



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sesterská profese z pohledu sester 50+

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lenka Táborská

Vedoucí práce: Mgr. Hajduchová Hana, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Sesterská profese z pohledu sester 50+*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 08. 2017

.....

Táborská Lenka

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za cenné rady, připomínky, podněty a podporu, kterou mi po celou dobu psaní práce věnovala. Velké díky také patří Mgr. Janu Neugebauerovi za odborné konzultace.

Sesterská profese z pohledu sester 50+

Abstrakt

Bakalářská práce „*Sesterská profese z pohledu sester 50+*“ je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je věnována pozornost vymezení pojmů ošetrovatelství, sesterské profese, vývoji vzdělávání sester a popsání náročnosti sesterské profese. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou osobní zkušenosti sester nad 50 let se změnami v sesterské profesi. Seznámit se s jakými problémy se setkávají při výkonu své profese sestry nad 50 let. Popsat náročnost sesterské profese z osobního pohledu sester a zmapovat jednotlivé fáze profesní dráhy u sester ve věku nad 50 let. Šetření se zúčastnilo 12 všeobecných sester z toho 6 sester ve vedoucích pozicích, pracujících na lůžkových odděleních či ambulantních částích nemocnic v Českých Budějovicích, a.s. a v nemocnici v Prachaticích, a.s. V praktické části bylo využito kvalitativní výzkumné strategie, metody dotazování, technikou sběru dat byl hloubkový rozhovor. Získané informace byly analyzovány, bylo využito otevřené kódování, metoda tužka a papír. V rámci kategorizace dat vzniklo 5 kategorií a 5 podkategorií.

Z výsledků práce je patrné, že věk omezuje sestry při vykonávání tohoto povolání, ať už po stránce fyzické nebo po stránce psychické. Zjištění také poukazuje na to, že sestry vnímají svojí profesi jako nepříliš prestižní a jeden z mnoha aspektů toho je právě současný systém vzdělávání sester. Další problém současné doby poukazuje na to, že není dostatek času na pacienta. Jeden z mnoha důvodů je právě nedostatek sester v České republice. Sesterská profese je celek, který tvoří spoustu dílčích částí. Pokroky či stagnace v ošetrovatelské profesi jsou závislé na systému vzdělávání, které je aktuálně ve fázi novelizace.

Klíčová slova

Sestra; sesterská profese; pohled sester; věk 50+

The Issue Of Nurse Profession In The Point Of View Of Nurses Over 50'

Abstract

The bachelor thesis called „*The Issue Of Nurse Profession In The Point Of View Of Nurses Over 50*“ is divided into two parts, a theoretical part and a practical part. Throughout the theoretical part, attention is focused on defining the following terms: nursing, nursing profession, the development of nurses' education, and describing the difficulty of nursing profession. The aim of this bachelor thesis has been to find out what the personal experience of nurses aged 50 and over have been with changes in nursing profession. Further, it has been to find out what problems they encounter, carrying out their job of a nurse aged 50 and over. To define the difficulty of nursing profession from the nurses' personal perspective, and to map out the individual periods of professional career in nurses aged 50 and over. 12 general nurses have taken part in the research, out of which 6 were working in leading positions, working in bed wards or ambulatory parts of hospitals in České Budějovice, and Prachatice. The practical part used a qualitative research strategy, a questioning method, and an in-depth interview became the data collecting technique. The information obtained was analysed, using open-coding and the pen-paper method. 5 categories and 5 subcategories arose within the data categorization.

The thesis results clearly prove that nurses are limited by their age when carrying out this profession, both physically and mentally. The findings also point to the fact that nurses understand their profession not to be so prestigious, one of the many aspects of which is the current educative system for nurses. Another problem of the current form points to the fact that there is not enough time to be devoted to the patient. One of the many reasons is indeed the lack of nurses in the Czech Republic. Nursing profession is a complex that consists of many parts. Progress or stagnation in nursing profession depend on the system of education which is currently in a period of amendment.

Keywords

Nurse; Nursing profession; nurses' perspective; age of 50 and over

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Ošetrovatelství	9
1.2 Sesterská profese	10
1.2.1 Sestra	10
1.2.2 Role sestry	10
1.2.3 Funkce a práce sestry	12
1.2.4 Změny v kompetencích sester	13
1.2.5 Prestiž sesterské profese	16
1.2.6 Motivační prvky sester	17
1.3 Vývoj vzdělání sester	18
1.4 Náročnost sesterské profese	20
1.4.1 Fyzická zátěž sester	20
1.4.2 Psychická zátěž sester	21
1.4.3 Syndrom vyhoření	22
1.4.4 Duševní hygiena sester	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky	25
3 Metodika	26
3.1 Metodika a technika výzkumného šetření	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27

4 Výsledky	28
4.1 Kategorizace výsledků.....	28
5 Diskuze	41
6 Závěr	47
7 Seznam použité literatury	49
8 Seznam příloh	57
9 Seznam zkratk	63

Úvod

Mimořádnost práce sestry spočívá dle našeho názoru především v tom, že toto povolání není zaměstnáním, nýbrž posláním. Další výjimečností, kterou lze zařadit, je i realita, že se sestra neustále musí starat o jedince, ale nejen o jejich tělo, ale i jejich trpící duši. O pacienty, kteří strádají, obávají se o své zdraví nebo dokonce i o svůj život. Další výjimečností, kterou nelze opomenout, je její odpovědnost. Sestra si nemůže dovolit nikdy při své práci se zmýlit. Mimořádnost spočívá i v tom, že sestra musí být vždy bez ohledu na problémy v jejím osobním životě, empatická, ochotná, vstřícná, laskavá. Povolání sestry lze zařadit mezi obtížná povolání z hlediska odbornosti. Je to povolání tedy velmi náročné, jak po fyzické stránce, tak po stránce psychické. Od sester se tedy předpokládá, nejen, že zvládnou již svojí vysoce odbornou činnost, ale, také se musí vypořádat s řadou problémů, který život přináší. Všechny tyto nároky kladou důraz na osobnost člověka, na jeho duševní vyrovnanost a způsob života.

Téma mé bakalářské práce Sesterská profese z pohledu sester 50+ bylo vybráno na základě osobního zájmu k dané problematice. U tohoto tématu mě velice zajímalo, jak sestry nad 50 let vnímají jejich profesi v proměně času. V teoretické části bakalářské práce popíšeme ošetřovatelství, sesterskou profesi, vývoj vzdělávání sester a náročnost sesterské profese. Dále se budeme zabývat změnami v kompetencích sester, syndromem vyhoření, duševní hygienou sester, fyzickou a psychickou zátěží, prestiží sesterské profese a v neposlední řadě duševní hygienou sester. V praktické části je našim cílem zmapovat jednotlivé fáze profesní dráhy u sester ve věku nad 50 let, popsat náročnost sesterské profese z osobního pohledu sester ve věku nad 50 let. Dalším cílem bylo zjistit, s jakými problémy se setkávají při výkonu své profese sestry ve věku nad 50 let a zjistit, jaké jsou osobní zkušenosti sester ve věku nad 50 let se změnami v sesterské profesi. Bude použito kvalitativní výzkumné strategie, metodou dotazování, technikou hloubkového rozhovoru.

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelství

Dle Tóthové et al. (2014) je ošetrovatelství v dnešní době považováno za samostatnou zdravotnickou doménu. Nedílnou součástí ošetrovatelství je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace.

„Ošetrovatelství je moudrost, láska a pomoc. Aby mohlo plnit tyto tři nejhumánnější očekávání, musí velmi intenzivně pracovat na své vlastní podstatě.“ (Farkašová et al. 2006, s. 11). V ošetrovatelské profesi je znakem moudrosti kniha, znakem lásky srdce a znakem pomoci ruka (Farkašová et al. 2006).

Klíčovým záměrem ošetrovatelství je pomáhat jedinci, ale i skupině k dosažení fyzického, psychického a sociálního zdraví a vyrovnanosti. Včlenit bytost do péče o vlastní zdraví a posílit kladný vztah ke zdraví (Šamánková et al. 2006). *„Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“* (Tóthová et al. 2014, s. 14).

Aby bylo ošetrovatelství účinné, je nezbytně nutná také týmová spolupráce. Díky kolektivní práci získává ošetrovatelství většího úspěchu. V dnešní době je pro sestry podstatným významem, aby došlo k porozumění pravého smyslu týmové spolupráce vzhledem k neustálému stoupání produktivity v našem managementu (Balková, Takáčová, 2014).

Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky je důležité pro uspokojení těchto záměrů, aby ošetrovatelský personál těsně kooperoval s nemocným, lékaři a dalšími členy ošetrovatelského týmu (Špaček, 2004).

Účelem ošetrovatelství je zorganizovat ošetrovatelskou péči tak, aby vycházela z individuálních nesnáz a potřeb kteréhokoliv nemocného, který bude ohniskem pozornosti a působením celého ošetrovatelského týmu (Tóthová et al. 2014).

1.2 Sesterská profese

1.2.1 Sestra

Sestra je dle Výkladového ošetřovatelského slovníku (2007) definována jako zdravotnická pracovnice, která absolvovala vzdělávací program v ošetřovatelství a splňuje zákonné podmínky pro výkon povolání sestry. Podle Mezinárodní rady sester je sestra osoba, s ukončeným základním všeobecným ošetřovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Za základní ošetřovatelské vzdělání je považován formálně uznaný studijní program, který studentovi poskytne široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetřovatelství. Veškeré získané vědomosti jsou potřebné pro všeobecnou ošetřovatelskou praxi, řídicí úlohu nebo navazující specializační studium (Alexander, Runciman, 2003).

Povolání sestry se tedy řadí k regulovaným povoláním.

1.2.2 Role sestry

„Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti.“ (Farkašová et al. 2006, s. 180). Vzor chování, který je definován požadavky určité profese, nazýváme profesní rolí. S rolí nesouvisí pouze chování daného jedince, ale i jeho prožívání, tedy jeho emoce, postoje a v neposlední řadě i vlastnosti osobnosti a hodnotový systém, který jedinec uznává. Každá profese zastává ve své roli určitou pozici, která určuje její místo ve společnosti. Profesní roli také ovlivňuje image, kterou můžeme definovat jako soubor názorů, pocitů a postojů společnosti i jedince k dané profesi. S rozkvětem ošetřovatelství dochází k postupnému obměňování role sester (Beňadiková, Rapčíková, 2009). Sestra při své profesionální práci nezastává pouze jednu roli, ale vždy více rolí najednou. Role sester se mění s postupným vývojem a změnami ve společnosti. Pouze málo profesí se poslední dobou podrobilo takové obměně jako povolání sestry. K této změně nabádá výrazný posun jak v medicíně, tak i ošetřovatelské činnosti, kdy do této sféry prostupují nové znalosti společenských věd, zvláště z pedagogiky, psychologie, sociologie, etiky a také ze zdravotnické techniky (Staňková, 2002).

Farkašová et al. (2006) ve svém díle uvádí, že role sestry se dají definovat třemi základními znaky. V průběhu práce sestra musí vždy porozumět trápení nemocného a vždy vycházet z jeho potřeb. Povinností je pokaždé obstarat u nemocného pocit bezpečí. Sestra by měla být vždy nestranná, tudíž by měla umět ovládat své emoce.

Dále Farkašová et al. (2006) poukazuje na sedm základních rolí v současném ošetrovatelství. Nejčastější rolí sestry je poskytovatelka ošetrovatelské péče. Tato role je charakterizována vztahy, které se vytváří k poskytování ošetrovatelské péče. V této roli je důležité holistické chápání jedince i skupiny a zohlednění jejich zdraví a prostředí s cílem uspokojit jejich potřeby. Sestra jako manažerka, to znamená, že sestra má vliv v řízení a instituci na odlišných úrovních, a to na úrovni státní, regionální a na úrovni zdravotnického zařízení. Zejména funguje jako manažerka ošetrovatelské péče, jak, u jednotlivců, tak u skupin, tím, že plánuje ošetrovatelský proces. Tato role je prvkem veškerých ošetrovatelských činností. Pokud sestra nebude tuto roli akceptovat, má to velký dopad na ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče se stává nekoordinovaná a neefektivní. Dalším příkladem je sestra jako edukátorka nemocného a jeho rodiny. Edukační činnost sestry je velmi rozmanitá ve všech směrech. Podílí se na udržení a navrácení zdraví, na rozvoji soběstačnosti, také na rozvoji sebepéče a na nábízení praktických dovedností (např. monitorování hladiny krevního cukru, aplikace inzulínu, apod. V neposlední řadě je rolí sestry i advokátka. Sestra tlumočí problémy a požadavky nemocného, informuje ho o jeho právech a zastává se ho v jeho zájmech a to v případě, že nemocný není způsobilý prokázat své potřeby, potíže a přání, stává se i jeho mluvčím (Farkašová et al. 2006).

Aby se ošetrovatelství nestalo stagnující profesí, potřebujeme v řadách sester také nositelky změn. Sestra nositelka změn vylepšuje zdravotní kondici rodin i jednotlivců, stupňuje účinnost zdravotní péče a také vylepšuje názor občanů a zákonodárců k ošetrovatelské profesi (Mastiliaková, 2005).

Velmi důležitou rolí je také sestra výzkumnice, která se stala v současnosti velmi aktuální a uznávanou v této profesi (Farkašová et al. 2006). Sestra téhle role se podílí na využití nových vědomostí z oblasti ošetrovatelství. Nabývá nových poznatků z odborných periodik, úzce spolupracuje nebo dokonce vede vývojové programy a mimo jiné se účastní produkce ošetrovatelských standardů (Plevová et al. 2011).

Rovněž nelze opomenout roli sestry mentorky, jež je zodpovědná za dohled nad studenty v klinické praxi, zejména za studenty ošetrovatelství a porodní asistence. Aby se tato role mohla efektivně vykonávat, musí mít sestra klinickou a pedagogickou schopnost a hlavně dostatečně zralou osobnost (Farkašová et al. 2006).

Plevová (2011) uvádí ještě dvě role, a to sestra jako asistentka a sestra jako koordinátorka. Sestra jako asistentka se podílí na diagnosticko- terapeutické lékařské péči, na přípravě nemocného k vyšetření, ale také se účastní asistence tohoto vyšetření a plní ordinace lékaře. Sestra jako koordinátorka spolupracuje při plánování a realizaci ošetrovatelské péče se členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu a především spolupracuje s pacientem a celou jeho rodinou.

Ošetrovatelská péče se neustále rozvíjí a tím přibývá více a více rolí sester (Šamánková et al. 2006).

1.2.3 Funkce a práce sestry

S rozkvětem nynějšího ošetrovatelství, které se soustředí na potřeby praxe, přibývají nepřetržitě nové kompetence sester. Staňková (2002) rozlišuje čtyři zásadní funkce sester, a to řízení a poskytování ošetrovatelské péče, výchova a výuka pacienta, mezioborová a týmová spolupráce a výzkumná činnost ve sféře ošetrovatelství.

Řízení a poskytování ošetrovatelské péče z toho vyplývá, že sestra rozpoznává potřeby nemocného a zjišťuje původ, který vede k jejich uspokojení. Také sestry zamýšlejí a poskytují ošetrovatelskou péči, snaží se začlenit nemocného i jeho rodinu do ošetrovatelského procesu, kladou důraz na soběstačnost, vedou si dokumentaci, do které si zaznamenávají informace, podle kterých následně stanovují výsledky ošetrovatelského procesu.

Do výuky a výchovy pacienta a zdravotnického týmu řadíme sestru, která vyhledává vědomosti a zručnosti ve spojitosti s udržením zdraví. Podílí se na zájmu o vzdělávacích seminářích, kde podporuje sestry a i ostatní zdravotnický tým v získání dalších znalostí a dovedností.

Zapojení sestry do zdravotnického týmu obsahuje spolupráci sestry s nemocným, ale i s jeho rodinou i jinými příslušníky zdravotnického týmu (Mastiliáková, 2005).

Sestra je kompetentní provádět ošetrovatelskou praxi, která zahrnuje podporu zdraví, předcházení nemoci a péči o nemocné a mentálně a fyzicky postižené osoby v jakémkoliv věku a to, jak v terénní tak v ústavní péči. Podílí se na zdravotní výchově populace, proškolují a činí dohled nad pomocným ošetrovatelským personálem a snaží se realizovat ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu (Březinová, 2006).

1.2.4 Změny v kompetencích sester

Právně určené kompetence jsou nedílnou součástí pro vytvoření pracovní náplně každého zaměstnance. Nutno podotknout, že je nezbytně nutné vycházet nejen z právních předpisů, ale i s dovednostmi, schopnostmi a vědomostmi daného pracovníka. Kompetence se musí neustále ověřovat, prohlubovat a modernizovat (Prošková, 2010).

Klíčovým prvkem k osvojení kompetencí je pregraduální a postgraduální vzdělání sester. Vyšší vzdělání sester je velmi podstatné k tomu, aby došlo k bezpečnému a kvalitnímu poskytování ošetrovatelské péče (Mikšová et al. 2013).

Od roku 1950 jsou kompetence sester ovlivňovány právními předpisy (Kutnohorská, 2010). Úplně první zákon o zdravotnickém povolání, byl zákon č.170/1950, který cituje: „Každý, kdo vykonává zdravotnické povolání, je povinen svědomitě poskytovat účelnou a hodnotnou zdravotní péči a dbát o zvyšování zdravotní úrovně lidu.“ (Zákon č. 170/1950, s. 695). Tento zákon stanovoval, že sestra vykonávala odbornou ošetrovatelskou péči, pro kterou byla odborně vyškolená, na bázi lékaře, ale i samostatně. Sestra měla vysoký rozsah v oblasti rozhodování, provádění edukace a vyšetření pacientů. Chodila k rodinám domů a sledovala nejen zdravotní stav, ale také jejich sociální podmínky (Zákon č.77/1951, s. 229).

V roce 1960 nabyla platnosti vyhláška č. 44/1966 Sb., která určovala, že sestra je způsobilá ve vykonávání této profese po ukončení střední zdravotnické školy, která je zakončená maturitní zkouškou. Míru kompetencí a oprávnění určovalo Ministerstvo zdravotnictví. Tato vyhláška navíc upravovala vzdělání sester, kdy sestram umožňovala se zúčastnit seminárních školeních, odborných školeních a také specializačního pomaturitního studia zakončené závěrečnou zkouškou (Vyhláška č. 44/1966, s. 178, s. 182-183).

Ke specifikaci kompetencí došlo, když Ministerstvo zdravotnictví vydalo směrnici č. 33/1967 Sb. Na základě indikace lékaře mohla prověřená sestra aplikovat injekce nitrožilně a podávat infuze. Sestra směla provádět odběry venózní krve u všech věkových kategorií bez speciálního prověření lékaře. Obstarávala také výtěry z krku, nosu, odběry moče a cévkování žen (Věstník MZ ČSSR Směrnice 33/1967 Sb., s. 117-120).

K další změně v kompetencích došlo při záměně vyhlášky č. 4

4/1966 Sb., vyhláškou č. 72/1971 Sb. Tyto změny platily pro všeobecné, dětské a ženské sestry. Týkaly se zastupitelnosti jednotlivých oborů s určitým omezením. Omezení se vztahovalo k práci dětské a všeobecné sestry na porodním sále a ženském oddělení intenzivní péče. Na odděleních, které se týkaly novorozenců, kojenců a dětské intenzivní péče, měly zákaz pracovat sestry ženské a dětské. Pokud všeobecné sestry a ženské sestry chtěly pracovat v oboru dětská sestra, musely si doplnit kurz pedagogiky a psychologie dítěte (Vyhláška č. 72/1971 Sb., s. 359-360, s. 368- 369).

Následující vymezení se týkalo dětské sestry. Ministerstvo zdravotnictví vydalo směrnici č. 27/1972 Sb., na základě vyhlášky č. 72/1971 Sb. Dle této směrnice dětská sestra nesměla sama aplikovat intravenózní injekce dítěti do 15 let, pouze mohla při těchto výkonech asistovat lékaři (Směrnice č. 27/1972 Sb., s. 106).

Směrnice č. 10/1986 v roce 1886 zobrazuje kompetence po ukončení pomaturitního specializačního vzdělávání. Po ukončení pomaturitního specializačního vzdělání, mohl pracovník vést odbornou praxi a praktickou výuku studentů a byl zcela kompetentní k provádění vědeckovýzkumné a publikační činnosti. Dle směrnice č. 33/1967 Sb., stačilo k tomu, aby sestra mohla aplikovat infuze a intravenózní injekce pouze ústní prověření lékaře, ale dle této nové směrnice už tomu tak nebylo. K tomu aby sestra mohla aplikovat intravenózní injekce, bylo zapotřebí písemného pověření vedoucím lékařem daného pracoviště, na základě osobních vlastností, zkušeností a schopností. Další změnou bylo, že dětské sestry už mohly aplikovat intravenózní injekce dětem do 15 let (Věstník MZ ČSR směrnice 10/1986 Sb., s. 90-105).

Směrnice č. 10/1986 byla platná až do roku 2004, kdy v roce 2004 byla vydaná nová vyhláška č. 424/2004 Sb. Vymezovala, co mohou všeobecné sestry a ostatní střední zdravotničtí pracovníci provádět bez indikace, z indikace lékaře, bez odborného

dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením lékaře. Mezi výkony, které mohla sestra provádět bez odborného dohledu, patřilo- cévkování, výplachy močového měchýře, zavádět jejunální a nazogastrické sondy, výplach žaludku a výměna tracheostomické kanyly u pacientů při vědomí starších 10 let. Pod dohledem lékaře mohla podávat nitrožilně krevní deriváty, asistovat při podávání transfuzních přípravků a bez odborného dohledu jejich aplikaci ukončovat (Vyhláška č. 424/2004, s. 8098-8099).

Novou změnou bylo také to, že sestra není odpovědná za administrativní činnost, jako bylo například dodržování plánů očkování a preventivních prohlídek. Nyní všechny tyto kompetence převzal za sestru lékař (Mikšová et al. 2014). Tato vyhláška také určovala kompetence nově vzniklé profese zdravotnického asistenta, který na rozdíl od všeobecné sestry není kompetentní k podávání nitrožilních injekcí, infuzí, podávání intramuskulárních injekcí dítěti do 3 let (Vyhláška č. 424/2004, s. 8098-8099).

Dle Mikšové (2014) není asistent schopný vykonávat všechny fáze ošetrovatelského procesu. *„V jeho kompetenci je pouze realizace ošetrovatelského plánu, neprovádí hodnocení cíle, nestanoví ošetrovatelské diagnózy, není oprávněn plánovat ošetrovatelskou péči a edukovat pacienty.“* (Mikšová et al. 2014, s. 135).

V roce 2010 došlo k rozšíření kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků, kdy sestry mohly vykonávat výkony, které dříve vykonávaly pouze komunitní sestry a to jako stanovení nutričního plánu a edukace kardiologického pacienta (Koubová, 2011).

Mikšová (2014) ve svém díle poukazuje na změnu vyhlášky č. 424/2004 Sb. vyhláškou č. 55/2011 Sb., která vymezuje pro všeobecnou sestru tyto činnosti. Bez odborného dohledu sestra sleduje a zaznamenává stav pacienta, provádí odběry biologického materiálu, zhodnocuje potřeby pacienta, zabezpečuje průchodnost dýchacích cest a z nich odsává sekrety, klasifikuje a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, ošetřuje stomie, pečuje o invazivní vstupy, provádí rehabilitační ošetřování, nácvik soběstačnosti, edukuje pacienty, hodnotí situaci pacienta a spolupracuje se sociálními pracovníky, zajišťuje příjem, překlad a propuštění pacientů, psychicky podporuje umírající a jejich blízké. Dle indikací lékaře všeobecná sestra vykonává činnosti spojené s preventivní, diagnostickou, léčebnou, neodkladnou, rehabilitační a dispenzární péčí. Podává léčivé

přípravky, aplikuje kyslíkovou terapii, ošetřuje akutní a operační rány, vyměňuje a ošetřuje tracheostomické kanyly, zavádí a pečuje o nazogastrickou sondu, aplikuje výživu sondou a provádí katetrizaci močového měchýře. Všeobecná sestra pod odborným dohledem aplikuje nitrožilně krevní deriváty, asistuje při aplikaci transfuzních přípravků (Mikšová et al. 2014). Štěpánková (2016) ve svém článku poukazuje na úpravu vyhlášky č. 55/2011 Sb., vyhláškou č. 2/2016 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Touto vyhláškou byly všeobecné sestře upraveny kompetence k výkonu povolání. Nová úprava zahrnuje motivaci a edukaci k přijetí zdravého životního stylu a v péči o sebe sama, analyzovat a hodnotit kvalitu poskytované péče, provádět opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace.

Sehnalová (2015) ve svém díle uvádí, že v současné době se kompetence sester zabývají spíše odbornou péčí. Další důležitou změnu přinesla změna právního předpisu zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních u zdravotnického asistenta, který může vykonávat základní ošetrovatelskou péči zaměřenou na uspokojování potřeb pacienta již bez odborného dohledu sestry. Touto změnou se předpokládalo také, že dojde k navýšení kompetencí sester, ale došlo pouze k jejich úpravám, které zprostředkovává vykonávat sestřím bez registrace činnosti pod odborným dohledem registrované sestry. Podle Proškové (2010) se profese sestry se řídí dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s povoláním zdravotní péče, v platném znění.

1.2.5 Prestiž sesterské profese

Prestiž sesterské profese se dá vnímat jako dobrá pověst jednotlivce či skupiny, která je spojená s respektem a vlivem. Primárním ukazatelem sociálního postavení jedince je prestiž, která je úzce spjata se vzděláním, příjmem, mocí a životním stylem. Profese sestry ve společnosti zastává určitou pozici. Například prestiž povolání lékaře se u nás nemění, neustále se vyskytuje v čele žebříčku, kdežto s profesí sestry je to ale jinak. V červnu v roce 2011 se profese sestry objevuje na 3. místě, vzápětí za lékařem a vědcem.

Prestiž sesterské profese je spojená i s kompetencemi sester. Sestry jsou stále více vzdělané a nenahraditelné. Sestry by měly kvalifikovaně poradit populaci, provázet ji, nestrachovat se a dovést přijmout riziko. Nést za své činy zodpovědnost a neschovávat se za lékaře. Další nezbytností pro prestiž sesterské profese je sebejistá komunikace, jak s pacientem, tak ale i s lékařem. Veřejnost posuzuje prestiž sester zejména i na tváři, kterou představují. Stejně podstatné jako vzdělání a způsobilost je jejich sympatický a upravený vzhled, spořádané chování a spolehlivost. Pokud sestry dbají na všechny tyto podmínky, je jejich prestiž populací hodnocena lépe (Maryšková, 2010).

1.2.6 Motivační prvky sester

Jak uvádí Vévoda et al. (2013) výraz motivace lze chápat jako cestu k úspěchu.

V současné době se sestry pro výběr své budoucí profese rozhodují na podkladě prosociálního chování, které je čím dál více ohroženo negativními činiteli, které ovlivňují jejich profesní motivaci. V reálné praxi tyto činitelé hrají významnou roli při zabezpečení nepřetržité péče a vývoji ve sféře realizace ošetrovatelských plánů. Za prvotřídní formu motivace lze považovat vnitřní motivaci, ale pracovníci nepotřebují pouze vnitřní motivaci, ale i z části motivaci vnější. Vnější motivace psychiku člověka stimuluje. Mezi pozitivní stimuly řadíme vše, co je pro nás, důležité, a to především finanční ohodnocení, sociální zajištění, vzdělání, náplň práce, vztahy na pracovištích, atmosféra na pracovišti a souznění s profesí, prací a organizací. Také se můžeme setkat s řadou negativních stimulů, které mohou být spojené s pracovní nespokojeností např. stres v souvislosti s přetížením, směnný provoz a přesčasy (Vévoda et al. 2013).

Heplová a Michálková v roce 2009 prováděly výzkumné šetření ohledně motivačních prvků v práci sestry, kdy při otázce, proč sestry zvolily toto povolání, odpovědělo 65 % dotazovaných sester, že je k tomuto výběru lákala dychtivost pomáhat ostatním lidem. 25 % sester se shodlo, že povolání sestry zvolily z toho důvodu, že na zdravotnické škole bylo minimum učiva matematiky. Následujících 9 % sester odpovědělo, že sesterské povolání zvolily pro to, že je to prestižní povolání a poslední 1 % sester si tuto profesi vybraly kvůli finančnímu ohodnocení (Heplová, Michálková, 2010). S tímto tvrzením souhlasí výsledky výzkumu, které publikoval Wu et al. (2015). Ti apelují na ošetrovatelské instituce, aby poskytly více platform, které by pomohly absolventům

školy lépe porozumět ošetřovatelské kariéře. Dále navrhuji zvýšení finančních odměn a plán zaměřený na nábor a udržení dalších sester.

1.3 Vývoj vzdělání sester

Než se utvořila profese sestry tak, jak ji dnes známe, prošlo ošetřovatelství mnoha etapami vývoje. V každé etapě tohoto vývoje se povolání sestry přetvářelo a měnilo. K cílené výchově dívek a žen k povolání sestry došlo až s nástupem profesionálního ošetřovatelství (Plevová et al. 2011).

Počátky výchovy k tomuto povolání se rodily v charitativních organizacích a probíhaly formou předávání zkušeností z generace na generaci. Péče v těchto charitativních zařízeních nevyžadovala odbornou přípravu personálu a byla prováděna příslušníky církevních řádů (Plevová et al. 2011).

V druhé polovině 19. století byla již tato zařízení rozdělena na chudobince, starobince, sirotčince a špitály. Do špitálů, nebo můžeme říci již nemocnic, se začalo přesouvat těžiště lékařské práce. Lékař potřeboval ke své práci pomocníka, který je schopný odborné komunikace a počíná si racionálně při ošetřování nemocných (Bártlová, 2005). Z toho vyplývá, že bylo zapotřebí odborného vzdělání sester (Plevová et al. 2011).

První ošetřovatelská škola na světě byla založena roku 1860 v Londýně Florence Nightingalovou, kterou k tomuto činu přivedly zážitky z Krymu. Po jejím vzoru začaly vznikat další školy ve velkých městech po celém světě. V Čechách byla založena první ošetřovatelská škola v Praze roku 1874. Ta po pouhých sedmi letech ukončila svou činnost (Plevová et al. 2011).

Roku 1914 vyšla legislativa, která určovala organizační strukturu a obsahovou náplň škol a zlegalizovala jejich zakládání. V roce 1916 vznikla při Všeobecné nemocnici v Praze Česká zemská státní dvouletá ošetřovatelská škola. V tomto období se začala péče přesouvat i mimo nemocnice a roku 1918 vznikla v Praze Vyšší sociální škola, která přichystala diplomované sestry na samostatnou práci v terénu (Plevová et al. 2011).

Až v roce 1946 byla založena Vyšší ošetřovatelská škola, která vzdělávala sestry pro působení ve vedoucích pozicích, ale i pro výuku dalších adeptek na ošetřovatelských školách (Plevová et al. 2011).

Tento vývoj základního vzdělávání sester byl ukončen po roce 1948 a všechny ošetrovatelské a sociální školy byly sloučeny pod názvem střední zdravotnické školy. Na těchto školách se připravovaly všechny skupiny zdravotnických pracovníků. Studium bylo čtyřleté a do školy nastupovali žáci ve čtrnácti či patnácti letech. To mělo za následek, že k ošetrovatelskému povolání byli připravováni osoby sociálně nezralé. Škola se zaměřovala převážně na výuku medicínských znalostí a ošetrovatelských dovedností v péči o hospitalizovaného člověka (Plevová et al. 2011).

V roce 1960 bylo po novu otevřeno magisterské studium pro zvýšení kvality učitelů ošetrovatelství. Pro další vzdělávání nelékařských pracovníků vzniklo roku 1960 středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, které dnes známe pod názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) (Plevová et al. 2011).

Po roce 1989 se udály změny v chápání sociální a zdravotní péče. Vzdělávání v těchto oborech se začalo transformovat s cílem zvýšit úroveň ošetrovatelské péče a tím i zlepšit úroveň zdraví populace a zajistit soulad s kritérii Evropské unie (Kutnohorská, 2010).

Podle zákona 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, v platném znění, se rozděluje vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na pregraduální a postgraduální (Plevová et al. 2011). Pregraduální vzdělávání v sobě zahrnuje střední zdravotnické školy, zdravotnická lycea, vyšší zdravotnické školy a zdravotně sociální fakulty se vzděláním na bakalářské úrovni. Další vzdělání v magisterských a doktorských programech už zařazujeme do vzdělávání postgraduálního. Sem také patří specializační a celoživotní vzdělávání (Plevová et al. 2011).

Důležitou kapitolou ve vzdělávání sester, kterou nemůžeme opomenout, je mentorství. Probíhá v praktické části výuky a můžeme ho chápat jako pomoc druhému učit se. Mentorkami se stávají členky ošetrovatelského týmu, kde student vykonává praxi. Jedná se o kvalifikované registrované sestry, které mají v praxi již několikaleté zkušenosti a které jsou absolventkami kurzu pro mentory. Z povinností sestry v roli mentorky

můžeme zmínit například motivování studentů k co nejlepší práci nebo pomoc přizpůsobit se novému prostředí (Plevová et al. 2011).

K 1. 7. 2017 vyšla novela č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. Pro získání kvalifikace všeobecné sestry bude stačit pouze střední zdravotnická škola a jeden rok na vyšší odborné škole. Novela č. 201/2017 Sb., nabude platnosti k 1. 9. 2017 a veškeré změny se budou vztahovat i na současné studenty. Další změny podle zákona 201/2017 Sb., přináší model pracovně nazvaný „4+1“, který má nahradit dosavadní tříleté studium na vysoké nebo vyšší odborné škole, bez kterých všeobecná sestra nezíská plnou kompetenci k výkonu svého povolání. Podle nového modelu budou všeobecné sestry absolvovat 4 roky studia na střední zdravotnické škole a poté jeden rok na vyšší odborné škole, čímž získají kvalifikaci všeobecné sestry. Vysokoškolské vzdělání zůstává povinné u vybraných specializacích, jako je například intenzivní péče. Podle výše zmíněné novely, získávají absolventi středních zdravotních škol, nově zavedenou kvalifikaci- praktická sestra. Tato kvalifikace, které bude stačit k výkonu povolání pouze maturitní zkouška, bude mít nižší kompetence než sestra všeobecná, nižší platové ohodnocení, ale bude způsobilá výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (Vojíková, 2017).

1.4 Náročnost sesterské profese

1.4.1 Fyzická zátěž sester

Fyzickou zátěž lze definovat jako zátěž, která vznikla v důsledku pracovního vytížení zejména při zatížení svalstva, ale i srdečně-cévní a dýchací soustavy (Gučková, 2007).

Fyzickou zátěž můžeme rozdělit na zátěž statickou a dynamickou. Pod statickou zátěží si lze představit dlouhodobé stání na jednom místě, zejména při asistenci lékaři při vizitách nebo při jiných ošetrovatelských činnostech. Dynamická zátěž nebo-li zátěž během chůze, se vyskytuje především při vykonávání potřeb nemocného či zajištění vyšetření na jiných odděleních (Mellanová et al. 2014).

V sesterské profesi je vlivem fyzické zátěže podléhající obzvlášť pohybový aparát dolních končetin, poněvadž z velké části směny sestra chodí nebo stojí, ale také je zatížena páteř a horní končetiny, v důsledku manipulace s imobilními pacienty

(Gučková, 2007). Při opakující a dlouhotrvající fyzické zátěži muže dojít až k úplnému vyčerpání organismu, které se projeví podrážděností, neschopností soustředit se, nespavostí apod. (Gučková, 2007).

V ošetrovatelské péči se za náročnou fyzickou práci považuje především manipulaci s pacienty, ale i ostatní práce, při kterých dochází k fyzické zátěži jako je manipulace s prádlem a zdravotnickým materiálem (Komačková, 2009).

Ve zdravotnictví se potýkáme s fyzickou zátěží v první řadě u sester, které pracují na lůžkových odděleních. Stupeň zátěže je velmi rozmanitý, záleží to na typu oddělení a především na struktuře pacientů a jejich zdravotním stavu, ale také množstvím sester na směně (Vévoda et al. 2013).

Největší fyzická zátěž pro sestry se nachází na odděleních, kde jsou hospitalizováni z velké části imobilní pacienti, u kterých je nezbytná komplexní ošetrovatelská péče, do které řadíme polohování, osobní hygienu, ale i například rehabilitační cvičení. Za taková oddělení považuje např. oddělení neurologické, rehabilitační, geriatrické, traumatologické a jednotky intenzivní péče (Vévoda et al. 2013).

Jedním z elementárních podmínek, která vedou ke snížení fyzické zátěže u sester je, že by měl být přijatelný počet zdravotnického personálu na oddělení, dále možnost využití kompenzačních pomůcek, které zmenšují fyzickou zátěž a v neposlední řadě, aby došlo k lepšímu uspořádání práce sester na oddělení (Vévoda et al. 2013).

1.4.2 Psychická zátěž sester

„Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.“ (Vévoda et al. 2013, s. 88).

Mimo fyzické zátěže se sestra potýká i se zátěží psychickou. Sestra se neustále v práci střetává s řadou překážek, které jsou spojené s trápením, nemocí a úmrtím pacientů, čemuž jsou sestry vystavovány veliké psychické zátěži, která může vést až ke vzniku syndromu vyhoření (Komačková, 2009).

V současném období sestry podstupují čím dál více psychicky náročnější práci. Ať už se tato práce týká kooperací sestry s technickým zařízením, nebo prací s druhými lidmi a, to s pacienty, spolupracovníky a nadřízenými (Kadučáková, 2011).

Míra psychické zátěže je úzce spjata s náplní a charakterem práce. Nezávisí ale pouze jen na rozsahu zatížení, avšak i na osobnosti sestry. Včetně pracovního zatížení musíme brát v potaz i osobní život, který se taktéž velmi podílí na psychice sestry (Kadučáková, 2011). Vzhledem narůstajících se náročných situací na psychiku, to může vyústit až k poškození zdraví, které se mnohdy projevuje různými psychosomatickými chorobami (např. vředová choroba gastroduodena, hypertenze či ischemická choroba srdeční), ale i poruchy v oblasti mentálního zdraví (Vévoda et al. 2013).

Pokud se sestra naučí efektivněji posuzovat a zvládat stresové situace, jak v práci, tak ve svém osobním životě, tak dokáže pomoci nejen sama sobě, ale zejména pacientovi a jeho rodině při obtížných životních situacích, jež souvisí s hospitalizací, terapií či dokonce úmrtím (Komačeková, 2009).

Křišandová (2010) uvádí, aby nedošlo k syndromu vyhoření při neustálém prohlubování psychické zátěže, je nevyhnutelná efektivní prevence. Nejzásadnější prevencí je práce sestry v pozitivním pracovním prostředí. Jestliže sestra pracuje v pozitivním pracovním prostředí, je spokojená a i práce, kterou vykonává, je ohodnocena. Nedílnou součástí prevence stresu jsou různé relaxační techniky, spánek a odpočinek (Valášková, 2008).

1.4.3 Syndrom vyhoření

Nynější zdravotnictví si vyžaduje schopné zdravotníky, kteří nesmějí udělat chybu i přestože provozují práci, která je velmi psychicky i fyzicky náročná. Při této práci si sestra nedokáže často udržet profesionální a osobnostní odstup od pacientů, a to se poté následně projevuje nejen v jejím profesionálním, ale i osobním životě. Způsobí to pocit beznaděje, deprese a úzkosti, který následně vyústí až do syndromu vyhoření (Ondriová, Slaninková, 2010).

„Syndrom vyhoření (burnout- původně v podobě burn- out, dříve také u nás překládaný jako syndrom vyhaslosti, vypálení) vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje se při práci s lidmi tzv. pomáhajících profesích.“ (Bartošíková, 2006, s. 20-21). Podobná tvrzení uvádí ve svém díle i Le Gall et al.

(2011), kteří dále poukazují na závažnost této problematiky a kritické množství zaměstnanců trpících tímto stavem. Z výsledků je patrné, že v sesterské profesi trpí syndromem vyhoření až jedna třetina zaměstnanců.

Dle Kraska- Ludacke (2007) lze syndrom vyhoření roztrždit na několik stádií, a to na stádium nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření.

Aby nedošlo k syndromu vyhoření, je velmi nezbytné tomu předcházet. Podstatné je, aby člověk uměl zvládat stresové situace a vyhnul se dlouhodobému působení stresu na organismus. „*Jako hlavní faktory předcházení vyhoření jsou uváděny následující 3 skupiny okolností: 1. Nalezení smysluplné pracovní činnosti. 2. Získání a převzetí profesionální autonomie a opory. 3. Konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám, včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší práci a práce jemu.*“ (Bartošíková, 2006, s. 42). Za neodkladnou je rovněž považována prevence vyhoření na pracovišti. Ze stávajících výzkumů (Palmer-Morales et al. 2007; Ng et al. 2016; Clumeck et al. 2017; Kurzthaler et al. 2017; Lahana et al. 2017; Liang et al. 2017), je patrné, že je aktuálně syndrom vyhoření a jeho prevence jedním z často diskutovaných problémů. Velkou váhu vztahům na pracovišti přikládá ve svém díle Stock (2010), ale také i Kelnerová a Matějková (2014) nebo Mesters (2017). Následkem špatných vztahů na pracovišti může dojít až k syndromu vyhoření. Z toho vyplývá, že na pracovištích by mělo být pokojné a klidné prostředí. Vedoucí sestra by měla být schopna zajistit adekvátní pracovní prostředí. Pokud prostředí upravit nelze, vedoucí sestra by měla přijímat jiná preventivní opatření. Tyto informace ve svém díle uvádí Lahana et al. (2017), který dále tvrdí, že jako prevence působí inovativní programy, specifická odborná příprava, kolektivní spolupráce či posilování a zvládání stresu. Totožné tvrzení publikoval Sweigart (2017), který se dále zaměřuje spíše na práci s dětským pacientem. Inovativními programy pro sestry se také zabýval Stier-Jarmer et al. (2016), Arrogante et al. (2017). Stier-Jarmer et al. (2016) vnímali syndrom vyhoření jako závažný problém veřejného zdraví. Vynalezli se spolupracovníky program, který by měl sloužit preventivně a otestovali ho na ambulantních střediscích. Jejich program se ukázal jako účinný při snižování vnímaného stresu, emočního vyčerpání a dalších cílů.

1.4.4 Duševní hygiena sester

„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 59).

Duševní hygiena člověka k úspěchu nepřivede, ale dokáže nás upozornit na nedopatření, které by mohly štěstí ničit. Před těmito znameními nás upozorňuje a zároveň nám dává doporučení, které bychom měli v životě uznávat a dodržovat (Aišmanová, 2016).

S pojmem duševní hygiena úzce souvisí zdravý životní styl. Klíčovou záležitostí zdravého životního stylu je vyvážená a pestrá strava, dostatek pohybu a kvalitní spánek. Při zachování zdravého životního stylu si celkově navodíme lepší fyzickou i psychickou pohodu. Konceptu duševní hygieny lze tedy porozumět jako boj proti duševním onemocněním (Kelnarová a Matějková, 2014). Kopecká (2014) ve svém článku také propojuje duševní pohodu s rozmanitou stravou. Kromě zmiňované vyvážené stravy přikládá i podíl pohybové aktivity, míře a přetížení stresem.

Duševní hygiena působí preventivně proti mnoha psychickým onemocněním, především pak proti syndromu vyhoření nebo posttraumatickým stresovým poruchám. Jak uvádí Mealer (2017), je nutné faktory ovlivňující odolnost identifikovat a vyhodnotit, jaký vliv mají na jedince. Posilováním odolnosti vůči stresu můžeme symptomy zmírnit nebo úplně eliminovat.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou osobní zkušenosti sester ve věku nad 50 let se změnami v sesterské profesi.

Cíl 2: Zjistit, s jakými problémy se setkávají při výkonu své profese sestry ve věku nad 50 let.

Cíl 3: Popsat náročnost sesterské profese z osobního pohledu sester ve věku nad 50 let.

Cíl 4: Zmapovat jednotlivé fáze profesní dráhy u sester ve věku nad 50 let.

2.2 Výzkumné otázky

Na podkladě stanovených cílů, byly vytyčeny následující výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou osobní zkušenosti sester ve věku nad 50 let se změnami v sesterské profesi?

VO2: S jakými problémy se setkávají při výkonu své profese sestry ve věku nad 50 let?

VO3: Jak vnímají náročnost své profese sestry starší 50 let?

VO4: Jakými jednotlivými fázemi profesní dráhy prošly vybrané sestry ve věku nad 50 let?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumného šetření

K vypracování výzkumné části bakalářské práce s titulem „*Sesterská profese z pohledu sestry 50+*“, byla vybrána metoda kvalitativního výzkumného šetření. V ošetrovatelství se tato metoda kvalitativního výzkumného šetření preferuje, vzhledem k tomu, že vychází z holistického chápání jedince, kdy se tedy zaměřuje na jeho bio- psycho- sociální potřeby a vnímá člověka jako individuum. Při této metodě se nevyužívají číselné, ani statistické propočty, ale týká se to hlubšího popisu dané oblasti. Zaměřuje se to na seznámení jevu v širších souvislostech (Kutnohorská, 2009). Sběr dat byl konaný technikou hloubkového rozhovoru. Švaříček, Šedřová et al. (2007, s. 159) charakterizují kvalitativní rozhovor jako „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ Hloubkový rozhovor udržuje směr zaměřený na danou problematiku pomocí dopředu hotových otázek, pokud je potřeba je možné tyto otázky rozvést o doplňující otázky (Disman, 2008).

Písemně byla podána žádost o schválení výzkumného šetření hlavní sestře v nemocnici v Českých Budějovicích a.s., a v nemocnici v Prachaticích a.s. (Příloha 2). Výzkumné šetření bylo oběma hlavními sestrami povoleno. Souhlas byl vždy ještě doplněn vrchní sestrou z daného oddělení, kde jsme výzkumné šetření prováděli. Šetření bylo prováděno v obou nemocnicích na různých odděleních. Dílčí rozhovory byly poznamenány do záznamového archu, z něhož byly poté přepsány nepřímou transkripcí do počítačového programu Microsoft Office Word 2013 (Příloha 4 CD). Hloubkový rozhovor tvořilo třináct otázek pro sestry ve věku nad 50 let. Veškeré tyto otázky jsou uvedeny v příloze (Příloha 1). Dosažená data byla zpracována. Rozbor dat byl zrealizován metodou otevřeného kódování, metodou tužka a papír (Příloha 3). Získaná data byla pomocí otevřeného kódování rozdělena do kategorií. Způsob otevřeného kódování znázorňuje rozhodující pozice, které odkrývají v posbíraných datech určitý námět. Tyto náměty jsou v kontextu s kladenými výzkumnými otázkami (Hendl, 2016).

Ani jedna ze záměrně vybraných sester rozhovor neodepřela. Tázané všeobecné sestry byly dopředu obeznámeny se smyslem rozhovoru a cílem práce, jejichž rozhovory

budou použity v bakalářské práci. Všechny rozhovory se uskutečnily v klidné místnosti, dotazované sestry měly mnoho času na odpověď. Část rozhovorů se uskutečnila po pracovní době sestry v prostorách nemocnice, zejména na denní místnosti sester, naopak některé rozhovory probíhaly ve volném čase sestry v domácím prostředí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 12 sestrami ve věku nad 50 let pracujícími na lůžkových odděleních nemocnic či ambulantních částech v Českých Budějovicích, a.s. a v nemocnici v Prachaticích, a.s. Z toho bylo 6 řadových sester a 6 sester ve vedoucích pozicích. Rozhovory byly uskutečněny po schválení hlavních sester nemocnic (Příloha 2) i vrchních sester na daných odděleních nebo ambulancích, kde jsme rozhovory prováděli. Jednalo o záměrný výběr, kde byl hlavním kritériem věk sestry a práce na plný úvazek na lůžkovém oddělení či ambulanci.

Všeobecné sestry, se kterými jsme spolupracovali při rozhovorech, mají různorodé vzdělání. Nejvyšší docílené vzdělání bylo u větší poloviny tázaných sester pomaturitní specializační studium v různých oborech. Délka praxe tázaných sester na současném pracovišti byla v rozmezí 8-39 let. Celkově ve zdravotnictví sestry působí v rozmezí 26-39 let. Z těchto záznamů vyplývá, že tázané sestry mají dlouholetou praxi v oboru, tudíž lze u nich předpokládat znalost problematiky.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků

Rozborem dosažených údajů, které byly shromážděny při výzkumném šetření a poté přepsány metodou nepřímé transkripce, vzniklo 5 kategorií a 5 podkategorií.

1. Identifikační údaje sester

Profesní dráha

Délka praxe na daném pracovišti

Pracoviště sester

2. Změny od počátku profesní kariéry sester

Výhody

Nevýhody

3. Výkon povolání ve vztahu k věku sester

4. Problémy, se kterými se sestry potýkají při výkonu profese

5. Důvody k ukončení profese sestry

Kategorie 1: Identifikační údaje sester

V této kategorii byly zjišťovány identifikační údaje sester. Věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka působení ve zdravotnictví a délka praxe na současném pracovišti. Středoškolské vzdělání bylo označeno jako: SZŠ, pomaturitní specializační studium bylo označeno jako PSS, vyšší odborné jako VOŠ (Dis.) a vysokoškolské jako VŠ (Bc.). Také byla zjišťována celková doba působení ve zdravotnictví a délka praxe na daném oddělení. Výzkumný soubor byl tvořen 12 sestrami ve věku nad 50 let, z toho 6 sester bylo ve vedoucích funkcích (Tabulka 1).

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

Sestry	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe
S1	53 let	PSS + certifikované kurzy	33 let
S2	51 let	PSS	31 let
S3	53 let	SZŠ	26 let
S4	59 let	PSS	39 let
S5	51 let	VŠ – Bc.	32 let
S6	55 let	SZŠ	34 let
S7	51 let	VŠ – Bc.	31 let
S8	58 let	PSS	39 let
S9	59 let	VOŠ – Dis.	39 let
S10	56 let	VOŠ – Dis.	35 let
S11	54 let	PSS	27 let
S12	52 let	VŠ – Bc.	32 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Podkategorie Profesní dráha

V této podkategorii byla zjišťována profesní dráha sester. Zajímalo nás nejvyšší dosažené vzdělání. Z tázaných sester pouze 2 sestry (S3, S6) vystudovaly střední zdravotnickou školu, která dříve stačila k tomu, aby mohly vykonávat povolání zdravotní sestry. Stejný počet sester (S9, S10) si po středoškolském vzdělání dodělalo vyšší odbornou zdravotnickou školu. S10 konstatovala: *„Byla mi nabídnuta pozice staniční sestry, pod podmínkou, že si dodělám buď VOŠ, nebo VŠ, tak jsem zvolila menší zlo, rozhodně toho nelituji, dokonce i v tomhle věku přemýšlím ještě o tom, že bych si nakonec i tu vysokou školu dodělala“*. Dvojnásobný počet sester (S1, S2, S4, S8, S11) si po středoškolském vzdělání dodělalo ještě pomaturitní specializační studium v různých oborech, většinou to byl obor podle oddělení, na kterém pracovaly. Z dotazovaných 3 sestry dosáhly vysokoškolského vzdělání (S5, S7, S12). Ze 6 sester ve vedoucích pozicích, mají vysokoškolské vzdělání pouze dvě (S7, S12). Slova sestry (S5): *„Chvilí mi trvalo, než jsem si dodělala vysokoškolské vzdělání. Mám klasickou zdrávku zakončenou maturitní zkouškou. Po mateřské jsem se vracela zpátky na interní oddělení, měla jsem pocit, že mi za 6tiletá odmlka vzala všechny nasbírané zkušenosti a pocit jistoty v sebe samou, hodně se toho změnilo, a tak jsem se rozhodla pro kombinované bakalářské studium, obor všeobecná sestra. Leckdy to bylo náročné, ale zvládla jsem to“*. Slova sestry ve vedoucí pozici: *„Absolvovala jsem středoškolské vzdělání zakončené maturitou, kdy kvůli možnému povýšení na staniční sestru jsem si dodělala před 5 lety dálkově Jihočeskou univerzitu v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra“* (S7).

Tabulka 2 Délka praxe sester na současném oddělení

Sestry	Současné pracoviště	Délka praxe	V pozici staniční sestry
S1	Kardiologická ambulance	8 let	
S2	Neurologické oddělení	14 let	
S3	Transfuzní oddělení	8 let	
S4	Psychiatrické oddělení	13 let	
S5	Interní oddělení	5 let	
S6	Chirurgické oddělení	20 let	
S7	Chirurgické oddělení	8 let	8 let
S8	Kožní oddělení	39 let	25 let
S9	Ortopedie- JIP	17 let	15 let
S10	LDN	15 let	13 let
S11	Interní oddělení	11 let	10 let
S12	Porodnice	22 let	17 let

Zdroj: Vlastní výzkum 2017

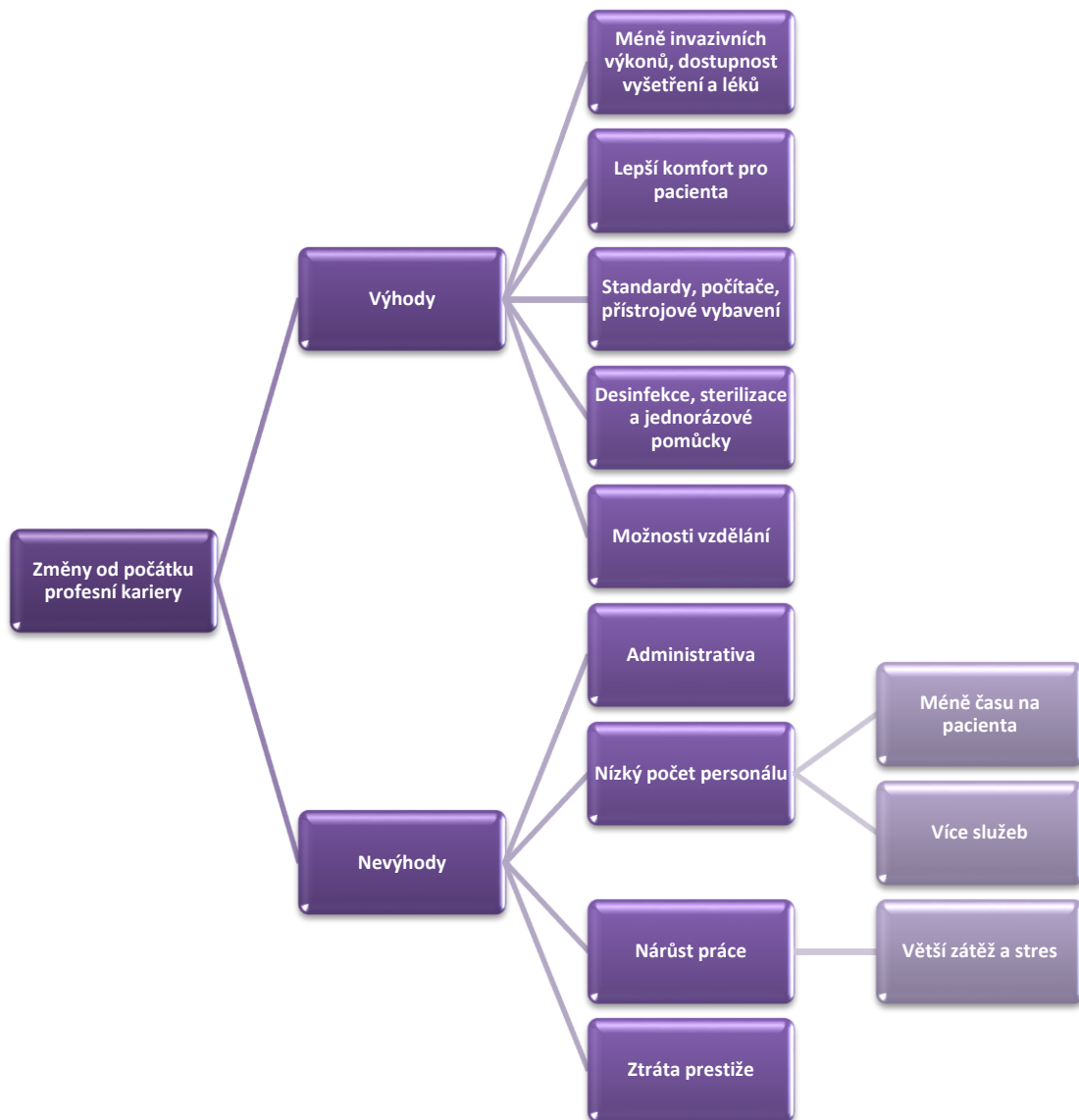
Tabulka 3 Pracoviště sester

S1	CHIR ODD	DCHIR ODD	Závodní zdravotní středisko	Dětský obvod	LDN	INT ODD	INT AMB	KARD AMB
S2	NROL	TRF ODD	NROL					
S3	DD	INT ODD	OL	NROL	ORTO JIP	TRF ODD		
S4	INT ODD	OL	OČNÍ ODD	PSO				
S5	INT ODD	OL	KOŽNÍ ODD	INT ODD				
S6	CHIR AMB	CHIR ODD						
S7	URO ODD	TRM ODD	Dětské úrazové	CHIR ODD				
S8	KOŽNÍ ODD							
S9	ORTO AMB	ORTO ODD	ORTO JIP					
S10	ONKO ODD	DD	GYN ODD	GYN JIP	LDN			
S11	DD	OL	INT ODD					
S12	NCHO	POR ODD						

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Kategorie 2: Změny od počátku profesní kariéry sester

Schéma 1: Kategorie: Změny od počátku profesní kariéry sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Ve vytvořené kategorii změny od počátku profesní kariéry sestry, jsou zahrnuty informace z odpovědí respondentů, o výhodách a nevýhodách, které nastaly během jejich profesní kariéry. Všeobecné sestry byly dotazovány, kde pocítují nejvýraznější změny od začátku jejich profesní kariéry. Z dosažených informací byly vytvořeny dvě podkategorie: Výhody ve změně v práci všeobecné sestry a Nevýhody v práci sestry.

Podkategorie Výhody

Většina sester pokládá při změně během jejich profesní kariéry za výhodu dostupnost léků. *„Před 25 lety jsem byla léčena ve Výzkumném ústavu endokrinologickém, Euthyrox nám byl vydáván přímo tam, protože jinak na trhu vůbec nebyl“* (S1). Podobně jako S5, S7, S9, S10, S11, S12.

Mezi opětovnou odpovědí na stejně kladenou otázku řadily sestry do výhod dostupnost jednorázových pomůcek. *„Velké plus dávám jednorázovým pomůckám a celkově dostupnosti pomůcek, dříve takové množství pomůcek nebylo. Například i digitální pomůcky nám zde na ortopedii usnadní práci a to jak v měření teplotách tak i v měření krevního tlaku“* (S9). Téměř shodně odpověděla i S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12.

Za výhody považují tři dotazované sestry, z toho jsou dvě sestry ve vedoucích pozicích, možnost počítače. *„Dále je pro mě velký pomocník počítač, už si neumím představit vše hledat v dokumentaci či kartotéce, dnes kliknu dvakrát na myš a v počítači vidím veškeré informace o pacientovi“*(S3). Podobně odpovídá i S8 (nadále i S10) *„Do další výhody bych zařadila i počítačovou technologii, kdy se do počítače všechno zaznamená a člověk, když si neví rady, si může vygooglit například léky téže klasifikace.“*

„Jako velkou výhodou vnímám to, že jsou standardy, tudíž jsou jasně stanovená pravidla, jak se má co dělat“ (S8). Dříve tomu tak nebylo. Podobně odpovídá i S12.

Také zmiňovanou výhodou je možnost vzdělání. *„Jako další výhodou bych uvedla možnost vzdělání, což si podle mě myslím, že je velmi důležité vzhledem k tomu, že jde doba strašně dopředu a ovládání některých přístrojových vybavení to opravdu vyžaduje“* (S6). Tato odpověď úzce souvisí s odpovědí S4, která udává, že jako výhodou vnímá jednoznačně v přístrojovém vybavení, ale i s odpovědí S1, která říká *„Nyní je obrovský výběr pomůcek a jejich dostupnost (stomické pomůcky před 30 lety - u nás*

Jánošíkův pás, na západě moderní lepicí pomůcky) – jde ruku v ruce s možností se vzdělávat. Pokud nebudu vzdělaná, nemusím o nich vědět a nejspíš je nebudu umět používat“.

S1 ještě udává, že je méně invazivních, šetrnějších, více vypovídajících vyšetřovacích výkonů. Zcela podobně odpovídá S7 s tím rozdílem, že říká „*Jako výhodu vnímám i to, že je větší dostupnost vyšetření, i když to беру dost často jako nevýhodu, protože vzhledem k tomu, že je větší dostupnost vyšetření, tím nám stále více narůstá práce“.*

S4 navíc ještě uvádí, že je lepší komfortní vybavení pro pacienta, než bylo dříve a také, že je centrální přívod kyslíku, centrální desinfekce a sterilizace a to dříve nebylo a nyní jim to ulehčí práci.

Podkategorie Nevýhody

Odezvy na kladenou otázku, co respondenti považují za nevýhodu v současné době při porovnání s jejich počáteční kariérou, byly vesměs hodně podobné. Několikrát opakující se odpovědi na totožnou otázku sestry uvedly administrativu, z čehož vyplývá nedostatečný kontakt s pacientem. „*Jako největší nevýhodu v současné době беру nedostatečný bližší kontakt s pacientem. Dokumentace a byrokracie je dnes tolik, že skutečně odvádí nás sestry od pacientů. V situaci, kdy má sestra na starosti třeba 15 pacientů v denní službě a v noční třeba i 25, v takové chvíli je každý papír navíc znát. A to zdaleka nejde jen o byrokracii, která se týká pacientů. Dokonce musíme plnit mimořádné práce, kde například počítáme špinavé prádlo, zapisujeme teplotu v lednici, děláme dezinfekce povrchů, uklízíme skříně atd. To jsou věci, které by vůbec sestry podle mě neměly vykonávat, a které nás odvádějí od pacienta. Desítky malých drobností, které ovšem v součtu zaberou velkou část pracovní doby, kterou by měla věnovat péči o pacienty. Dříve to tak ale nebylo. Dříve sestra měla čas si sednout k pacientovi, podržet ho za ruku, vyslechnout, co ho trápí a být mu nápomocná, ale dnes už to tak bohužel nefunguje“ (S7). Podobně odpovídá i S2 „*No těch nevýhod pociťuju mnohem více, například dvojí dokumentace. Vše se musí zapsat na papír a ještě do počítače. V dnešní práci je mnohem důležitější, aby vše bylo zapsané, ale už není tak důležité, aby to bylo provedené. Díky nízkému počtu personálu není čas se věnovat pacientovi po psychické stránce, dělají se pouze manuální úkony dle chorobopisu, ale zapomíná se na psychický stav pacienta. Můj názor na to je, že lékař léčí pouze od**

počítače, ale zatím chorobopisem nevidí toho pacienta“. S podobnou odpovědí se shodují i S3, S4 a S8, kdy S8 navíc ještě dodává *„Nejvíc mě zatěžuje to papírování. Všechno musí být několikrát napsané, nejen v počítači, ale i ještě písemně, na druhou stranu to chápu, v dnešní době je to vlastně jediná možnost jak chránit sebe samotnou“.*

Co některá dotazované všeobecné sestry uvádějí, je rovněž klesající úroveň tohoto povolání. Tuto odpověď uvedla S9: *„Dříve co řekla, sestra bylo „svaté“. Nyní se stále více setkávám s tím, že nám pacient radí, jak a co máme ošetřovat, že se to dočetl na internetu. Kolikrát mi přijde naše práce bezcenná“.* S10, S11 uvádějí obdobnou odpověď jako S9.

Jedna sestra (S12) odpověděla na uvedenou otázku, co považuje za nevýhodu při porovnání s jejím povoláním v současnosti oproti dřívějšímu, že žádné nevýhody nepocituje. V rozhovoru hovořila pouze o pozitivích v současné době oproti době minulé.

Další nevýhodou je nedostatek personálu. *„Nejen, že chybí sestry, ale chybí i pomocný ošetrovatelský personál, tudíž my jako sestry vykonáváme práci za sestru, ale i za pomocný personál což vede k řadě problémů, jako jsou například, že sestra by měla dělat měsíčně 14 až 15 služeb, ale místo toho jich máme někdy až 19 do měsíce a tudíž nejen, že nemáme žádný osobní život, ale konkrétně já jsem často unavená a bez nálady a chuti něco doma vykonávat“* (S6). Obdobně odpovídá i S10, S11.

Také zmiňovanou nevýhodu udává S1: *„Nevýhody počátek versus nyní nevnímám asi žádné, o to víc mi vadí, že dneska ty možnosti jsou, ale nevyužívají se. Snad jen, že dříve jsme se učili od starších a zkušenějších sester, nyní to už tak úplně není. Pokrok ve zdravotnictví jde strašně rychle kupředu, a většina starších sester není zrovna nakloněna vzdělávání, a pokud jsou 20-30 let na jednom oddělení, kde se zrovna moc na vzdělávání nedává důraz, tak se od nich není moc co učit. Naopak, ty jejich zastaralé metody, na kterých si trvají, jsou někdy ke škodě“.*

Kategorie 3: Výkon povolání ve vztahu k věku sester

V kategorii Výkon povolání ve vztahu k věku byla analyzována otázka, zda-li si sestry myslí, že je nějak omezuje jejich věk při vykonávání této profese.

Vzhledem k tomu, že v současné době u nás na oddělení chybí tři zdravotní sestry, tak je to opravdu záhul. U nás na psychiatrickém oddělení nejde ani tak o to, že bychom byly fyzicky unavené, ale spíše po psychické stránce. Řekla bych, že v mládí jsem byla více odolná vůči stresu, a čím jsem starší, tak mi dochází trpělivost“ (S4). Většina sester, konkrétně 10 (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12) souhlasí s tím, že je věk omezuje při vykonávání této profese. Na kladenou otázku, odpověděla S5, že jí rozhodně věk omezuje při vykonávání této profese „Věk je omezující faktor ve všech profesích. Bohužel ta naše vyžaduje přesnost a neomylnost. Pracujeme přeci s lidmi. Je na nás vyvíjen stále vyšší tlak. Nejen, že jsem velmi unavená, někdy i zapomínám. Odráží se to především v osobním životě, který již není tolik aktivní, spíše vyhledávám pasivní odpočinek, nemám náladu ani sílu sportovat“. Podobně odpověděla i S8 s tím, že S8 dodala to, že se mnohem hůře přizpůsobuje novým věcem, než když byla mladší, což na jejím místě není úplně dobré, jelikož jako staniční sestra se musí neustále bádat o novinky.

Naopak (S3) tvrdí, že jí absolutně věk neomezuje při této profesi. S touto odpovědí souhlasí (S6), která navíc ještě dodává „Myslím si, že věk mě absolutně neomezuje při výkonu této profese. Naopak si myslím, že léta praxe nejsou k zahození a že pořád převyšují praktické znalosti nad teoretickými. Nemyslím si, že by sestry, které mají vysokou školu, na tom byly mnohem lépe, než my jen co máme střední školu, co se týče znalostí“.

Kategorie 4: Problémy, se kterými se sestry potýkají při výkonu profese

V této kategorii se objevovaly různé odpovědi. Nejvíce se sestry shodují na tom, že největším problémem, se kterým se v současné době setkávají, je ztráta prestiže tohoto povolání a neúcta k němu. „*Nejčastějším problémem vnímám neúctu ke svému povolání. Dříve si pacienti zdravotních sester vážili, ale i lékaři k nim vzhlíželi, ale teď to tak už dávno není*“ (S9). Podobně odpovídá i (S11, S12 a S5), kdy (S5) navíc dodává, že podle ní je na vině často lidský faktor. Udává, že se změnilo chování a postoje pacientů ale i jejich rodin, také, že se často v současné době setkává s arogantním chováním.

Dalším problémem, který je často řešený, v současné době je nedostatek sester. Na otázku se, kterými problémy se nejčastěji sestry potýkají, odpovědělo 5 sester z toho všech 5 sester je ve vedoucí pozici, že největší problém, který teď musí řešit, je nedostatek sester (S8, S9, S10, S11, S12).

S tím souvisí i následující problém, který je často diskutovatelný, a to je současné vzdělání sester. „*Největším problémem pro mě je současné vzdělání. Myslím si, že prestiž sesterského povolání strašně klesla nejen pro mě, ale i pro veřejnost. Aby ne, když pacient vidí, jak mu sestra v jednu chvíli zavádí kanylu a podává mu nějakou „úžasnou“ infuzi, a pak ji najednou vidí pobíhat po oddělení s hadrem, potom se právem ptá, proč má sestra studovat vysokou školu, když ji tu většinu pracovní doby vidí něco utírat. Já osobně jsem pro to, aby se studovala vysoká škola nebo vyšší. V současné době, kdy zdravotnictví jde čím dál víc dopředu, si nemyslím, že by stačila pouze střední škola zakončená maturitou a pokud ano, tak aby byla na takové úrovni, jako byla tenkrát, když jsem jí studovala já*“ (S7). Podobně odpověděla i (S10).

Mezi odpověďmi se také objevilo málo času na pacienta (S2, S4). S tím je úzce spjata odpověď nadbytečná dokumentace. „*Vše se točí pouze kolem administrativy. To je právě další důvod, sestra už nemá tolika času na pacienta jako dříve. Pamatuju si ty doby, kdy jsem seděla u pacienta na lůžku a držela ho za ruku a povídala jsem si s ním o jeho problémech*“ (S4). Zcela podobnou odpověď uvedla (S2) s tím rozdílem, že místo nadbytečné byrokracie jí přijde nedostatek pomocného personálu. Je toho názoru, že nejen, že dělá svojí práci, ale i práci za pomocný personál, a tím dochází k nedostatečnému kontaktu s pacientem.

S6 uvedla, že největším problémem, se kterým se setkává, jsou vztahy na pracovišti. *„Nejčastějším problémem, se kterým se setkávám, jsou vztahy na pracovišti. Nemáme tu moc dobrý kolektiv, ale vzhledem k svému věku už těžko přijímám změny a proto se snažím tu vydržet až do důchodu, i když je to někdy velmi náročné“*. S podobnou odpovědí přišla i S10.

S1 si myslí, že největším problémem v současnosti, jsou nedostatečné prostory k provozování komfortní ošetrovatelské péče. *„Prostory na pokojích jsou dostatečné tak pro pohodlné provedení vizity, ale na pohodlné vykonávání ošetrovatelské péče – používání zvedáků, pojízdných van, vyvážení postelí, sedaček, na to není pamatováno ani na některých pokojích určených pro ležící pacienty. Pokud už některé pomůcky máme a chceme je použít, musíme vystěhovat půlku pokoje. Někde by stačily sklápěcí stoly, nad nimi police, místo obyčejných židlí, židle s područkami, postele s elektrickým ovládáním (alespoň několik pro ležící pacienty). Při stavebních úpravách mohly zůstat pro ležící pacienty 2 buňky bez koupelny, ale s většími pokoji. Vedení se neinformuje o konkrétních potřebách přímo personálu u lůžka. Zprostředkovaně přes primáře a vedoucí sestry to není objektivní – dochází k filtrování informací a potřeb. Na všechno peníze nejsou a každý má ty své priority“*.

Jako další problém současné doby lze zařadit vznikající komunikační nátlak ze stran pacientů. *„ Práce s lidmi byla a je velmi specifická a složitá, problémy byly, jsou a budou, ale dnes mi přijde velmi uspěchaná doba. Lidé spěchají a jsou netrpěliví, v mé práci se právě setkávám velmi často s lidmi, kteří neradi čekají či vyžadují upřednostnění. Vzniká komunikační nátlak ze strany pacientů a to mě velmi obtěžuje“* (S3).

Kategorie 5: Důvody k ukončení profese sestry

V rámci výzkumného šetření bylo jednoznačně zodpovězeno, že sestry téměř nikdy neuvažovaly o ukončení této profese. Většina sester, konkrétně 10 (S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12) z 12 dotazovaných na otázku, jestli někdy uvažovaly o ukončení této profese, uvedly, že si absolutně nedovedou představit, že by někdy dělaly něco jiného než sestru. „*Neuvažovala, ale jen proto, že nevím, co jiného bych dělala. Práci mám hodně ráda a baví mě, akorát bych potřebovala míň služeb. V současné době, kdy je nedostatek sester, mívám i 19 dvanáctek do měsíce, což mi v mém věku přijde už nemožné. Jak říkám já- unavená sestra= zlá sestra*“ (S2). Téměř s totožnou odpovědí se potýkala i (S3), kdy navíc dodala, že o ukončení této profese nikdy neuvažovala, jelikož práce sestry jí i po tolika letech přináší stále radost. Také (S5) dodala, že o ukončení profese jako takové nikdy neuvažovala, že si pouze hraje s myšlenkou naleznutí nějaké příjemnější alternativy. „*Pohybovat se stále ve zdravotnictví, ale nebýt vytížená a zavalená hromadou povinností. Za pár let se stanu babičkou, chtěla bych si vnoučat užít, mít na ně dostatek času, pomoci dětem, aby na péči o ně nebyly samy. To mi prozatím má dosavadní profese neumožňuje. Často přemýšlím nad tím, jak to v nemocnici za pár let bude vypadat. Stále se zvyšuje počet sester starších 50ti let. Kam všechny ty sestry půjdou, až nebudou zvládat profesi v nemocnici. A kdo tam za ně bude pracovat, když mladší kolegyně nastupují čím dál méně?*“

S odlišným názorem přichází (S1, S4). Na opětovně kladenou otázku (S1) odpovídá „*Ano, někdy, když jsem hodně vyčerpaná, pacienti hodně protivní a zneužívající mou péči (léčbu odmítám, jsem tu, protože nemám kam jít a tady je to zadarmo, a vy jste tady od toho aby jste po mně uklízela; schopní, kteří vám chtějí jen „ukázat zač je toho loket“,...) zauvažují, proč tu práci vůbec dělám, když si toho ti pacienti stejně neváží, jestli mi ta snaha a námaha za to vůbec stojí. Pak se podívám na stůl na ubrus, který mi vyšila jedna vděčná pacientka-stomička, v ordinaci na háčkovanou sovu od jiné pacientky, na Vánoce a Velikonoce se těším, až zavolají někteří moji pacienti... a pak si říkám smysl ta práce má a nejde v ní ani tak o finanční ohodnocení, ale o naše lidské ocenění a uznání*“ (S4) uvedla, že několikrát přemýšlela o ukončení této profese, ale že nikdy nebyla schopna dovést až do konce. I přestože je to někdy velmi náročné, tak si nedovede představit, že by měla dělat někdy něco jiného. Práce sestry jí i po tolika letech, kdy dochází k neustálým změnám, baví a naplňuje.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce byla vytvořena za účelem odhalení, jak sestry ve věku nad 50 let vnímají svoji profesi v proměně času.

Je nutné poukázat na rozdílnost vnímání prestiže povolání sestry. Většina literatury uvádí, že profese sestry je jedním z nejprestižnějších povolání vůbec. Podle průzkumu CVVM se společenská prestiž sestry drží již od roku 2004 na 3. místě. V porovnání s rokem 1989, kdy se povolání sestry umístilo na 7. místě. Prestiž jako taková, je hodnocena především na základě subjektivních pocitů. Z výsledků našeho výzkumu je patrné, že samotné sestry vnímají své povolání jako nepříliš prestižní oproti veřejnému mínění. S tímto tvrzením souhlasí S5, S9, S11, S12. Velice zajímavý názor uvedla S9, která vnímá post povolání sestry zcela odlišně. V rozhovoru uvedla, že dříve k tomuto povolání pacienti i lékaři vzhlíželi, respektovali ho a vyjadřovali úctu, ale to už se bohužel dávno změnilo.

Marcinowicz et al. (2016), uvádějí, že si nejvíce uvědomují ošetrovatelskou prestiž mladí lidé. Tento výzkum byl proveden v Polsku. Z výsledku výzkumu je patrné, že mladí lidé, věří, že je možné image i prestiž ošetrovatelské profese zvýšit. Výzkum dále uvádí, že studenti si ošetrovatelskou profesi nevybrali z důvodu prestiže, ale spíše z touhy pomáhat druhým lidem nebo kvůli nízkým přijímacím požadavkům nebo dokonce z rodinné tradice. Respondenti také uvádí důvody, proč je ošetrovatelská péče pro ně nedostatečná. Tento názor sdílí ve své publikaci i Marcinowicz et al. (2016). Autoři uvádějí odhalení, která ovlivňují vnímání ošetrovatelské profese. Dále tvrdí, že představa, dle které sestra při své profesi vykonává „čistou práci“, se v reálných povinnostech neodráží. S tímto tvrzením korespondují výsledky našeho výzkumu. Praktickou totožnou odpověď uvedla S7, která udává „*Myslím si, že prestiž sesterského povolání strašně klesla nejen pro mě, ale i pro veřejnost. Aby ne, když pacient vidí, jak mu sestra v jednu chvíli zavádí kanylu a podává mu nějakou „úžasnou“ infuzi, a pak ji najednou vidí pobíhat po oddělení s hadrem, potom se právem ptá, proč má sestra studovat vysokou školu, když ji tu většinu pracovní doby vidí něco utírat...*“. Současné názory sester na jejich práci mohou mít negativní důsledky pro ně samotné (syndrom vyhoření) nebo dokonce na celou profesi (výběr sesterského povolání). Autoři apelují

na vedoucí sestry, aby plnily své úlohy, což by mělo mít větší vliv na plánování zdravotní péče.

Historií prestiže se ve své studii zabývají Costa et al. (2014), kteří poukazují na příspěvky amerických zdravotních sester z roku 1973-1977. Z historického pohledu upozorňují na velké omezení pro zdravotnický personál a omezené množství vzdělání v tomto oboru. Za významný krok považují konfiguraci profesionální identity prvních vyškolených zdravotních sester, což mělo za následek nové vnímání této profese. Tehdejší kultura budovala jedinečnou ošetrovatelskou péči za pomoci technologických pokroků a s tím bylo započato i budování prestiže pro povolání zdravotní sestry.

Zajímavým faktem, který vyplývá z našeho výzkumu, je omezení při výkonu povolání u sester ve věku nad 50 let. 10 sester (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12) z 12 dotazovaných v našem výzkumu poukazuje na to, že s přibývajícím věkem jsou zejména více unavené ve srovnání oproti tomu, když byly mladší. To vše se odráží v jejich osobním životě. S tímto tvrzením souhlasí i ve svém článku Fragar, Depczynski (2011). Tento výzkum poukazuje na to, že věk je rozhodně omezující faktor v této profesi. Tento výzkum se prováděl v Austrálii a cílem bylo identifikovat aspekty práce, které se stávají obtížnějšími pro zdravotní pracovníky ve věku nad 50 let a změny v tomto věku a faktory, které přispívají k těmto obtížím. Z výsledků je patrné, že pro sestry ve věku nad 50 let jsou úkoly a aspekty v nemocničním prostředí mnohem obtížnější než kdykoli jindy. V tomto věku lze zařadit deficit sluchu, zraku a zejména zvyšující se únavu. Mezi problémy, které sestřám ve věku nad 50 let, dělají největší obtíže, jsou čtení laboratorních štítků, podávání léků, zhoršené slyšení pacientů, ale i kolegů, práce na směny apod. U komunitních sester se to týká především řízení motorových vozidel.

Tvrzení Fragara a Depczynskiho (2011) podporuje svým názorem i Clendon a Walker (2013), kteří také zkoumali práci sester nad 50 let. Jejich výsledky jsou prakticky totožné s tím rozdílem, že Clendon a Walker (2013) dále poukazují na obecné celosvětové stárnutí pracovní síly, ale v souvislosti s nízkým počtem sester v nemocnicích je nutné si udržet i sestry ve věku nad 50 let. Dále poukazují na další fakta, která mohou vést k problémovým situacím v povolání sestry. Podněcují vedení, aby

lépe plánovalo starším sestřím úvazky, povolovalo flexibilnější pracovní dobu nebo nechalo výběr směn na daných sestřích.

Podobné výsledky zveřejnili ve svém výzkumu Anselmo-Witzel et al. (2017), kteří se dále zaměřili na zkušenosti a spokojenost mezi generacemi sester na pracovišti. Cílem bylo odhalit nízkou úroveň spokojenosti spolupráce mezi sestrami s generačním rozdílem. Ve většině případů se jednalo především o špatné předešlé zkušenosti, špatný první dojem nebo pracovní napětí s nemožností volby. Z výsledků výzkumu je patrné, že mladé sestry chtějí naplnit svůj vnitřní pocit spokojenosti a touze po tomto pracovním zařazení. Starší sestry chtějí mít klidné pracovní prostředí a vše pečlivě uspořádané, včetně dodržování harmonogramu a veškerých opatření utvářející kulturu na daném oddělení. Podle starší generace sester nejsou mladší sestry schopné projevit dostatek soucitu a empatie. Stejný problém uvádějí ve svém výzkumu i Dyson et al. (2017), kteří vyzývají sestry, aby se zabývaly kvalitou péče s využitím kritického myšlení. Ve své studii zmiňují výhody dobrovolnictví v ošetrovatelské sféře. Sestry, které se věnovaly dobrovolnictví, jsou více empatické a lépe se začleňují do kolektivu. Sestry dobrovolnice dle výzkumu více chápou personální problematiku a netvoří bariéry mezi generačními rozdíly. Stejně reakce ve svém díle uvádějí Keepnews et al. (2010), kteří doporučují různá opatření pro zdravotnické organizace. Vedení zdravotnické organizace by mělo předvídat mezigenerační rozdíly mezi sestrami, a proto by mělo zajišťovat podpůrné pracovní prostředí, které tyto rozdíly uznává. Dále jeho výzkum odhaluje konflikty, pracovní motivaci, podporu dozoru a mentorů apod. O generačních rozdílech a dalších problémech hovoří mnoho dalších výzkumů (Bratt, 2009; Lavoie-Tremblay et al. (2010); Cubit, Ryan, 2011; Keys, 2014. Lavoie-Tremblay et al. (2010) se také zabírají klíčovými motivátory sester starší generace, jejich potřebami a profesním rozvojem. Výsledky se shodují s naším výzkumem, který poukazuje na potřebu stability, flexibilní pracovní harmonogram, uznání, dostatečný počet příležitostí a přiměřený dohled.

Pisanti et al. (2016) se zabývají ve svém díle podobnou problematikou a zkoumají, zda-li generační rozdíly vedou k tvorbě nežádoucího či nepřátelského pracovního prostředí a finálně i k syndromu vyhoření. Z výsledků jeho studie je patrné, že pracovní prostředí podléhá několika změnám. Většina zaměstnanců se v průběhu času mění a odlišně plní i

pracovní náplň. Tyto změny ovlivňují další pracovní podmínky a vedou k vyhoření zaměstnanců.

Nejen tyto problémy vedou k nedostatku všeobecných sester v nemocnicích. Výzkum Adamse a Bonda (2003) se zabýval počtem zaměstnanců a ošetrovatelskou praxí. Nízký počet sester je podle autorů spojen nejen s organizačními systémy zařízení či oddělení, ale také řadou procesů vedoucím ke kvalitě poskytované péče. Hlavním problémem byla především hierarchická organizační struktura a postoje sester k poskytování péče. Dle autorů dojde při zaměstnávání většího počtu sester k zvýšení času tráveného s pacientem, zlepšování kvality péče a v neposlední řadě také k zabránění mnoha komplikacím nebo zkrácení délky hospitalizace. Shodné výsledky uvádějí i Aiken et al., kteří již v roce 2004 poukazují na nedostatek sester ve vyspělých zemích. V článku je upozorněno na snižování globální zdravotní iniciativy. Dále hovoří o možnostech udržení sester ve své rodné zemi a investičních eventualitách, které by vedly k mezinárodní pomoci při budování vhodného prostředí pro všeobecné sestry. Oba tyto výzkumy se shodují s naším výzkumem, kdy nám 5 sester ve vedoucí pozici, ze 6 dotazovaných sester též ve vedoucí pozici (S8, S9, S10, S11, S12) odpovědělo, že největším problémem současnosti, který musejí řešit, je právě již zmiňovaný nedostatek sester. To má za následek, že sestry jsou přetížené, mají nadbytečné množství směn navíc a vše to může vyústit právě v syndrom vyhoření.

V roce 2010 prováděla výzkum Pavlasová. Ve své práci zkoumala názory sester na danou problematiku v malých a velkých zdravotnických zařízeních. V malých zdravotnických zařízeních bylo celkově 99 respondentů (100 %), z toho 41 oslovených sester (42 %), vnímalo již zmíněný velký nedostatek sester. 31% (31 sester) nevnímalo, že by u nich byl nedostatek sester a zbylé sestry odpověděly, že neví. Sestry, které odpověděly pro nedostatek sester, měly uvést důvody, podle kterých si myslí, proč to tak je. 34x se objevila odpověď, že si myslí, že následkem nedostatku sester, je nízká až demotivující mzda. 9 sester si myslí, že příčinou toho je velká psychická a fyzická zátěž této profese a 4x se objevil názor, že chyba je podle nich v systému pregraduálního vzdělání či směnném provozu. Rovněž výzkum se prováděl i ve velkých zdravotnických zařízeních, kdy odpovědi byly téměř totožné. Vzorek sester z velkých zdravotnických zařízení činil 90 respondentů (100 %). Z toho 55% (50 sester) odpovědělo, že u nich ve zdravotnickém zařízení vnímají velký nedostatek sester. Mezi důvody, které vedou

k tomuto problému, převažuje ve značné míře finanční ohodnocení, tento názor uvedlo 38 respondentů. 9x se objevuje směnný provoz, 5x celkový nedostatek sester v ČR a 4x se objevila odpověď, že je STOP stav v přijímání nových sester. S tímto výzkumem koresponduje i náš výzkum, kdy si sestry myslí, že následek současné krize nedostatku sester je systém pregraduálního vzdělání a taktéž nízké až nemotivující finanční ohodnocení.

V září roku 2017 by mělo dojít k dlouho očekávaným a především široce diskutovaným změnám ve vzdělání sester. Česká republika se snaží kompenzovat nedostatek sester projektem „4+1“, který povyšuje novodobou praktickou sestru na plně kompetentní všeobecnou sestru. Výsledky našeho výzkumu nám ukázaly, že starší sestry se domnívají, že není potřeba vysoké školy. Praktické dovednosti jsou dle jejich názoru mnohem podstatnější. Tomuto tvrzení oponují i Aiken et al. (2014), kteří ve své publikaci apelují na zdravý rozum odborníků a distribuují výsledky, které poukazují na důležitost vysokoškolského vzdělání. Z jejich výsledků je patrné, že vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry byť jen bakalářky, dokáží efektivněji podporovat a motivovat pacienta a dokonce mohou snížit riziko úmrtí. Shodný názor má i Tóthová (2017), kde ve svém článku, kdy prostřednictvím Asociace vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí kritizuje novelu zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Podle jejích slov, změny, které přinese právě tato novela, znevažují současné vzdělávání sester, která povede ke snížení kvality ošetrovatelské péče v České republice. Podle mínění Asociace vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí, jde předejít nedostatku sester jednoduchým způsobem a to, že se bude přijímat odpovídající počet studentů nelékařských zdravotnických oborů.

Novela zákona poskytuje odbornost všeobecné sestry mladým lidem. Odborníci se domnívají, že tito jedinci nebudou dostatečně profesně a emotivně vyzrálí k plnohodnotnému vykonávání své profese. Jak uvádí Šimek (2016) jedním z důležitých pilířů ošetrovatelství je nejen to, co sestra dělá, ale i to, jaká je. Profese sestry vyžaduje interpersonální citlivost, profesionální zralost, morální základ a další důležité vlastnosti.

Sesterská profese není v dnešní společnosti adekvátně oceněná. Toto povolání vyžaduje obratnost, neustálou soustředěnost, kontinuální vzdělávání, ale také i kreativitu, empatii,

dobrou psychickou kondici, apod. Vzhledem k aktuální situaci, kdy jsou kladeny stále větší požadavky na výkon povolání všeobecné sestry, prohlubování jejich kompetencí, rozvoj Evidence Based Nursing, atd., je přirozené, že vzdělané všeobecné sestry, hledají vhodné místo pro svou seberealizaci a adekvátní ohodnocení. Některým sestřám vyhovují státní nemocnice, některým soukromé kliniky a některé, v souvislosti s výše uvedenými důvody, opouští Českou republiku. Dle našeho názoru je velice pravděpodobné, že po definitivním přijetí projektu „4+1“ a pozice praktické sestry klesne úroveň vzdělanosti sester v České republice. V souvislosti se sníženými požadavky na vzdělání sester se očekává zaplnění pracovních míst právě praktickými sestrami a sestrami z projektu „4+1“. Neboť vysokoškolsky vzdělané sestry mají i dobré jazykové znalosti, je možné, že budou i nadále vyhledávat adekvátní pracovní pozice a budou nuceny své vzdělání a ambice uplatit jinde- mimo Českou republiku.

6 Závěr

Bakalářská práce s názvem „*Sesterská profese z pohledu sester 50+*“ byla zvolena záměrně za účelem hlubšího prozkoumání a pochopení dané problematiky. Na začátku práce byly stanoveny 4 cíle a to, zjistit, jaké jsou osobní zkušenosti sester ve věku nad 50 let se změnami v sesterské profesi, s jakými problémy se setkávají při výkonu své profese, popsat náročnost sesterské profese z osobního pohledu a zmapovat jednotlivé fáze profesní dráhy u sester. Cíle, které byly na počátku výzkumného šetření stanoveny, byly splněny.

Vzhledem k tomu, že populace stále stárne a věk odchodu do penze se prodlužuje, je nutné počítat s tím, že i v sesterské profesi budou jedinci ve věku raného stáří. Tato práce by měla přispět k poznání profese z pohledu sester ve věku nad 50 let. Je nevyhnutelným faktem, že se v této profesi budou mísit generace sester. Starší generace sester upřednostňují klidné pracovní prostředí a dodržování harmonogramu práce na oddělení, kdežto mladší generace je plná očekávaní a dojmů, jsou kreativní, přicházejí s inovativními postupy, které chtějí aplikovat v praxi a nepodléhají profesní slepotě. Jejich starší kolegyně náročnost práce fyzicky i psychicky vyčerpává, což se odráží i v jejich osobním životě. Oproti mladším sestřím domů chodí unavené, bez zájmu vykonávat i jiné aktivity, které život obnáší. Nejen tyto záležitosti vedou k vytváření intrapersonálních konfliktů a negativní atmosféře na pracovišti. Domníváme se, že pochopením jejich pohledu na sesterskou profesi předejdeme řadě problémových situací.

I přesto, že v sociálních průzkumech se prestiž sesterské profese drží v horních příčkách, aktuálně na 3. pozici za lékařem a vědcem, vlastní názor sester tomuto faktu oponuje. V dřívějších dobách byla sestra považována za profesi přímo příbuznou lékaři, sestry raného stáří si tuto dobu pamatují. V moderní době internetu chodí pacienti do nemocničního zařízení za sestrami se samovytvořenou diagnózou. V nemocničním zařízení je první kontakt prakticky vždy se sestrou. Za cennější považují informace z internetu než sesterské rady, a proto v očích sester prestiž jejich povolání stále klesá.

Z dostupných informací je patrné, že v ošetrovatelské profesi je vše propojené. Z hlediska stávajícího vzdělání dochází k nedostatku sester, což vede k tomu, že sestry vykonávají práci, nejen za sebe, ale i za pomocný zdravotnický personál. Následkem

je méně času tráveného s pacientem, což finálně vede ke snižování kvality ošetrovatelské péče. Tento přístup odporuje celému programu kontinuálního zvyšování kvality péče v ošetrovatelství.

7 Seznam použité literatury

1. ADAMS, A. BOND, S., 2003. Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. *Journal of Nursing Management*. 11(5), 287-292. ISSN 0966-0429.
2. AIKEN, L. H. et al., 2004. Trends In International Nurse Migration. *Health Affairs*. 23(3), 69-77. ISSN 0278-2715.
3. AIKEN, L. H., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 383(9931), 1824-1830. ISSN 01406736.
4. AIŠMANOVÁ, A., 2016. PSHY: Psychohygienu (duševní hygiena). [online]. Plzeň: 50 s. [cit. 2017-08-07]. Dostupné z: https://fpe.zcu.cz/study/celozivotni_vzdelavani/nabidka/ESF_mistri/materialy2011/LS_podpory/kps_pshy/PSHY_Ajsmanova.pdf
5. ALEXANDER, M., F., RUNCIMAN, P., J., 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
6. ANSELMO-WITZEL, S. et al., 2017. Are Generation Y Nurses Satisfied on the Job? Understanding Their Lived Experiences. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 47(4), 232-237, doi: 10.1097/NNA.0000000000000470
7. ARROGANTE, O. et al., 2017. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*. 33(16), 145-148, doi: 10.1016/j.iccn.2017.04.010.
8. BALKOVÁ, H. G., TAKÁČOVÁ, 2014. Je týmová práce v ošetrovatelství důležitá?. *Sestra*. 24(5), 15. ISSN 1210-0404.
9. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 8024711974.
10. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

11. BEŇADIKOVÁ, D. T., RAPČÍKOVÁ, 2009. Sestra jako poskytovatelka zdravotnické péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 18(12), 28. ISSN 1210-0404.
12. BRATT, M., M., 2009. Retaining the Next Generation of Nurses: The Wisconsin Nurse Residency Program Provides a Continuum of Support. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 40(9), 416-425. ISSN 0022-0124.
13. BŘEZINOVÁ, J., 2006. Povolání sestra. *Sestra*. 11(6), 57. ISSN 1210- 0404.
14. CLENDON, J., WALKER, L, 2013. Nurses aged over 50 years and their experiences of shift work. *Journal of Nursing Management*. 21(7), 903-913, doi: 10.1111/jonm.12157
15. CLUMECK, N. et al. 2017. Professional fatigue syndrome (burnout) : Part 1 : identification by the general practitioner. *Revue médicale de Liège*. 72(5), 246-252. ISSN 0370-629X.
16. COSTA, M., L. et al. 2014. Project HOPE contribution to the setting up of the professional identity of the first nurses from Alegoas, 1973-1977. *Revista brasileira de enfermagem*. 67(4), 535-542. ISSN 0034-7167.
17. CUBIT, K. et al. 2011. Tailoring a Graduate Nurse Program to meet the needs of our next generation nurses. *Nurse Education Today*, 31(1), 65-71. ISSN 0260-6917.
18. DI CARA, V., VIDOVIČOVÁ, H., 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha:Grada. 568 s. ISBN: 978-80-247-2240-5.
19. DISMAN, M., 2008. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 371 s. ISBN 975- 80- 246- 0139- 7.
20. DYSON, S., E. et al. 2017. The extent, variability, and attitudes towards volunteering among undergraduate nursing students: Implications for pedagogy in nurse education. *Nurse Education in Practice*. 23(7), 15-22, doi: 10.1016/j.nepr.2017.01.004. ISSN 14715953.
21. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství- teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

22. FRAGAR, L., J., DEPCZYNSKI, J., C., 2011. Beyond 50. challenges at work for older nurses and allied health workers in rural Australia: a thematic analysis of focus group discussions. *BMC Health Services Research*. 11(1), 11- 42. ISSN 1472-6963.
23. GUČKOVÁ, M., 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 17(6), 21. ISSN 1210-0404.
24. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0982-9.
25. Heplová, M. Michálková, H., 2010. Motivační prvky v práci sestry. *Sestra*. 20(11), 30-31. ISSN 1210-0404.
26. KADUČÁKOVÁ, H., 2011. Sestra a psychická pracovní zátěž. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011: sborník z mezinárodní konference, na které se účastnily Fakulta zdravotnictva Katolickéj univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, s. 299-307. ISBN 978-80-87035-37-5.
27. KEEPNEWS, D. et al., 2010. Generational differences among newly licensed registered nurses. *Nursing Outlook*. 58(3), 155-163. ISSN 0029-6554.
28. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2. Vydání*. Praha: Grada. 307 s. ISBN 978-80-247-5203-7
29. KEYS, Y., 2014. Looking ahead to our next generation of nurse leaders: Generation X Nurse Managers. *Journal of Nursing Management*. 22(1), 97-105. ISSN 0966-0429.
30. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče-prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 9(19), 26-28. ISSN 1210-0404.
31. KOPECKÁ, E., 2014. Duševní hygiena sester a umění odpočívat. *Sestra*. 24(4), 22-23. ISSN 1210-0404.
32. KOUBOVÁ, M., 2011. Novela zdravotním sestřám příliš pravomocí nepřidala. *Deník cz*. [online]. 25. 5. 2011 [cit. 2017 - 08 - 07]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/zezdravotnich-sester-se-20110525.html

33. KRASKA-LÜDECKE, K., 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1833-0.
34. KRIŠANDOVÁ, J., 2010. Mají sestry vědomosti v oblasti prevence psychické zátěže?. *Sestra*. 20(8), 25. ISSN 1210-0404.
35. KURZTHALER, I. et al., 2017. Burnout-Symptomatik bei KlinikärztInnen. *Neuropsychiatrie*. 31(2), 56-62, doi: 10.1007/s40211-017-0225-2.
36. KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2713 - 4.
37. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
38. LAHANA, E. et al. 2017. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing*. 16(1), 17-27. ISSN 1472-6955.
39. LAVOIE-TREMBLAY, M. et al. 2010. The Needs and Expectations of Generation Y Nurses in the Workplace. *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD)*. 26(1), 2-8, doi: 10.1097/NND.0b013e3181a68951.
40. Le GALL, JR. et al., 2011. Burn out syndrome among critical care workers. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 195(2), 397-398. ISSN 0001-4079.
41. LIANG, F. et al., 2017. High-tech acupuncture for prevention of lifestyle diseases. A Sino-Austrian cooperation research protocol on heart rate variability. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, doi 10.1007/s11655-017-2548-4.
42. MARCINOWICZ, L. et al., 2016. Choice and perception of the nursing profession from the perspective of Polish nursing students: a focus group study. *BMC Medical Education*. 16(1), 243-244. ISSN 1472-6920.
43. MARCINOWICZ, L. et al., 2016. Exploring the ways experienced nurses in Poland view their profession: a focus group study. *International Nursing Review*. 63(3), 336-343. ISSN 0020-8132.
44. MARYŠKOVÁ, A., 2010. O prestiži sesterského povolání. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta. 20(2), 7. ISSN 1210-0404.

45. MASTILIAKOVÁ, D., 2005. *Úvod do ošetrovatelství I. díl, systémový přístup*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.
46. MEALER, M. et al., 2017. Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 26(3), 184-192, doi: 10.4037/ajcc2017798
47. MELLANOVÁ, A. et al., 2014. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.
48. MESTERS, P. et. al., 2017. Professional fatigue syndrome (burnout) : Part 2: from therapeutic management. *Revue médicale de Liège*. 72(6), 301-307. ISSN 0370-629X.
49. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2013. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
50. MIKŠOVÁ, Z. et al. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*, 2014, 16(2), 130-142. ISSN 1212-4117.
51. NG, J. et al. 2016. Management of the lower gastrointestinal system in burn: A comprehensive review. *Burns*. 42(4), 728-737. ISSN 0305-4179.
52. ONDŘIOVÁ, I. SLANINKOVÁ, J., 2010. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetrování terminálně nemocných. *Sestra*. 20(10), 27-28. ISSN 1210-0404.
53. PALMER-MORALES, Y., 2007. Prevalence of burnout syndrome in nurses in 2 Mexican hospitals. *Enfermería clínica*. 17(5), 256-260. ISSN 1579-2013.
54. PAVLASOVÁ, Z., 2010. *Příčiny nedostatku zdravotních sester ve vybraných zdravotnických zařízeních*. Praha. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Hradec Králové.
55. PISANTI, R. et al. 2016. How Changes in Psychosocial Job Characteristics Impact Burnout in Nurses: A Longitudinal Analysis. *Frontiers in Psychology*. 13(7), 15-19. ISSN 1664-1078.

56. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 228 s. ISBN 978-80-247-3557-3
57. PROŠKOVÁ, E., 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 6(10), 3-4. ISSN 1801-464X.
58. SEHNALOVÁ, J., 2015. *Jak často sestry překračují své kompetence?* *Ošetřovatelství*. [online]. 29. 1. 2015 [cit. 2017-08-09]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/clankyctenaru/jak-casto-sestry-prekracuji-sve-kompetence/>
59. Směrnice č. 33. Rozsah oprávnění a náplň činnosti středních a nižších zdravotnických pracovníků. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky*. 1967, částka 14, s. 117-120. ISSN 0139-9837.
60. Směrnice č. 27. Náplň činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky*. 1972, částka 10, s. 105-112. ISSN 0139-9837.
61. Směrnice č. 33. Rozsah oprávnění a náplň činnosti středních a nižších zdravotnických pracovníků. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky*. 1967, částka 14, s. 117-120. ISSN 0139-9837.
62. Směrnice č. 10 o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky*. 1986, částka 8-12, s. 90-105. ISSN 0139-9837.
63. STAŇKOVÁ, M., 2002. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 11 *Sestra- reprezentant profese* *Ediční řada- Praktické příručky pro sestry*. Brno. ISBN 80-7013-368-6
64. STIER-JARMER, M. et al., 2016. The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program. *Deutsches Ärzteblatt international*. 113(46), 781-788, doi: 10.3238/arztebl.2016.0781.
65. STOCK, Ch., 2010. *Syndrom vyhoření a jak je zvládnout*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3553-5.
66. SWEIGART, E., 2017. Compassion Fatigue, Burnout, and Neonatal Abstinence Syndrome. *Neonatal Network*. 36(1), 7-11. ISSN 0730-0832.

67. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
68. ŠIMEK, J., 2016. Specifika ošetřovatelské etiky. *Kontakt*. 18(2), 73-77. ISSN 1212-4117.
69. ŠPAČEK, M., 2004. Koncepce ošetřovatelství. In: *Věstník č.9- MZ ČR 2004 Metodická opatření* [online]. [cit. 2016-11-17] Dostupné z http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
70. ŠTĚPÁNKOVÁ, I., 2016. *Rozšířené kompetence všeobecné sestry* [online]. Praha: Odborný svaz zdravotnictví a sociální péče ČR [cit. 2017- 08-03]. Dostupné z: 1url.cz/ftCri
71. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978 - 80 - 7367 - 313 - 0.
72. VALÁŠKOVÁ, D. Sestra denně stráví v předklonu 96 minut. *Sestra*, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Saníma Magazines,12/2008. 37-39. ISSN 1212 0404.
73. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 159. ISBN 978-802-4747-323.
74. TÓTHOVÁ, V., 2017. Asociace varuje, že novela zákona sníží kvalitu zdravotních služeb. *České noviny (ČTK)*. ISSN 1213-5003.
75. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978 - 80 - 7387 - 785 - 9.
76. VOJÍKOVÁ, M., 2017. *Změna ve vzdělávání zdravotních sester* [online]. Praha: Soft Book, [cit. 2017- 08-03]. Dostupné z: 1url.cz/htCK8
77. Vyhláška č. 44/1966; o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, 1966. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*, částka 16, s. 177-187. ISSN 0322-8037.
78. Vyhláška č. 72/1971; o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, 1971. In: *Sbírka zákonů Československá socialistická republika*, 1971, částka 21, s. 356-369. ISSN 0322-8037.

79. Vyhláška č. 424/2004; kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 139, s. 8098-8140. ISSN 1211-1244.
80. WU, L., T. et al. 2015. Why not nursing? A systematic review of factors influencing career choice among healthcare students. *International Nursing Review*. 62(4), 547-562. ISSN 0020-8132.
81. Zákon č. 170/1950 Sb., o zdravotnických povoláních, 1950. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*, částka 69, s. 695-696. ISSN 1211- 1244.
82. Zákon č. 77/1951 Sb., o středních zdravotnických pracovnících, 1951. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*, částka 41, s. 229-232. ISSN 1211- 1244.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k hloubkovému rozhovoru se sestrami

Příloha 2 Informované souhlasy

Příloha 3 Ukázka kódování

Příloha 4 Přepsané rozhovory (volná příloha na CD)

***Příloha 1* Otázky k hloubkovému rozhovoru se sestrami**

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho působíte ve zdravotnictví?
4. Na jakých odděleních jste dosud provozovala Vaší praxi?
5. Kolik let pracujete na nynějším pracovišti?
6. Kolikrát jste změnila pracoviště během Vaší dosavadní kariéry? A pokud ano, tak z jakého důvodu?
7. Kde pociťujete nejvýraznější změny od začátku Vaší profesní kariéry?
8. Jaké výhody vnímáte v pokroku zdravotnictví při porovnání Vaší počáteční kariéry se současností pro usnadnění vaší práce?
9. Naopak jaké nevýhody vnímáte při porovnání Vaší počáteční kariéry se současností?
10. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte v současné době ve Vaší praxi? Čím se liší tyto problémy oproti minulosti?
11. Myslíte si, že Vás nějak omezuje Váš věk při vykonávání této profese? A pokud ano, tak v čem?
12. Co Vás v práci nejvíce zatěžuje?
13. Uvažovala jste někdy o ukončení této profese? Pokud ano, tak proč?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Příloha 2 Informované souhlasy

Hlavní sestra Mgr. Monika Kyselová, MBA

Nemocnice České Budějovice, a.s.

B.Němcové 585/54

370 01, České Budějovice

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní magistro,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v nemocnici České Budějovic, a.s., které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Sesterská profese z pohledu sester 50+. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecné sestry na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Lenka Táborská

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

11. V. 2017

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Hlavní sestra Mgr. Helena Prokešová

Nemocnice Prachatice, a.s.

Nebahovská 1015

383 01, Prachatice

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní magistro,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v nemocnici Prachatice, a.s., které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Sesterská profese z pohledu sester 50+. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecné sestry na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Lenka Táborská

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

10. 5. 2014 - VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM
VOUHRANĚNÍM



NEMOCNICE
PRACHATICE
NEMOCNICE PRACHATICE, a.s.
Nebahovská 1015, 383 01 Prachatice

Příloha 3 Ukázka kódování

Sestra č.2

1. Kolik je Vám let?

51

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu v Táboře, kdy po středoškolském vzdělání, které bylo zakončené maturitou, jsem si dodělala pomaturitní specializované studium se zaměřením na hematologii a transfúzní službu.

3. Jak dlouho působíte ve zdravotnictví?

31 let

4. Na jakých odděleních jste dosud provozovala Vaší praxi?

Od roku 1986 do roku 1988 jsem pracovala na neurologii na lůžkách, poté jsem byla 5 let na mateřské. Po mateřské dovolené jsem v roce 1993 nastoupila na transfúzní oddělení, kde jsem pracovala do roku 2007 a od roku 2007 až doposud se nacházím opět na neurologickém oddělení.

5. Kolik let pracujete na nynějším pracovišti?

Dohromady pracuji na neurologii 14 let.

6. Kolikrát jste změnila pracoviště během Vaší dosavadní kariéry? A pokud ano, tak z jakého důvodu?

Pracoviště jsem za celý svůj život změnila pouze 2x. Pracovala jsem na neurologii na lůžkách, ale kvůli dětem jsem musela z neurologie odejít a nastoupit na transfúzi, vzhledem k tomu, že se tam dělala pouze jednosměnný provoz.

7. Kde pociťujete nejvýraznější změny od začátku Vaší profesní kariéry?

Největší změny vnímám v obrovském nárůstu práce, a to zejména ve vyšetření, ale také ve zvýšení dokumentace, to jsou asi nejvýraznější změny, které já vnímám.

8. Jaké výhody vnímáte v pokroku zdravotnictví při porovnání Vaší počáteční kariéry se současností pro usnadnění vaší práce?

Abych řekla pravdu, tak jediné výhody co vnímám v pokroku ve zdravotnictví, jsou větší možnosti pomůcek, a to hlavně teda těch jednorázových. Dříve jednorázové pomůcky nebyly, ale to vnímám asi jako jedinou výhodu.

9. Naopak jaké nevýhody vnímáte při porovnání Vaší počáteční kariéry se současností?

No těch nevýhod pociťuju mnohem více, například dvojí dokumentace. Vše se musí zapsat na papír a ještě do počítače. V dnešní práci je mnohem důležitější, aby

21 vše bylo zapsané, ale už není tak důležité, aby to bylo provedené. Díky nízkému
22 počtu personálu, není čas se věnovat pacientovi po psychické stránce, dělají se
23 pouze manuální úkony dle chorobopisu, ale zapomíná se na psychický stav
24 pacienta. Můj názor na to je, že lékař léčí pouze od počítače, ale zatím
25 chorobopisem nevidí toho pacienta.

10. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte v současné době ve Vaší praxi?

26 Čím se liší tyto problémy oproti minulosti? Největší problém je, že není na
27 pacienty dostatečný čas. Podle mě by mělo být více pomocného personálu. Tím,
28 že děláme práci za sestru, a ještě za pomocný personál, už opravdu tolik času na ty
29 pacienty nezbyvá.

11. Myslíte si, že Vás nějak omezuje Váš věk při vykonávání této profese?

30 A pokud ano, tak v čem? Ano myslím si, že určitě, ale ne co se týče znalostí,
31 stejně Vám dá práce nejvíc, ale spíše po fyzické stránce. Jsem hodně unavená, tím,
32 že je nedostatek personálu, ale také už mě unavuje ten směnný provoz.

12. Co Vás v práci nejvíce zatěžuje?

33 Přebytečná administrativa, hlavně teda ošetřovatelská anamnéza. Konkrétně u nás
34 na nervovém oddělení mě štvě, že nejsou odlišené prostory. Máme vlastně na
35 oddělení jak ambulanci, tak lůžka a dokonce i IMP a na tyto tři provozy sloužíme
36 ve třech sestřích.

13. Uvažovala jste někdy o ukončení této profese? Pokud ano, tak proč?

37 Neuvažovala, ale jen proto, že nevím, co jiného bych dělala. Práci mám hodně
38 ráda a baví mě, akorát bych potřebovala míň služeb. V současné době, kdy je
39 nedostatek sester, mívám i 19 dvanáctek do měsíce, což mi v mém věku přijde už
40 nemožné. Jak říkám já- unavená sestra= zlá sestra.

9 Seznam zkratek

CVVM Centrum pro výzkum veřejného mínění

DD Domov důchodců

DCHIR ODD Dětské chirurgické oddělení

GYN JIP Gynekologická jednotka intenzivní péče

GYN ODD Gynekologické oddělení

CHIR AMB Chirurgická ambulance

CHIR ODD Chirurgické oddělení

INT AMB Interní ambulance

INT ODD Interní oddělení

KARD AMB Kardiologická ambulance

KOŽNÍ ODD Kožní oddělení

LDN Léčebna pro dlouhodobě nemocné

NCHO Neurochirurgické oddělení

NROL Neurologické oddělení

OČNÍ ODD Oční oddělení

OL Obvodní lékař

ONKO ODD Onkologické oddělení

ORTO AMB Ortopedická ambulance

ORTO JIP Ortopedická jednotka intenzivní péče

ORTO ODD Ortopedické oddělení

POR ODD Porodnické oddělení

PSO Psychiatrické oddělení

TRF ODD Transfuzní oddělení

TRM ODD Traumatologické oddělení

URO ODD Urologické oddělení