

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2020/2021

Anna Ptáčková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Dosti dobrá sestra

Anna Ptáčková

Rok 2020/2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Ptáčková**  
Osobní číslo: **Z17047**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Dosti dobrá sestra**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BUŽGOVÁ, Radka, PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-573.  
FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetřovatelství-teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.  
KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0.  
KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.  
STASKOVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valérie, KOŤA, Jaroslav. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století*. Praha: Grada, 2019. Sestra. ISBN 978-80-271-2206-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michal Kopecký**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

L.S.

**Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Dosti dobrá sestra jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 13.7.2021

Anna Ptáčková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji panu Mgr. Michalovi Kopeckému za odborné vedení práce, za cenné rady a připomínky.

Děkuji rodině za psychickou podporu a rady k bakalářské práci.

Děkuji všem respondentům za čas strávený vyplňováním dotazníku.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá tématem *Dosti dobrá sestra*. Práce obsahuje teoretickou část zaměřenou na teoretické informace v oblasti ošetrovatelství, profesní role sestry, osobnostní předpoklady, prestiž sesterského povolání, vzdělávání sester a vnímání sestry v průběhu času. Teoretická část byla vypracována za použití dostupné literatury.

Praktickou část tvoří kvantitativní průzkum a je v ní analyzováno dotazníkové šetření. Na dotazník odpovídali respondenti různých věkových kategorií. Z průzkumu vyplynulo, že pro všechny věkové kategorie je důležitá trpělivost, komunikativnost, profesionalita, šikovnost a schopnost získat si důvěru. Dále bylo zjištěno, že pouhých 11,32 % respondentů nebylo hospitalizováno.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Ošetrovatelství, profesní role sestry, osobnostní předpoklady, prestiž sesterského povolání, vzdělávání, dobrá sestra, vlastnosti, hospitalizace, věkové kategorie

## **TITLE**

Enough good nurse

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis deals with a topic *Enough good nurse*. The work contains a theoretical part which provides theoretical informations in the area of nursing, professional role of nurse, personal prerequisites, prestige of the profession of a general nurse, education of nurses and perception of nurse in over time. Theoretical part was worked up using available literature.

The practical part consists of a quantitative survey and analyses the results of the questionnaire investigation. On questionnaire answered respondents of various ages. The survey showed that for every age kategorie sis important patience, communication, professionalism, dexterity, and the ability to gain trust. Further was found that only 11,32 % respondents wasnt hospitalized.

## **KEYWORDS**

Nursing, professional role of nurse, personal prerequisites, prestige of the profession of a general nurse, education of nurses, good nurse, hospitalization, age categories

## OBSAH

Úvod .....	13
1 Cíl práce .....	14
2 Teoretická část.....	15
2.1 Ošetřovatelství.....	15
2.1.1 Cíle ošetřovatelství .....	15
2.1.2 Historie ošetřovatelství.....	16
2.2 Sestra .....	17
2.2.1 Profesní role sestry .....	18
2.2.2 Osobnostní předpoklady.....	19
2.2.3 Prestiž sesterského povolání.....	20
2.3 Vzdělávání sester v českých zemích .....	21
2.3.1 Počátky vzdělávání.....	21
2.3.2 Vzdělávání sester do roku 1989 .....	23
2.3.3 Vzdělávání sester po roce 1989.....	24
2.3.4 Vzdělávání v současnosti .....	25
2.4 Dobrá sestra v průřezu času.....	26
2.4.1 Počátek profesionálního ošetřovatelství.....	26
2.4.2 Konec 19. až první polovina 20. století.....	27
2.4.3 Pojetí sestry po roce 1948 .....	27
2.4.4 Pojetí sestry po roce 1989 .....	28
2.5 Vývoj osobnosti.....	29
2.5.1 Freudova teorie psychosexuálního vývoje .....	29



2.5.2	Psychosociální teorie Erika Eriksona .....	30
2.5.3	Kognitivní vývoj Jeana Piageta .....	32
2.5.4	Morální vývoj Lawrence Kohlberga .....	33
3	Průzkumná část.....	35
3.1	Cíl průzkumu .....	35
3.1.1	Dílčí cíle .....	35
3.2	Průzkumné otázky .....	35
3.3	Metodika průzkumu .....	35
4	Výsledky šetření .....	37
5	Diskuze .....	81
6	Závěr.....	85
7	Použitá literatura.....	86
8	Legislativní zdroje.....	92
9	Seznam příloh.....	93

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Vlastnosti sestry dle respondentů mladších 15 let .....	37
Obrázek č. 2 – Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů mladších 15 let.....	38
Obrázek č. 3 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů mladších 15 let .....	39
Obrázek č. 4 – Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 15-19.....	40
Obrázek č. 5 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 15-19 .....	41
Obrázek č. 6 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 15-19.....	42
Obrázek č. 7 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 20-24 .....	43
Obrázek č. 8 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 20_24.....	44
Obrázek č. 9 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 20-24.....	45
Obrázek č. 10 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 25-29 .....	46
Obrázek č. 11 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 25-29 .....	47
Obrázek č. 12 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 25-29.....	48
Obrázek č. 13 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 30-34 .....	49
Obrázek č. 14 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 30-34 .....	50
Obrázek č. 15 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 30-34.....	51
Obrázek č. 16 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 35-39 .....	53
Obrázek č. 17 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 35-39 .....	54
Obrázek č. 18 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 35-39.....	55
Obrázek č. 19 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 40-44 .....	56
Obrázek č. 20 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 40-44 .....	57
Obrázek č. 21 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 40-44.....	58
Obrázek č. 22 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 45-49 .....	59
Obrázek č. 23 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 45-49 .....	60

Obrázek č. 24 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 45-49 .....	61
Obrázek č. 25 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 50-54 .....	62
Obrázek č. 26 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 50-54 .....	63
Obrázek č. 27 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 50-54.....	64
Obrázek č. 28 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 55-59 .....	65
Obrázek č. 29 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 55-59 .....	66
Obrázek č. 30 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 55-59.....	67
Obrázek č. 31 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 60-64 .....	68
Obrázek č. 32 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 60-64 .....	69
Obrázek č. 33 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 60-64.....	70
Obrázek č. 34 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 65-69 .....	71
Obrázek č. 35 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 65-69 .....	72
Obrázek č. 36 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 65-69.....	73
Obrázek č. 37 - Vlastnosti sestry dle respondentů starších 70 let .....	74
Obrázek č. 38 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů starších 70 let .....	75
Obrázek č. 39 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů starších 70 let .....	76
Obrázek č. 40 – Vlastnosti sestry dle všech respondentů.....	77

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii mladší 15 let.....	39
Tabulka č. 2 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 15-19.....	42
Tabulka č. 3 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 20-24.....	45
Tabulka č. 4 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 25-29.....	48
Tabulka č. 5 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 30-34.....	52
Tabulka č. 6 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 35-39.....	55
Tabulka č. 7 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 40-44.....	58
Tabulka č. 8 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 45-49.....	61
Tabulka č. 9 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 50-54.....	64
Tabulka č. 10 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 55-59.....	67
Tabulka č. 11 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 60-64.....	70
Tabulka č. 12 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 65-69.....	73
Tabulka č. 13 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii starší 70 let.....	76
Tabulka č. 14 - Zkušenost s hospitalizací u všech respondentů.....	77

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Mgr. – magistr

Bc. – bakalář

č. – číslo

str. – strana

tzn. – to znamená

sv. – svatý

EU – Evropská Unie

Sb. – sbírka

PhDr. – Doktor filozofie

Odst. – odstavec

## ÚVOD

Bakalářská práce s názvem „Dosti dobrá sestra“ je zaměřena na nejdůležitější vlastnosti sestry. Zkoumá, jaké vlastnosti by měla sestra nezbytně mít podle různých věkových skupin a jaká by měla v ideálním případě být. Ošetrovatelství se zviditelňuje a tím dochází ke změně postojů a myšlení, jak u zdravotnického personálu, tak u laické veřejnosti. Profese sestry nabývá na prestiži. Povolání sestry je odjakživa posláním, pro sestru je zároveň zaměstnáním a povinností. Patří mezi nejnáročnější profese, protože při kontaktu s lidským utrpením a bolestí je zapotřebí velká psychická odolnost a vyrovnanost. Sestra musí být psychicky, fyzicky a sociálně vyzrálá, inteligentní a důvěryhodná. Nese odpovědnost nejen za sebe, ale i za ostatní. Pro tuto profesi je nezbytné mít teoretické znalosti a praktické dovednosti, schopnost rychle reagovat a rozhodovat se podle stavu pacienta. Mezi osobnostními předpoklady by neměly chybět komunikační dovednosti, empatie, láska k lidem a znalosti etiky a morálky (Žampachová, 2013).

Teoretickou část práce tvoří pět kapitol. První kapitola charakterizuje ošetrovatelství a popisuje cíle a historii. Druhá kapitola je zaměřena na profesní role sestry, osobnostní předpoklady a prestiž sesterského povolání. Třetí kapitola popisuje vzdělávání sester v českých zemích od počátku po současnost, čtvrtá kapitola popisuje dobrou sestru v průřezu času a poslední se věnuje vývoji osobnosti. V úvodu průzkumné části jsou stanoveny průzkumné otázky. Dále je věnována analýze výsledků dotazníku vlastní tvorby a potvrzení nebo vyvrácení stanovených cílů a průzkumných otázek. Dále je popisován postup sestavování dotazníku a sběru dat. Data jsou vyhodnoceny ve Výsledcích šetření. V diskusi jsou shrnuta a porovnána data s jinými pracemi. V závěru práce jsou shrnuty nejvýznamější poznatky. Každý jedinec má jiné očekávání od sestry, ať už ve vztahu k jeho povaze, věku i hospitalizaci. Porovnávání názorů na to, jaká by měla být dobrá sestra dle věkových skupin může být pro sestry přínosem v jednání s pacienty a ve zdokonalování sebe sama.

# **1 CÍL PRÁCE**

## **HLAVNÍ CÍL PRÁCE**

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké by podle široké laické veřejnosti měla mít dobrá sestra vlastnosti.

## **DÍLČÍ CÍLE**

- Zjistit jaká by měla být sestra podle jednotlivých věkových skupin.
- Porovnat názory věkových skupin.
- Zjistit, zda má hospitalizace vliv na vnímání dobré sestry.
- Shrnout obraz dobré sestry všech věkových skupin.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Ošetřovatelství

*“Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání, uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči” (MZČR, 2004).*

Je to multidisciplinární obor mající teoretickou základnu, která lze prakticky aplikovat. Předmětem ošetřovatelství je osoba, zdraví, prostředí a vztah mezi nimi. Moderní ošetřovatelství pracuje na základě ošetřovatelského procesu a je podloženo vědeckými poznatky (Plevová, 2018, str. 57, Stasková, 2019, str.11).

#### 2.1.1 Cíle ošetřovatelství

*Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetřovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky (Věstník č. 9- MZ ČR, 2004).*

Díky změnám v lidské společnosti jsou znatelné změny nejen v přístupu k pacientům, ale taktéž k jejich rodinným příslušníkům. V moderním ošetřovatelství je cílem orientace na člověka a jeho problémy. Sestry mají za úkol tyto problémy identifikovat, stanovit příčiny, určit stupeň závažnosti a stanovit nejvhodnější způsob k jejich řešení. Mezi základní cíle ošetřovatelství patří podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Archalousová et al., 2006, str. 295, Boroňová, 2010, str. 9).



## 2.1.2 Historie ošetrovatelství

Kapitola historie ošetrovatelství je zde obsažena k uvedení historického kontextu a možného vývoje pojetí sesterského povolání. S rozvojem ošetrovatelství docházelo také k vývoji sesterského povolání. Počátky ošetrovatelství sahají až do raného středověku a jsou spojeny s křesťanstvím. Už v předkřesťanských kulturách se setkáváme s péčí o člověka jako s přirozenou vlastností (Kutnohorská, 2010, str. 13). Vývoj ošetrovatelské péče byl ovlivněn náboženskými, ekonomickými, sociálními, kulturními a politickými faktory (Jarošová, 2000, str. 24). Křesťanství podporovalo ošetrovatelskou péči tím, že vneslo filozofie bytí trpícího člověka, pomoc bližnímu. Zkušenosti s léčbou a ošetrováním nemocných se před vznikem křesťanství předávaly z generace na generaci pouze ústním podáním (Archalousová et al., 2006, str. 5). Využívané byly zkušenosti z pozorování bylin, vody a slunce na lidský organismus. V kláštorech se pěstovaly byliny a z nich se vyráběly léky proti chorobám. Do léků musely být zakomponované náboženské prvky a pro jejich lepší účinek byly odříkávány modlitby, které měly zahánět „d'áblovu vlivy“ (Kutnohorská, 2010, str. 13). Ošetrování bylo pochopeno jako morální a humánní pomoc, vyvíjelo se spolu s křesťanstvím a je spojeno se zakládáním církevních řádů, klášterů, útulků, špitálů a nemocnic. Zaměřovala se na nemocné, chudé, trpící, opuštěné děti a jedince závislé na jiných. Hlavním záměrem charitativní ošetrovatelské péče bylo uspokojování nejzákladnějších potřeb života jako je přístřeší, strava, hygiena, duchovní podpora a později i léčivá péče (Jarošová, 2000, str. 24). Pro ženy bylo léčitelství odjakživa předmětem zájmu. V historii medicíny nalezneme ženu vylíčenou v podobě ošetrojícího anděla – pomocníka. Války měly velký vliv na rozvoj ošetrovatelské péče, protože vyvolávaly zvýšenou potřebu péče a lékařského ošetření. Mnoho vojáků bylo zabito spíše onemocněním ze špatných hygienických podmínek než nepřítelem. V raném středověku ovlivnily ošetrovatelskou péči křižácké války zakládáním organizovaných vojenských ošetrovatelských řádů. Nejznámější vojenské řády, které pečovaly o zraněné a nemocné byli rytíři sv. Lazara, Maltézští rytíři (Kutnohorská, 2010, str. 13). V závislosti na pandemiích a mnohočetných válkách se ve 12. století začala měnit demografická a sociální skladba evropské společnosti. Místo hygienických opatření se používali modlitby, zaklínání a pověry. Kvůli morovým epidemiím narůstala úmrtnost, což stěžovalo život hlavně ženám, připadly jim starosti o vedení hospodářství. Ženy také měly povinnost pečovat o raněné a nemocné, kterých neustále přibývalo (Kutnohorská, 2010, str. 14). Vývoj ošetrovatelství se skládá ze tří hlavních linií péče o nemocné. Jako první je laická péče, což je péče, kterou si poskytoval sám nemocný nebo mu ji poskytovali jeho blízcí. Můžeme ji také nazvat sebestpěčí. Z historického hlediska je nejstarším

obdobím. Člověk měl od nepaměti potřebu starat se o zdraví svoje a svých blízkých. Laické ošetrování přetrvalo v českých zemích až do příchodu křesťanství. Dále pak charitativní péče, tu poskytovali převážně církevními řády v charitativních domech. Sestry v podobě řeholnic byly vnímány jako silně nábožensky založené, zasvěcující celý svůj život ošetrování nemocných. Jako poslední je organizovaná léčebná péče, jejíž počátky jsou na konci 19. století. Je spjata s hrůzami válek a rozvojem medicíny, došlo k odbornému vzdělání žen pečujících o zraněné a nemocné (Kutnohorská, 2010, str. 14). Vnímání sestry v 18. století navazovalo na křesťanský ideál soucitu, laskavosti a milosrdenství, zvýšily se nároky na osobní a pracovní kvality o sebekázeň, poslušnost, zodpovědnost, svědomitost, pečlivost, přesnost, důslednost, pořádek a i nadále je požadována absolutní oddanost profesi (Juklíčková, 2017, str. 14).

## **2.2 Sestra**

Sestra je členem ošetrovatelského týmu, má nenahraditelnou roli a pozici. Zvládá širokou škálu odborných úkonů. Sestry musí splňovat kritéria daná zákonnými a podzákonnými normami, musí mít oprávnění k výkonu povolání sestry a celoživotně se vzdělávat (Staňková, 2002, str. 17). Pro lékaře je sestra nejbližším spolupracovníkem. Její náplní práce je vykonávat lékařské ordinace, připravovat pacienty na vyšetření, provádět komplexní ošetrovatelskou péči, asistenci při diagnostických a lékařských výkonech. Sestra při práci využívá ošetrovatelský proces, jehož součástí je posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení ošetrovatelského plánu. Všechny výkony, které provádí jsou zaznamenány v dokumentaci (Bláha, 2003, str. 51). Kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňuje chování a jednání sestry, které pacient vnímá. Je velmi důležité zvolit správnou komunikaci, díky které pacienti snáze odbourají pocity strachu, nejistoty, dojde k navázání lepšího vztahu s pacientem, snazšímu vykonávání ošetrovatelské péče a k získání pacientovy náklonnosti. Ve vztahu k pacientovi je nutná důvěra, trpělivost, odbornost atd. Názor společnosti určuje prestiž povolání sester, z toho důvodu je velmi důležité působit důvěryhodně. Sestra musí porozumět kolísavému chování, požadavkům pacientů, postojům a náladám. Osobnost sester by měla zahrnovat základní projevy jako je kladný vztah k povolání, kultivovaný projev, vhodné chování a vystupování, odborné znalosti a upravený zevnějšek (Staňková, 2002, str. 17). Sestra je profesionál a během své praxe se dostává do situací, které je potřeba řešit lidsky na profesionální úrovni. Sestra musí budit v pacientovi důvěru, empatii, odbornost, schopnost, ale také umění naslouchat druhým. Měla by být trpělivá, měla by se umět se za každé situace ovládat, pečlivá a vytrvalá (Mešková, 2008, str. 11-12).

Rozhodně by neměla být lhostejná, nepřátelská, sobecká, neochotná, zlomyslná a hrubá, tyto vlastnosti by mohly způsobit pacientovi psychické problémy. Pokud by sestra tyto negativní vlastnosti měla, tak se pro pacienta stává nedůvěryhodnou, pacient nebude vhodně spolupracovat a péče by byla komplikovaná (Staňková, 2002, str. 17).

### 2.2.1 Profesní role sestry

Roli definujeme jako očekávané chování jedince související s jeho určitým postavením ve společnosti. Profesní roli definujeme jako vzor chování, který je formulován požadavky určité profese. S rolí je spjato chování, prožívání, emoce, postoje určitého jedince, kromě toho také vlastnosti osobnosti a hodnotový systém, který jedinec respektuje. Sesterské role jsou dané společností a historicky podmíněné. Sestra má za úkol vykonávat spoustu rozdílných rolí, avšak žádná není méně důležitá. Role sester je ovlivněna rozvojem medicíny, změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, novými znalostmi a technologiemi, celkovým zdravotním stavem obyvatelstva atd. Do ošetrovatelství pronikají nové znalosti společenských věd, obzvláště z pedagogiky, psychologie, sociologie a etiky (Staňková, 2002, str. 11, Farkašová, 2006, str. 180). Je nutné, aby sestra pochopila a poznala svou vlastní roli, jediné tak dosáhne vysoké profesionální úrovně ve svých rolích. Dále je důležitý rozvoj tří složek. První z nich je kognitivní, ta představuje vědomosti, znalosti. Druhá je afektivní, zahrnuje empatii, cit dělat správné věci ve správný čas a správným způsobem a třetí je behaviorální, ta zahrnuje rozvoj praktického umu u sester, komunikace, edukačních činností, podporování a vedení (Špirudová, Králová, 2006, str. 554).

Profesní sesterské role v dnešní době jsou **ošetrovatelka**, důležité je holistické (=celostní) pojetí jedince a skupiny, zohlednění zdravotního stavu s cílem uspokojit potřeby. Dále role **manažerky**, tzn., že mám sestra vliv na státní, regionální a na úrovni zdravotnického zařízení, kdy organizuje ošetrovatelskou péči u jednotlivců i skupin tím způsobem, že plánuje ošetrovatelský proces. Tato role je důležitá, kdyby jí sestra nezvládala, tak to má značné následky v ošetrovatelské péči, péče bude nekoordinovaná a neefektivní. Role **edukátorky** se podílí na udržení a návratu zdraví rozvoji soběstačnosti, sebepéče a nácviku praktických dovedností. Sestra jako **advokátka** tlumočí problémy a požadavky pacienta, podává informace o jeho právech, pokud pacient není schopen dokázat své potřeby, potíže a přání stará se o něj, je i jeho mluvčím. Sestra je také **nositelka změn**, díky tomu se ošetrovatelství může dále rozvíjet. Vyzdvihuje zdravotní úroveň jednotlivých pacientů i rodin, zvyšuje kvalitu zdravotní péče a pozvedá ošetrovatelskou profesi v očích občanů a zákonodárců. Sestra **výzkumnice**

využívá nové ošetrovatelské vědomosti, které nabývá z odborných periodik a spolupracuje nebo vede vývojové programy a podílí se na tvorbě ošetrovatelských standardů. Sestra **mentorka** dohlíží na studenty v klinické praxi, proto je důležitá pedagogická schopnost a zralá osobnost. Sestra **asistentka** se účastní diagnosticko-terapeutické lékařské péče, přípravy nemocného k vyšetření, vyšetření samotného a plní lékařské ordinace. Sestra **koordinátorka** ve spolupráci se členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu, pacientem a jeho rodinou plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči (Plevová et al., 2011, str. 82-83, Staňková, 2002, str. 11-12, Venglářová, 2011, str. 87)

Ošetrovatelství se potýká s neustálým rozvojem, tím přibývá více a více sesterských rolí. Aby sestra úspěšně zvládala svou roli, je nezbytné, aby se orientovala v tradicích, v dodržování hygienických, stravovacích návyků, zvládala sociální role, přizpůsobovala chování určitým situacím a byla vždy nestranná. Co se týče společnosti, je třeba aby měla přiměřené vztahy k ostatním, naplňovala své potřeby v rámci společnosti a akceptovala potřeby ostatních. Rozvoj ošetrovatelství je doprovázeno pozměňováním sesterské role. Pro sestru je důležité pochopit trápení nemocného, řídit se jeho potřebami a zajistit bezpečí (Beňadiková, Rapčíková, 2009, str. 28, Venglářová, 2011, str. 87)

### 2.2.2 Osobnostní předpoklady

*„Je zřejmé, že pečovat o druhé lidi mohou pouze ti jedinci, kteří si v raném dětství vytvořili pozitivní vztah k druhým lidem a jsou tzv. prosociálně orientovaní“* (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995, str. 86).

U sestry jsou nejdůležitější její charakterové, volní, citové, pracovní a temperamentové vlastnosti, osobní zralost a vnitřní stabilita. Důležitá je také úroveň společenských a mravních vlastností, úroveň vzdělání, vzhled, způsob komunikace, samostatnost, zodpovědnost, sociocentrismus (orientace na potřeby druhých), toleranci, přizpůsobivost, autonomii (nezávislý vztah k autoritám), přiměřené sebehodnocení, schopnost spolupráce, a schopnost nést odpovědnost za druhé. Sestra by měla mít profesionální jednání a důvěryhodnost. To znamená zvládat komunikovat s pacientem a rodinou (Plevová, 2018, str. 90). Důležitá je samostatnost sestry a zodpovědnost. Samozřejmostí by mělo být aktivní hájení zájmů pacienta a respekt k jeho důstojnosti, individualitě, právům, intimitě. Pacient by měl cítit, že si ho sestra váží a že je spolupracovníkem ve všech činnostech, které vedou k podpoře zdraví, soběstačnosti a snazšímu edukační i terapeutickému efektu ošetrovatelského procesu (Staňková, 2002, str. 17). Každý den by měla sestra odvádět kvalitní práci, projevovat empatii, rádně komunikovat,

navazovat kontakt, vyhodnocovat situaci a z ní vyvozovat závěry pro další činnost. To vše souvisí se sociabilitou, sociální zkušeností a interakčních dovednostech. Většinu času se sestra setkává se spoustou lidí, sleduje je, kontroluje, odpovídá na dotazy, požadavky, řeší mnoho dílčích úkolů, konfliktů a problémů, přechází rychle od jednoho k druhému a zároveň nesmí ztrácet hlavní úkoly. Proto je potřeba, aby byla odolná proti konfliktním a stresujícím situacím, které často vznikají. Je pod neustálou kontrolou, především pacientů, proto tato přemíra podnětů může vyvolávat napětí, vedoucí k podrážděnosti a narušení neuropsychické rovnováhy (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, str. 157). Pracovní nasazení je ovlivněno náročnými životními situacemi a tím, jak se s nimi dovede sestra vypořádat. Vztah sestry a pacienta ovlivňuje prostředí zdravotnického zařízení, tzn. vybavenost přístroji, pomůckami i vzhled prostředí. To ovlivňuje kvalitu léčby a přispívají ke spokojenosti pacienta, sestry i lékaře. Nemístné jednání sestry může sesterskou profesi velmi devalvovat, čímž může dojít ke zkomplikování ošetrovatelské péče (Křivohlavý, 2004, str. 33). V 70. letech 20. století byly provedeny psychologické profesiogramy zaměřené na osobnostní předpoklady sestry, z nich vyplynuly důležité předpoklady pro sestry, které jsou rozdělené na několik skupin. Do první oblasti patří senzomotorické předpoklady, což je zručnost, obratnost, šikovnost a nepatologické smyslové vnímání. Do druhé skupiny patří estetické předpoklady, ve kterých je zahrnut smysl pro úpravu zdravotnického prostředí, a úpravu vlastního zevnějšku. Do třetí skupiny spadají sociální předpoklady zahrnující pozitivní vztah k lidem, empatii, schopnost navázání kontaktu a dialogu, schopnost ovládat své verbální i neverbální projevy. Sociální předpoklady na sebe váží komunikační dovednosti zahrnující naslouchání, reflexi, sumarizování, podněcování hovoru a mlčení. Pro sestru jsou nezbytné i intelektové předpoklady, jako jsou dobré myšlenkové procesy, díky nimž je možné osvojit si mnoho odborných pojmů, schopnost řešit různé situace a vybrat v dané situaci správné řešení. Konečnou skupinou jsou autoregulační předpoklady, v nich je zahrnuta přizpůsobivost, sebezapření a odolnost vůči stresu (Plevová, 2018, str. 90-91).

### **2.2.3 Prestiž sesterského povolání**

Prestiž je možné definovat jako dobrou pověst jednotlivce či skupiny, pojící se s respektem. Pojí se se vzděláním, výší mzdy, mocí a životním stylem a vlivem (Šanderová, 2004, str. 87). Všichni mají ve společnosti určité postavení, které má odpovídající hodnotu, práva a privilegia, tzv. společenskou prestiž (Cakirpaloglu 2012, str. 62). Prestiž sesterské profese se, na rozdíl třeba od lékařské profese, v průběhu historie proměňuje. V době, kdy byla církev u moci měli ošetrovatelé vysokou prestiž. V 19. a 20. století byl překotný vzestup, ale s nástupem

materialistické ideologie pokleslo profesní sebevědomí sester. Došlo k instrumentalizování ošetrovatelství a stalo se servisní službou lékařské péče, to vedlo ke zrušení funkce samostatně pracující sestry. Společenská prestiž poklesla (Staňková, 2002, str. 20). Ošetrovatelství, původně jako poslání, se stalo rutinním povoláním, tento názor se nezměnil. Díky rozvoji si sestry vybudovaly vlastní autonomii ve zdravotnictví. Centrum pro výzkum veřejného mínění na Sociologickém úřadě Akademie věd v České republice provedlo v červnu 2011, v červnu 2013 a v únoru 2016 šetření prestiže sesterského povolání. Pokud budeme vycházet z těchto údajů, zjistíme, že z 26 povolání se sestra ve všech třech šetřeních umístila na 3. místě. Před ní byl lékař a vědec. Patří tedy mezi nejvíce prestižní povolání. Ženy sestry mají vysokou prestiž díky genderovým stereotypům, které prezentují pečující a estetizující povolání (Tuček, 2016, str. 2). České asociace sester a Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester mají za cíl posilování prestiže sester. Velkou roli hrají také kompetence a vzdělání sester. Sestry se stávají nenahraditelnými, měly by zvládnout odborně lidem poradit, provázet je, přijmout rizika, nést za sebe zodpovědnost a neschovávat se za lékaře. Podstatná je sebejistá komunikace s pacientem, jeho rodinou a lékařem. Dále je podstatný i upravený vzhled, slušné chování, spolehlivost (Maryšková, 2010, str. 7, Plevová, 2018, str. 65)

### **2.3 Vzdělávání sester v českých zemích**

V žebříčku nelékařských zdravotnických povolání prošla pozice všeobecné sestry celou řadou změn a velice komplikovaným vývojem, který probíhal v mnoha etapách v souladu s ošetrovatelstvím. Tempo rozvoje ošetrovatelství bylo nebylo ve všech zemích stejné. Rozvoj měl některé společné znaky. Mezi hlavní znaky rozvoje ošetrovatelství patří vliv náboženství, kultury, vědy a válek. (Jarošová, 2000, str. 24, Plevová 2018, str. 43)

#### **2.3.1 Počátky vzdělávání**

Před vytvořením sesterské profese tak, jak je nám známa dnes, prošlo ošetrovatelství značným vývojem. Docházelo k přetváření a měnění profese sestry. Cílená výchova dívek a žen pro povolání sestry jde ruku v ruce s profesionálním ošetrovatelstvím (Plevová 2018, str. 43). První výraznou postavou v českém ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna, žijící v letech 1211–1282. Založila Řád křížovníků s červenou hvězdou. Tento Řád pečoval o chudé, nemocné v Praze ve špitále U sv. Haštala. Anežka Přemyslovna vypracovala pravidla ošetrování, díky kterým je považována za zakladatelku ošetrovatelství v českých zemích, z nich pak vycházeli Křížovníci. Díky svým zásluhám byla v roce 1989 svatořečena Janem Pavlem II. Na území dnešního Brna vznikaly také později špitály, jako první byl roku 1238 špitál U sv. Ducha

(Kafková, 1992, str. 4). Ve špitálech poskytovali péči vycvičení holiči, lázeňské a porodní báby, kořenářky, mastičkáři, lidoví chirurgové apod. V roce 1348 byla založena univerzita v Praze, měla čtyři fakulty a jednou z nich byla i fakulta lékařská. Univerzita měla mezi svými zásluhy rozvoj počátku českého lékařství a zdravotnictví. Písemnictví směřovalo k dalšímu rozvoji vzdělávání v oblasti lékařských a přírodních věd a díky němu se v 15. a 16. století výrazně zvýšila úroveň hygienických poměrů obyvatelstva a celkového povědomí o zdraví, které bylo do té doby malé. První zmínky o ošetrovatelském vzdělávání na území českých zemí se datují k roku 1620, kdy byla při nemocnici Milosrdných bratří zřízena ošetrovatelská škola pro nové mnichy. Nemůžeme sice hovořit o významném zlepšení zdravotní péče či ošetrovatelství, avšak Milosrdní bratři ve svých špitálech pečovali o nemocné občany bez rozdílu stavu, národnosti nebo náboženského vyznání, nic takového do té doby v českých zemích neexistovalo. Řád si mimo jiné ve svých řadách vychovával vlastní ošetrovatele, ti, kteří byli velmi nadaní, byli vysíláni ke studiu na lékařské fakultě (Kafková, 1992, str. 6).

S nástupem Marie Terezie přišel pokrok, zakládaly se nové všeobecné nemocnice členěné na třídy, stanovily se funkce lékařů apod. Pro lékaře bylo potřeba mít ke své práci pomocníka, který vykonával ordinace, odborně komunikoval a byl schopen racionálního myšlení, počínání. Z tohoto důvodu bylo nutné, aby sestry měly odborné vzdělání. Syn Marie Terezie a následně vladař Josef II. šel ve stopách matčiniých reforem. Za jeho vlády došlo k významnému rozšíření nemocnic. Také lidé se začali zajímat o zdravotnictví (Kafková, 1992, str. 7). Roku 1868 začal Červený kříž školit opatrovnice a po jeho vzoru pokračovala Eliška Krásnohorská a Karolina Světlá vydáváním knih. Byl to velký pokrok. Krásnohorská a Světlá založily emancipační Ženský výrobní spolek český a jeho prostřednictvím naváděly ženy ke vzdělání. V Rakousku-Uhersku vznikla první ošetrovatelská škola, na které se podílely společně se Spolkem českých lékařů. V roce 1874 byla založena první necírkevní laická škola pro ošetrovatelky. Vyučování bylo bezplatné, hradily se jen pomůcky. Učení probíhalo ve formě kurzů v letech 1874, 1877, 1880 a 1881. Škola zanikla po 7 letech. Byla založena především na poznacích Florence Nightingalové a její Knize o ošetrování nemocných. Učili zde lékaři a praktická výuka probíhala v chorobinci u lůžka pacienta. Vzdělání bylo ukončeno zkouškou a hodnotícím diplomem (Kazimour, 2016, str. 218). Theodor Billroth, rakouský lékař, založil školu ve Vídni při nemocnici Rudolfa Nerhause, což byla jediná dostupná laická škola pro ošetrovatelky v tehdejší Rakousku-Uhersku. U nás se objevily laické školy pro ošetrovatelství znovu až ve 20. st. Česká ošetrovatelská škola při Všeobecné nemocnici v Praze byla otevřena v roce 1916. Byly přizvány 3 diplomované ošetrovatelky Františkou Fajfrovou, aby vyučovaly

ošetřovatelství v péči o interní, gynekologické a dětské pacienty. Další škola vznikla v roce 1917 v Chomutově pod řádem Milosrdných sester sv. Kříže, v roce 1926 vznikla škola v Opavě. K roku 1974 byla na území Československa 40 církevních a civilních škol (Zelinka, 2014).

### **2.3.2 Vzdělávání sester do roku 1989**

První zmínky o vzdělávání sester se objevují až koncem 18. století, výuka probíhala v zařízeních pro duševně choré (Plevová, Slowik, 2008, str. 53). F. Nightingalová založila jako první ošetřovatelskou školu 15. 6. 1860 v Londýně při nemocnici svatého Tomáše. Další školy vznikaly v Evropě i ve Spojených státech. V českých zemích působil Ženský výrobní spolek český a díky němu roku 1874 vznikla první česká ošetřovatelská škola, současně byla první v Rakousku-Uhersku. Vyučovali zde čeští lékaři, výuka trvala několik měsíců. Po sedmi letech škola ukončila svou činnost (Farkašová et al., 2006, str. 25). Rakouské ministerstvo vnitra vydalo roku 1914 nařízení číslo 139 o ošetřování nemocných provozovaném z povolání. Znamenalo legální zakládání ošetřovatelských škol a určilo jejich organizační strukturu, obsahovou náplň. Podmínkou bylo zřízení školy pouze při nemocnici, ve které probíhala praktická výuka (Kutnohorská, 2010, str. 67). V roce 1916 byla při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze otevřena nová Česká zemskeá státní dvouletá ošetřovatelská škola pro ošetřování nemocných. Do školy se přijímalo patnáct studentek, studium bylo ukončeno státní diplomovou zkouškou a složením slibu F. Nightingalové. Tím získaly titul diplomovaná ošetřovatelka. Po boku diplomovaných sester pracovaly v nemocnici i řádové sestry a pomocné ošetřovatelky zaškolené na nemocničním oddělení (Plevová, Slowik, 2008, str. 56). Státní dvouletá ošetřovatelská škola byla v provozu i po rozpadu Rakouska-Uherska a vzniku Československé republiky a roku 1920 začal školu spravovat Československý červený kříž. Díky americkým sestrám, které povolala Alice Masaryková, měla škola vysokou úroveň. Ty vypracovali koncept teoretické a praktické výuky. Škola přešla do státní správy roku 1931, změnila svůj název na Českou státní ošetřovatelskou školu v čele s ředitelkou Emilií Ruth Tobolářovou. Za druhé světové války bylo ošetřovatelské vzdělávání zaměřeno na zraněné vojáky. Zvýšila se potřeba ošetřovatelek a na tento popud byly otevřeny další ošetřovatelské školy. K roku 1946 bylo v Československu 28 ošetřovatelských škol, z toho 16 civilních a 12 řádových. V Praze byla jedna škola zaměřena na vzdělávání učitelek ošetřovatelství a přípravu vrchních sester (Farkašová et al., 2006, str. 25).

Roku 1948, po únorovém převratu, byl vývoj vzdělávání zastaven a byl zaveden vzdělávací systém inspirovaný sovětským školstvím. To znamenalo, že se zrušily církevní školy, všechny



ošetřovatelské školy se přejmenovaly na střední zdravotnické školy a staralo se o ně Ministerstvo školství. Studium děvčata započala mezi 14-15 a trvalo čtyři roky. V tomto věku byly sociálně nezralé a studium bylo přizpůsobeno jejich věku. Vyučovaly se znalosti medicíny a instrumentální dovednosti. Studentky chtěly povětšinou jen získat středoškolské vzdělání. Výuka byla rozdělena na všeobecnou a odbornou přípravu, to vedlo k menším znalostem v obou oblastech (Staňková, 2002, str. 37). Roku 1954 se středních zdravotnických škol ujalo Ministerstvo zdravotnictví a roku 1955 bylo zavedeno pomaturitní kvalifikační studium pro absolventy s maturitou (Farkašová et al., 2006, str. 29). Roku 1960 se na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze dalo do provozu sesterské vysokoškolské studium. Probíhalo dálkově, bylo na pět let a byla zde vyučována psychologie v péči o nemocné a pedagogika v péči o nemocné. Studium bylo pro pedagogy ošetřovatelství. V roce 1987 byla v FF UK zahájena výuka péče o nemocné pro hlavní a vrchní sestry. V roce 1994 došlo ke zrušení (Kutnohorská, 2010, str. 112). Roku 1960 vzniklo také Středisko pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví. Později roku 1963 došlo ke změně názvu na Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků a roku 1986 byl opět změněn název na Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně. Sloužilo pro další kvalifikační vzdělávání způsobem specializačního studia, pomaturitního specializačního studia, a další formy vzdělávání - semináře, školicí místa, kurzy, soustředění. Dnes se jmenuje Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (Farkašová et al., 2006, str. 29).

### **2.3.3 Vzdělávání sester po roce 1989**

S rokem 1989 přišly i politické a společenské změny a změny zdravotního systému. Na ošetřovatelství měly vliv společenské změny, transformace zdravotnictví a nové informace ze zahraničí, které byly drahé. Probíhala spolupráce s pracovníky mezinárodních sesterských organizací, vznikl například projekt Lemon (Škubová, Chvátalová, 2004, str. 39). V českém ošetřovatelství byla snaha dosáhnout světové úrovně, hlavním prostředkem bylo dosáhnout reformy, týkající se kompatibility vzdělávání s kritérii EU. Vývoj se řídil mezinárodními konferencemi a směrnicemi, které vydávala Rada Evropy, Světová zdravotnická organizace, Světová rada sester. Týkal se ošetřovatelství jako vědního oboru, ošetřovatelské praxe, rolí, statutu sester ve společnosti a systému vzdělávání (Mastiliaková, 2004, str. 31). Povolání sester bylo směrnicemi EU zařazeno mezi regulované profese s uznáním v rámci EU za podmínek koordinace vzdělávání a odborné přípravy. Minimální vzdělání bylo denní studium na tři roky, uchazečům muselo být minimálně osmnáct let, bylo zakončeno maturitní zkouškou. Studium obsahovalo 4600 hodin, z toho polovina byla praktická výuka. Roku 1996 převzalo správu

středních a vyšších zdravotnických škol Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, roku 2000 přešly pod krajskou samosprávu (Kutnohorská, 2010, str. 119). Studium středních odborných škol nesplňovalo kritéria EU pro titul všeobecné sestry a tudíž bylo 1. září 2004 zrušeno. Obor všeobecná sestra na Středních zdravotnických školách absolvovali studenti naposledy v roce 2007. V současnosti je na středních školách obor praktická sestra, která pracuje pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry nebo lékaře. Titul všeobecná sestra lze získat po absolvování vysokoškolského studia (Kutnohorská, 2010, str. 119).

#### **2.3.4 Vzdělávání v současnosti**

Se vstupem České republiky do Evropské unie 1. 5. 2004, došlo v zákoně k formulaci nových obtížných úkolů pro nelékařské zdravotnické povolání, k vymezení požadavků pro kvalifikaci sester a definování studijních oborů. 3. března 2004 byl přijat zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Definoval náplň práce a kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků a rozdělil je do třech skupin podle dosaženého vzdělání. Jednalo se o výkon práce bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti, výkon práce bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti a jako poslední je výkon práce pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Pod odborným dohledem se rozumí určitý dozor a opora pro zajištění maximální možné kvality a bezpečnosti při poskytování ošetrovatelské péče. Zákon č. 96/2004 Sb. vydefinoval 41 nelékařských zdravotnických povolání a pro každé vymezil kvalifikační vzdělání. Následný rok v únoru vyšla vyhláška č. 39/2005 Sb. stanovující minimální požadavky na studijní programy jednotlivých nelékařských zdravotnických povolání (Šamaj, Mikšová, 2013, str. 13).

Pro výkon povolání všeobecné sestry je nutné absolvovat tříletý akreditovaný bakalářský obor na vysoké škole zakončený státní závěrečnou zkouškou. Praktická a teoretická část výuky trvá dohromady 4600 hodin, z čehož praktická výuka musí mít více jak 50 %. Dále je možné získat titul diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách, kde musí studenti také studovat po dobu tří let (Farkašová, 2006, str. 36). Vyhlášku č. 39/2005 Sb. upravuje vyhláška č. 129/2010 Sb. a s ní musí být v souladu studijní program. Po absolvování tříletého studia, tím získání titulu bakalář mohou sestry pokračovat v tzv. postgraduálním studiu a získat tak magisterský titul. Vysoké školy dále umožňují akreditované specializační studium v podobě akreditovaných certifikovaných kurzů v oboru ošetrovatelství (Farkašová, 2006, str. 36). Pro získání nových vědomostí v ošetrovatelství je tu kontinuální vzdělávání. Mezi nejvyšší možné

tituly patří titul PhDr., který se píše před jménem. Pro získání tohoto titulu musí sestra vypracovat a obhájit rigorózní práci a úspěšně projít ústní zkouškou, titul se píše před jménem. Následuje doktorský titul Ph.D. po tříletém studiu, ten se uvádí za jménem (Bártlová, 2010, str. 19).

## **2.4 Dobrá sestra v průřezu času**

Obraz dobré sestry je v průběhu let proměnlivý a dochází k jeho vývoji. Je tedy přínosem popsat v následujících kapitolách vývoj od počátku profesionálního ošetrovatelství po vývoj po roce 1989.

### **2.4.1 Počátek profesionálního ošetrovatelství**

Ke změně charakteru ošetrovatelské profese v našich zemích došlo až při osvícenské reformaci v 18. století. Byl vytvořen centralizovaný systém státní zdravotní správy a zdravotnického řádu, který stanovoval především hygienická pravidla. Zároveň docházelo státem k budování vlastních zdravotnických zařízení, tzn. nemocnic, jež přestala být podobna středověkému azylu, nýbrž jejich hlavním posláním se stala léčba. Se zakládáním nemocnic souvisela i reforma lékařského školství. Spolu s nutností zavádění a rozvíjení veřejných zdravotnických opatření docházelo také ke vzniku první ucelené teorie o zdravotnictví, které se tím začalo postupně profesionalizovat. Tyto reformy měly za cíl zamezení šíření epidemií a zaopatření zdravější pracovní a vojenské síly. K tomuto byla založena i tzv. zdravotní policie (Kutnohorská, 2010, str. 31). Role sestry se tak rozšířila i na zajišťování hygieny a předcházení šíření nemocí. Na rozvoj ošetrovatelské profese měla významný vliv Velká Británie. Díky válkám se ve druhé polovině 19. století dostalo ošetrovatelskému povolání většího zájmu. Florence Nightingalová se stala ideálem sestry, díky své kultivovanosti, odvaze, vytrvalosti, vzdělanosti se stala zakladatelkou moderního pojetí ošetrovatelství. Jako první stanovila odborné základy ošetrovatelství, které se týkaly hygieny, estetiky prostředí, výživy a přístupu k nemocnému (Jarošová, 2001, str. 3). Odstranila část předsudků ze středověku, například určování povolání sestry církevním řádem. Ošetrovatelství tímto dostalo řád, profese ošetrovatelky byla pozvednuta na úroveň profese lékaře a došlo ke změně organizované opatrovnické činnosti na ošetrovatelskou profesní činnost. Klád se větší důraz na požadavky na ošetrovatele, ženy byly odborně připraveny na péči o nemocné (Chvátalová, 2009).

## **2.4.2 Konec 19. až první polovina 20. století**

V Evropě ve druhé polovině 19. století došlo k rozvoji ženského emancipačního hnutí a s ním i k rozvoji moderního ošetrovatelství a zásahu českých zemí. Hlavním cílem bylo prosazení vzdělávání žen, možnost pracovat a tím získat větší samostatnost a nezávislost. Jedním z hlavních cílů reformy ošetrovatelství Florence Nightingalové se stal požadavek na ekonomickou soběstačnost žen. Z charitativního poslání se ošetrovatelství začalo proměňovat na profesionální povolání díky vzniku prvních ošetrovatelských škol. Ošetrovatelkám se dostalo dostatečného teoretického i praktického výcviku, ale zároveň s sebou tato profese nesla i značnou náročnost. V českých zemích vydal roku 1886 František Josef I. čelední řád, který zaštiťoval opatrovnictví a ošetrovatelství. Ošetrovatelky měly nepřetržitou pracovní dobu, nesměly mít sňatek a ubytovány byly s pacienty na pokojích (Kafková, 1992, str. 81). V nově vzniklém Československu začal fungovat systém dvouletých ošetrovatelských škol z roku 1914 po vzoru Rakousko-Uherska. Roku 1916 vznikla v Praze Státní dvouletá ošetrovatelská škola, její absolventky získaly titul “diplomovaná ošetrovatelka” (Farkašová, 2006, str. 27, Kutnohorská, 2010, str. 68). Po první světové válce ošetrovaly v nemocnicích nejvíce řeholní sestry, diakonky České diakonie církve evangelické, zřídka české a německé školené diplomované sestry. Roku 1920 se do nemocnic začaly dostávat kvalifikované diplomované sestry. Sloužily na ošetrovatelských jednotkách, rentgenových stanicích, laboratořích, ambulancích nebo jako chirurgické instrumentárky. Nastupovaly do služby s tím, že budou pracovat jako vrchní sestry. Ošetrovatelský personál neměl žádnou dovolenou, jen někde jednu volnou jednu neděli v měsíci. Spousta z nich pracovala jen za ubytování a stravu, největší problém pro dívky byl zákaz sňatku. Roku 1927 vyšlo nové vládní nařízení č. 22, které upravovalo platy ošetrovatelského personálu, dobu strávenou na dovolené, odchod do důchodu a příplatky pro vrchní sestry, za službu na infekční, tuberkulózním, radiologickém, radioterapeutickém oddělení a za noční služby (Kafková, 1992, str. 84, Kutnohorská, 2010, str. 113). Zvyšování nároků na sestry začalo v 30. letech 20. století, ale nedoprovázelo je lepší platové ohodnocení. Sestry byly roku 1937 zařazeny v poslední IV. platové třídě, stejně jako zřízenci, služebné nebo pradelny (Kutnohorská, 2010, str. 137).

## **2.4.3 Pojetí sestry po roce 1948**

Druhá světová válka byla narušitelem pozitivního rozvoje ošetrovatelství, následně roku 1948 byl rozvoj zcela utnut komunistickým převratem (Farkašová, 2006, s. 25–26). Ošetrovatelskou péči prováděly diplomované pomocné sestry a sanitárky. V důsledku uzavírání církevních

ošetřovatelských škol trpělo ošetřovatelství nedostatkem personálu a ošetřovatelský systém v Československu se odlišil od západní Evropy (Farkašová, 2006, s. 27–29; Plevová, Slowik, 2008). Práce sestry nebyla při výběru zaměstnání příliš žádaná, byla velmi těžká a nepříliš dobře placená, z toho důvodu bylo třeba podniknout takové kroky, které by vedly ke zvýšení zájmu (Farkašová, 2006). Jako první došlo roku 1948 k zavedení jednotné soustavy středních zdravotnických škol, spojením ošetřovatelských, rodinných a sociálních škol. V předešlých letech byly do ošetřovatelských škol přijímány dívky po dosažení osmnácti let, nově se přijímaly dívky po ukončení povinné školní docházky (Kilíková, 2013, str. 29). Více času se začalo věnovat nacvičování ošetřovatelské techniky místo péči o pacienta. K potlačení samostatnosti sester a k podřízenosti příkazům lékaře vedl jejich nízký věk, nedostatečná příprava a málo praxe. K pokračování tohoto jevu dále docházelo díky stupňování vývoje medicíny a její specializaci. To mělo u sester za následek přizpůsobení specializace lékařů, prohloubení dílčích znalostí, ale zároveň ztrátu hlediska celkových souvislostí (Bártlová, 2005, s. 128). Sestra se dostala z dříve rovnocenné členky zdravotnického týmu a specialistky v ošetřovatelském oboru do role asistentky lékaře díky zvýšené potřebě rychle vzdělávat, zaměstnávat více vyškolených sester. To ve výsledku znamenalo, že sestra, vycházející školu po roce 1948 byla mladou nezralou osobností, neměla dostatečnou přípravu a praxi a byla naprosto podřízená příkazům lékaře. Sestry začaly od 60. let 20. století získávat další kompetence, na jejichž základě na ně byly kladeny stále větší, to se týkalo vzdělávání, samostatného plánování, řízení a hodnocení ošetřovatelské péče (Kutnohorská, 2010, str. 106).

#### **2.4.4 Pojetí sestry po roce 1989**

Pád komunistického režimu doprovázel vývoj nového moderního ošetřovatelství a vstup do Evropské unie doprovázela transformace ošetřovatelského vzdělání, přijetí jednotného vzdělávacího systému, který zajišťoval kompatibilitu se zeměmi EU. Od roku 1993 bylo možné pro sestry získat vysokoškolské vzdělání (Kutnohorská, 2010, str. 118). Stále však v průběhu 90. let převládalo „socialistické“ vnímání profese zdravotní sestry z toho plynula nutnost změn ve vzdělávání, jimiž by se získala srovnatelnost kvalifikací českých a evropských sester (Škubová, 2004, str. 39). Roku 2004 vyšla v platnost legislativa vycházející ze směrnice EU, ta zařazuje povolání všeobecných sester mezi regulované profese s automatickým uznáváním v rámci EU. Prostřednictvím této směrnice jsou upravovány požadavky na minimální standardy základní kvalifikace. Legislativa stanovuje povolání všeobecné sestry lze vykonávat po absolvování tříletého akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných

sester, anebo tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách (Zákon č. 96/2004 Sb., § 5, odst. 1). Pro přijetí ke studiu je nutný věk osmnáct let, splněná maturitní zkouška. V roce 2004 došlo k zániku úplného středního odborného studia v oboru všeobecná sestra z toho důvodu, že nesplňovalo kritéria EU (Farkašová, 2006, str. 31).

## 2.5 Vývoj osobnosti

Helus (2003) popisuje osobnost jako „*soustavu vlastností, charakterizujících celistvou individualitu konkrétního člověka, zaměřeného na realizaci životních cílů a rozvinutí svých potencialit*“. Tato kapitola je zde zahrnuta, protože vývoj osobnosti souvisí s vývojem jeho charakterových vlastností. Rozsypalová (1995) uvádí, že pečovat o druhé mohou pouze jedinci, kteří si vytvořili v raném dětství pozitivní vztah k lidem a mají prosociální chování a orientaci. Vývoj vlastností je dále rozebrán v diskuzi, v souvislosti s vývojem vlastností sestry, které zvolili respondenti jako nejdůležitější.

### 2.5.1 Freudova teorie psychosexuálního vývoje

Podle Freuda v psychosociálním vývoji hraje hlavní roli vyvíjející se jedinec, jeho otec a matka. Základ vývoje tvoří zážitky z raného dětství, avšak většina lidí si je nepamatuje, jde o tzv. *infantilní amnézii*. Hlavním bodem této vývojové teorie je vrozený pohlavní pud, tzv. *libido*. Jedná se o projevy tělesných orgánů snažící se dosáhnout uspokojení, dochází k nátlaku na myšlenkový aparát. Na základě zrání a učení dokáže jedinec pudové napětí uvolnit za pomoci okolních objektů (Freud, 1963,1999 in Blatný, 2016, str. 24).

**Stadium orální** (do 1 roku) je spojeno se slastí vycházející z příjmu potravy. V případě, kdy dítěti začnou růst zuby je slast spojena s kousáním, tzv. orálně agresivní fáze. **Stadium anální** (2 až 3 roky), uspokojení vychází ze zadržování a vypuzování stolice. V tomto období si dítě osvojuje hygienické návyky. **Stadium falické** (kolem 4 až 5 let) je doba, kdy se dítě zaměřuje na genitální oblast. Dochází ke zkoumání genitálií, rozvoji sexuální fantazie, zkoumání rozdílů mezi pohlavími. Může se stát, že se dítě zamiluje do rodiče opačného pohlaví a k druhému rodiči může cítit nepřátelství. U chlapců se tento jev nazývá Oidipův konflikt a u dívek Elektrín konflikt. Pro normální psychický vývoj je nezbytná identifikace s rodičem stejného pohlaví (Drapela, 2008, str. 26). **Stadium latence (do 10 let)** je vyznačováno nástupem dítěte do školy, kdy emoce a pudy ustupují do pozadí. Dítě se soustřeďuje na školní povinnosti a na navazování vztahů s vrstevníky. **Stadium genitální (od 12 let)** je vstupem do dospělosti. Podle Freuda dovrší jedinec vospělosti již ve falickém stadium a genitální stadium je jen probuzení

sexuálních pudů, které se v období latence přesunuty do pozadí (Freud, 1961, 2000 in Blatný, str. 25)

*„Je vhodné připomenout, že Freud své názory nestavěl na ryzí spekulaci, ale na poznatcích získaných z hluboké analýzy prožitků a reminiscencí na traumatické zážitky z dětství“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 242).

## **2.5.2 Psychosociální teorie Erika Eriksona**

*„Erikson rozvinul a modifikoval Freudovy myšlenky o struktuře vývoje člověka po celou dobu života a zdůrazňoval zvláště důležitost mezilidských vztahů a tvořivých vlastností člověka“* (Sheehy, 2004, str. 62).

Ve srovnání s Freudem se Erikson více zaměřuje na sociokulturní podmínky a historické podmínky vývoje dětí a zastává názor, že Freud klade nadměrný důraz na sexualitu. Jedinec řeší v průběhu vývoje psychosociální konflikt, pokud se mu konflikt nepodaří vyřešit a nedojde k nápravě, jeho duševní vývoj stagnuje. Erikson tvrdí, že vývoj člověka probíhá celý život, popisuje další tři stádia vývoje. Jeho teorie se nazývá „Osmi věků člověka“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 229).

### **Fáze důvěry proti základní nedůvěře**

Dítě potřebuje stravu, spánek a nerušené vyměšování, je závislé na osobu poskytující mu mateřskou péči. Aby se dítě mohlo cítit bezpečné je potřebné, aby chování pečující osoby bylo předvídatelné, dítě se učí důvěře v matku a posléze i v sebe. Za pomoci této základní důvěry je dítě schopno vytvořit si účinné způsoby chování pro zvládnutí růstu zubů a jiných nekomfortních událostí. *„Ctností tohoto stádia je **naděje** – základní lidská síla, kterou Erikson nechápe jako filozofický nebo teologický pojem, nýbrž jako podmínku, aby člověk zůstal naživu“* (Drapela, 2008, str. 69).

### **Fáze autonomie proti zahanbení a pochybnosti**

Dítě se začíná učit mluvit, chodit a ovládat vyměšování. Mezi „pouštěním a zadržováním“ je důležitá rovnováha, protože análně-svalové chování má důsledky pro sociální interakce, příliš hodně svázanosti nebo příliš málo zábran. Ctností je **vůle** (Drapela, 2008, str. 69-70).

### **Fáze iniciativa proti vině**

V předškolním období dochází k prudkému rozvoji dítěte. V tomto období se dítě učí rychle, se zájmem a experimentuje. Rádo tvoří, plánuje a podílí se na úkolech s ostatními dětmi.

Příčinou krize může být pocit viny z toho, že se dospělý kvůli požadavkům dítěte zanedbává. Také fantazie, některé mohou být sexuálního charakteru, jsou příčinou pocitu viny. „*Ctností tohoto stadia je účelnost; dítě může prostřednictvím hry poskytovat eré náznaky svých budoucích aspirací*“ (Drapela, 2008, str. 70).

### **Fáze snaživosti proti méněcennosti**

Fáze snaživosti souvisí se školní docházkou, dítě se od hry přesouvá k činnostem, ke kterým jsou potřebné dovednosti. Dítě by mělo umět pracovat samostatně i spolupracovat s vrstevníky. Pocit méněcennosti se objeví v případě neúspěchu, pokud jsou například na dítě kladeny vysoké nároky mimo jeho schopnosti. „*Ctností tohoto stadia je kompetence – krok ve směru zdravého úkolového zaměření*“ (Drapela, 2008, str. 70).

### **Fáze identity proti zmatení rolí**

„*V žádném jiném stadiu životního cyklu ... nejsou si tak těsně blízké příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého*“ (Erikson, 1965 in Drapela, 2008 s. 70. V tomto stadiu dochází k sjednocování všech předchozích představ o sobě samém. Jedinec hledá vlastní identitu, dochází k upnutí se na vzory z jeho okolí nebo má vzor ve známé osobnosti. Závěrem stadia by měl jedinec tento rozpor zvládnout a utvořit si vlastní identitu. „*Ctností tohoto stadia je věrnost, osobní oddanost zvolenému povolání či životní filozofii*“ (Drapela, 2008, str. 70).

### **Fáze intimity proti izolaci**

Jde o zdravé spojení dvou identit, vlastní a druhého jedince bez obav, že ztratí sám sebe nebo „rozpuští“ svou identitu. Intimita by měla být spojena se závazkem a může mít sexuální podobu. Prostřednictvím identifikace s druhým jedincem je možné vyjasnit si vlastní identitu. „*Ctností tohoto stadia je láska*“ (Drapela, 2008, str. 70). Krize nastává v případě izolace před všemi intimními vztahy (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 243).

### **Fáze generativity proti stagnaci**

Fáze dospělosti je nejdelším časovým úsekem v životě jedince. Zájem člověka je být potřebným pro mladší generace, zplodit potomky a postarat se o ně. (Langmeier, Krejčířová, 1998). Pro dospělé jedince je zájmem utvářet hodnoty, jako je potomstvo, hmotné statky, umělecká díla apod. „*Ctností tohoto stadia je pečování, ochota konstruktivně přispět společnosti*“ (Drapela, 2008, str. 70).



## **Fáze integrity proti zoufalství**

V případě, že člověk nemá ve stáří pocit dobře odžitého života a osobního naplnění, nastává zoufalství a strach ze smrti. Pokud žil jedinec naplňující život se smyslem a pozoruje úspěchy potomků, je pro něj snazší vyrovnat se se smrtí. „*Ctností tohoto stadia je **moudrost**, výsledek celého vývojového cyklu jedince*“ (Drapela, 2008, str. 70).

### **2.5.3 Kognitivní vývoj Jeana Piageta**

Duševní vývoj jedince je dle Švýcara Jeana Piageta ovlivněn učením a zkušenosti s předměty, sociálními vztahy, organickým růstem a sjednocením vlivu vývojových faktorů. (Piaget, Inhelder, 2010, str. 11)

#### **Etapa senzomotorické inteligence (od narození do 2 let)**

Dítěti se rozvíjí poznávací procesy za pomoci motoriky a vnímání. K rozvoji potřebuje dostatek podnětů. Dítě neumí vnímat pomocí představ osoby nebo věci. Rok staré dítě zvládá hledat schované předměty a z části domýšlet důsledek svého jednání. Hlavním bodem vývoje jsou vjemy a pohyb, posléze i řeč a představy (Piaget, Inhelder, 2010, str. 11, Vágnerová, 2000, str. 51).

#### **Etapa symbolické fáze (2 až 4 roky)**

V této fázi začíná dítě mluvit, své tělo považuje za střed veškerého dění. Pokouší se napodobovat a tím se i učí, rozvíjí se kresba a řeč (Vágnerová, 2000, str. 51).

#### **Etapa názorného myšlení (3 až 7 let)**

Děti v této etapě potřebují k dobrému rozvoji hru. Zvládají využívat předměty zcela záměrně, např. při hře. Mají radost v případě, kdy například dospělí člověk ochutná dort z písku, který vytvořily. Řeč se vyvíjí ve velkém měřítku, zvládnou také vnímat časové souvislosti, tzn. Mluvit v budoucím i minulém čase. „*Dítě ale dosud nemá rozvinuté "organizující koncepty", jako je příčinnost ("řeky jsou, aby po nich jezdily lodě"), množství (přelijeme-li před zraky dítěte tekutinu s nízké široké sklenice do vyšší úzké, řekne, že v té druhé je tekutiny více*“ (Kohoutek, 2008, s. 54). Piaget toto období nazývá „předoperační“, protože dítě není schopno zařadit a přeměnit informace (Kohoutek, 2008, str. 54).

### **Etapa konkrétních operací (7 až 11 let)**

Dítě dokáže provádět určité operace s přemětem, ale nezvládá vytvářet hypotézy. Děti pomalu začínají respektovat logiku, avšak pouze ve vztahu ke konkrétní realitě. Dokáží vést úplný rozhovor s dospělou osobou, chápe, jak přemýšlí ostatní. Vnímají svět černobíle, rozlišují jen mezi dobrem a zlem, vnímají některé věci negativně podle svých rodičů, není tedy dobré jim vštěpovat nenávisť k věcem, ke kterým jim sami (West, 2002, s. 142)

### **Etapa formálních operací (od 12 let)**

V tomto období vstupují děti do puberty, vnímají svět kriticky. Zvládá tvořit hypotézy a vymýšlet možnosti řešení konkrétních problémů, přemýšlí o tom, co by mohlo nebo mělo být, mají abstraktní uvažování (Piaget, Inhelder, 2002, s. 102).

## **2.5.4 Morální vývoj Lawrence Kohlberga**

Americký psycholog Kohlberg navazuje morálním vývojem na kognitivní vývoj Jeana Piageta. Tvrdí, že i když je jedinec schopen vysoké úrovně kognitivního myšlení, není zaručená stejná či vyšší úroveň morálky, jen málo jedinců docílí šestého stádia. Pravidla porušují i jedinci s vysokou úrovní morálky, je však více pravděpodobné, že se dokáží chovat v souladu s etikou, pokud to bude zapotřebí. Jako příklad lze uvést řidiče překračujícího maximální rychlost v obci, i když by ji nepřekročil v případě, kdy by věděl o policejní hlídce. Kohlberg rozděluje morální vývoj do třech úrovní, každé má dvě stádia ((West, 2002, s. 145).

### **Předkonvenční úroveň – předškolní dětství**

#### **1. Úroveň – orientace na odměnu nebo trest**

V tomto období má dítě jako hlavní cíl vyhnout se trestu. Žádoucí chování se bude opakovat při častém odměňování a nežádoucí v případě, že je potrestáno, časem zcela zmizí. Dítě vnímá jen důsledek svého jednání. (Heidbrink, 1997, s.75, West, 2002, s. 146).

#### **2. Úroveň – instrumentální relativistická orientace**

Dochází k vnímání nejen vlastních potřeb, ale i potřeb ostatních a do určité míry k jejich uznávání. Toto období je podle Piageta „fanatické rovnostářství“, kdy starší sourozenec nechápe, proč se rodiče chovají jinak k mladšímu sourozenci, než k němu samotnému (Heidbrink, 1997, s.76).

## **Konvenční morálka - školní věk**

### ***3. Úroveň – „hodný chlapec“ a „hodné děvče“***

Dítě již nehledí jen na sebe, ale je ohleduplné i k ostatním. Získává si chválu tím, že je hodné. Je pro něj důležité na základě svého rozhodování neubližovat svým blízkým, ale může se tak stát, pokud se snaží vyhovět více lidem najednou (West, 2002, s.146).

### ***4. Úroveň - orientace na udržování společnosti***

V tomto stádiu má jedinec smysl pro dodržování pravidel, zákonů a společenského pořádku. Správné chování tkví v plnění povinností, udržbě společenského řádu a v respektu k autoritám (West, 2002, s. 148).

## **Postkonvenční morálka - dospělost**

### ***5. Úroveň - orientace na společenskou smlouvu***

Jedinec bere zákony jako pomocnou nit, jsou tu proto, aby dohlížely na spravedlnost (West, 2002, s. 149).

### ***6. Úroveň - orientace na univerzální etické principy***

Tohoto stadia dosahuje asi jen 15% dospělých, jedná se o nejvyšší a nejobtížnější stupeň zaměřný na svědomí či principy, vztah mezi spravedlností a laskavostí. Jedná se o vcítění do druhého, to lze předvést na Heinzově dilematu. Žena, která umírá se vcítí do role lékárníka a jeho nárok na výnos za lék a lékárník chápe ženu, která umírá a na lék nemá peníze. Přednost má právo na život a nad právem má vyšší moc majetek, tudíž odcizit lék je správné. Tento stupeň byl kvůli kritice používán jen teoreticky (Heidbrink, 1997, s.87).

## **3 PRŮZKUMNÁ ČÁST**

### **3.1 Cíl průzkumu**

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké by podle široké laické veřejnosti měla mít dobrá sestra vlastnosti.

#### **3.1.1 Dílčí cíle**

- Zjistit jaká by měla být sestra podle jednotlivých věkových skupin.
- Porovnat názory věkových skupin.
- Zjistit, zda má hospitalizace vliv na vnímání dobré sestry.
- Shrnout obraz dobré sestry všech věkových skupin.

### **3.2 Průzkumné otázky**

- Jaká by měla být sestra podle jednotlivých věkových skupin?
- Liší se názory na dobrou sestru podle věku respondentů?
- Má hospitalizace vliv na vnímání dobré sestry?
- Jaká by měla být dobrá sestra?

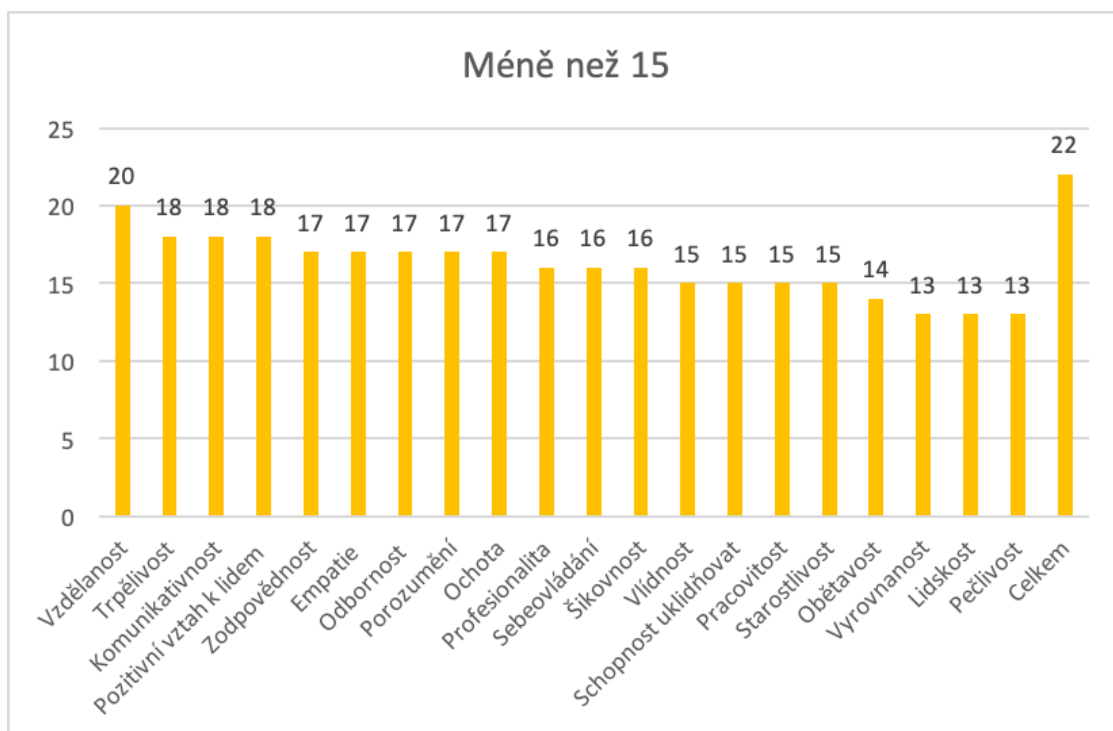
### **3.3 Metodika průzkumu**

K získání potřebných dat byl zvolen kvantitativní design průzkumu s využitím anonymního dotazníkového šetření určenému široké laické veřejnosti. Dotazník byl vytvořen na základě literárních zdrojů, Zacharová (2017) popisuje osobnostní předpoklady a vlastnosti sestry. Většina respondentů byla získána pomocí sociální sítě Facebook, kde byl respondentům zaslán odkaz. Dále byly dotazníky rozeslány emailem a u starších respondentů byly vyplněny osobně. Sběr dat probíhal od 1.5. 2020 do 30.11.2020. Stanovila jsem si minimálně 20 respondentů v každé věkové kategorii. Celkový počet vyplněných dotazníků činil 468. Celkem dotazník obsahoval 4 otázky. V první části byl zaměřen na identifikaci věku a druhá část se soustředila na informace ke stanoveným cílům a průzkumným otázkám. Tři otázky byly strukturovaného typu a jedna otevřená. U strukturovaných otázek, týkajících se věku a hospitalizace, označil respondent nabízenou odpověď. U otázky, týkající se vlastností sester, označil respondent

všechny vlastnosti, které by podle něj měla dobrá sestra mít. Otevřená otázka se ptala, co je pro respondenta nejdůležitější, pokud by se ocitl v roli pacienta. Pro výzkum byla využita služba Google Forms. Za její pomoci jsem získala výsledky efektivně a přehledně. Ty jsem dále zpracovala v kancelářské sadě Microsoft Office Excel 2017 a Microsoft Office Word 2017. Dotazník lze vytvořit za pomoci účtu Google, po vytvoření názvu, úvodního textu a velice variabilních otázek lze jednoduše vygenerovat odkaz dotazníku nebo ho přímo zaslat na email. Výsledky lze zobrazit najednou, po jednotlivých otázkách i jednotlivých odpovědích, lze je také stáhnout do Microsoft Excel. Výsledky jsou zpracovány v grafické podobě a popsány ve výsledcích šetření. Byla použita absolutní a relativní četnost.

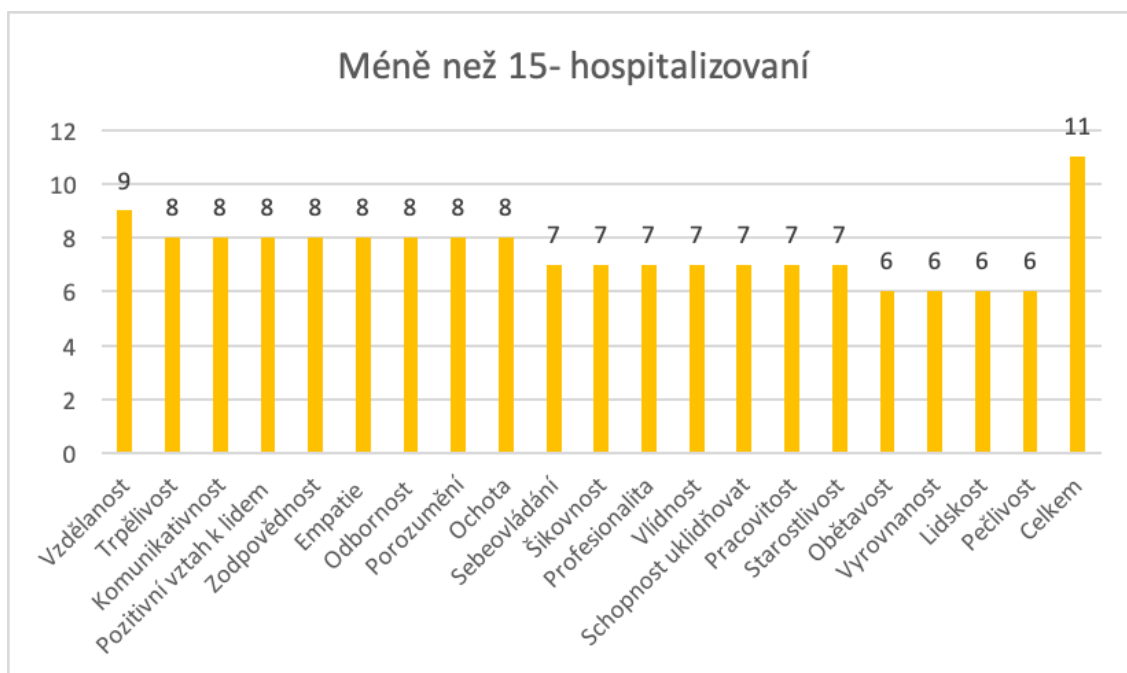
## 4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

### Položka č.1 - Respondenti mladší 15 let



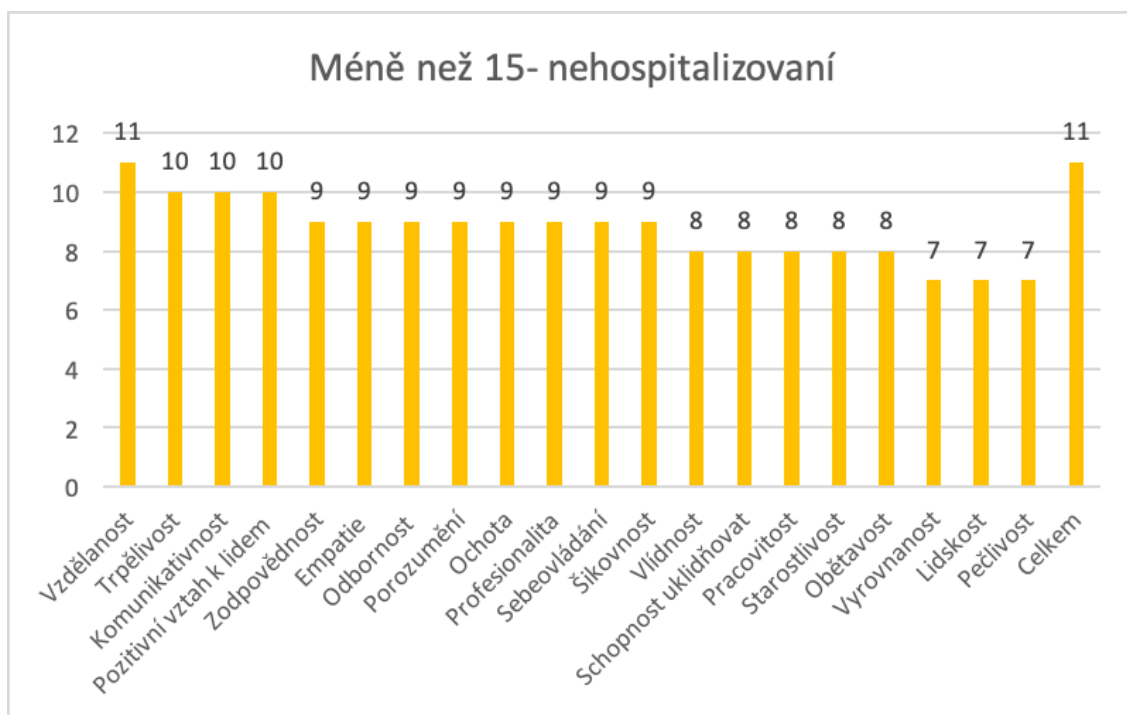
**Obrázek č. 1 – Vlastnosti sestry dle respondentů mladších 15 let**

Na dotazník odpovědělo 22 respondentů mladších 15 let. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce odpovědí bylo pro vzdělanost, dále byla trpělivost, komunikativnost a pozitivní vztah k lidem.



**Obrázek č. 2 – Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů mladších 15 let**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mladší 15 let, kterých bylo jedenáct z celkového počtu 22. Nejvíce byla volena vzdělanost, dále trpělivost, komunikativnost, pozitivní vztah k lidem, zodpovědnost, empatii, odbornost, porozumění a ochotu.



**Obrázek č. 3 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů mladších 15 let**

V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mladší 15 let, kterých bylo jedenáct z celkového počtu 22. Nejvíce byla volena vzdělanost, dále trpělivost, komunikativnost a pozitivní vztah k lidem.

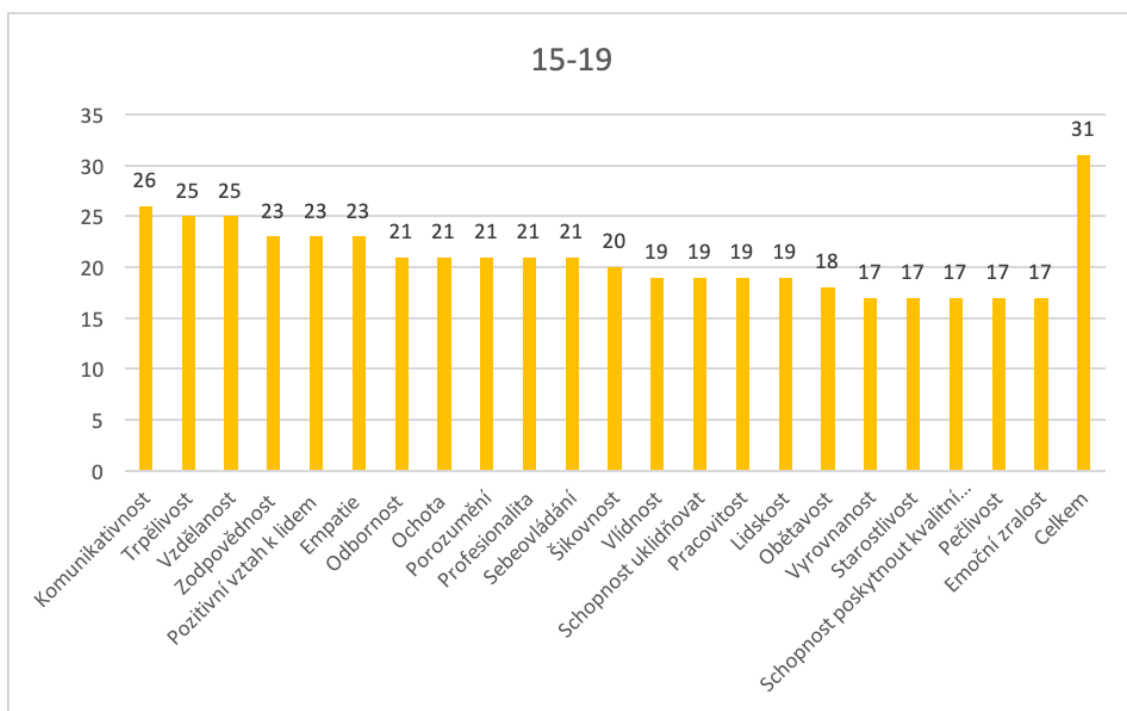
**Tabulka č. 1 – Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii mladší 15 let**

Máte zkušenost s hospitalizací?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	11	50 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	9	41 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	2	9 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	0	0 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

V tabulce č. 1 vidíme, že 50 % respondentů mladších 15 let nebylo hospitalizovaných, 41 % bylo jednou až dvakrát a 9 % třikrát až čtyřikrát, vícekrát hospitalizován nikdo nebyl.

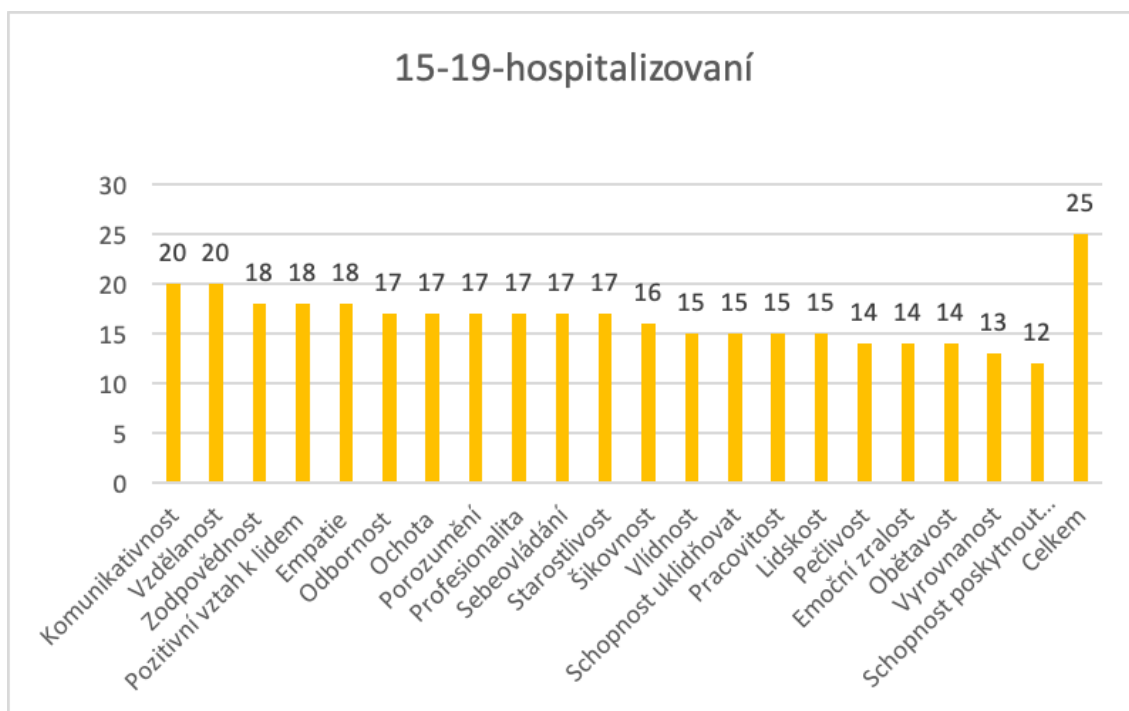


## Položka č. 2 – Respondenti ve věku 15-19 let



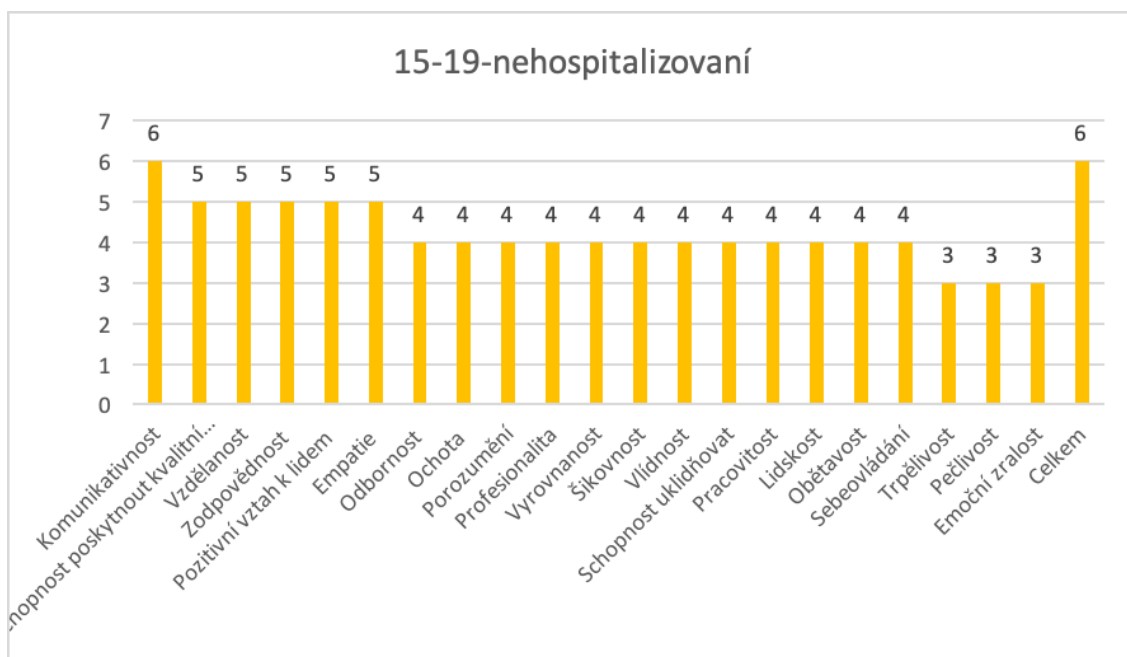
**Obrázek č. 4 – Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 15-19**

V této věkové relaci odpovědělo 31 respondentů. Graf znázorňuje prvních 22 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce odpovědí bylo pro komunikativnost, trpělivost, vzdělanost, zodpovědnost, pozitivní vztah k lidem a empatii.



**Obrázek č. 5 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 15-19**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 15-19 lety, kterých bylo dvacet pět z celkového počtu 31. Nejvíce byla volena komunikativnost, vzdělanost, zodpovědnost, pozitivní vztah k lidem a empatii.



**Obrázek č. 6 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 15-19**

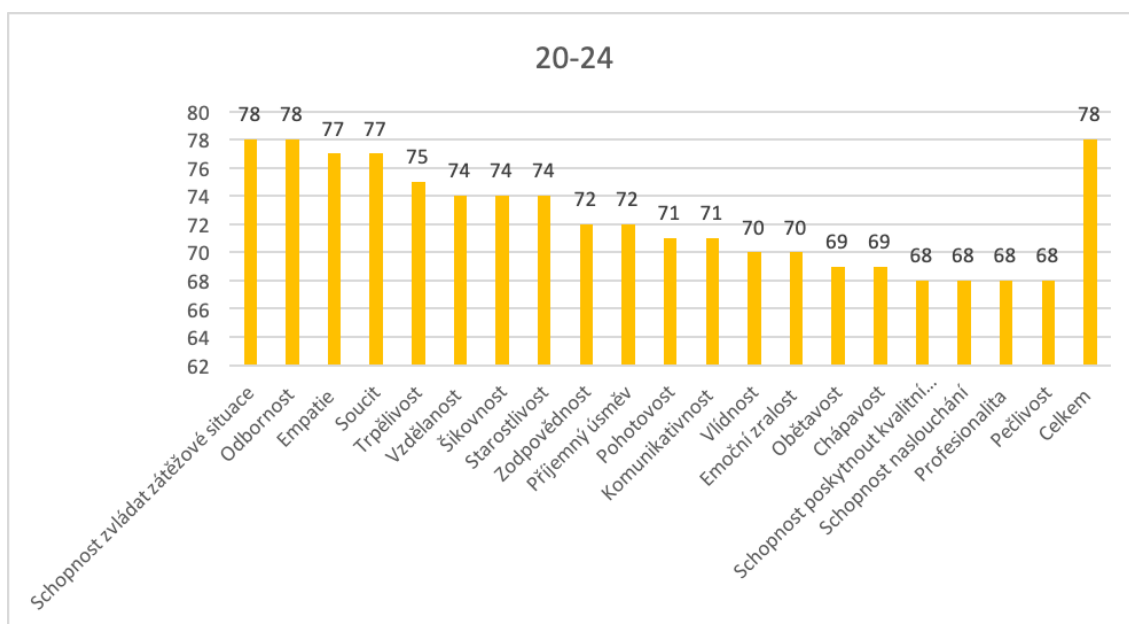
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 15-19 lety, kterých bylo šest z celkového počtu 31. Nejvíce byla volena komunikativnost, schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, vzdělanost, zodpovědnost, pozitivní vztah k lidem a empatii.

**Tabulka č. 2 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 15-19**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	6	19 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	19	61 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	3	10 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	1	3 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	2	6 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>

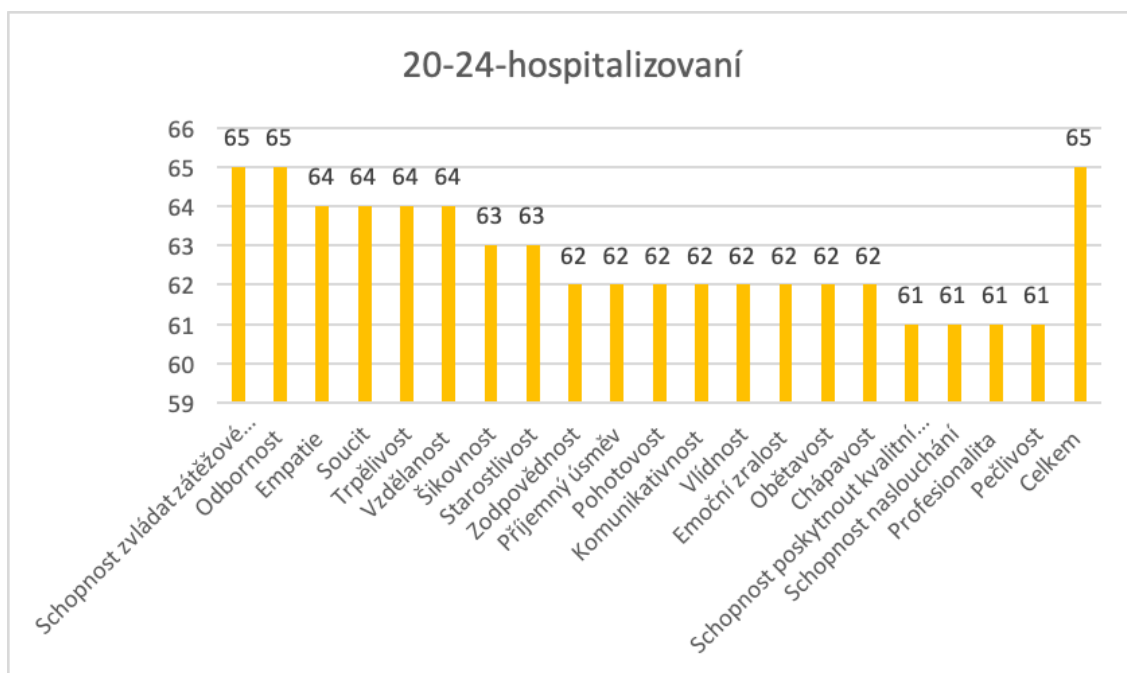
Tabulka ukazuje, že 19 % respondentů ve věku 15-19 nebylo hospitalizovaných, 61 % bylo jednou až dvakrát, 10 % třikrát až čtyřikrát, 3 % pětkrát až šestkrát a 6 % více než šestkrát.

### Položka č. 3 – Respondenti ve věku 20-24 let



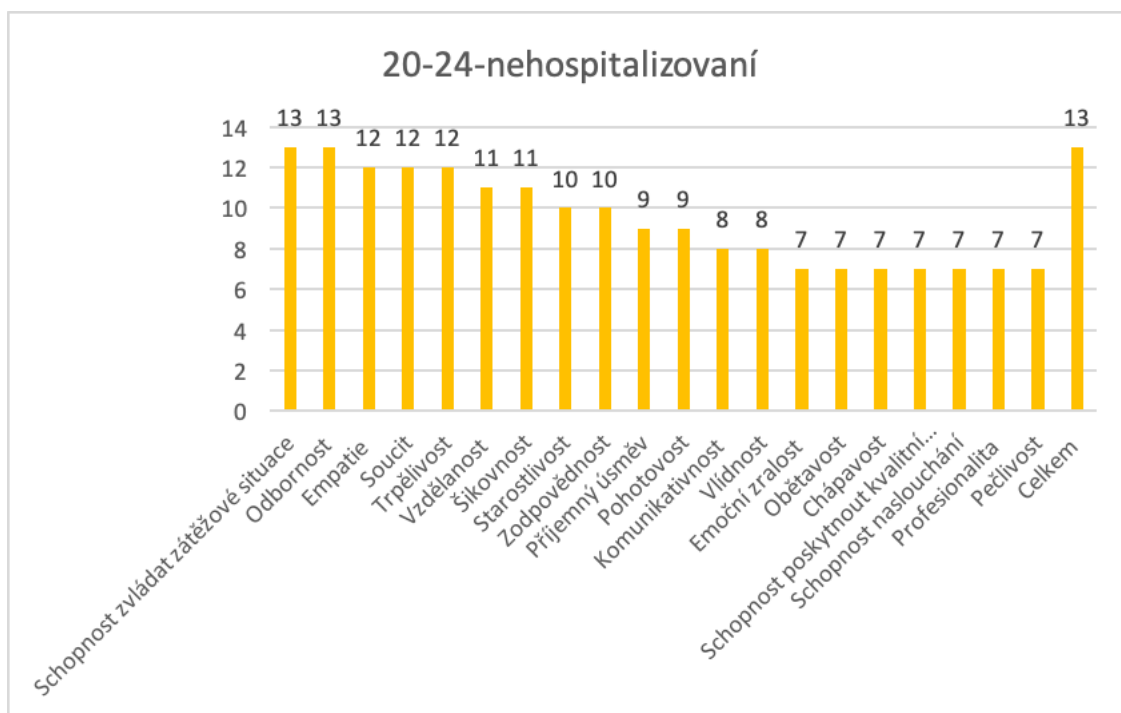
**Obrázek č. 7 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 20-24**

V této věkové relaci odpovědělo 78 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena schopnost zvládat zátěžové situace, odbornost, empatie, soucit a trpělivost.



**Obrázek č. 8 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 20\_24**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 20-24 lety, kterých bylo šedesát pět z celkového počtu 78. Nejvíce byla volena schopnost zvládat zátěžové situace, odbornost, empatie, soucit, trpělivost a vzdělanost.



**Obrázek č. 9 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 20-24**

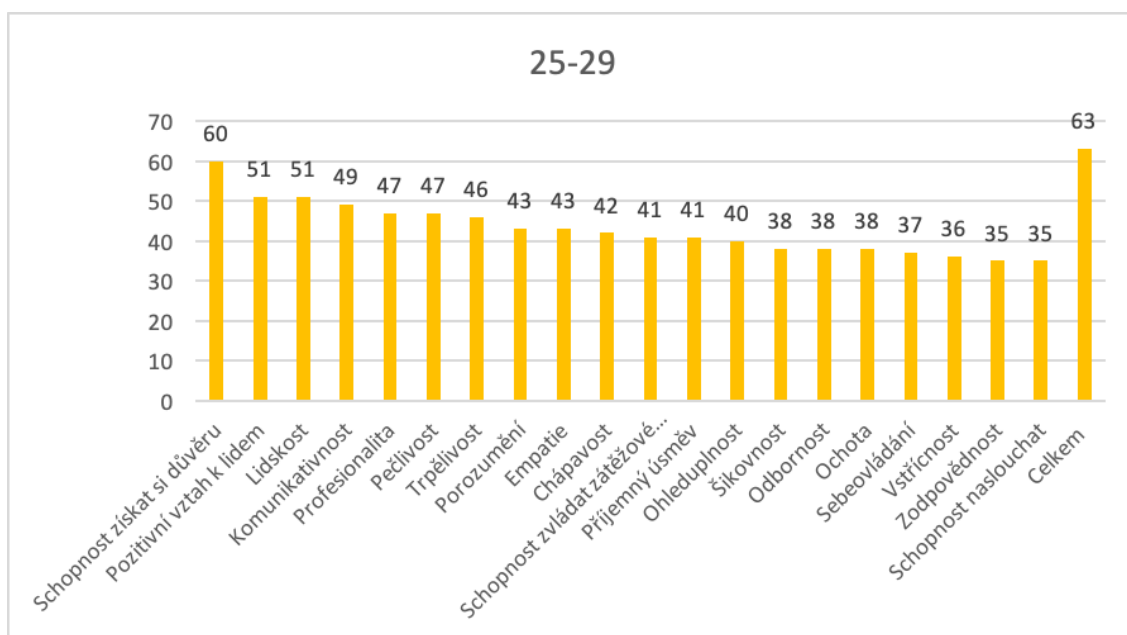
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 20-24 lety, kterých bylo třináct z celkového počtu 78. Nejvíce byla volena schopnost zvládat zátěžové situace, odbornost, empatie, soucit a trpělivost.

**Tabulka č. 3 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 20-24**

Máte zkušenost s hospitalizací?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	13	17 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	25	32 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	26	33 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	7	9 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	7	9 %
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

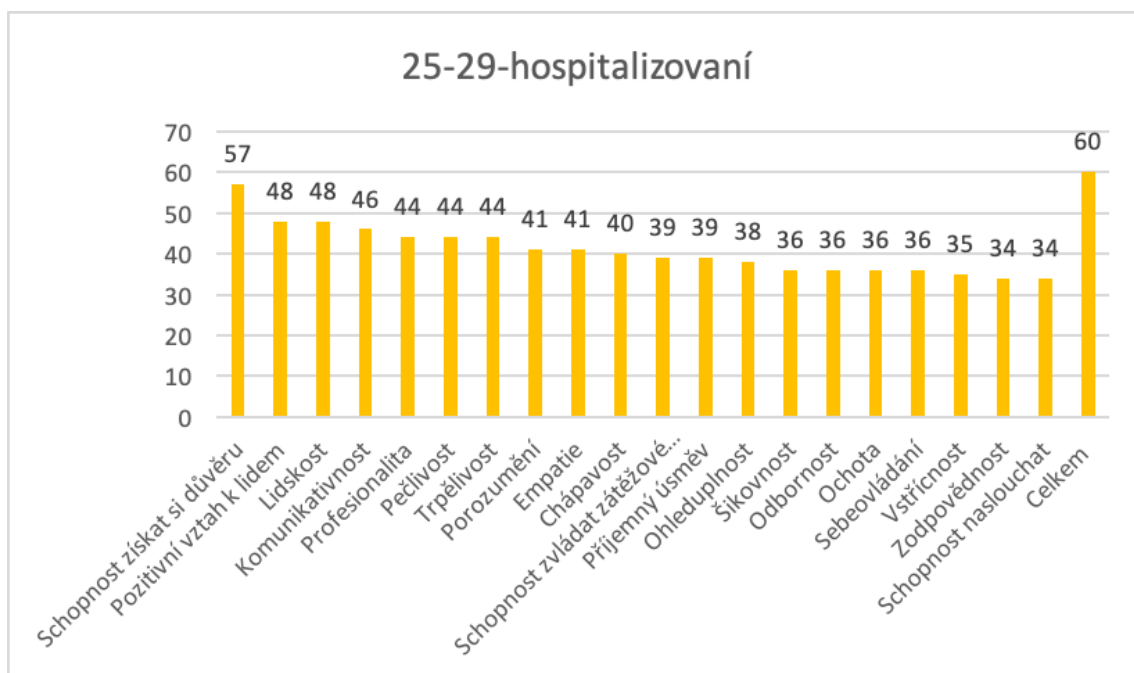
Tabulka ukazuje, že 17 % respondentů ve věku 20-24 nebylo hospitalizovaných, 32 % bylo jednou až dvakrát, 33 % třikrát až čtyřikrát, 9% pětkrát až šestkrát a více než šestkrát.

#### Položka č. 4 – Respondenti ve věku 25-29 let



**Obrázek č. 10 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 25-29**

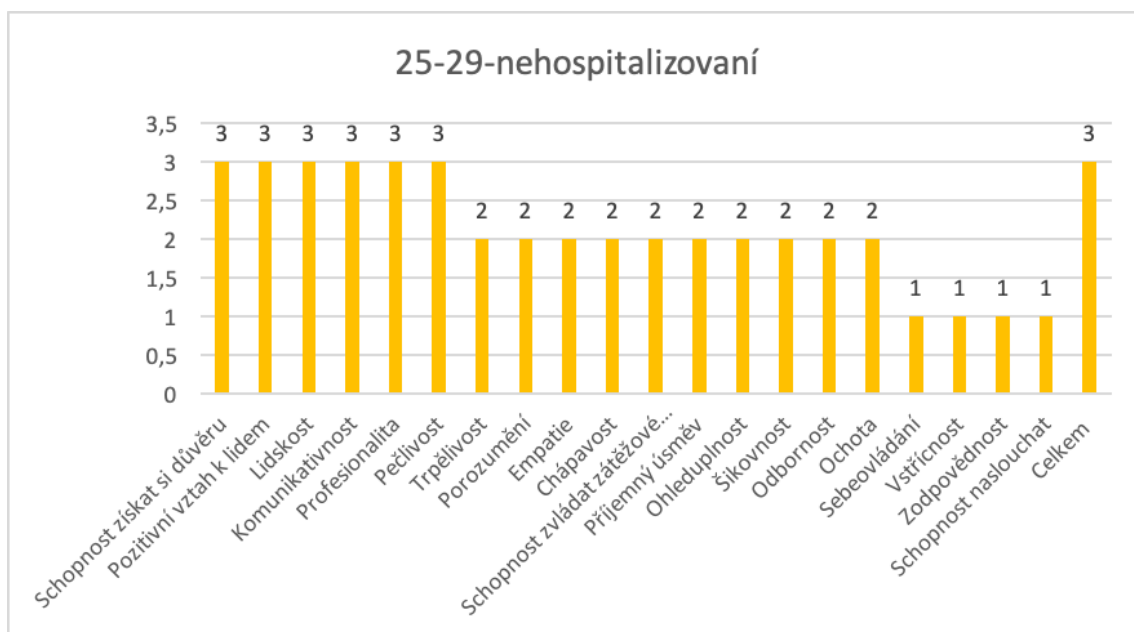
V této věkové relaci odpovědělo 63 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejčastěji byla volena schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, lidskost, komunikativnost, profesionalita a pečlivost.



**Obrázek č. 11 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 25-29**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 25-29 lety, kterých bylo šedesát z celkového počtu 63. Nejvíce byla volena schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, lidskost, komunikativnost, profesionalita, pečlivost a trpělivost.





**Obrázek č. 12 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 25-29**

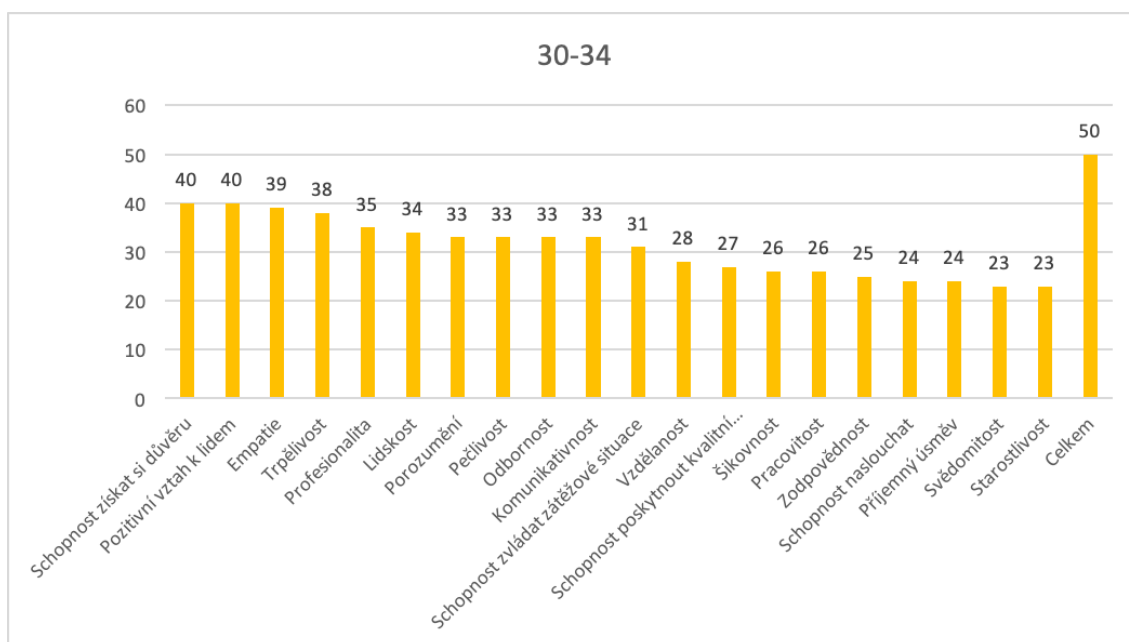
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 25-29 lety, kterých bylo tři z celkového počtu 63. Nejvíce byla volena schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, lidskost, komunikativnost, profesionalita a pečlivost.

**Tabulka č. 4 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 25-29**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	3	5 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	29	46 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	17	27 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	7	11 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	7	11 %
<b>Celkem</b>	<b>63</b>	<b>100 %</b>

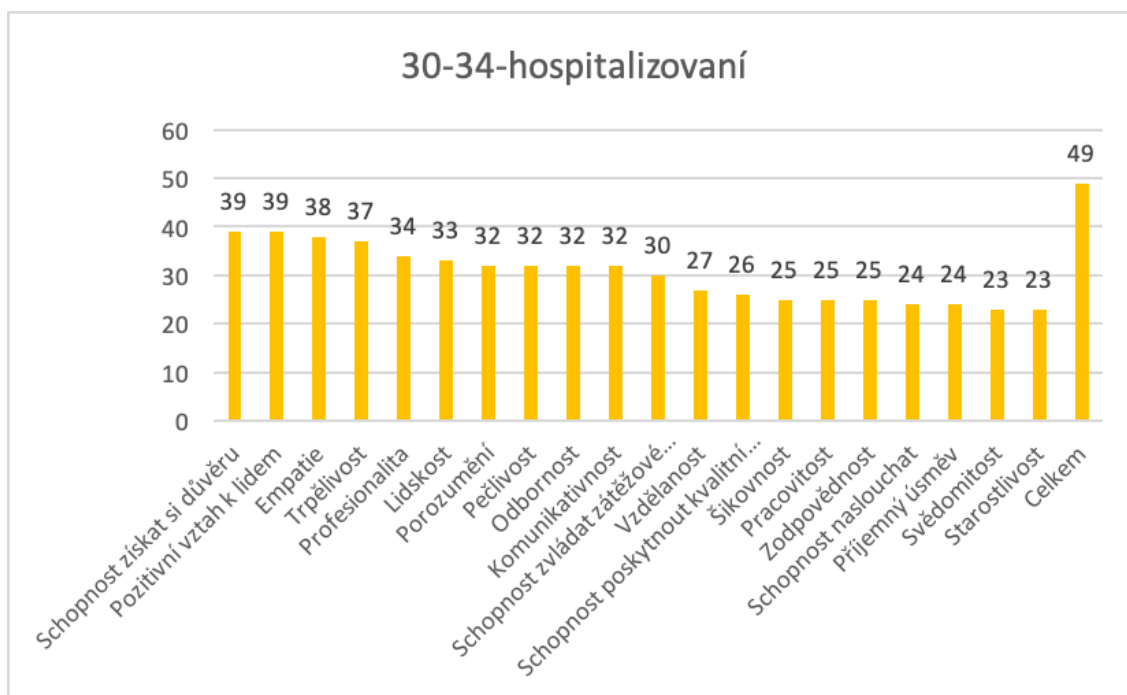
Tabulka ukazuje, že 5 % respondentů ve věku 25-29 nebylo hospitalizovaných, 46 % bylo jednou až dvakrát, 27 % třikrát až čtyřikrát, 11 % pětkrát až šestkrát a 11 % více než šestkrát.

## Položka č. 5 – Respondenti ve věku 30-34 let



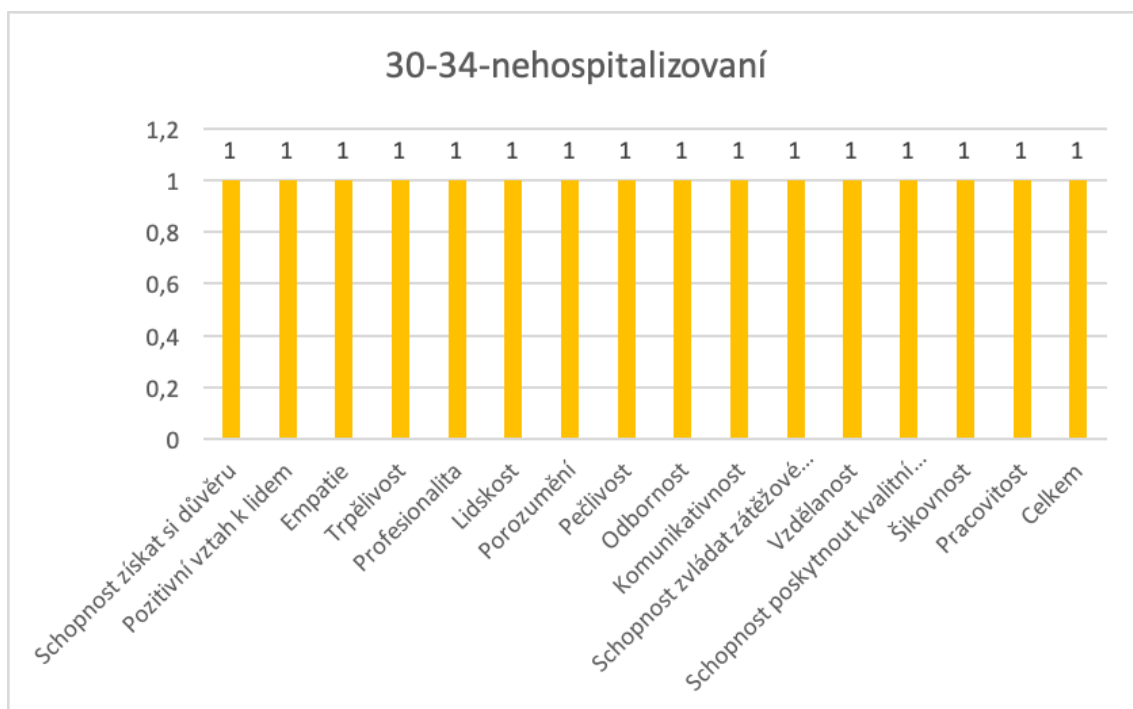
**Obrázek č. 13 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 30-34**

V této věkové relaci odpovědělo 50 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejčastěji byla volena schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, empatie a trpělivost.



**Obrázek č. 14 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 30-34**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi lety 30-34, kterých bylo čtyřicet devět z celkového počtu 50. Nejvíce byla volena schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, empatie a trpělivost.



**Obrázek č. 15 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 30-34**

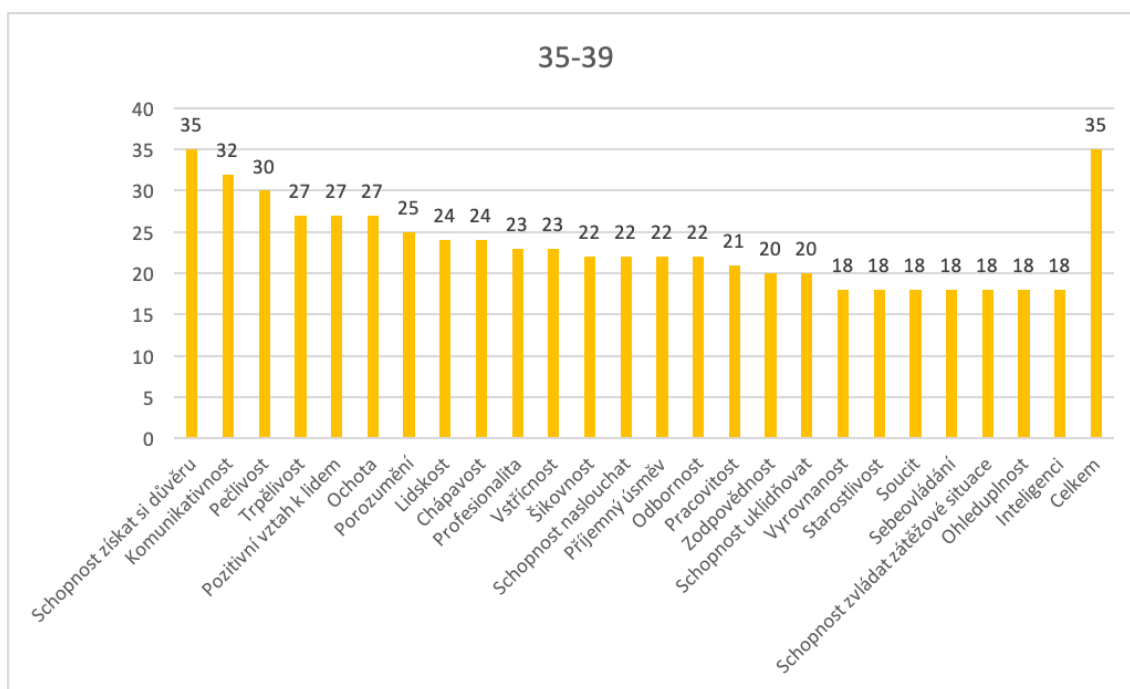
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 30-34 lety, kterých bylo jeden z celkového počtu 50. V tomto případě byla zvolena schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, empatie, trpělivost, profesionalita, lidskost, porozumění, pečlivost, odbornost, komunikativnost, schopnost zvládat zátěžové situace, vzdělanost, schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, šikovnost a pracovitost.

**Tabulka č. 5 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 30-34**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	1	2 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	20	40 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	18	36 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	7	14 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	4	8 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

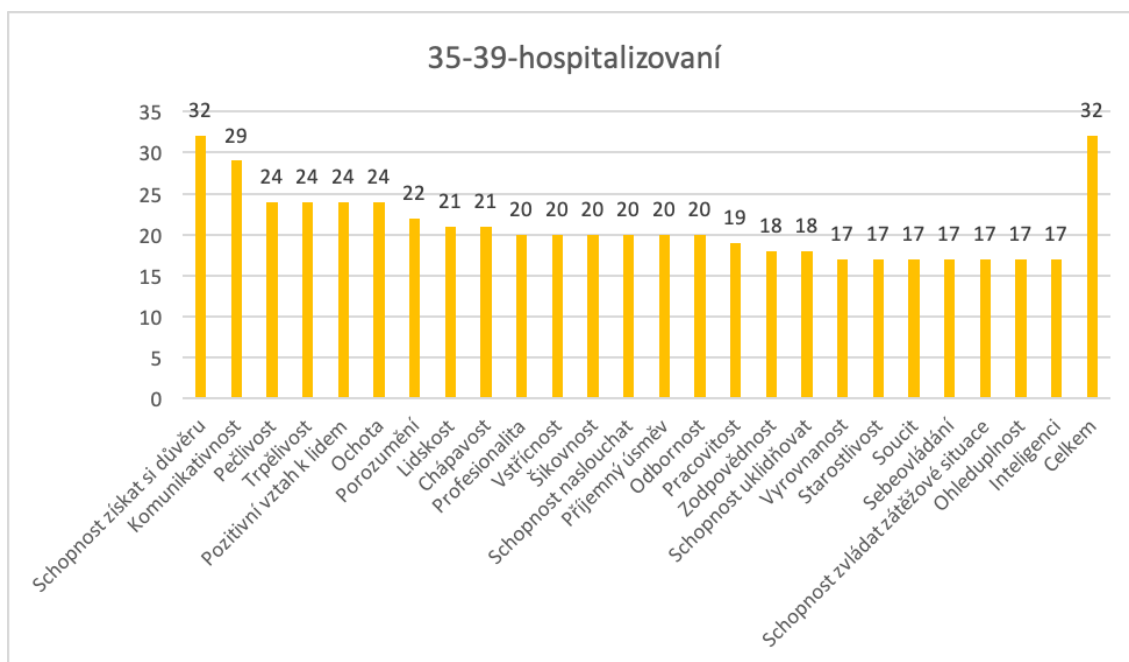
Tabulka ukazuje, že 2 % respondentů ve věku 30-34 nebylo hospitalizovaných, 40 % bylo jednou až dvakrát, 36 % třikrát až čtyřikrát, 14 % pětkrát až šestkrát a 8 % více než šestkrát.

## Položka č. 6 – Respondenti ve věku 35-39 let



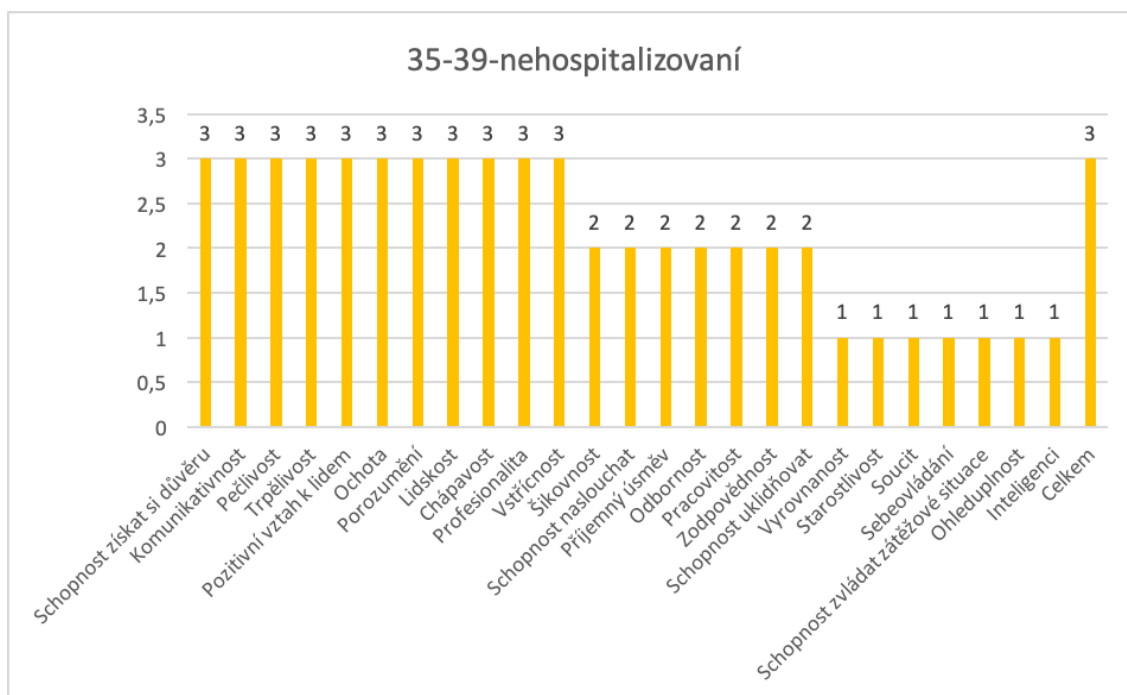
**Obrázek č. 16 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 35-39**

V této věkové relaci odpovědělo 35 respondentů. Graf znázorňuje prvních 25 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena schopnost získat si důvěru, komunikativnost, pečlivost, trpělivost, pozitivní vztah k lidem a ochota.



**Obrázek č. 17 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 35-39**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 35-39 lety, kterých bylo třicet dva z celkového počtu 35. V tomto případě byla zvolena schopnost získat si důvěru, komunikativnost, pečlivost, trpělivost, pozitivní vztah k lidem a ochota.



**Obrázek č. 18 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 35-39**

V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 35-39 lety, kterých bylo tři z celkového počtu 35. V tomto případě byla zvolena schopnost získat si důvěru, komunikativnost, pečlivost, trpělivost, pozitivní vztah k lidem, ochota, porozumění, lidskost, chápavost, profesionalita a vstřícnost.

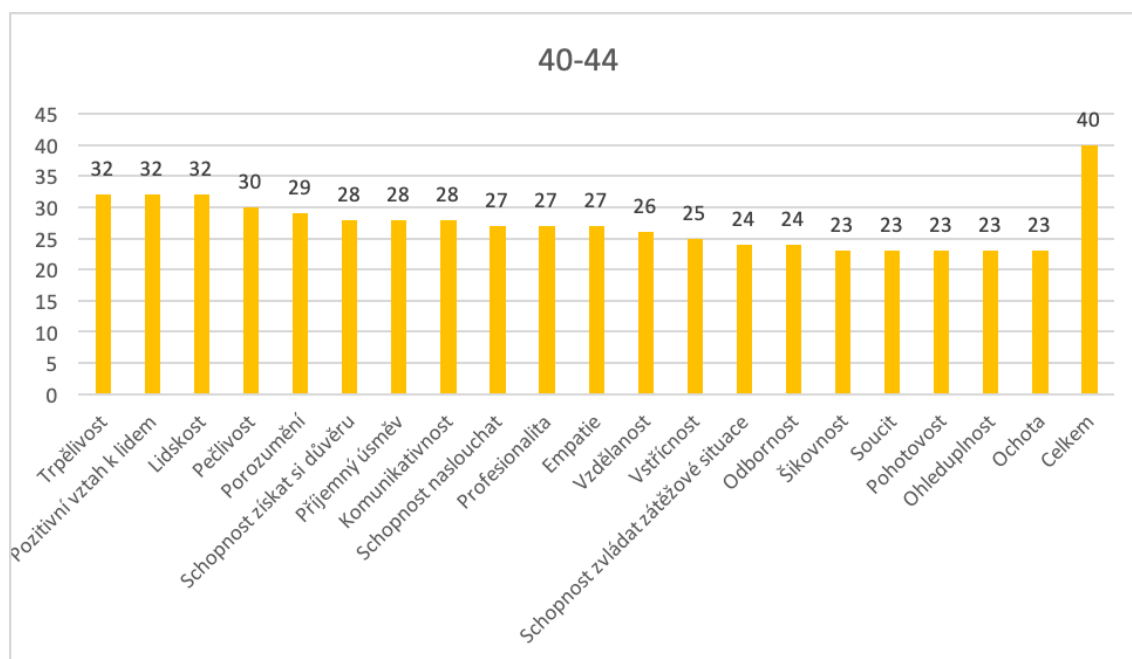
**Tabulka č. 6 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 35-39**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	3	8,57 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	15	42,86 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	8	22,86 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	7	20 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	2	5,71 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>100 %</b>

Tabulka ukazuje, že 8,57 % respondentů ve věku 35-39 nebylo hospitalizovaných, 42,86 % bylo jednou až dvakrát, 22,86 % třikrát až čtyřikrát, 20 % pětkrát až šestkrát a 5,71 % více než šestkrát.

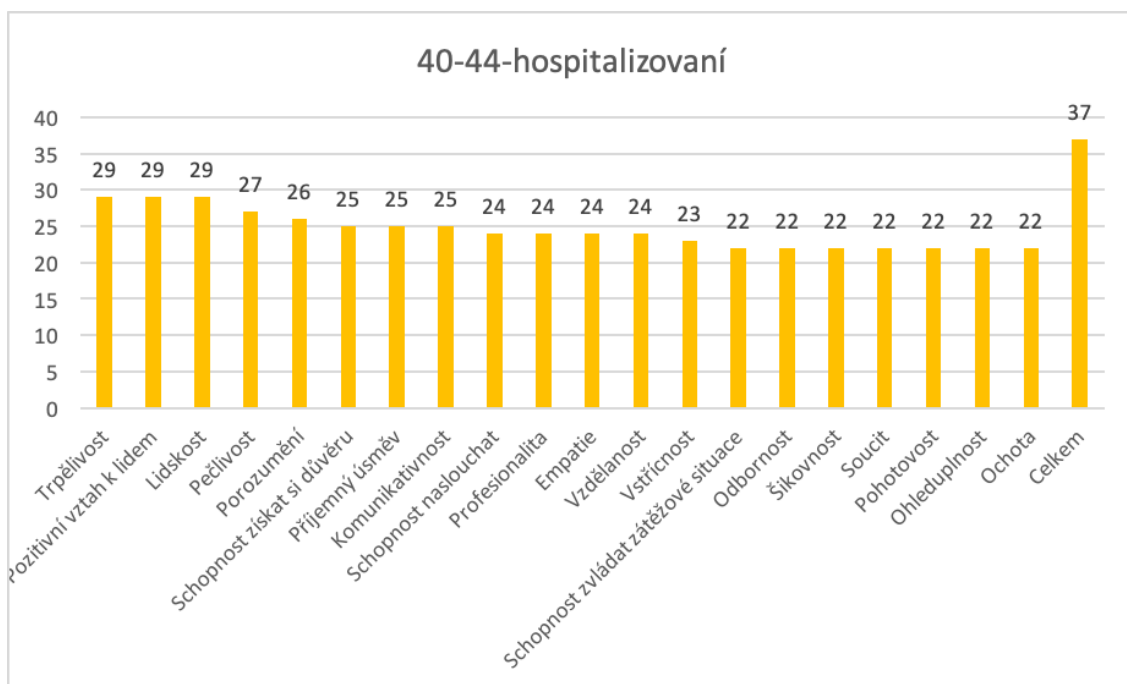


## Položka č. 7 – Respondenti ve věku 40-44 let



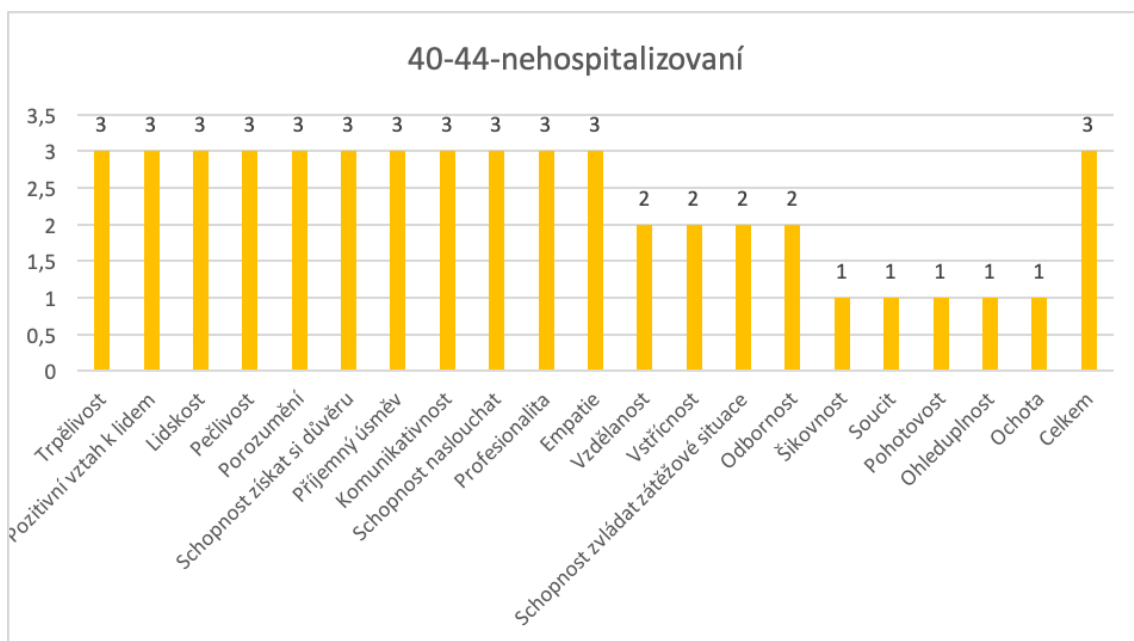
**Obrázek č. 19 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 40-44**

V této věkové relaci odpovědělo 40 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena trpělivost, pozitivní vztah k lidem, lidskost, pečlivost a porozumění.



***Obrázek č. 20 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 40-44***

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 40-44 lety, kterých bylo třicet sedm z celkového počtu 40. V tomto případě byla zvolena trpělivost, pozitivní vztah k lidem, lidskost, pečlivost a porozumění.



**Obrázek č. 21 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 40-44**

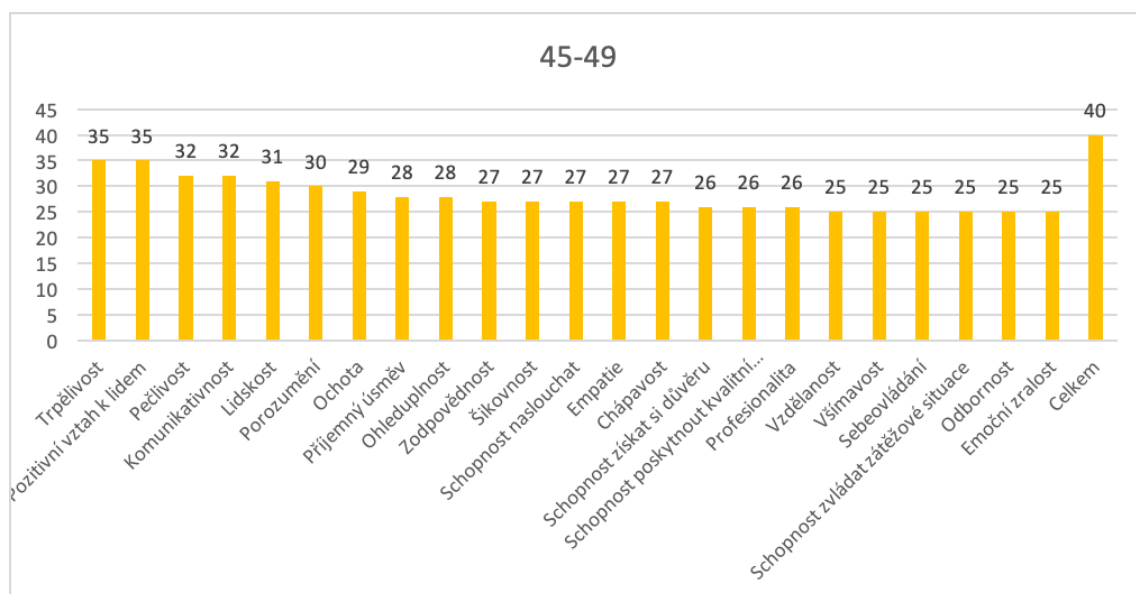
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 40-44 lety, kterých bylo tři z celkového počtu 40. V tomto případě byla zvolena trpělivost, pozitivní vztah k lidem, lidskost, pečlivost, porozumění, schopnost získat si důvěru, příjemný úsměv, komunikativnost, schopnost naslouchat, profesionalita a empatie.

**Tabulka č. 7 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 40-44**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	3	7,5 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	12	30 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	10	25 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	7	17,5 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	8	20 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

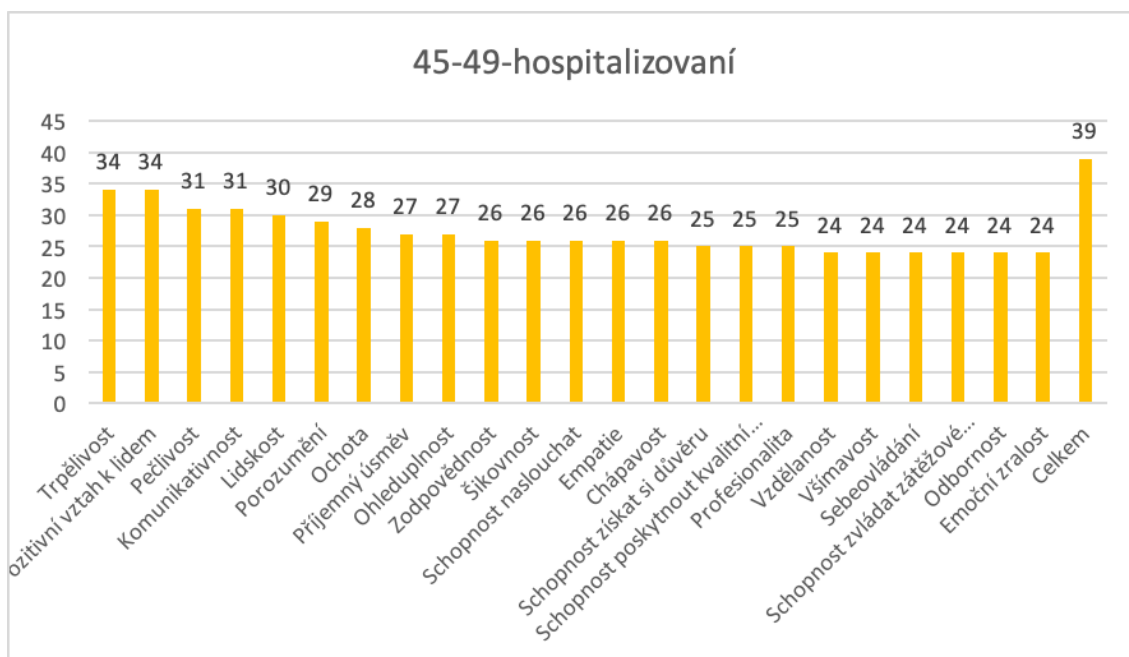
Tabulka ukazuje, že 7,5 % respondentů ve věku 40-44 nebylo hospitalizovaných, 30 % bylo jednou až dvakrát, 25 % třikrát až čtyřikrát, 17,5 % pětkrát až šestkrát a 20 % více než šestkrát.

## Položka č. 8 – Respondenti ve věku 45-49 let



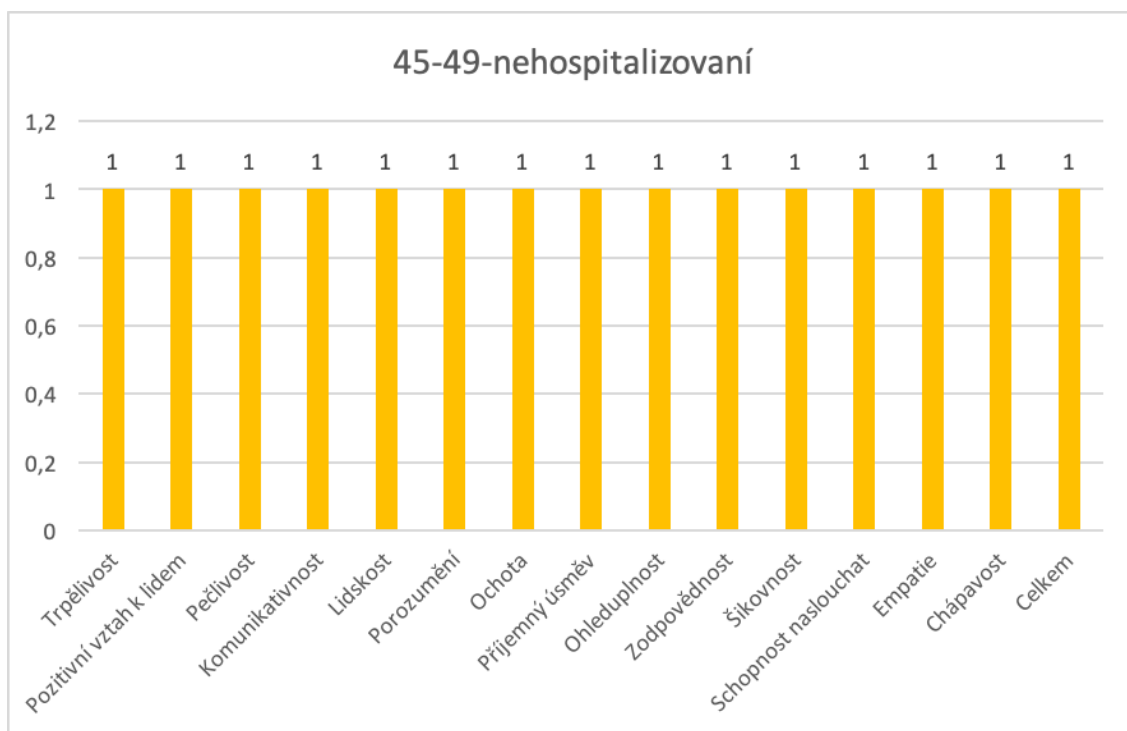
**Obrázek č. 22 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 45-49**

V této věkové relaci odpovědělo 40 respondentů. Graf znázorňuje prvních 23 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena trpělivost, pozitivní vztah k lidem, pečlivost, komunikativnost a lidskost.



**Obrázek č. 23 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 45-49**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 45-49 lety, kterých bylo třicet devět z celkového počtu 40. V tomto případě byla zvolena trpělivost, pozitivní vztah k lidem, pečlivost, komunikativnost a lidskost.



**Obrázek č. 24 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 45-49**

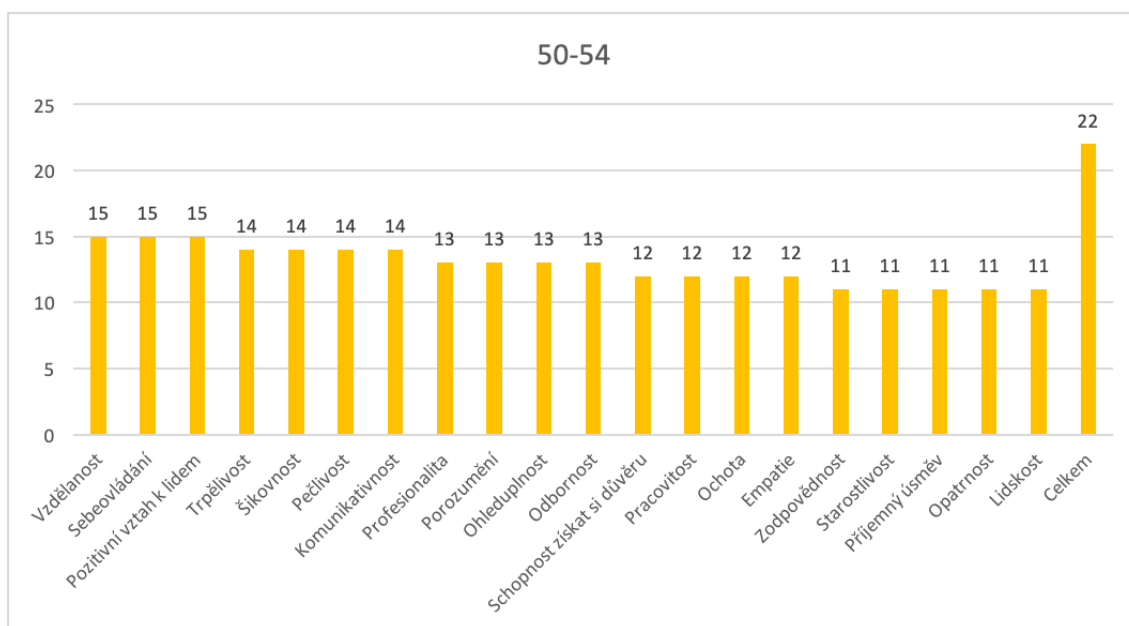
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 45-49 lety, kterých bylo třicet devět z celkového počtu 40. V tomto případě byla zvolena trpělivost, pozitivní vztah k lidem, pečlivost, komunikativnost a lidskost.

**Tabulka č. 8 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 45-49**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	1	2,5 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	13	32,5 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	11	27,5 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	3	7,5 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	12	30 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

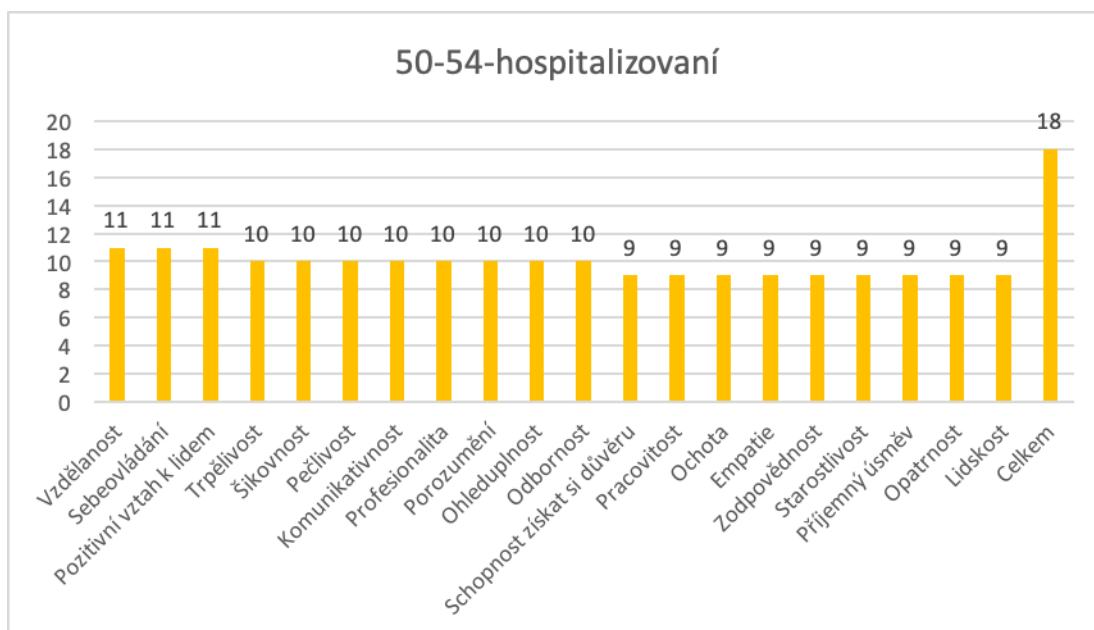
Tabulka ukazuje, že 2,5 % respondentů ve věku 45-49 nebylo hospitalizovaných, 32,5 % bylo jednou až dvakrát, 27,5 % třikrát až čtyřikrát, 7,5 % pětkrát až šestkrát a 30 % více než šestkrát.

## Položka č. 9 – Respondenti ve věku 50-54 let



**Obrázek č. 25 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 50-54**

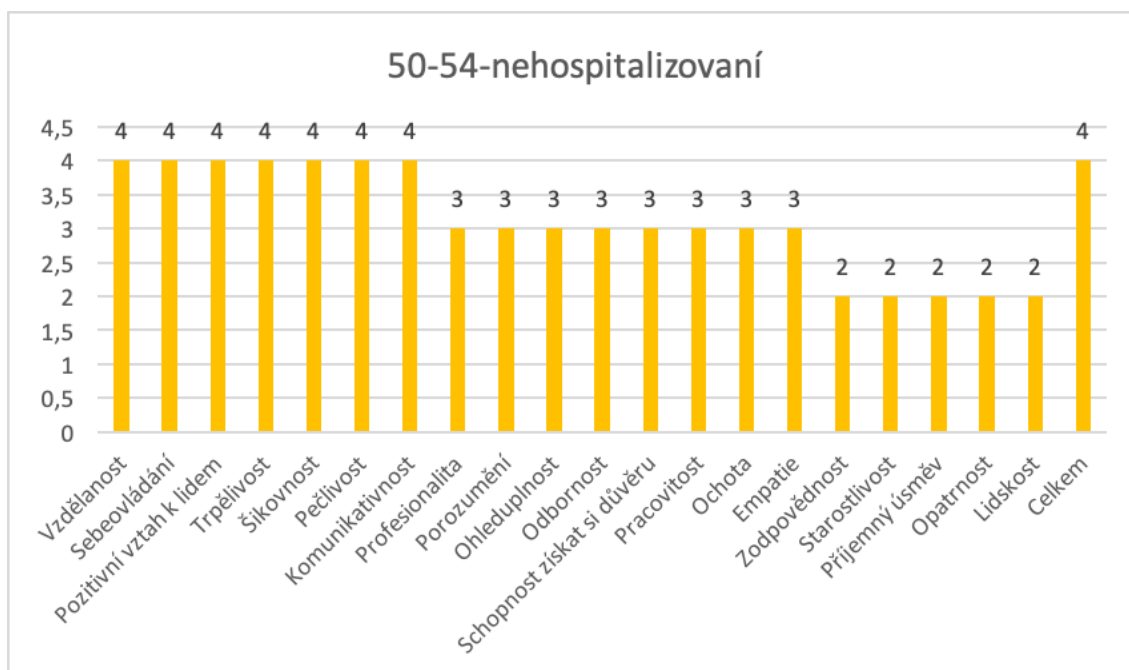
V této věkové relaci odpovědělo 22 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena vzdělanost, sebeovládání, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, šikovnost, pečlivost a komunikativnost.



**Obrázek č. 26 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 50-54**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 50-54 lety, kterých bylo osmnáct z celkového počtu 22. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, sebeovládání, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, šikovnost, pečlivost, komunikativnost, profesionalita, porozumění, ohleduplnost a odbornost.





**Obrázek č. 27 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 50-54**

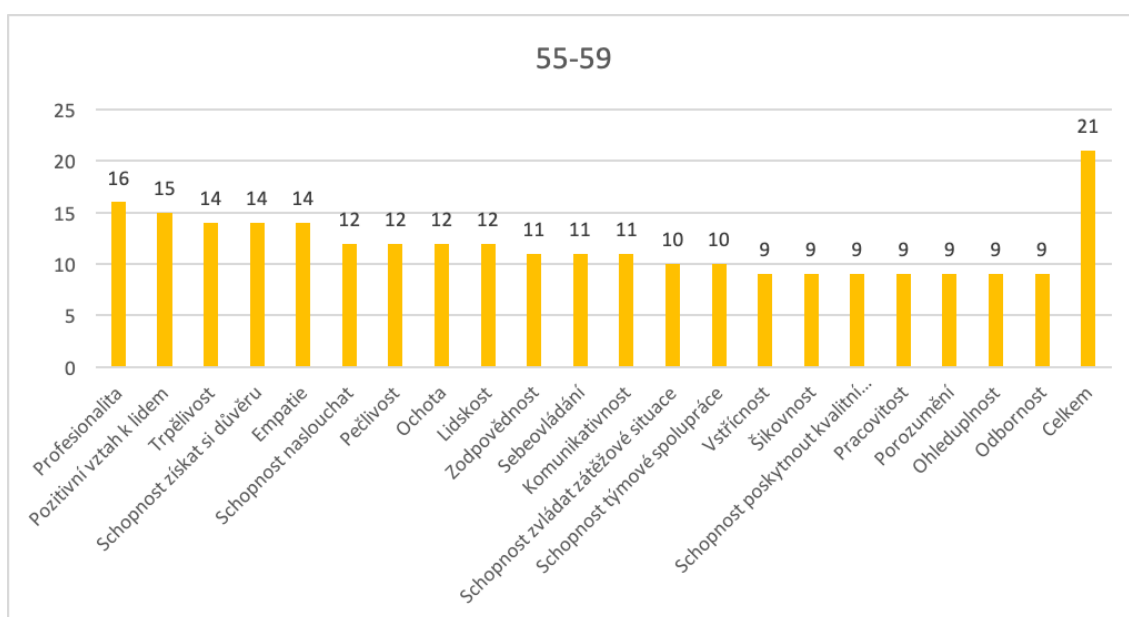
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 50-54 lety, kterých bylo čtyři z celkového počtu 22. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, sebeovládání, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, šikovnost, pečlivost a komunikativnost.

**Tabulka č. 9 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 50-54**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	4	18,18 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	6	27,27 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	4	18,18 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětikrát až šestkrát	5	22,73 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	3	13,64 %
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

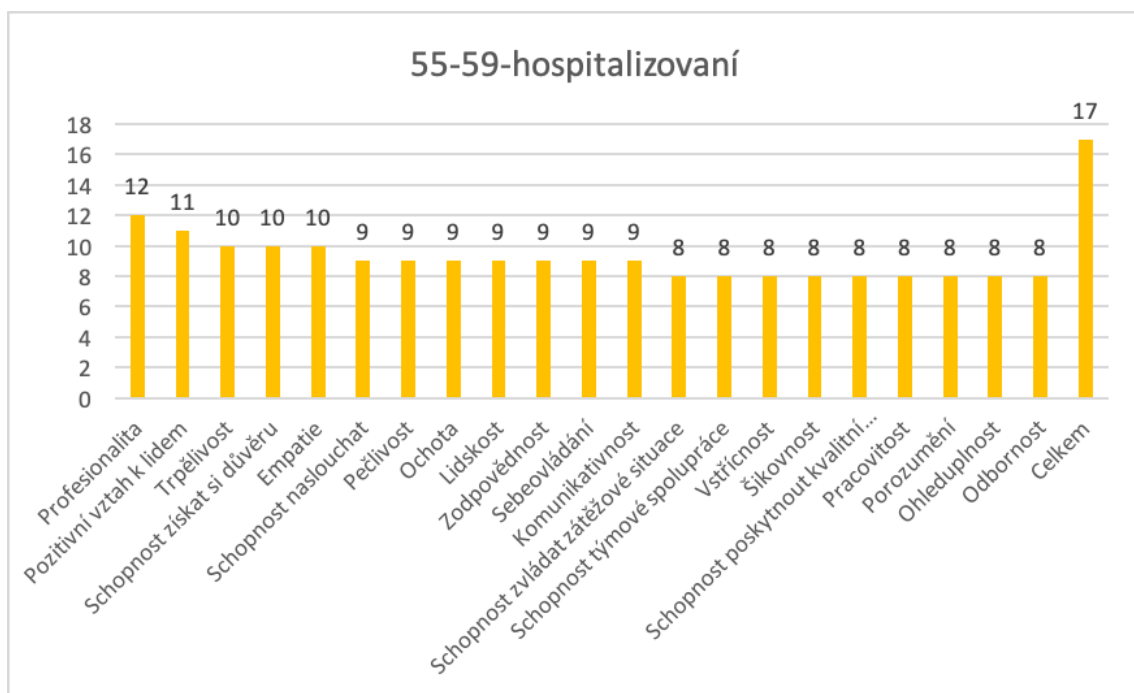
Tabulka ukazuje, že 18,18 % respondentů ve věku 50-54 nebylo hospitalizovaných, 27,27 % bylo jednou až dvakrát, 18,18 % třikrát až čtyřikrát, 22,73 % pětikrát až šestkrát a 13,64 % více než šestkrát.

## Položka č. 10 – Respondenti ve věku 55-59 let



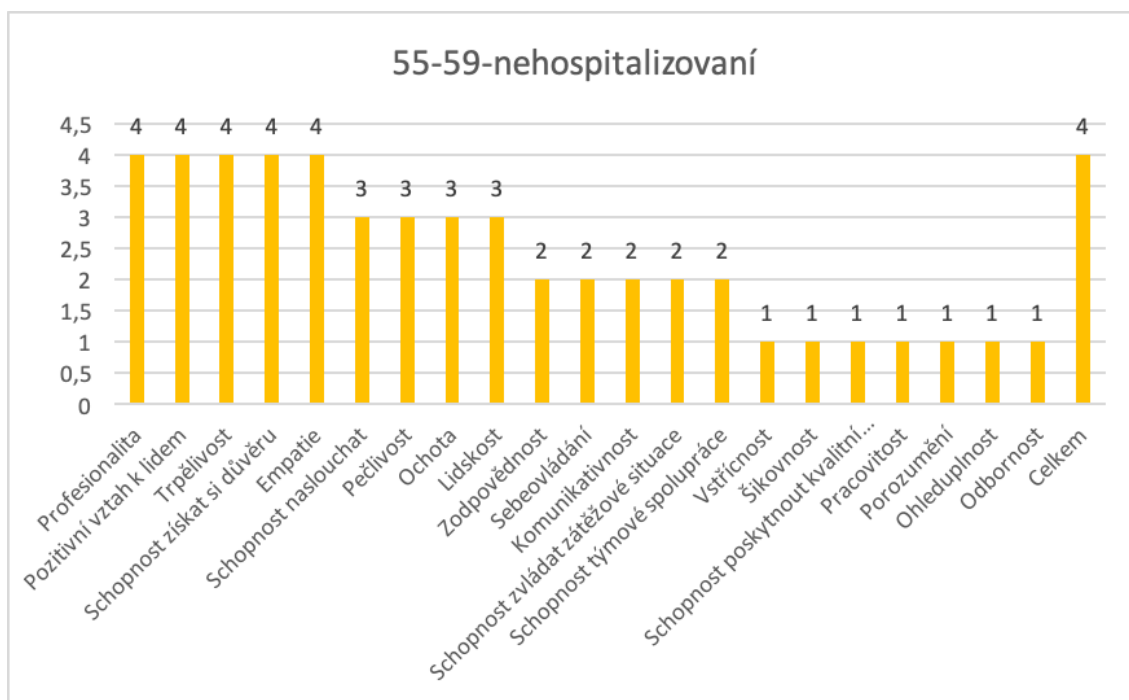
**Obrázek č. 28 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 55-59**

V této věkové relaci odpovědělo 21 respondentů. Graf znázorňuje prvních 21 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena profesionalita, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, schopnost získat si důvěru a empatie.



**Obrázek č. 29 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 55-59**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 55-59 lety, kterých bylo sedmáct z celkového počtu 21. V tomto případě byla zvolena profesionalita, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, schopnost získat si důvěru a empatie.



**Obrázek č. 30 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 55-59**

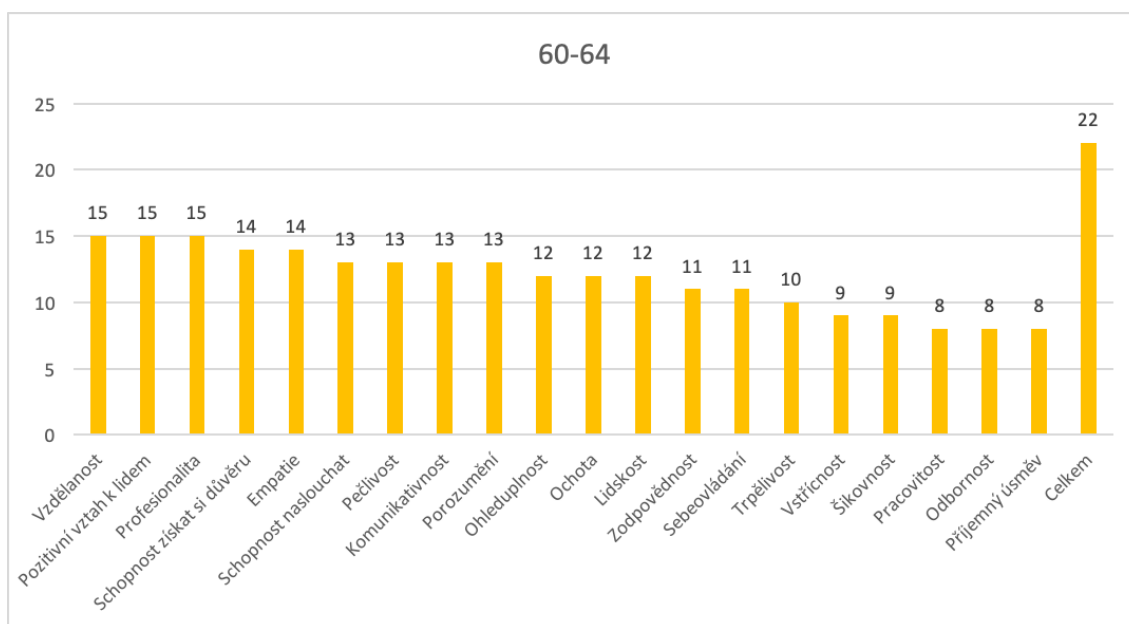
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 55-59 lety, kterých bylo čtyři z celkového počtu 21. V tomto případě byla zvolena profesionalita, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, schopnost získat si důvěru a empatie.

**Tabulka č. 10 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 55-59**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	4	19,05 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	7	33,33 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	4	19,05 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	0	0 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	6	28,57 %
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

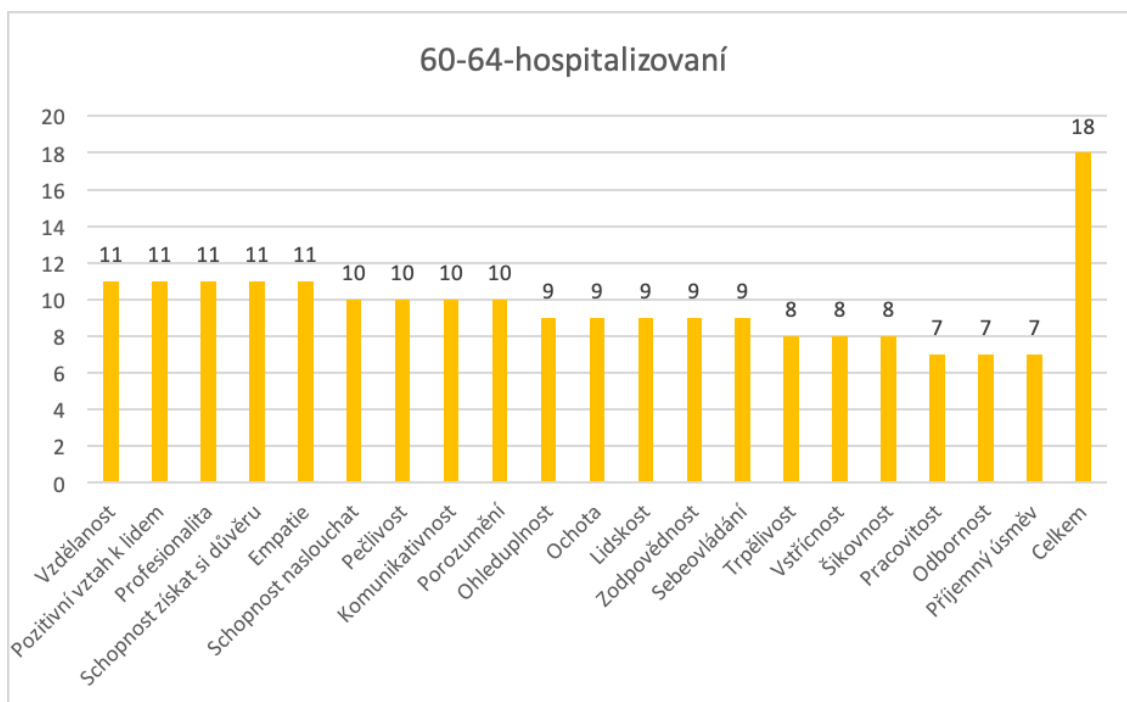
Tabulka ukazuje, že 19,05 % respondentů ve věku 55-59 nebylo hospitalizovaných, 33,33 % bylo jednou až dvakrát, 19,05 % třikrát až čtyřikrát, nikdo nebyl hospitalizován pětkrát až šestkrát a 28,57 % více než šestkrát.

### Položka č. 11 – Respondenti ve věku 60-64 let



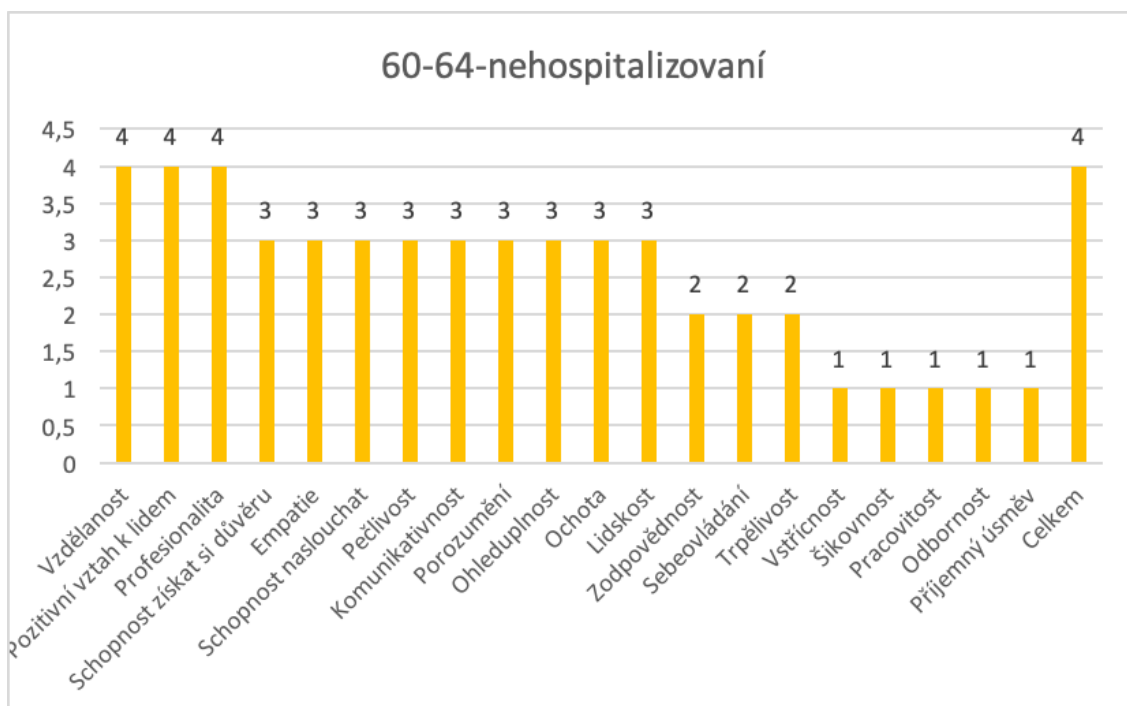
**Obrázek č. 31 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 60-64**

V této věkové relaci odpovědělo 22 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena vzdělanost, pozitivní vztah k lidem, profesionalita, schopnost získat si důvěru a empatie.



**Obrázek č. 32 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 60-64**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 60-64 lety, kterých bylo osmnáct z celkového počtu 22. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, pozitivní vztah k lidem, profesionálnita, schopnost získat si důvěru a empatie.



**Obrázek č. 33 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 60-64**

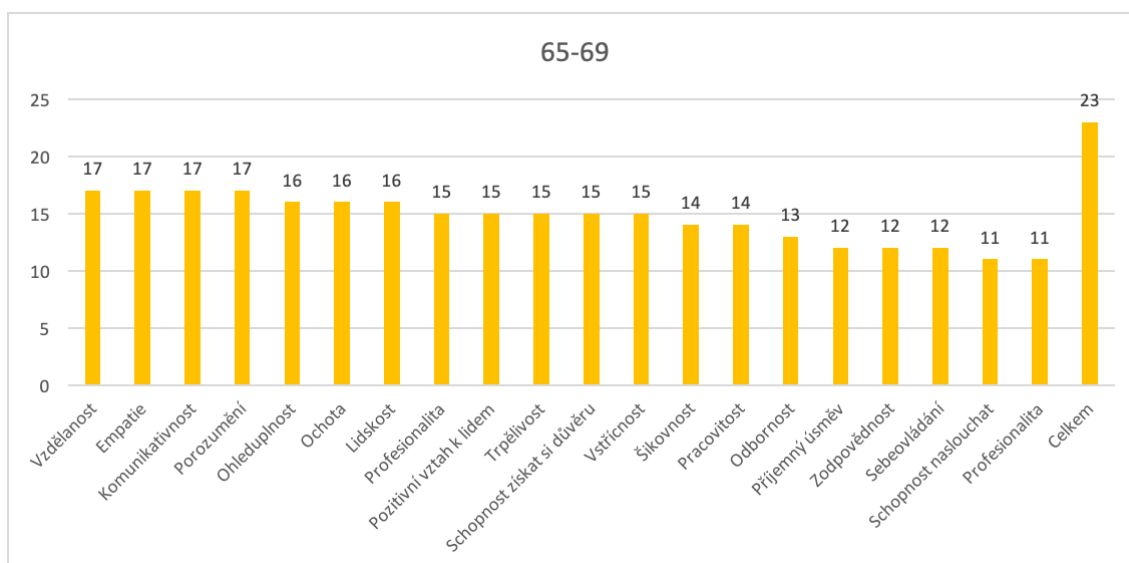
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 60-64 lety, kterých bylo čtyři z celkového počtu 22. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, pozitivní vztah k lidem, profesionalita.

**Tabulka č. 11 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 60-64**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	4	18,18 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	6	27,27 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	3	13,64 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	4	18,18 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	5	22,73 %
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Tabulka ukazuje, že 18,18 % respondentů ve věku 60-64 nebylo hospitalizovaných, 27,27 % bylo jednou až dvakrát, 13,64 % třikrát až čtyřikrát, 18,18 % pětkrát až šestkrát a 22,73 % více než šestkrát.

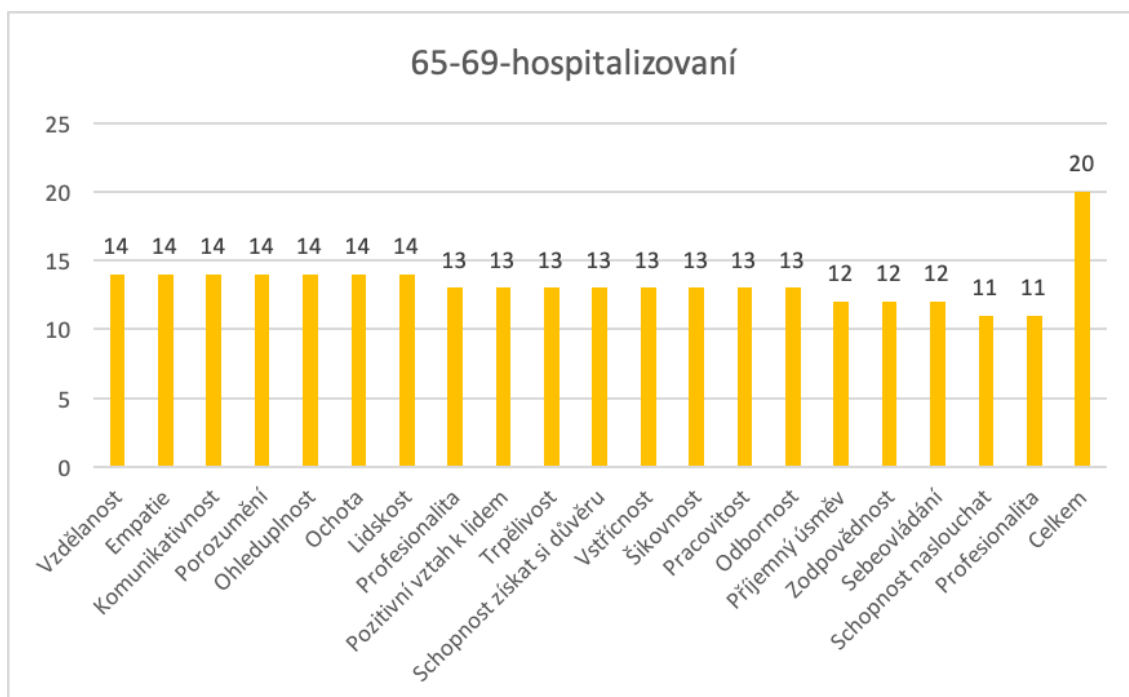
## Položka č. 12 – Respondenti ve věku 65-69 let



**Obrázek č. 34 - Vlastnosti sestry dle respondentů ve věku 65-69**

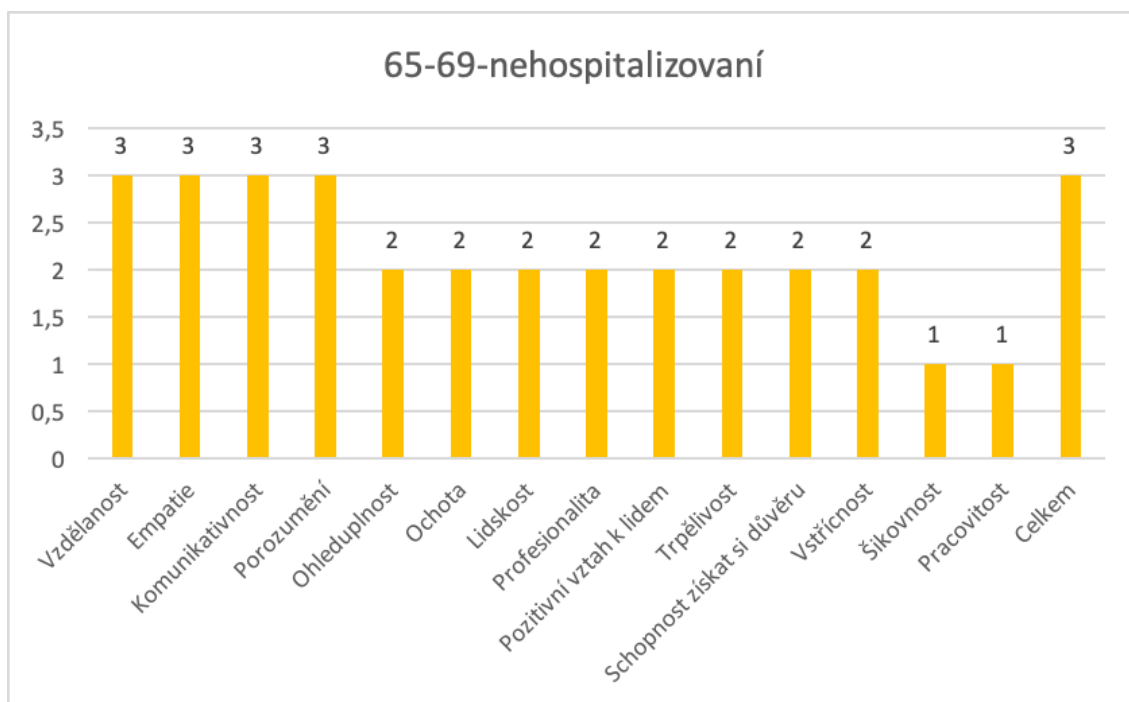
V této věkové relaci odpovědělo 23 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena vzdělanost, empatie, komunikativnost a porozumění.





**Obrázek č. 35 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů ve věku 65-69**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti mezi 65-69 lety, kterých bylo dvacet z celkového počtu 23. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, empatie, komunikativnost, porozumění, ohleduplnost, ochota a lidskost.



**Obrázek č. 36 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů ve věku 65-69**

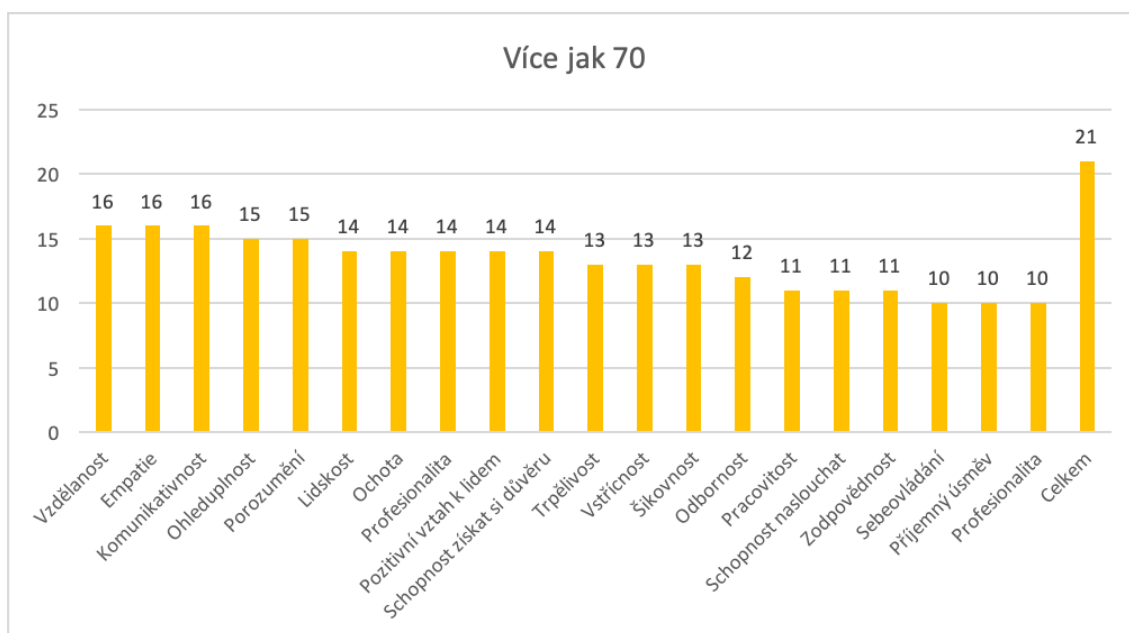
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti mezi 65-69 lety, kterých bylo tři z celkového počtu 23. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, empatie, komunikativnost, porozumění.

**Tabulka č. 12 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii 65-69**

<b>Máte zkušenost s hospitalizací?</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ne	3	13,04 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	5	21,74 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	4	17,39 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	6	26,09 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	5	21,74 %
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>100 %</b>

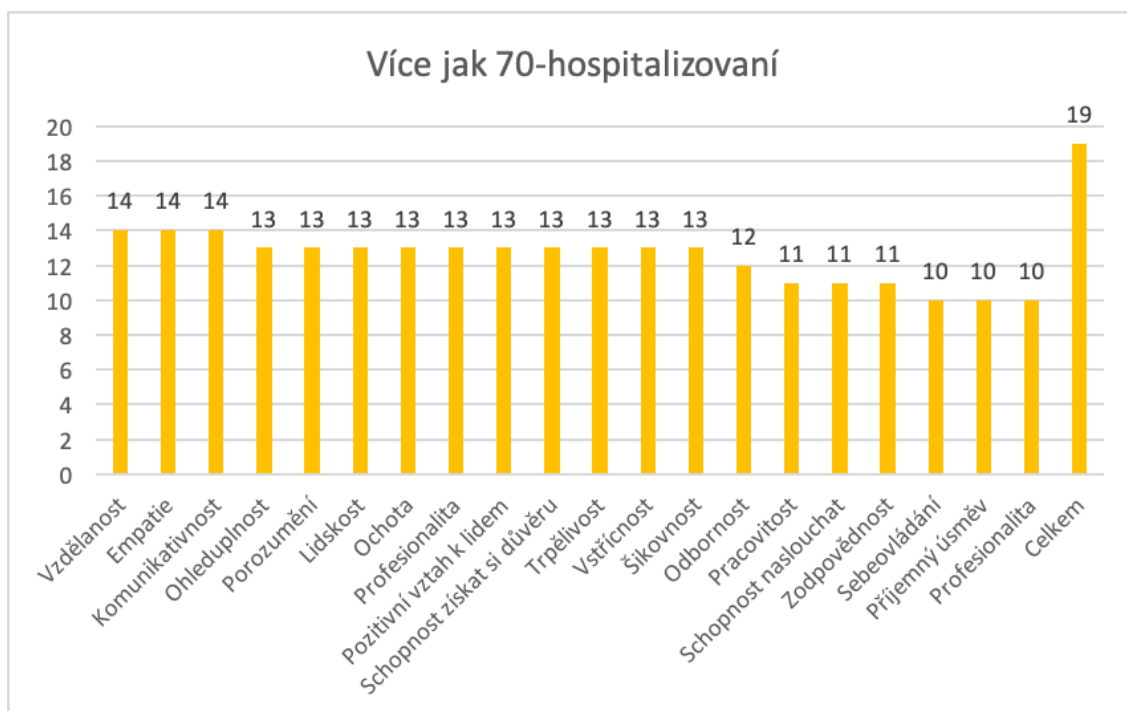
Tabulka ukazuje, že 13,04 % respondentů ve věku 65-69 nebylo hospitalizovaných, 21,74 % bylo jednou až dvakrát, 17,39 % třikrát až čtyřikrát, 26,09 % pětkrát až šestkrát a 21,74 % více než šestkrát.

### Položka č. 13 – Respondenti ve věku více jak 70 let



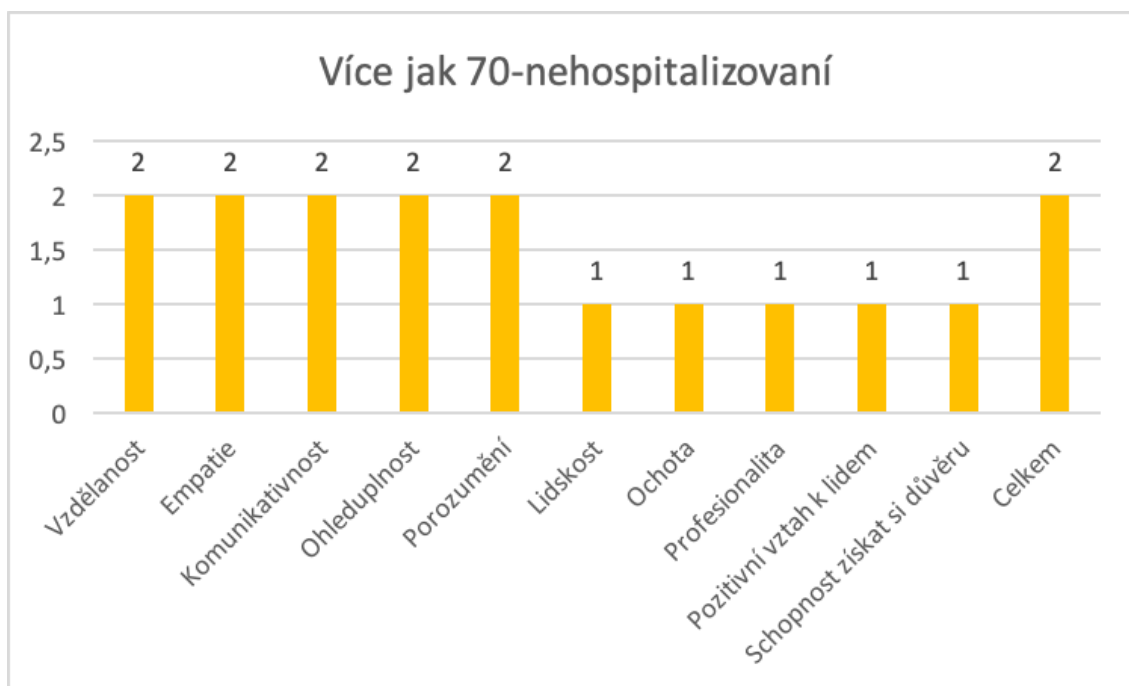
**Obrázek č. 37 - Vlastnosti sestry dle respondentů starších 70 let**

V této věkové relaci odpovědělo 21 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byla volena vzdělanost, empatie, komunikativnost, ohleduplnost a porozumění.



**Obrázek č. 38 - Vlastnosti sestry dle hospitalizovaných respondentů starších 70 let**

V grafu jsou znázorněni hospitalizovaní respondenti starší 70 let, kterých bylo devatenáct z celkového počtu 21. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, empatie a komunikativnost.



**Obrázek č. 39 - Vlastnosti sestry dle nehospitalizovaných respondentů starších 70 let**

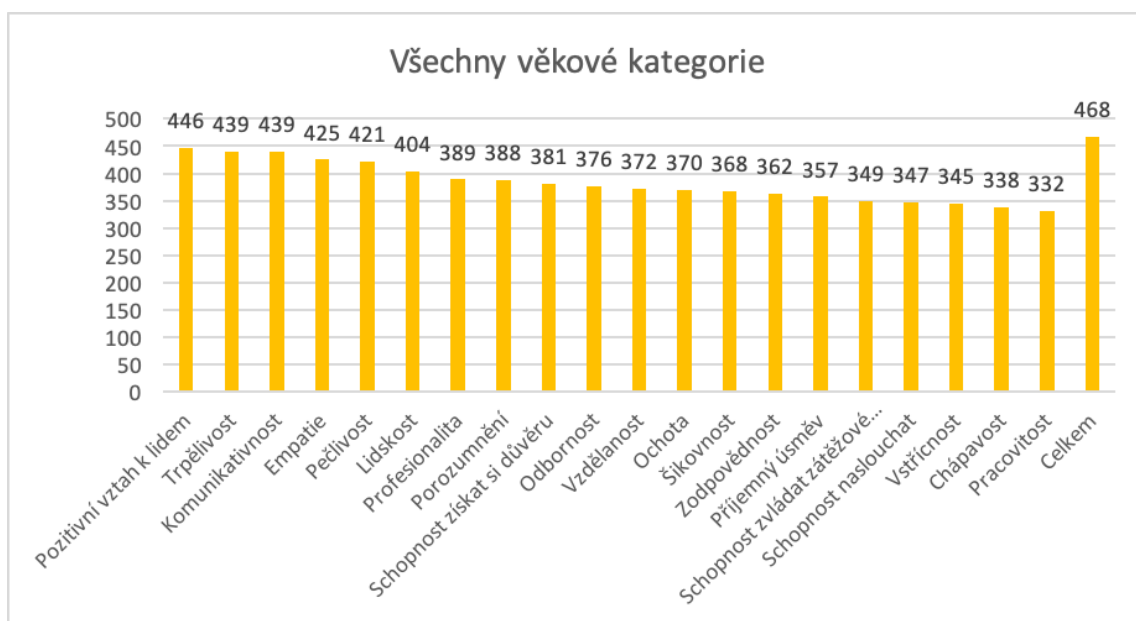
V grafu jsou znázorněni nehospitalizovaní respondenti starší 70 let, kterých bylo dva z celkového počtu 21. V tomto případě byla zvolena vzdělanost, empatie, komunikativnost, ohleduplnost a porozumění.

**Tabulka č. 13 - Zkušenost s hospitalizací ve věkové kategorii starší 70 let**

Máte zkušenost s hospitalizací?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	2	9,52 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	4	19,05 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	4	19,05 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	5	23,81 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	6	28,57 %
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100 %</b>

Tabulka ukazuje, že 9,52 % respondentů starší 70 let nebylo hospitalizovaných, 19,05 % bylo jednou až dvakrát a třikrát až čtyřikrát, 23,81 % pětkrát až šestkrát a 28,57 % více než šestkrát.

## Položka č. 14 – Všechny věkové kategorie



Obrázek č. 40 – Vlastnosti sestry dle všech respondentů

Celkem odpovědělo 468 respondentů. Graf znázorňuje prvních 20 nejčastěji volených vlastností řazených sestupně. Nejvíce byl volen pozitivní vztah k lidem, trpělivost, komunikativnost, empatie a pečlivost.

Tabulka č. 14 - Zkušenost s hospitalizací u všech respondentů

Máte zkušenost s hospitalizací?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	53	11,32 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát	178	38,03 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát	119	25,43 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát	52	11,11 %
Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát	66	14,1 %
<b>Celkem</b>	<b>468</b>	<b>100 %</b>

Tabulka ukazuje, že 11,32 % všech respondentů nebylo hospitalizovaných, 38,03 % bylo jednou až dvakrát, 25,43 % třikrát až čtyřikrát, 11,11 % pětkrát až šestkrát a 14,1 % více než šestkrát.

## 5 PREZENTACE DAT

Respondenti mladší 15 let si představují dobrou sestru vzdělanou, trpělivou, komunikativní, s pozitivní vztahem k lidem, zodpovědnou, empatickou, s odbornými znalostmi, schopností porozumět, ochotnou, profesionální, sestru, která se zvládne ovládat, šikovnou, vlídnou, se schopností uklidňovat, pracovitou, starostlivou, obětavou, vyrovnanou a se smyslem pro lidskost.

Pro respondenty ve věku 15 až 19 let by sestra měla být komunikativní, trpělivá, vzdělaná, zodpovědná, měla by mít pozitivní vztah k lidem, empatická, s odbornými znalostmi, ochotná, schopná porozumět, profesionální, měla by se umět ovládat, šikovná, vlídná, se schopností uklidňovat, pracovitá, se smyslem pro lidskost, obětavá, vyrovnaná, starostlivá, schopná poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, pečlivá a emočně zralá.

Respondenti, kteří odpovídali v dotazníkovém šetření nejvíce, a to ve věku 20 až 24 si sestru představují s vlastnostmi jako jsou schopnost zvládat zátěžové situace, odbornost, empatie, soucit, trpělivost, vzdělanost, šikovnost, starostlivost, zodpovědnost, příjemný úsměv, pohotovost, komunikativnost, vlídnost, emoční zralost, obětavost, chápavost, schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, schopnost naslouchání, profesionalita a pečlivost.

Podle respondentů ve věku 25 až 29 by měla sestra oplývat schopností získat si důvěru, pozitivním vztahem k lidem, lidskostí, komunikativností, profesionalitou, pečlivostí, trpělivostí, porozuměním, empatií, chápavostí, schopností zvládat zátěžové situace, příjemným úsměvem, ohleduplností, šikovností, odborností, ochotou, sebeovládáním, vstřícností, zodpovědností a schopností naslouchat.

Pro skupinu respondentů ve věku 30-34 je důležitá schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, empatie, trpělivost, profesionalita, lidskost, porozumění, pečlivost, odbornost, komunikativnost, schopnost zvládat zátěžové situace, vzdělanost, schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, šikovnost, pracovitost, zodpovědnost, schopnost naslouchat, příjemný úsměv, svědomitost a starostlivost.

Dotazovaní ve věku 35 až 39 vybrali schopnost získat si důvěru, komunikativnost, pečlivost, trpělivost, pozitivní vztah k lidem, ochotu, porozumění, lidskost, chápavost, profesionalitu, vstřícnost, šikovnost, schopnost naslouchat, příjemný úsměv, odbornost, pracovitost,

zodpovědnost, schopnost uklidňovat, vyrovnanost, starostlivost, soucit, sebeovládání, schopnost zvládat zátěžové situace, ohleduplnost a inteligenci.

Dle respondentů ve věku 40 až 44 let jsou důležité vlastnosti: trpělivost, pozitivní vztah k lidem, lidskost, pečlivost, porozumění, schopnost získat si důvěru, příjemný úsměv, komunikativnost, schopnost naslouchat, profesionalita, empatie, vzdělanost, vstřícnost, schopnost zvládat zátěžové situace, odbornost, šikovnost, soucit, pohotovost, ohleduplnost a ochota.

Respondenti ve věku 45-49 zvolili trpělivost, pozitivní vztah k lidem, pečlivost, komunikativnost, lidskost, porozumění, ochotu, příjemný úsměv, ohleduplnost, zodpovědnost, šikovnost, schopnost naslouchat, schopnost empatie, chápavost, schopnost získat si důvěru, schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, profesionalitu, vzdělanost, všímavost, sebeovládání, schopnost zvládat zátěžové situace, odbornost a emoční zralost.

Dotazovaní ve věku 50-54 považují za důležité vzdělanost, sebeovládání, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, šikovnost, pečlivost, komunikativnost, profesionalitu, porozumění, ohleduplnost, odbornost, schopnost získat si důvěru, pracovitost, ochotu, empatii, zodpovědnost, starostlivost, příjemný úsměv, opatrnost a lidskost.

Pro respondenty ve věku 55-59 je podstatná profesionalita, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, schopnost získat si důvěru, empatie, schopnost naslouchat, pečlivost, ochota, lidskost, zodpovědnost, sebeovládání, komunikativnost, schopnost zvládat zátěžové situace, schopnost týmové spolupráce, vstřícnost, šikovnost, schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, pracovitost, porozumění, ohleduplnost a odbornost.

Respondenti ve věku 60-64 volili vzdělanost, pozitivní vztah k lidem, profesionalitu, schopnost získat si důvěru, empatii, schopnost naslouchat, pečlivost, komunikativnost, porozumění, ohleduplnost, ochotu, lidskost, zodpovědnost, sebeovládání, trpělivost, vstřícnost, šikovnost, pracovitost, odbornost a příjemný úsměv.

Skupina respondentů ve věku 65-69 vybrala vzdělanost, empatii, komunikativnost, porozumění, ohleduplnost, ochotu, lidskost, profesionalitu, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, schopnost získat si důvěru, vstřícnost, šikovnost, pracovitost, odbornost, příjemný úsměv, zodpovědnost, sebeovládání, schopnost naslouchat a profesionalitu.



Jako předposlední jsou respondenti ve věku 70 a více, ti považují za nezbytné vzdělanost, empatii, komunikativnost, ohleduplnost, porozumění, lidskost, ochotu, profesionalitu, pozitivní vztah k lidem, schopnost získat si důvěru, trpělivost, vstřícnost, šikovnost, odbornost, pracovitost, schopnost naslouchat, zodpovědnost, sebeovládání, příjemný úsměv, profesionalitu.

Nakonec všichni respondenti dohromady zvolili jako nejdůležitější vlastnosti sestry pozitivní vztah k lidem, trpělivost, komunikativnost, empatie, pečlivost, lidskost, profesionalita, porozumění, schopnost získat si důvěru, odbornost, vzdělanost, ochota, šikovnost, zodpovědnost, příjemný úsměv, schopnost zvládat zátěžové situace, schopnost naslouchat, vstřícnost, chápavost, pracovitost

### **Liší se názory na dobrou sestru podle věku respondentů?**

Absolutní shoda je v případě trpělivosti, komunikativnosti, profesionality, šikovnosti, schopnosti získat si důvěru. Následující vlastnosti zvolili všichni kromě jedné věkové skupiny, to je pozitivní vztah k lidem, schopnost porozumět, lidskost (20-24), dále ohleduplnost (30-34), empatie (35-39), zodpovědnost (40-44), schopnost naslouchat (50-54), odbornost a příjemný úsměv (55-59). Dvě věkové skupiny se neshodly na ochotě (20-24 a 30-34) a pečlivosti (65-69 a 70 a více). Tři věkové skupiny se neshodly na vzdělanosti (25-29, 35-39 a 55-59), vstřícnosti (30-34, 45-49 a 50-54) a sebeovládání (20-24, 30-34 a 40-44), Čtyři věkové skupiny se neshodly na schopnosti zvládat zátěžové situace (50-54, 60-64, 65-69 a více než 70) a pracovitosti (20-24, 25-29, 40-44 a 45-49). Nadpoloviční většina čili 7 věkových kategorií (méně než 15, 15-19, 20-24, 30-34, 35-39, 45-49 a 50-54) zvolilo starostlivost. Šest věkových skupin (méně než 15, 15-19, 20-24, 25-29, 35-39 a 45-49) volilo chápavost. Emoční zralost vybralo jen 5 věkových skupin (méně než 15, 15-19, 20-24, 30-34 a 45-49), stejně tak, jako soucit (méně než 15, 15-19, 20-24, 35-39 a 40-44). Pohotovost je důležitá pouze pro čtyři věkové skupiny (méně než 15, 15-19, 20-24 a 40-44). Jen tři věkové skupiny považovali za nutné vyrovnanost (méně než 15, 15-19, 35-39), schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči (méně než 15, 15-19, 20-24), obětavost (méně než 15, 15-19, 20-24), vlídnost (méně než 15, 15-19, 20-24), schopnost uklidňovat (méně než 15, 15-19, 35-39). Jako poslední jsou vlastnosti, které zmínila výhradně jen jedna věková skupina, to je obětavost (20-24), svědomitost (30-34), inteligenci (35-39), všímavost (45-49), opatrnost (50-54), schopnost týmové spolupráce (55-59), odbornost (55-59).

## 6 DISKUZE

Bakalářská práce sleduje vnímání dosti dobré sestry napříč věkovými skupinami, jaké vlastnosti by měla sestra mít a následné porovnávání názorů. K tomuto účelu byl použit kvantitativní průzkum. Největší zastoupení měla věková skupina 20-24 (16,66 %), dále pak 25-29 (13,46 %), 30-34 (10,68 %), stejný počet měly skupiny 40-44 a 45-49 (8,55 %), dále 35-39 (7,48 %), 15-19 (6,62 %), 65-69 (5 %), stejný počet měly také skupiny méně než 15, 50-54 a 60-64 (4,7 %), nejméně respondentů bylo ve věku 55-59 a více než 70 (4,45 %). Nejprve byly vytvořeny průzkumné otázky, které si následně rozebereme. Na základě průzkumných otázek byl vytvořen dotazník. Limitem může být online prostředí dotazníku, vysoké zkreslení ze strany respondentů, není zaručeno, že dotazník vyplnil správný respondent, také je snížena možnost pokládat složité otázky. Avšak v rámci množství participantů a typu průzkumu to lze akceptovat. Již byly vytvořeny jiné práce zaměřené na vlastnosti sester se zájmem zjistit, jaká by měla dobrá sestra být

První průzkumná otázka zní: *Jaká by měla být sestra podle jednotlivých věkových skupin?* Ověřována je pomocí otázky 1, kde respondenti zadávali svůj věk a podle otázky 2, kde volili pro ně nejdůležitější vlastnosti sestry. Pro respondenty mladší 15 let je nejdůležitější, aby byla sestra vzdělaná, trpělivá, komunikativní a měla pozitivní vztah k lidem. Z výzkumu Bartoníčkové (2013) vyplývá, že pro respondenty staršího školního věku je nezbytná ohleduplnost, tolerance a shodná je trpělivost. Pro respondenty ve věku 15 až 19 let by sestra měla být hlavně komunikativní, trpělivá a vzdělaná. Výzkum Pluháčkové (2013) uvádí, že u věkové kategorie 15-20 je nejvíce zastoupená spolehlivost, schopnost povzbudit a ve shodě je komunikativnost. Respondenti, kteří odpovídali v dotazníkovém šetření nejvíce, a to ve věku 20 až 24 si sestru představují s vlastnostmi jako jsou schopnost zvládat zátěžové situace, odbornost, empatie, soucit. Dle Pluháčkové (2013) ve věkové kategorii 21-25 je zvolena spolehlivost, vstřícnost, schopnost povzbudit a komunikativnost. Podle respondentů ve věku 25 až 29 by měla sestra oplývat schopností získat si důvěru, pozitivním vztahem k lidem, lidskostí a komunikativností. Dle Pluháčkové (2013) ve věkové kategorii 26-30 byla zvolena spolehlivost, odbornost, zručnost a opět stejně komunikativnost. Pro skupinu respondentů ve věku 30-34 je důležitá schopnost získat si důvěru, pozitivní vztah k lidem, empatie, trpělivost a profesionalita a pro skupinu 35-39 je nejdůležitější schopnost získat si důvěru, komunikativnost a pečlivost. Pluháčková (2013) uvádí tyto dvě věkové kategorie dohromady, tzn. pro skupinu 31-40 je nejdůležitější taktéž komunikativnost a profesionalita, dále odbornost,

schopnost povzbudit a možnost „má znalosti“. Dle respondentů ve věku 40 až 44 let jsou nejdůležitější vlastnosti: trpělivost, pozitivní vztah k lidem a lidskost a pro věk 45-49 je nejdůležitější trpělivost, pozitivní vztah k lidem, pečlivost, komunikativnost. Pluháčková (2013) pojímá také tyto dvě věkové skupiny dohromady, tedy pro skupinu 41-50 let je nejdůležitější spolehlivost, odbornost a opět je shoda s komunikativností. Nejdůležitější pro věkovou skupinu 50-54 je vzdělanost, sebeovládání a pozitivní vztah k lidem a pro 55-59 je podstatná profesionalita, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, schopnost získat si důvěru, empatie. V práci Pluháčové (2013), která tyto dvě kategorie znovu spojuje jsou pro věkovou kategorii 51-60 nejdůležitější vědomosti, které jsou totožné s mou vzdělaností, dále spolehlivost, schopnost povzbudit a odbornost. Věková skupina 60-64 volila nejvíce vzdělanost, pozitivní vztah k lidem a profesionalitu. Skupina 65-69 volila vzdělanost, empatii, komunikativnost a porozumění a respondenti starší 70 let volili vzdělanost, empatii, komunikativnost. Pluháčová (2013) uvádí pouze respondenty starší 60 let, ti volili spolehlivost, pohlednost, což nepovažují za charakterovou vlastnost. Dále vzdělanost, na níž se shodují všechny tři mé věkové kategorie, na komunikativnosti se shodují mé skupiny 65-69 a starší 70 let, vstřícnost a schopnost povzbudit. Při porovnání lze zjistit, že největší shoda je v případě komunikativnosti a vzdělanosti. Vzhledem k tomu, že Pluháčová (2013) nabízí pouze z patnácti odpovědí s možností doplnit jinou vlastnost a v mé práci bylo na výběr z 61 vlastností, dalo se čekat, že výsledky budou odlišné. V mém souhrnu vlastností nebyla přímo uvedena spolehlivost, podobná vlastnost by mohla být svědomitost, ochota nebo například pečlivost. Schopnost povzbudit nebyla taktéž uvedena v mém seznamu, té by se mohla rovnat schopnost uklidňovat.

Druhá průzkumná otázka zněla: *Liší se názory na dobrou sestru podle věku respondentů?* Tato otázka je taktéž ověřována pomocí otázky 1, kde respondenti zadávali svůj věk a podle otázky 2, kde volili pro ně nejdůležitější vlastnosti sestry. Absolutní shoda napříč věkovými kategoriemi je v případě trpělivosti, komunikativnosti, profesionality, šikovnosti a schopnosti získat si důvěru. Ve výzkumu Pluháčové (2013) volili všichni respondenti nejvíce spolehlivost, schopnost povzbudit a také komunikativnost. Pro mladší respondenty je spíše důležitá vyrovnanost, schopnost poskytnou kvalitní ošetrovatelskou péči, obětavost, vlídnost, schopnost uklidňovat. Dle Pluháčové (2013) je to spolehlivost, schopnost povzbudit, komunikativnost, zručnost a profesionalita. Pro respondenty ve středním věku je spíše důležitá pečlivost, pozitivní vztah k lidem a trpělivost. Pluháčová (2013) uvádí spolehlivost, odbornost, zručnost a komunikativnost. Pro starší respondenty je důležitá vzdělanost, empatie a komunikativnost.

Dle Pluháčové (2013) je to spolehlivost, empatie, komunikativnost a schopnost povzbudit. Výsledek je opět ovlivněn počtem vlastností, které byly na výběr. V mém průzkumu byl prostor pro odlišné výsledky díky širokému výběru vlastností.

Třetí průzkumná otázka zněla: *Má hospitalizace vliv na vnímání dobré sestry?* Ověřována je pomocí poslední otázky dotazníku, která se ptala, zda byli respondenti hospitalizovaní či nikoli. Na základě této otázky volili respondenti, zda byli hospitalizovaní a pokud ano, tak kolikrát.

Většina respondentů byla alespoň jednou hospitalizována. Při porovnání se neprokázal téměř žádný rozdíl. Gorčíková (2013) se ve svém průzkumu ptá, zda jsou sestry ze seriálu *Ordinace v růžové zahradě* totožné se skutečnými sestrami. Podle většiny respondentů je to nepravdu. Tento průzkum je zde uveden v souvislosti s tím, že respondenti, kteří nebyli hospitalizovaní, mohou mít o sestrách zkreslené představy.

Čtvrtá průzkumná otázka zněla: *Jaká by měla být dobrá sestra?* Touto otázkou si shrneme obraz dobré sestry. A rozebereme si vývoj vlastností z pohledu vývojové psychologie. Dle mého výzkumu by měla sestra mít pozitivní vztah k lidem, jeho vývoj probíhá mezi pátým a šestým rokem, jedinec má snahu navazovat nové sociální kontakty, dodržuje etické a sociální normy, nehledí jen na sebe, ale bere ohled i na ostatní a měl by umět spolupracovat s vrstevníky. Ve výzkumu Včeličkové (2010) hodnotilo 46 % lidí přístup sestry ke své osobě jako velmi dobrý. Jako další důležitá vlastnost byla zvolena trpělivost, vyvíjí se při nástupu do školy. Dítě se soustřeďuje se na nové úkoly, ke kterým jsou potřebné i dovednosti. V práci Bystrické (2007) byla taktéž trpělivost zvolena 43 % respondentů v první skupině vlastností a v práci Včeličkové (2010) je trpělivost na druhém místě. Sestra by měla být také komunikativní, k rozvoji této vlastnosti dochází spolu s kladením mnoha otázek týkajících se sexuality, rozmnožování apod. Ve výzkumu Fiedlerové 87 % respondentů uvedlo, že komunikace je velmi důležitá. Ve výzkumu Gorčíkové (2013) se komunikativnost vyskytuje na čtvrtém místě z osmi čili až v polovině. Základním balíčkem sestry by měla být i empatie, schopnost vcítit se do druhých. Vyvíjí se s nástupem puberty, kdy se jedinec se učí oprostit od svých egocentrických postojů, učí se navazování vzájemně prospěšných vztahů. V práci Bystrické (2007) je empatie na prvním místě, naopak u Gorčíkové (2013) je na šestém místě z osmi a u Včeličkové (2010) je empatie až na osmém místě ze třinácti. V neposlední řadě by sestra měla být pečlivá. Pečlivosti se dítě učí s nástupem do školy. Ve výzkumu Fiedlerové (2012) uvedlo 69 % pacientů pečlivost jako méně důležitou. Dále si respondenti přejí sestru se smyslem pro lidskost, profesionální,

sestru, která jim bude schopná porozumět, bude si umět získat důvěru, s odbornými znalostmi, vzdělaná ochotná, šikovná, zodpovědná a s příjemným úsměvem.

## 7 ZÁVĚR

Profese sestry je spíše než zaměstnáním, náročným posláním. Na sestry jsou kladeny vysoké nároky, jak na vzdělání, profesionalitu a odbornost, tak i na vystupování, chování a vzhled. Sestra je pacientovým průvodcem a oporou v nemoci.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké by podle široké laické veřejnosti měla mít dobrá sestra vlastnosti. V teoretické části je popsáno ošetřovatelství, role sestry, osobnostní předpoklady, prestiž sesterského povolání, vzdělání sester, vývoj vnímání dobré sestry, vývojové fáze člověka. V empirické části byly vytvořeny 3 průzkumné otázky na jejichž základě byl vytvořen anonymní dotazník. Otázky zní: *Jaká by měla být sestra podle jednotlivých věkových skupin? Liší se názory na dobrou sestru podle věku respondentů? Má hospitalizace vliv na vnímání dobré sestry?* Následně byly vytyčeny čtyři dílčí cíle. Zjistit jaká by měla být sestra podle jednotlivých věkových skupin, porovnat názory věkových skupin, zjistit, zda má hospitalizace vliv na vnímání dobré sestry a shrnout obraz dobré sestry všech věkových skupin. Sběr dat probíhal rozesláním dotazníku pomocí sociální sítě facebook, starší respondenty jsem požádala osobně. Celkem se průzkumu účastnilo 468 respondentů

Z průzkumu vyplývá, že sestře by neměla chybět vzdělanost, empatie, komunikativnost, ohleduplnost, porozumění, lidskost, ochota, profesionalita, pozitivní vztah k lidem, schopnost získat si důvěru, trpělivost, vstřícnost, šikovnost, odbornost, pracovitost, schopnost naslouchat, zodpovědnost, sebeovládání, příjemný úsměv a profesionalita. Při porovnání názorů věkových skupin na vlastnosti dobré sestry je naprostá shoda v případě trpělivosti, komunikativnosti, profesionality, šikovnosti a schopnosti získat si důvěru. Naopak obětavost, svědomitost, inteligenci, všímavost, opatrnost, schopnost týmové spolupráce a odbornost zvolila vždy jen jedna věková skupina. Dále bylo zjištěno, že hospitalizace nemá vliv na vnímání dobré sestry.

Je nezbytné, aby sestra pracovala na svém chování, osobnosti a přístupu. Tato práce by mohla pomoci sestram pochopit jaké vlastnosti jsou pro pacienty nejdůležitější a tím zkvalitnit svou práci a zlepšit pacientovi pobyt v nemocnici.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

1. ARCHALOUSOVÁ, A. a kolektiv. *Ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 8024711974.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestra-lékař*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 127 s. ISBN 978-807-0135-266
4. BARTONÍČKOVÁ, Daniela. *Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta, ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová
5. BEŇADIKOVÁ, D. T., RAPČÍKOVÁ, 2009. Sestra jako poskytovatelka zdravotnické péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 18(12), 28. ISSN 1210-0404
6. BLÁHA, Karel a Lubomír VONDRÁČEK. *České ošetrovatelství 13: sestra a pacient (komunikace v praxi). Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi 2*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2003, 67 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-388-0
7. BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.
8. BUŽGOVÁ, Radka, PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-573.
9. BYSTRICKÁ, Jana. *Představa ideální sestry očima pacientů v malé nemocnici*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Bc. Eva Malíková
10. CAKIRPALOGLU, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
11. ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995, 173 s. Učební text pro střední zdravotnické školy. ISBN 80-701-3197-7.

12. DOHNAL, F.. PTÁČEK, J. *Přehled některých významných mezníků dat ve vývoji medicíny a zdravotní péče*. In: Střední zdravotnická škola a Vyšší zdravotnická škola v Hradci Králové (1949-1999). Sborník příspěvků k 50. výročí založení školy. Dobruška: Expedice F. L. Věka, 1999
13. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-505-9.
14. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství - teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
15. FIEDLEROVÁ, Miroslava, Bc. *Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Helena Michálková Ph. D.
16. GORČÍKOVÁ, Eva, *Vnímání image sestry očima pacientů*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Paprštejnová.
17. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena: *Psychologický slovník*. Portál, Praha : 2000, ISBN 80-7178-303-X
18. HAŠKOVCOVÁ, H., PAVLICOVÁ, J. (2013). *Ošetřovatelství: ideály a reality v ambulantní péči*. 1. vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-063-9
19. HEIDBRINK, H. *Psychologie morálního vývoje*. 1. Vyd. Praha: Portál, 1997. 176 s. ISBN 80-7178-154-1.
20. HELUS, Zdeněk. *Osobnost a její vývoj*. Praha, 2003. Studijní text pro distanční vzdělávání. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, ÚSTAV PROFESNÍHO ROZVOJE PRACOVNÍKŮ VE ŠKOLSTVÍ, Centrum dalšího vzdělávání učitelů. Garant: PhDr. Jana Kohnová
21. CHVÁTALOVÁ, Helena. 2009. Ženy, které změnily zdravotnictví 1. Florence Nightingale. *Florence V.* (5): 13-14. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2009/5/zeny-ktere-menily-zdravotnictvi-1-florence-nightingale/>



22. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008.104 s. ISBN 978-80-7387-179-6
23. JAROŠOVÁ, Darja: Florence Nightingalová – průkopnice moderního ošetrovatelství. *Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství*, 2001, 3, č. 1–2, s. 3–5. ISSN 1212-723X.
24. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2
25. JUKLÍČKOVÁ, I,Bc. *Profesní ideál sester a jeho proměny* [online]. 2017. [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <file:///Users/annaptackova/Desktop/DOSTI%20DOBRA%CC%81%20SESTRA/Bakalarka%CC%81r%CC%8Cky/Idea%CC%811%20.pdf>. Diplomová práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ. doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.
26. JURÁSKOVÁ, D. 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. vyd. neuvedeno. Praha: Grada. 239-246 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
27. KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-123-3.
28. KILÍKOVÁ, M. a kolektiv. (2013). *Teorie moderního ošetrovatelství II*. 1. vydání. Příbram: Ústav sv. J. N. Neumanna Příbram. ISBN 978-80-260-3756-9.
29. KAZIMOUR, I., 2016. *Historie českého zdravotnictví*. E-knihy jedou. 460 s. ISBN 978-80-7512-595-8.
30. KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie duševního vývoje*. 1. vyd. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2008. ISBN 978-80-7375-185-2
31. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
32. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl., v Grada Publishing vyd. 2. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

33. LOVČÍ, R. (2008). *Alice Garrigue Masaryková: život ve stínu slavného otce*. J. Čechurová,
34. MARYŠKOVÁ, A., 2010. O prestiži sesterského povolání. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta. 20(2), 7. ISSN 1210-0404.
35. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, systémový přístup I*. Díl. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187s. ISBN 80-246-0429-9
36. MLÝNKOVÁ, J. (2006). Historie ošetrovatelství. *Florence II* (7-8): 25-26
37. PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Vyd. 5. Přeložil Eva VYSKOČILOVÁ. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-798-5
38. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. 2. dopl. vydání. Praha: Grada, 2018. 288s. ISBN 978-80-271-2326.
39. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 120s. ISBN 978-80-7368-506-5
40. PLUHÁČKOVÁ, Marie. *Profese sestry očima laické veřejnosti*. Zlín, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
41. ROUŠAROVÁ, J. (1948). *Žena v modrobílém*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
42. ROZSYPALOVÁ, Marie a Marta STAŇKOVÁ, 1999. *Ošetrovatelství I/1*. 3. dopl. a aktualiz. vyd. Praha: INFORMATORIUM, 234 s. ISBN 80-860-7339-4.
43. SHEEHY, Noel. *Encyklopedie nejvýznamnějších psychologů*. Vyd. 1. Brno: Barrister & Principal, 2005. Encyklopedie (Barrister & Principal). ISBN 80-86598-82-9.
44. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství II: sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002, 78 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701- 3368-6
45. STASKOVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valérie, KOŤA, Jaroslav. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada, 2019. *Sestra*. ISBN 978-80-271-2206-6.
46. ŠAMAJ, M., MIKŠOVÁ, Z. (2013). *Analýza stavu nelékařských zdravotnických povolání v ČR. (Hodnocení a doporučení pracovní komise MZ ČR k transformaci NLZP v ČR)*. Olomouc, Česko: Univerzita Palackého.

47. ŠANDEROVÁ, J. (2004). *Sociální stratifikace. Problém, vybrané teorie, výzkum*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 172 s. ISBN: 80-246-0025-0
48. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. (2004). *Sestra: O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. ISBN 80-7013-407-0
49. ŠKOCHOVÁ, D. (2005). Od Florence k dnešku. *Florence I* (1): 15-17. . ISSN 1801-464X
50. ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J., 2006. *Sesterská profesní role „Advokátka pacienta“* [online]. [cit. 3.1.2021]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/12/10.pdf>].
51. TUČEK, M., 2016. *Prestiž povolání-únor 2016*. [online]. Centrum pro výzkum veřejného mínění. [cit. 2020-20-11]. Dostupné z: [https://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf)
52. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
53. VČELIČKOVÁ, Martina. *Vztah sestra – pacient v ambulantním sektoru*. České Budějovice, 2010. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Bc. Renata Kvapilová
54. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.
55. WEST, G. *Dobrodružství psychického vývoje: kapitoly z vývojové psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. Spektrum (Portál). ISBN 80-7178-684-5.
56. ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.
57. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). 264s. ISBN 978-80-271-0155-9.

58. ZELINKA, P., 2014. Historie ošetrovatelských škol. *Florenc plus*. [online]. [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/historie-oseetrovatelskych-skol/>
59. ŽAMPACHOVÁ, Milada, Mgr. Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů. *Florence*. KÚ Středočeského kraje, Praha. 8.4.2013. č.4/2013. s. 30-32. ISSN 2570-4915.

## 9 LEGISLATIVNÍ ZDROJE

1. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2004). *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*. Praha, Česko: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
2. Vyhláška č. 129/2010 Sb. ze dne 23. dubna 2010, kterou se mění vyhláška č.39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.
3. Vyhláška č. 39/2005 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů*. 11. 1. 2005. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
4. Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů*. 4. 2. 2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

## **10 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Dotazník.....	94
----------------------------	----

## **Příloha č. 1 Dotazník**

Dobrý den, mé jméno je Anna Ptáčková, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru všeobecná sestra.

Prosím o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Cílem je zjistit vlastnosti, které by neměly dobré sestře chybět. Vžijte se do kůže pacienta, jaké vlastnosti, schopnosti a dovednosti od sestry očekáváte?

Výsledky dotazníku budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela anonymní.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku a za Váš čas.

### **1. Kolik Vám je let?**

- Méně než 15
- 15-19
- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60-64
- 65-70
- Více než 70

### **2. Jaké vlastnosti by podle Vás měla dobrá sestra mít?**

- vzdělanost
- empatie
- komunikativnost
- odbornost
- profesionalita

- emoční zralost
- vyrovnanost
- sebekritičnost
- porozumění
- rozvážnost
- postřeh
- trpělivost
- sebeovládání
- pozitivní vztah k lidem
- chápavost
- veselost
- příjemný úsměv
- inteligenci
- schopnost dohledávat informace
- šikovnost
- soucit
- opatrnost
- dobré vystupování
- schopnost získat si důvěru
- schopnost naslouchat
- schopnost podávat včasné informace
- ovládání cizích jazyků
- ochota
- vstřícnost
- starostlivost
- pečlivost
- pracovitost
- vnímavost
- ohleduplnost
- schopnost provádět úkony téměř nebo úplně bezbolestně
- preciznost
- přesnost
- schopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči
- dochvilnost



- upravenost
- schopnost uklidňovat
- umění rychle řešit problémy
- pohotovost
- organizační schopnost
- cit pro spravedlnost
- cílevědomé počínání
- přizpůsobivost
- schopnost zvládat zátěžové situace
- svědomitost
- všímavost
- obětavost
- vlídnost
- lidskost
- pokora
- fyzická zdatnost
- schopnost týmové spolupráce
- zodpovědnost
- samostatnost
- vytrvalost
- nekonfliktnost

**3. Co je pro Vás u sestry nejdůležitější, pokud byste se ocitl/a v roli pacienta?**

.....  
 .....

**4. Máte zkušenost s hospitalizací?**

- Ne
- Ano, byl/a jsem hospitalizován/a jednou až dvakrát
- Ano, byl/a jsem hospitalizován/a třikrát až čtyřikrát
- Ano, byl/a jsem hospitalizován/a pětkrát až šestkrát
- Ano, byl/a jsem hospitalizován/a více než šestkrát