. [online] [cit 2017-10-06]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/gender/gender_pojmy.
14. DANJUN, Freng et al (2016). *The influence of perceived prejudice on willingness to be a nurse via the mediating effect of satisfaction with major: A cross-sectional study among chinese male nursing students*. Nurse Education Today. 42 (1), s. 69-72. ISSN: 1532-2793.
15. E-mailová korespondence s hlavní sestrou ČR Alicí Strnadovou [online], 12. 1. 2018, furstz00@zsf.jcu.cz.
16. FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
17. GABRHEL, J., 2015. *Role mužů v ošetrovatelství na jednotkách intenzivní péče a resuscitačních odděleních*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.
18. GABRHEL, Jaroslav a Petr SNOPEK, 2015. Role mužů v ošetrovatelství na jednotkách intenzivní péče a resuscitačních odděleních. Urgentní medicína. 18 (4), 43 – 48. ISSN 1212-1924.
19. Gender studies, 2008. Kdo jsme. [online] [cit 2017-10-11]. Dostupné z: <https://www.genderstudies.cz/gender-studies-kdo-jsme.shtml>
20. HANUŠ, Radek a Lenka CHYTILOVÁ, 2009. *Zážitkově pedagogické učení*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2816-2.
21. HLAĐO, Petr, 2012. *Profesní orientace adolescentů: poznatky z teorií a výzkumů*. Brno: KONVOJ. 140 s. ISBN 978-80-7302-164-1.
22. HLUŠIČKA, Petr, 2013. Mezilidské vztahy na pracovišti pohledem psychologa. In: BEDNÁŘ, Vojtěch a kolektiv, 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada, s. 161 – 190. ISBN 978-80-274-4211-3.
23. HORAKOVÁ, Silvie a Elena GURKOVÁ, 2013. Pracovní spokojenost jako prediktor setrvání sester na pracovišti - literární přehled. Ošetrovatelství a porodní asistence. 4 (2), s. 573-582. ISSN: 1804-2740.
24. HOSÁKOVÁ, Jiřina a Jana KAČOROVÁ, 2013. Ošetrovatelství jako samostatný vědní obor. Česká a slovenská psychiatrie. 109 (5), 259. ISSN 1212-0383.

25. HRDLIČKOVÁ, Alena, 2008. *Úvod do gender studies*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií. 166 s. ISBN: 978-80-86708-69-0.
26. CHRIST, Felix, 2010. *Henry Dunant: Život a víra zakladatele Červeného kříže*. Tišnov: SURSUM. 113s. ISBN 978-80-7323-201-6.
27. JANDOUREK, Jan, 2003. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-749-3.
28. JANOŠOVÁ, Pavlína, 2008. *Dívčí a chlapecká identita: Vývoj a úskalí*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2284-9.
29. JANOUSEK, Jaromír a Ivan SLAMĚNÍK, 2008. Sociální motivace. In: VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan a kolektiv, 2008. *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, s. 147 – 159. ISBN 978-80-247-1428-8.
30. JAROŠOVÁ, Dajra a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
31. KARSTEN, Hartmut, 2006. *Ženy a muži: Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 80-7367-145-X.
32. KELLER, Jan a Lubor TVRDÝ, 2008. *Vzdělanostní společnost? Chrám, výtah a pojišťovna*. Praha: SLON. 183 s. ISBN 978-80-86429-87-6.
33. KOŠTA, Oto, 2013. Motivace k volbě oboru. *Medicína & umění*. 3 (26), s. 31. ISSN 1803-3679.
34. KRNINSKÁ, Růžena, 2012. *Motivace a stimulace pracovního jednání*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ekonomická fakulta. 135 s. ISBN 978-80-7394-343-1.
35. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
36. KUDLOVÁ, Pavla, 2011. Historie ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz NANDA. In: KRÁTKÁ, Anna, KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství – morální umění*. Praha: Grada, s. 28 – 45. ISBN 978-80-247-4201-4.
37. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN: 978-80-247-3224-4.
38. LIPPA, Richard A., 2009. *Pohlaví: příroda a výchova*. Praha: Academia. 432 s. ISBN 978-80-200-1719-2.

39. MARKOVÁ, Eva. 2012, Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství. *Kontakt*. 14(2), 129 – 136. ISSN: 1212-411.
40. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
41. MELLANOVÁ, Alena, 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN: 978-80-247-5589-2.
42. MEZERA, Antonín, 2008. *Pro jaké povolání se hodím*. Brno: Computer Press. 296 s. ISBN 978-80-251-2395-9.
43. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010. Věstník č. 9/2004. [online] [cit 2018-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
44. NAKLÁDALOVÁ, Marie, 2013. Bezpečné pracovní prostředí pro všeobecné sestry. In: VÉVODA, Jiří a kolektiv, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 77 – 103. ISBN 978-80-247-4732-3.
45. NOVÁKOVÁ, P., 2013. *Muži v ošetrovatelství*. Ostrava. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
46. PLAMÍNEK, Jiří, 2015. *Tajemství motivace: Jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 3. rozšířené vydání. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5515-1.
47. PLEVOVÁ, Ilona a Michaela BĚČÁKOVÁ, 2012. Motivace. In: PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 149 – 170. ISBN: 978-80-247-3871-0.
48. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.
49. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2011. Historie ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 15 – 44. ISBN 978-80-247-3557-3.
50. PLEVOVÁ, Ilona, 2012. Management v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 31 – 42. ISBN: 978-80-247-3871-0.

51. PLEVOVÁ, Ilona, 2012. Úvod do managementu. In: PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 11 – 14. ISBN: 978-80-247-3871-0.
52. POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 49 s. ISBN: 80-7013-420-8.
53. PONĚŠICKÝ, Jan, 2008. *Fenomén ženství a mužství: Psychologie ženy a muže, rozdílů a vztahy*. 3. doplněné vydání. Praha: Triton. 213 s. ISBN 978-80-7387-106-2.
54. PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
55. PUNCH, Keith, 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
56. RAJACICH, D. et al (2013). If they do call you a nurse, it is always a "male nurse": experiences of men in the nursing profession. *Nursing Forum*. 48 (1), s. 71-80. ISSN 1744-6198.
57. SEDLÁČKOVÁ, Daniela, 2009. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2685-4.
58. SEMEROVÁ, Veronika, 2009. *Všeobecný ošetrovatel - muž v ženském týmu*. Ostrava. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
59. SIKOROVÁ, Lucie, 2011. Role sestry a nemocného. In: PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 81 – 104. ISBN 978-80-247-3557-3.
60. SMETÁČKOVÁ, Irena, 2016. *Genderové představy a vztahy: Sociální a kognitivní aspekty vývoje maskulinity a feminity v průběhu základní školy*. Praha: Slon. 274 s. ISBN: 978-80-7419-229-6.
61. Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2017. Gender a sociologie. [online] [cit 2017-10-11]. Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/oddeleni/gender-sociologie>
62. STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
63. STRÁDAL, Jiří, 2016. *Člověk a svět práce: příprava na volbu povolání; praktické činnosti pro 6. – 9. ročník základních škol*. 3. upravené vydání. Praha: Fortuna. 80 s. ISBN 978-80-7373-129-8.

64. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
65. ŠPIDUROVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
66. ŠTIKAR, Jiří a kolektiv, 2003. *Psychologie práce ve světě*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 80-246-0448-5.
67. ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kolektiv, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
68. TOMAGOVÁ, Martina, 2011. Ošetrovatelský proces. In: PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 105 – 129. ISBN 978-80-247-3557-3.
69. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
70. TREŠLOVÁ, M., FILHAUSOVÁ D., PEKARA, J. RIECHTEROVÁ, S., BROŽOVÁ M, 2012. Ošetrovatelství – profese, na kterou není čas. *Zdravotnické noviny*. 61 (10), 18 – 20. ISSN 1805-2355.
71. UHDE, Zuzana, 2010. Genderové nerovnosti v roce Peking +15. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 11 (1), 74 – 77. ISSN 1213-0028.
72. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN: 978-246-2153-1.
73. VALIZADEH, L. et all (2014). The image of nursing, as perceived by Iranian male nurses. *Nursing and Health Sciences*. 16(3), 307-313 ISSN: 1442-2018.
74. VENDEL, Štefan, 2008. *Kariérní poradenství*. Grada: Praha. 224 s. ISBN 978-80-247-1731-9.
75. VESELÁ, Jana a Petra KANIOKOVÁ VESELÁ, 2011. *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2792-9.
76. VÉVODA, Jiří a Kateřina IVANOVÁ, 2012. Pracovní spokojenost efektivně aneb peníze nejsou všechno. In: VÉVODA, Jiří a kolektiv, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 125- 148. ISBN 978-80-247-4732-3.

77. VÉVODA, Jiří, IVANOVÁ, Kateřina, NAKLÁDALOVÁ, Marie a Jana MAREČKOVÁ, 2010. Pracovní spokojenost všeobecných sester. Profese online (Brno). 3 (3), s. 207 – 219. ISSN 1803-4330.
78. VRANKA, Marek. 2014. Ako (ne)merat' gendrovú identitu: kritická analýza používaných metód merania gendrovej identit. Československá psychologie. 58(3), s. 290 – 301. ISSN 0009-062X.
79. Vyhláška č. 391/2017 Sb. [online] [cit 2018-04-18]. Dostupné na: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c391/2017-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_14541_2439_11.html
80. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 20, s. 481 – 544. ISSN 1211-1244.
81. World Health Organization (WHO), 2017. Nursing. [online] [cit 2017-10-02]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/nursing/en/>
82. YANG, Cheng, I. et al (2017.). *There is nothing wrong with being a nurse: The experiences of male nursing students in Taiwan*. Japan Journal of Nursing Science. 14 (4), s. 332-340. ISSN: 1742-7924.
83. ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
84. Zákon č. 201/2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online] [cit 2017-11-20]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/en/sqw/sbirka.sqw?cz=201&r=2017>
85. ZELINKA, P., 2012. *Všeobecný ošetrovatel ve zdravotnictví*. Plzeň. Bakalářská práce. Fakulta zdravotních studií Západočeské univerzity v Plzni.
86. ZELINKA, Patrik. 2014, Vstup mužů do ošetrovatelství. Florence. 10 (11), 40 – 41. ISSN 1801-464X.
87. ŽIAKOVÁ, Katarína, 2009. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 Seznam příloh a obrázků

Veškeré uvedené přílohy jsou zveřejněny na CD, které je umístěno na zadních deskách bakalářské práce.

Příloha 1 – Okruh otázek pro kvalitativní výzkumné šetření

Příloha 2A – Otevřené kódování

Příloha 2B – Ukázka ze seznamů kódů

Příloha 3 – Dotazník pro kvantitativní výzkumné šetření

Příloha 4 – Kvalitativní a kvantitativní data (přepsané rozhovory, záznamový arch dotazníků)

9 Seznam zkratk

IMP	jednotka intermediální péče
JIP	jednotka intenzivní péče
P/K	pacient / klient
SZŠ	střední zdravotnická škola
VO	všeobecný ošetřovatel
VS	všeobecná sestra
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)