

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

2008

Bc. Alena Vízková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

**VZTAH SESTRA – LÉKAŘ V SOUČASNÉM SYSTÉMU
ZDRAVOTNICTVÍ**

Bc. Alena Vízková, R.N.

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

srpen 2008

Summary

Relations between a nurse and a physician underwent many changes in the past. Nowadays, the relations have trended towards equal position of nurses and physicians in the health care system. It is just the equal position of the both professions in care for the client which is a prerequisite of good team cooperation and a guarantee of good-quality nursing as well as therapeutical care.

The aim of our work was to find the prevailing forms of relations between nurses and physicians in the examined set of nurses and to determine whether or not nurses think they are equal partners of the physicians within the team cooperation. The quantitative method of research survey was used for the thesis elaboration. We used a questionnaire survey for the data collection. The research sample consisted of nurses working in the Institute of Clinical and Experimental Medicine in Prague.

The data were collected from April till June 2008. One hundred and fifty-two questionnaires were used for the results evaluation. We made 7 hypotheses for the research purposes.

Hypothesis no. 1: Nurses with a longer than 10-year professional experience evaluate the relations with physicians more positively than nurses with a shorter professional experience. This hypothesis was disconfirmed on the basis of statistical analysis. Questioned nurses evaluated the relations with physicians most often as good – 56.5 %.

Hypothesis no. 2: Nurses with higher education feel to be perceived as the physician's partner in the care for patients more often than nurses with secondary education. This hypothesis was also disconfirmed on the basis of statistical analysis. Out of the questioned nurses, 60.5 % do not feel to be perceived by the physicians as their equal partners.

Hypothesis no. 3: Nurses at the intensive care units are charged by the physicians with works that do not fall within their competence more often than nurses at standard

departments. This hypothesis was confirmed. On the basis of our research, we have found that the questioned nurses at the intensive care units are charged with some highly specialized works that fall within the physicians' competence.

Hypothesis no. 4: Conflict situations in the relation nurse – physician are alleged more often by nurses with professional experience un till 10 years as compared to nurses with longer professional experience. The statistical analysis did not confirm this hypothesis. Existence of conflict situations at the work site was stated by 54.7 % of al questioned nurses.

Hypothesis no. 5: Nurses solve the conflict situations with physicians through their superiors. This hypothesis was confirmed. In case of a conflict with a physician, the questioned nurses most often contact the head nurse.

Hypothesis no. 6: Nurses' relations with physicians influence their job satisfaction. This hypothesis was confirmed. Relations with physicians are important for job satisfaction of 96.7 % of the questioned nurses.

Hypothesis no. 7: In their relation to nurses, physicians observe the rules of etiquette. This hypothesis was confirmed as well.

Our proposal to improve the team cooperation between nurses and physicians is as follows. Time should be devoted to interpersonal relations already during the studies of both physicians and nurses; techniques developing cooperation of nurses and physicians should be integrated in their continuing education; measures to improve cooperation should be implemented on the management level of health care facilities; and other researches relating this topic should be executed.

Prohlášení:

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „ Vztah sestra – lékař v současném systému zdravotnictví“ vypracovala samostatně a použila při její realizaci pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Novém Bydžově dne.....

Bc. Alena Vízková, R.N.

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Doc. PhDr. Sylvě Bártlové, PhD. za její odborné vedení a pomoc při zpracovávání této diplomové práce.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav.....	5
1.1 Role lékaře v současném zdravotnictví	5
1.1.1 Pojetí role	5
1.1.2 Role lékaře	5
1.1.3 Role lékaře podle Parsonse	7
1.2 Role sestry v současném zdravotnictví.....	11
1.2.1 Definice ošetrovatelství a role sestry	11
1.2.2 Historický vývoj role sestry	12
1.2.3 Současná role sestry.....	15
1.2.4 Role sestry dle Parsonse	17
1.3 Vztah sestra - lékař	18
1.3.1 Interakce v profesní vazbě sestra - lékař.....	18
1.3.2 Vztah sestra - lékař a gender.....	18
1.3.3 Vztah sestra - lékař a měnící se role	22
1.3.4 Vztah sestra - lékař a organizační struktura pracoviště	23
1.3.5 Vztah sestra - lékař a profesionální odevzdání sestry	23
1.3.6 Vztah sestra - lékař a sexuální obtěžování.....	24
1.3.7 Vztah sestra - lékař a eticky sporné situace	25
1.3.8 Vztah sestra - lékař a konfliktní situace.....	26
1.3.9 Vztah sestra - lékař a pracovní spokojenost sester	28
1.3.10 Vztah sestra - lékař a kvalita lékařské a ošetrovatelské péče	29
1.4 Týmová práce ve zdravotnictví.....	30
1.4.1 Tým, týmové práce	30
1.4.2 Zdravotnický tým, týmová práce	30

1.4.3 Týmová práce lékařů a sester.....	31
1.4.4 Výhody týmové práce.....	31
1.4.5 Předpoklady týmové práce sester a lékařů.....	32
2 Cíl práce a hypotézy	36
2.1 Cíl práce.....	36
2.2 Hypotézy.....	36
2.2.1 Operacionalizace hypotéz.....	37
3 Metodika	38
3.1 Metodika práce	38
3.2 Statistická analýza.....	38
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	39
5 Diskuse	82
6 Závěr	95
7 Použitá literatura a zdroje	98
8 Klíčová slova.....	104
9 Přílohy.....	105

Úvod

Ve většině pracovních činností je člověk obklopen lidmi, které si zpravidla sám nevybral, a přesto, že zastávají jiné pracovní pozice, mají odlišné osobnostní charakteristiky, musí spolu vycházet a pracovat. V práci sestry a lékaře toto platí dvojnásob, protože v centru jejich zájmu je lidská bytost.

Vztahy na pracovišti mezi sestrou a lékařem prošly v průběhu dějin mnoha změnami. V minulosti byl vztah lékaře k sestře převážně paternalistický. Sestra neměla téměř žádné kompetence, byla chápána spíše jako „pomocná síla“. Od toho se také odvíjely pracovní vztahy lékařů a sester. Kvalita vztahů nebyla na takové úrovni, jakou by si sestry představovaly. Se změnami ve společnosti a s rozvojem ošetrovatelství se spolupráce sester a lékařů mění. Práce sestry se stává stále více nezávislou. V dnešní době sestry chtějí nejen spolupracovat s lékařem, ale mít i svůj profesní prostor pro autonomní činnost. Chtějí, aby jejich práce byla lékaři odpovídajícím způsobem respektována a ceněna. Jen spokojenost v pracovních vztazích je zárukou harmonické spolupráce v zdravotnickém týmu.

Harmonickou spoluprací ve zdravotnickém týmu je možné přirovnat k hudebnímu orchestru, kde je na první pohled/poslech jasné, když jeden hudební nástroj nehraje tak, jak by měl. Jeden drobný nástroj může narušit celý koncert. Práce sester a lékařů by měla být, dle mého názoru dokonalým koncertem týmové práce, kde všechny nástroje hrají podle stejných not a ve výsledku vznikne něco velmi cenného - lidské zdraví.

Téma, týkající se vztahu sestra – lékař, jsem si vybrala z důvodu mých osobních zkušeností. V době, kdy jsem sama povolání sestry vykonávala, jsem byla s tímto tématem téměř denně konfrontována. Na základě těchto zkušeností mohu také svým názorem podpořit dnes již obecně přijatý fakt, že existuje paralela mezi kvalitou vztahů sestry a lékaře a kvalitou péče o klienty. Když jsou zdravotníci spokojeni se svými vztahy v týmu, je jejich práce výkonnější a kvalitnější. V době, kdy je veškeré úsilí zdravotnických pracovníků směřováno ke zvyšování kvality péče o klienty, by tato skutečnost neměla být opomenuta. Kvalitní týmová spolupráce se tak stává přáním všech osob účastných na

zdravotnické péči, protože na jejímž začátku i konci je nejen spokojený pacient, ale i spokojená sestra a spokojený lékař.

1 Současný stav

1.1 Role lékaře v současném zdravotnictví

1.1.1 Pojetí role

Role je jednání očekávané od jedince vzhledem k jeho určité sociální pozici. Souvisí s postavením jedince ve společnosti. Role má vztah nejen k chování jedince, ale i k jeho prožívání, se kterým jsou spojeny postoje a emoce, k vlastnostem osobnosti a hodnotovému systému. Sociální roli vymezuje sociologie v souvislosti s termínem sociální status, tzv. pozice. Pojem status naznačuje, že různí lidé zauímají v rámci skupin různé postavení. V jejich jednání se projevují nejen individuální zvláštnosti, ale také nutnost chovat se způsobem, který v očích druhých odpovídá zastávané pozici, výši statusu. Výkon rolí, které jsou dynamickým aspektem statusu, zajišťuje spolehlivou předvídatelnost lidského jednání (15, 24).

Profesní role představuje vzor chování, který je určený požadavky určité profese. Hlavním společným znakem profesních rolí je omezený a regulovaný přístup k jejich výkonu. Každá profese ve své roli zaujímá určitou pozici, tj. místo ve společnosti a v sociálním systému, ve kterém působí. Lze ji nazvat také jako prestiž povolání. Profesní roli ovlivňuje také image, kterou profese představuje ve společnosti. Jedná se o komplex názorů, pocitů a postojů společnosti a jedince k určité profesi (5, 15).

1.1.2 Role lékaře

Povolání lékaře, jak je uváděno ve výzkumech, patří k povoláním s nejvyšší prestiží u nás i v dalších zemích světa. Lékař je nejen v naší kulturní oblasti, ale na celém světě, tradičně hodnocen vysoce pozitivně mocensky a eticky (5).

V současné době však dochází ve světě i u nás do určité míry k detronizaci tohoto povolání a k jeho střízlivějšímu posuzování (62). „Lékař ještě před několika desítkami let

byl tím, kdo „přinášel a obnovoval zdravé“, vracel nemocného „od smrti zpátky k životu“ a v představách lidí býval „pánem nad životem a smrtí“, „dělal zázraky“ a připisovala se mu až magická moc.“ (62, str. 113)

Činnost lékaře je funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a léčbu nemocí, na záchranu ohroženého života. Lékaři také získávají role a společenské funkce, které nejsou bezprostředně součástí léčebného procesu. Existuje souvislost medicíny a sociálně-kontrolních funkcí. Prostřednictvím lékaře, dochází k regulaci morbidity a mortality, a tím může společnost kontrolovat stabilitu společenského systému. Lékař je osobou, která vlastní monopol znalostí, schopností a zkušeností umožňujících určení nemoci a její léčbu. To přisuzuje lékaři mocenskou pozici, která se jeví jako přirozená. V některých případech může být tato pozice i zatěžující (5, 21).

Ve zdravotnické instituci zastávají jednotliví lékaři konkrétní pracovní role, které se odlišují kompetenčním polem odborných činností, mírou sociálních vazeb, četností a charakterem styku s pacientem, postavením ve vztahu k nadřízenosti a podřízenosti a dalšími faktory. Rozdílné jsou funkcionální činnosti a pozice praktického lékaře, odborného lékaře v nemocnici nebo v ambulanci, lékaře hygienické služby nebo působícího ve farmaceutickém průmyslu (5).

Lékaři v dnešní době pociťují mnohdy konflikt rolí. Na jedné straně mají při současných možnostech medicíny rozsáhlou profesní autonomii, na straně druhé je zdravotní péče omezena podmínkami finančních zdrojů. Tato skutečnost v sobě přináší určitou vnitřní inkompatibilitu role. Lékař se často musí rozhodovat, komu dát přednost v terapii a jaké vyšetřovací a léčebné metody použít s ohledem na možnosti daného zdravotnického zařízení a také s ohledem na potřebu uspokojit co největší počet pacientů (5, 29).

1.1.3 Role lékaře podle Parsonse

Talcott Parsons podal v 50. letech minulého století všeobecně akceptovanou sociologickou koncepci lékaře. Parsons se zaměřil na strukturálně-funkcionální analýzu moderního sociálního systému a medicínu si vybral jako oblast, na níž pozoroval pravidla chování expertního subsystému ve vztazích k funkcím a struktuře celku. Roli lékaře a roli pacienta pojímal komplementárně. Obě role charakterizoval čtyřmi požadavky, které však nejsou definovány ve vztahu jedné role k druhé. Charakteristika lékaře nenachází komplementární protějšek k charakteristice role pacienta. Roli lékaře Parsons definuje funkční specifitou, afektivní neutralitou, univerzalismem a kolektivní orientací (5, 29).

Funkční specifita

Funkční specifita vyjadřuje nezbytnost formální a skutečné odborné kompetence pro výkon povolání. Z odborné způsobilosti je pak vymezena podoba odborného vzdělání. Název profese doktor veškeré medicíny není v současnosti tak úplně na místě. Všeobecnost představuje v dnešní době zdravotnické instituce a jejich organizační celky. Kompetenčnost jednotlivých lékařů se spíše zužuje. Ve zdravotnickém zařízení je kompetence omezována vertikálně a horizontálně. Vertikální vymezení je dáno druhem oddělení, na kterém lékař pracuje a specifickým zaměřením na diagnostiku a léčbu určité skupiny onemocnění. Horizontální rozměr postavení lékaře je vymezen postavením lékaře v organizační struktuře. Jiné rozhodovací právo má primář oddělení nebo vedoucí lékař než řadový lékař. Z této skutečnosti je dostatečně patrné, že lékař se většinou nerozhoduje, neurčuje odborné postupy sám, ale podílí se na nich v rámci týmu (5, 21).

Klíčový důraz je u lékařů kladen na odbornou způsobilost a kvalifikaci v určité oblasti problematiky zdraví a nemoci. Z tohoto důvodu je také jedním ze základních profesních požadavků povinnost stále se odborně vzdělávat a ceněny jsou především mimořádné znalosti. S úzce zaměřenou specializací je spjata vysoké renomé. Mezi lékaři platí, že pokud někdo dosáhl výjimečného postavení v lékařské komunitě, pak hlavně proto,

že se specializuje a stal se všeobecně respektovaným odborníkem pro danou problematiku. Parsons uvádí, že lékař by se měl soustředit pouze na určitý úsek klinické problematiky a omezit svou pozornost na přesně vymezené sféry. Znakem profesionality je, že se lékař nezabývá oblastmi mimo svou specializaci. Tento požadavek funkční specifičnosti nemůže být striktně dodržován, protože některá klinická rozhodnutí vážně ovlivňují další život pacienta. Pokud bychom pojímali vztah lékaře s pacientem paternalisticky, pak nemocný deleguje odpovědnost za dopad léčby na lékaře a svěřuje mu svou klinickou problematiku v celém záběru se všemi důsledky, které to bude mít na jeho další život. Ve chvíli, kdy je nemocnému přiznáno právo na autonomii a vyjádření vlastních potřeb a hodnot a on toho chce využít, je nutné o terapii ve značném rozsahu vyjednávat. Mimo jiné se problém komplikuje s narůstající diverzifikací metod, kdy obtíže nemocného mohou být řešeny různými, odborně obdobnými způsoby, ale s různými důsledky pro život pacienta. Proto se v posledních desetiletích klade mimořádný důraz na to, aby lékař nerozhodoval za nemocného dle svého žebříčku hodnot, ale aby v rozhovoru s ním probíral jednotlivé terapeutické možnosti a nechal nemocnému prostor na vyjádření jeho osobních přání tak, aby zvolená alternativa byla v souladu s preferencemi (29).

Jiná situace nastává v úrovni kompetencí praktického lékaře. U praktického lékaře je ve velké míře zachována široká odborná kompetence, pokud se týká druhu onemocnění. Některá onemocnění z ní mohou být legislativně vyňata nebo si je lékař může sám zúžit. Výrazně je způsobilost praktického lékaře zúžena ve směru závažnosti onemocnění. Pokud závažnost přesahuje vědomosti a možnosti praktického lékaře, je povinen vyzvat ke spolupráci odborného lékaře nebo odeslat pacienta do nemocnice (5).

Funkční specifita nebo také odborné kompetence lékaře má zásadní postavení v roli lékaře, neboť podmiňuje fungování zdravotnického zařízení. Její nevyužívání nebo překračování má klíčové zdravotní, ekonomické i právní důsledky (5, 21).

Afektivní neutralita

Afektivní neutralita vyjadřuje požadavek na roli lékaře věcně orientovat způsob jednání, bez emocionální účasti. Lékař musí ovládat své emocionální prožívání případů svých pacientů. Nemůže se nechat unést zoufalstvím či naivním optimismem, sympatiemi ani antipatiemi a musí si udržovat určitý odstup. Neznamená to ovšem, že by lékařův postoj k pacientovi měl být bezcitný. Ideální lékař vykazuje sympatie, intuitivní porozumění bez plného vyjádření svých emocí (21, 29).

Při léčbě lékaři nehodnotí náboženské, morální ani politické smýšlení či projevy svých pacientů. Lékař se musí omezit na svou odbornou úlohu. Z toho vyplývá, že role lékaře musí být aktivovatelná vůči každému, koho lze považovat za nemocného (13). Etický kodex České lékařské komory v paragrafu 1 uvádí, že „úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.“(5)

Na dnešní lékaře jsou kladeny vysoké požadavky v situacích, kdy jsou stále více omezováni organizačním a ekonomickým kontextem – systémem zdravotní péče, který rozhoduje jak o dostupnosti, tak částečně i o kvalitě péče. Ve všech vyspělých zemích se lékaři dostávají do konfliktu mezi závazky vůči svým pacientům a závazky vůči společnosti. Tento konflikt bývá také interpretován jako spor mezi klinickou a ekonomickou odpovědností (29).

V důsledku široké specializace dochází k rozporu mezi znakem univerzalizmu v roli lékaře. Potenciální vztahová oblast se v některých oborech zužuje (např. gynekologie, stomatologie a jiné). V tomto směru se univerzalizmus ve značné míře přenáší na nemocnice, jejichž úlohou je poskytnout pomoc každému členu společnosti, který ji potřebuje (5).

Kolektivní orientace

Tento termín je vykládán tak, že základem výkonu lékařské profese je altruistický pohled na potřeby pacienta. Lékař při jednání nevychází ze svých zájmů, ale ze zájmů jiných osob, tj. především svých pacientů. Čím lépe naváže s pacientem kontakt, tím lépe spolu mohou spolupracovat. Lékař staví blaho pacienta nad své vlastní zájmy. Právě tato kolektivní orientace je dle Goodea jedním z definičních znaků nejen zdravotnických povolání, ale i jiných profesí a je v úzce spjat s profesní autonomií. Kolektivní orientací však byla profesionalizací pouze stvrzena, protože existovala odpradáвна. Prospívat nemocnému bylo zdůrazňováno v celé historii lékařství (5, 29, 52).

To znamená, že se má lékař postarat o optimální péči z hlediska diagnostiky, léčby, ošetřování a nevyužívat nemocného ve svůj prospěch. Dle etického kodexu České lékařské komory: „Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven, nebo když je to stanoveno zákonem.“ (13) Lékař se také ve velké míře zaslouhuje o dodržování lidské důstojnosti člověka. Lékař by měl vždy akceptovat a také projevovat pochopení pro pacientův zdravotní stav. To předpokládá značnou nezištnost, často i sebezapření a ochotu směřující ve prospěch nemocného (5,13, 21).

Jednotlivé znaky rolí podle Parsonse se u konkrétních lékařů projevují různým způsobem a různorodě se modifikují, celkově je však dobře vystihují (5).

1.2 Role sestry v současném zdravotnictví

1.2.1 Definice ošetrovatelství a role sestry

Definice ošetrovatelství

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se výrazně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský 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 ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří se o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči.“ (42, str. 8)

Definice role a funkce sestry

„Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licencí k výkonu ošetrovatelské praxe. Sestry pomáhají pacientům, rodinám a skupinám dosahovat jejich fyzického mentálního a sociálního potenciálu a pomáhají jim jej udržovat, ve vazbě na prostředí, v němž pacienti žijí a pracují. Sestry potřebují kompetence k rozvíjení a podpoře faktorů podporujících a udržujících zdraví a předcházení nemocem. Sestry také hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost (invaliditu) a umírání. Praxi mohou vykonávat v nemocnicích a v komunitách.

Jsou oprávněny pracovat samostatně/autonomně a jako členky zdravotnického týmu. Za určitých okolností mohou delegovat péči na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost za péči si však ponechávají, provádějí v případě nutnosti dozor a jsou odpovědné za svá rozhodnutí a jednání. Sestra podporuje vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit, do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovala k sebedůvěře a samostatnému rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí.“ (55, str. 37-38)

1.2.2 Historický vývoj role sestry

Ošetřovatelství se jako profese vyvíjelo po staletí. Formovalo se prvotně z charitativní činnosti, středověkých hospitalů, poskytujících útočiště a nezákladnější péči pro jednotlivce z řad chudiny, kterým nemohla potřebnou péči poskytnout rodina. V jedné budově se tak pečovalo o vdovy, staré lidi, nemocné i sirotky. Poskytovala se zde čistě charitativní činnost, stojící výlučně na náboženských základech. Péči poskytovaly především církevní řády. K opatrovnické službě se postupně přidávaly i civilní osoby – sluhové a služební. K opatrovnictví přiváděly ženy náboženské pohnutky. Služba byla těžká a za svou práci byli opatrovníci odměňováni velmi bídně. Samotný charakter poskytované péče nevyžadoval zvláštní odbornou přípravu personálu (5, 23, 27).

Kvalitativní změny v rozvoji ošetřovatelské profese nastaly v 19. století v době Krymské války. V tomto období se rozhodlo o potřebě odborně připravených žen pro péči o raněné a nemocné. I když již v předchozích válkách existovala služba raněným, zajišťovali ji výhradně muži. Základy ošetřovatelství položily na opačných stranách fronty dvě významné osobnosti. Jednou z nich byl ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov. Na počátku války přivedl na Krym skupinu ruských sester, které připravil především na ošetřování zraněných (23, 45).

Na druhé straně fronty položila základy ošetřovatelství všestranně vzdělaná anglická ošetřovatelka Florence Nightingalová. S ošetřovatelským systémem se seznámila v Anglii

i v jiných státech Evropy a získala na svou dobu velmi široké zdravotnické zkušenosti a znalosti. Anglickou vládou byla vyslána na krymské bojiště, kde se skupinou vyškolených anglických ošetřovatelek organizovala ošetřovatelskou službu. Po návratu do Anglie byla vládou odměněna finanční částkou, kterou věnovala na založení první ošetřovatelské školy na světě v Londýně v roce 1860. Poprvé v historii se tak začaly být ošetřovatelky systematicky vzdělávány pro svou práci v nemocniční i domácí službě. Vzdělání mělo dle Nightingalové připravit sestru vzdělanou teoreticky i prakticky s profesionálním přístupem k nemocným. Nightingalová v ošetřovatelství zdůrazňovala nejen uspokojování základních potřeb, ale i podporu v psychické a sociální oblasti. Snažila se prosazovat ošetřovatelství jako autonomní povolání, spíše spojené s povoláním lékařským, než mu podřízené. Na našem území se o rozvoj ošetřovatelství zasloužily založením první ošetřovatelské školy členky Ženského výrobního spolku - Karolína Světlá, Eliška Krásnohorská. Ženskému výrobnímu spolku v jeho záměru přispěl svou podporou Spolek českých lékařů (5, 21, 23, 40, 45).

Další vývoj ošetřovatelství, role sestry byl ovlivněn především vývojem medicíny. Medicína byla úzce zaměřena především na biologické pojetí zdraví i nemoci – biomedicínský model. Pacient byl víceméně pasivním objektem péče zdravotníků. Tak se i ošetřovatelství ve spojitosti s racionalizováním stávalo především souhrnem jednotlivých úkonů – převládalo zaměření na ošetřovatelské techniky. S tím souviselo také zaměření vzdělávání sester, které se soustředilo především na nácvik jednotlivých ošetřovatelských technik, než na holistické pojetí ošetřovatelství. Ošetřovatelství mělo zejména medicínský, technický výkonový a asistentský charakter. Tento vývoj byl umocněn rozvojem vědy a techniky a jeho vstupem mezi lékaře a pacienta. Medicína se specializovala, což vyžadovalo kvalifikovanější a častější asistenci sester. Úzká specializace především na technické stránky sesterské činnosti vedla k dalšímu oslabení holistického pohledu na pacienta. Jelikož se české ošetřovatelství začalo v 50. letech minulého století izolovat od západního světa, zůstalo několik desetiletí ve stínu mnoha oborů, které nemají ani zdaleka takový dopad na zdraví člověka (5, 15, 21).

K rozvoji ošetřovatelství dochází koncem 70. a začátkem 80. let minulého století, bohužel jen v zahraničí. Kvalifikační programy sester se dostávají na půdu vysokých škol. Vysokoškolsky vzdělané sestry chápou ošetřovatelství jako samostatnou vědní disciplínu. Roli sestry nevidí jen v pouhé saturaci biologických potřeb klienta a plnění příkazů lékaře, ale v holistickém nazírání na klienta a v tendenci sestry pracovat autonomně - nezávisle na lékařích. Sestry zavádějí do své práce ošetřovatelský proces, vytváří ošetřovatelské diagnózy, dokumentaci a samy hodnotí svou práci. Pečují nejen o nemocného, ale i zdravého člověka. Asistence lékaři při jeho diagnosticko-terapeutické činnosti se stává pouze částí jejich jinak nezávislé práce (5, 15, 34).

V devadesátých letech minulého století po společenských a politických změnách v našem státě, dochází i ke změnám sociálního a zdravotního systému. Ošetřovatelství se také vlivem těchto okolností mění. Dochází k přílivu nových poznatků ošetřovatelské teorie a zvyšují se požadavky ošetřovatelské praxe. Tyto skutečnosti mají vliv na rozvoj ošetřovatelského vzdělávání u nás. Rozvíjí se vysokoškolské vzdělávání sester. Ošetřovatelský proces byl vymezen metodou práce sester, která přispívá ke komplexnosti, k individualizaci péče o klienty a komplexnosti práce. Ošetřovatelská péče a sestry se i u nás stávají více nezávislými na lékaři, méně dominuje asistentská role sester (15).

Podstatným krokem pro rozvoj ošetřovatelství bylo schválení Koncepce českého ošetřovatelství v roce 1998 a jeho pozdější úprava v roce 2004. Koncepce definuje obor ošetřovatelství, cíle ošetřovatelství, pracovníky v ošetřovatelství, předmět zájmu ošetřovatelství jako vědy (15, 42).

1.2.3 Současná role sestry

Významnými kroky pro současnou roli sester v systému péče bylo přijetí některých zákonných úprav. Transformace ve vzdělávání sester nastala po přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který určuje mimo jiné podmínky pro získání odborné způsobilosti všeobecné sestry a zaručuje její celoživotní vzdělání. Vzdělávací program pro sestry musí splňovat standardy Evropské unie. Ty jsou stanovené Vyhláškou č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (15, 61,63).

Důležitým mezníkem pro současnou roli sestry je zákonné ustanovení kompetence sestry Vyhláškou č. 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všeobecná sestra, která získala osvědčení k výkonu povolání, má dle této vyhlášky stanoveny kompetence. Všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou klienta stanovenou lékařem, přičemž základní a specializovanou péči zajišťuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. V rámci komplexní ošetřovatelské péče sestra vykonává samostatně jednotlivé úkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedinců i skupin. Na základě indikace lékaře se sestra podílí bez odborného dohledu na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče; přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře určené činnosti vykonává nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetřovatelskou péči při těchto výkonech a po nich. Některé činnosti vykonává sestra pod odborným odhledem lékaře. Vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči může vykonávat všeobecná sestra, která získala specializovanou způsobilost. Některé vysoce specializované činnosti vykonává pod přímým vedením lékaře (60).

Profesionální role sestry má čtyři části:

1. Autonomní část: obsahuje odborné činnosti, ke kterým patří diagnostika ošetrovatelských problémů v oblasti potřeb klienta, erudované užívání ošetrovatelské terminologie, tvorba plánů ošetrovatelské péče s ošetrovatelskými intervencemi, vedení denních záznamů o realizované ošetrovatelské péči, vypracovávání ošetrovatelských propouštěcích zpráv, prevence ošetrovatelských problémů a deficitů ve zdraví, edukace a poskytování informací v rámci kompetence sestry, podpora osob a rodin ve zdraví odlišných a krizových situací, podpora blízkých a rodiny při změnách stavu klienta;
2. Kooperativní část: zahrnuje soubor aktivit, mezi které lze zařadit například spolupráci na opatřeních zdravotnického týmu ve prospěch zdraví klienta (plnění ordinací lékaře, fyzioterapeutů a dalších odborníků), profesionální komunikace při spolupráci s týmem, respektování rolí ostatních nelékařských a lékařských spolupracovníků v týmu, respektování svých ošetrovatelských kompetencí a jejich nepřesahování, spolupráce s rodinou a blízkými klienta;
3. Výzkumná a rozvojová část: vede k aplikaci nových poznatků v oboru ošetrovatelství, zájmu o odbornou literaturu, ke spolupráci nebo i vedení výzkumných a rozvojových projektů, k účasti na tvorbě standardů ošetrovatelské péče, ke kontinuálnímu celoživotnímu vzdělávání, k podpoře a aplikaci principu EBN (ošetrovatelství založeného na důkazech), k rozvoji všech oblastí ošetrovatelství, včetně jejich terminologie a k rozvoji komunitní péče;
4. Koordinační a řídicí část: se specifikuje na koordinaci práce ošetrovatelského týmu v roli primární sestry, zavádění primární a skupinové ošetrovatelské péče, sledování efektivity péče u klientů, účast nebo řízení ošetrovatelského auditu, hodnocení, řízení a vzdělávání pořízených pracovníků, užívání komunikačních a informačních technologií k práci s daty ošetrovatelské reality a jejich využití pro sledování nákladů ošetrovatelské péče (33).

1.2.4 Role sestry dle Parsonse

Role sestry dle Parsonse se vyznačuje stejnými znaky, jako jsme uvedli u lékaře. To ovšem neznamená, že by byly jejich role zaměnitelné. I když zůstává základní orientace jednání lékaře i sestry ve specifických činnostech stejná, liší se však zásadně podle věcně specifického odborného obsahu činností. V literatuře jsou zmiňovány zejména: kolektivní orientace, univerzalismus a emocionální neutralita (5, 21).

Kolektivní orientace je hlavní hodnotou sesterské role. Sestra je připravena poskytovat péči každému, kdo ji potřebuje. Sestra při své práci nevychází ze svých potřeb a zájmů, ale zásadně z potřeb pacienta. Sociocentrismus postihuje skutečnost, která je pro úspěšné plnění role nezbytná. Pro sestru by měla být orientace na druhé samozřejmá. Tento postoj a přístup je spojen s nezištností, schopností sebezapření a výraznou motivací. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra respektuje náboženské přesvědčení člověka, jeho životní hodnoty a zvyky. Snaží se nemocnému zajistit takové podmínky, které vyhovují jeho individuálním potřebám. Sestra je také zavázána dodržovat povinnou mlčenlivost (12, 21, 42).

Univerzalismus předpokládá, že je sestra schopná zaujmout svou roli vůči klientům bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. Má stejný postoj k lidem, kteří jí jsou sympatičtí i k těm, kteří jí sympatičtí nejsou. Určitá míra odosobnění je nutná v zájmu klienta, protože nikdy nelze vyloučit sympatie a antipatie k ošetřovanému klientovi (12, 42).

Emocionální neutralita vyjadřuje očekávání, že je sestra schopna svoje emoce podřídit rozumové kontrole. Činnost sestry vyvolává často intenzivní, někdy až trvalé napětí. Významným zdrojem napětí je vysoká odpovědnost sestry za zdravotní stav i život ošetřovaného klienta. Zdrojem tenze mohou být i nepředvídatelné změny zdravotního stavu některých nemocných. Požadavek podřízení emocí rozumové kontrole však neznamená, že by se sestře zakazovaly jakékoliv prožitky. Emocionální neutralita umožňuje výkon profese bez vnitřních i vnějších konfliktů (12, 21).

1.3 Vztah sestra - lékař

1.3.1 Interakce v profesní vazbě sestra - lékař

Interakce v profesní vazbě sestra – lékař jsou popisovány různými teoriemi. Nejčastěji uváděná teorie určuje 4 typy interakcí. Jedná se o bezproblémové podřízení se, neformální skryté rozhodování, neformální neskryté rozhodování a formální neskryvané rozhodování. Bezproblémové podřízení je formou komunikace, která vychází z tradičních interakcí mezi sestrou a lékařem. Sestra se k ničemu se nevyjadřuje, o ničem nerozhoduje. Sestra je absolutně poslušná lékaři (5, 7, 49).

U neformálního skrytého rozhodování sestra vyjadřuje respekt vůči lékaři. I když sestra nenabízí lékaři přímá doporučení, snaží se nepřímo ovlivnit proces rozhodování (5, 8, 7, 49).

Při neformálním neskrytém rozhodování sestra nabízí lékaři své zkušenosti, názory a neskryvá svou roli v rozhodovacím procesu. Komunikuje s lékařem otevřeně (5, 49).

Formální neskryvané rozhodování je typické tím, že sestra využívá ošetrovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta (5, 8, 7).

1.3.2 Vztah sestra - lékař a gender

Definice genderu

„Pojem označující nikoli biologické, ale soc. aspekty pohlaví. Český překlad rod se neujal, protože bývá chápán v jiných významech. Pohlaví člověka je dáno biologicky, ale pokud jde o sociální chování, lidé se nerodí jako ženy a muži, ale musí se naučit jako ženy a muži jednat. Existuje řada vzorců chování, které jsou ve společnosti považovány za typicky mužské a ženské. Jaké chování je biologicky podmíněno a co je výsledkem kulturního vývoje společnosti, je předmětem studií v oblasti gender studies a feminismu.“ (22, str. 90)

Gender ve zdravotnictví

Po dlouhá staletí bylo lékařství převážně doménou mužů a ošetřovatelství bylo pokládáno za jednu z prastarých ženských profesí. V medicíně došlo v současnosti k výrazné feminizaci. Množství mužů v ošetřovatelské profesi je však v porovnání s medicínou stále nízké. Statistiky, které by uváděly procento mužů - sester, nejsou k dispozici. V Evropě se jejich zastoupení v současnosti pohybuje někde kolem 8 až 10 procent, v České republice se odhaduje na 1 až 3 procenta (16, 46).

Tradiční sociologické studie připodobňují vztah lékař - sestra k patriarchální přírodě, s pohlavním určením péče o rodinu a pasivnosti k ženské roli a rozhodnosti, konkurenceschopnosti k mužské roli. Z paralely s rodinnými rolemi lékaři převzali pozici hlavy rodiny. Na nich je rozhodnutí kde a jak důležitá práce musí být udělána, zatímco sestry („jejich manželky“) se starají o fyzické a psychické potřeby těch, kteří jsou na ně odkázáni. Pacient dle tohoto modelu od sestry očekává, že se k němu bude chovat jako laskavá, chápající matka (14, 34, 64).

Tato dělba práce ve zdravotnictví vycházející z rozdílů mezi pohlavími sejevila logickým vyústěním sociální role ženy a muže ve společnosti. Myšlenka, aby sestry byly plně podřízeny lékařům, byla všeobecně akceptována (16).

Myšlenka přirovnání vztahů mezi sestrami a lékaři k hernímu modelu, „komunikační hře“ je uvedena v pracích Steina. Hra je vlastně transakční neuróza. Když bude hra hraná správně, oběma stranám to bude přinášet prospěch. Nicméně jakákoliv odlišnost od této otevřeně přijaté metody interakce by mohla mít za následek těžké sankce. Podle této komunikační hry je sestře umožněno, aby lékaře informovala, radila mu, ale péče o pacienta řídí lékař. Sestra nesmí ohrozit sociální pozici lékaře. Sestře je dovoleno pouze skryté rozhodování. Pravidlem této hry je vyhnout se otevřenému konfliktu mezi hráči. Základ problému ve vztahu sestra - lékař vidí Stein v utváření vzájemných postojů, již v období samotného kvalifikačního vzdělávání budoucích lékařů a sester. Některými autory je tato myšlenka zpochybňována. Dle jejich názoru je vzájemný sociální vztah mezi sestrou

a lékařem více ovlivňován různými situacemi než tradičními modely vztahu sestra - lékař (5, 47, 48).

V roce 1990 se Stein rozhodl revidovat „hru“ sestra – lékař. Argumentuje tím, že sestry se jednostranně rozhodly zastavit „hraní“. Tato změna byla částečně přisuzována rostoucímu počtu žen lékařek a mužů sester. Ti už nebyli ochotní ve „hře“ setrvávat. Veřejné sesterské odmítnutí být lékaři ovládaný je také odrazem rovnoprávného postavení žen a mužů ve společnosti (48, 65).

V pracích Svenssona se uvádí, že tradiční model chápání vztahu mezi sestrou a lékařem jako „hry“ je nevhodný. Vhodnějším teoretickým rámcem je chápat současný vztah mezi sestrou a lékařem jako proces vzájemného vyjednávání dalších perspektiv. Je zdůrazněno, že vyjednávání mezi oběma aktéry probíhá na daném pracovišti ve všech oblastech. Podmínky, za nichž vyjednávání mezi sestrou a lékařem probíhá, upravují klíčové změny ve zdravotnické péči. Sestrám se tak dnes otevírá větší prostor pro vyjednávání (16).

Wicksová na základě údajů zjištěných z rozhovorů se sestrami a lékaři v Austrálii potvrzuje, že vztahy sester a lékařů jsou nadále ovlivňovány gendrem (5). Wicksová uvádí: „Gender ovlivňuje, konstruuje, neguje a formuje velkou část z toho, co se odehrává a jak se to odehrává na běžném nemocničním oddělení.“ (54, str. 26)

Zelevková a Phillipsová dle výsledku svého výzkumu uvádí, že z historického pohledu moc držaná lékařskou profesí vyvstala primárně spíše z pohlaví než z hierarchické pozice. Současné vztahy mezi lékaři a sestrami se jeví zformovány pohlavím stejně jako profesí. Pokud jsou sestra i lékař pohlaví ženského, mocenská nerovnováha mezi oběma povoláními klesá. Efekt této změny autority lékařské profese a role sester na péči o pacienty zůstává neurčen (65).

Vztah sestra - žena lékařka

Z historického kontextu vychází dominantní postoj některých lékařek k sestřím. Tento postoj lze vysvětlován tak, že aby si žena studentka medicíny udržela rovnoprávné postavení v profesi historicky převážně mužské, musela se naučit komunikovat a jednat dominantně. Po šesti a více letech její lékařské praxe se tento přístup stává součástí její osobnosti (49).

V některých případech je žena lékařka ještě dominantnější a vyjadřuje sestřím méně respektu než muž lékař. Objasnit lze tuto situaci tím, že muž lékař může být i při své dominanci galantní ve své řeči nebo se může řídit gentlemanskými principy vzhledem k pohlaví sestry. Žena lékařka nemá tuto potřebu (49).

Z výzkumného šetření E. Gjerberg a L. Kjólrsród zabývajícího se vztahem mezi lékařem a sestrou lze získat zajímavé informace o pohledu žen lékařek na spolupráci se sestrami. I když většina příslušníků lékařského povolání uvádí stejné množství asistence jako jejich kolegové opačného pohlaví, přesto 30 procent lékařek vnímalo, že jim sestry asistovaly, pomáhaly méně než lékařům mužům. Dále pak přibližně 2/3 lékařek při šetření popisovaly osobní zkušenost, že k nim sestry přistupují s daleko menším respektem než ke kolegům opačného pohlaví. Tento fakt byl spojen především s počátečním obdobím v novém zaměstnání. Lékařky uvádí, že musely velmi tvrdě pracovat, aby byly respektovány stejně jako lékaři muži (16).

Tento vztah lze objasnit jako tradiční konflikt mezi statutem lékaře a statutem sestry. Tím, že sestry odmítnou udělat něco pro lékařku, se snaží snížit její status na odpovídající úroveň. Lékařky to nevnímají osobně, ale hodnotí to jako strategii namířenou proti lékařům obecně. Sestry mají rozhodnutím posílit si svou pozici před lékařkou snadnější boj, protože jejich soupeř je stejného pohlaví. Postoj lékařek závisí také na jejich postavení v lékařské hierarchii. Lékařky s vyšším profesním postavením nemají nedostatek respektu nebo důvěry sester. Vyšší profesní postavení jim přináší jako lékařkám více autority (16).

Roli v rozdílném vztahu sester a lékařek může hrát také to, že pro sestry je vztah mezi sestrou a lékařem mužem atraktivnější. Atraktivnost vztahu spočívá v možném napětí mezi mužem a ženou. Spolupráce s lékařem se tak stává pro sestru přitažlivější (16).

1.3.3 Vztah sestra - lékař a měnící se role

Bylo by pochopitelné, že lékař i sestra, jejichž hlavním cílem je pečovat o pacienta budou mít spolu v dobré vztahy, jelikož jsou zaměřeni na jeden společný cíl. Avšak řada problémů ve vztahu sestra – lékař může vyvstat ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderní medicíny a ošetrovatelské péče (5).

Mezi sestřským a lékařským modelem péče o pacienty jsou rozdíly. Sestry a lékaři kladou rozdílné hodnoty na specifické části terapeutického procesu, upřednostňují jiné aspekty zdravotní péče, které se doplňují. Sestry kladou stejný nebo dokonce větší důraz na psychické a sociální potřeby pacienta. Lékaři se mohou domnívat, že snaha uspokojit tyto potřeby je často na úkor biologických potřeb pacienta. Sestry vidí tuto skutečnost opačně a zazlívají lékařům, že mnohdy nevidí pacienta holisticky (5, 18,49).

Náhled na roli sester ve vztahu sestra - lékař je hluboce zakořeněn ve vedoucích lékařských strukturách, kde dominují převážně muži. Podle některých lékařů je ošetrovatelství stále chápáno jako pomocná role v péči o pacienta. Často i v dnešní době lékaři vnímají sestru jako jim podřízenou pracovníci, která by měla plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Nevidí důvod, aby byli za tento postoj kritizováni. Kritiku chápou jako neopodstatněné podceňování své kompetentnosti a odbornosti nejen ze strany sester, ale za jistých okolností i pacientů (7).

Problémem ve vztahu sestra – lékař se pak stává pronikání ošetrovatelství do oblastí medicíny. To co je pro sestry příležitostí, je pro lékaře do jisté míry hrozbou. V některých zemích se lékaři cítí ohroženi některými ošetrovatelskými profesemi. Většina lékařů si nepřeje, aby se rozmach ošetrovatelství promítal do jejich domény. Například registrovaná sestra v USA má kompetence, které u nás vykonává lékař. Registrovaná sestra v USA

provádí mimo jiné vyšetření pacienta, předepisuje léky. Vysokoškolsky vzdělané sestry si začínají i u nás nárokovat své kompetence a chtějí pracovat nezávisle na lékařích. Chápou ošetřovatelství jako samostatnou disciplínu a profesi sestry jako autonomní povolání. Asistence lékaři v jeho diagnostické a léčebné činnosti se tak stává pouze částí jejich jinak nezávislé práce. Lékaři tak ztrácejí část ze svého výsadního postavení a sestry naopak posílily své postavení v systému zdravotní péče (5, 34, 49, 51, 59).

Na vztah sestra – lékař má vliv také vývoj role pacienta. Mění se role nemocného vede ke změně paternalistického – autoritativního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský. Partnerský vztah mezi sestrou a pacientem se nutně promítá i do vztahu mezi sestrou a lékařem. Jsou vytvářeny podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře i sestry a na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být na úrovni těchto rovnoprávných vztahů (5, 34).

1.3.4 Vztah sestra - lékař a organizační struktura pracoviště

Vztah mezi sestrou a lékařem je ovlivňován také komplikovaností organizačních struktur ve zdravotnickém zařízení. Tato komplikovanost je ještě zesílena dvěma různými formami subordinace. Subordinace vedou k tomu, že sestra je lékaři podřízena dvojnásobným způsobem. Sestry přijímají příkazy nejen od lékařů ale i přes staniční, vrchní a hlavní sestru příkazy od vrcholového managementu. Tato dvojnásobná podřízenost může vést k narušení vztahů mezi sestrou a lékařem. Lékaři nemají jistotu, kde spočívá loajalita sester (5,49).

1.3.5 Vztah sestra - lékař a profesionální odevzdání sestry

Vztahy sester a lékařů ovlivňuje z pohledu některých lékařů i nedostatek profesionálního odevzdání sester. Profesi sestry vykonávají převážně ženy. Často brzo po nástupu do zaměstnání odchází na mateřskou dovolenou, což je spojeno s ukončením jejich

ošetřovatelské kariéry. Skutečnost, že ženy většinou kladou své osobní potřeby a potřeby své rodiny nad kariéru, snižuje respekt lékařů (7, 49).

V některých případech opouštějí sestry povolání i z důvodu rozčarování bezprostředně po nástupu do praxe. Může to mít souvislost s zvyšujícími se nároky na práci sestry a nárůstem psychické zátěže. Lékaři proto chápou, často z důvodu vysoké fluktuace a tím i nedostatku sester na jednotlivých odděleních, povolání sestry jako dočasné, bez hlubších závazků, s nižším vzděláním a tím i nižším finančním ohodnocením (7).

1.3.6 Vztah sestra - lékař a sexuální obtěžování

Sexuální obtěžování lze definovat jako jednání sexuální povahy v jakékoliv formě, které je dotčeným zaměstnancem oprávněně vnímáno jako nevídané, nevhodné nebo urážlivé, a jehož záměr nebo důsledek vede ke snížení lidské důstojnosti fyzické osoby nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího a zneklidňujícího prostředí na pracovišti. Obecně je za sexuální obtěžování považováno zejména osahávání a jiné nevhodné dotyky, zejména na intimních místech těla nebo nevhodné návrhy či komentáře (58).

Sexuální obtěžování bývá také někdy označováno pojmem sexuální harašení, což je nepřesný překlad anglického pojmu sexual harassment. Překlad lze interpretovat jako obtěžování způsobené nejnepříjemnými, lascivními, sexesoterními poznámkami, vtipy a anekdotami. Fenomén sexuálního harašení je velmi závažný a je třeba mu věnovat velkou pozornost především ve zdravotnictví (20).

Sexuální obtěžování sester lékaři není nic mimořádně překvapivého. Ve Spojených státech si lékaři dávají velký pozor, aby nemohli být z něčeho podobného obviněni. Sexuální obtěžování ze strany lékařů a dalších spolupracovníků je sestrami považováno za velmi významný problém (57).

Z výzkumu konaného v roce 2001 ve Spojených státech vyplývá, že se sexuálním obtěžováním se setkalo 46% dotázaných sester. Pachateli obtěžování byli nejčastěji lékaři, následováni spolupracovníky a nadřízenými (57).

V české společnosti řada lidí vnímá sexuální obtěžování často jako zbytečně přeceňovaný problém. Záleží především na každém jednotlivci, zda určité chování považuje za obtěžování či nikoliv. Rozhodující je včas si vyjasnit, co kdo považuje za nepřijatelné a respektovat hranice všech členů pracovního kolektivu (50).

1.3.7 Vztah sestra - lékař a eticky sporné situace

Mezi lékařem a sestrou dochází často k eticky sporným situacím. Běžným dilematem, se kterým se sestry setkávají, je neprofesionální a neetické chování jejich kolegů (18).

Sestry mají často možnost sledovat nestandardní výkon lékaře. Nejproblematictější je možné vnímat poškození pacienta lékařem, ať se jedná o poškození verbální nebo přímé. V těchto eticky problematických situacích je otázkou do jaké míry má být sestra loajální vůči lékaři. Kodex sester obsahuje povinnost sestry chránit své pacienty a veřejnost před nelegálními, nekompetentními a neetickými praktikami jakékoliv osoby (17, 18, 49).

Loajalita s lékařem by tak měla končit tam, kde je ohrožen pacient. Sestra v těchto případech musí zvážit, zda je nutné jednat okamžitě nebo zda může své jednání odložit. Musí se rozhodnout, jestli má situaci řešit pouze s konkrétním lékařem nebo zda je věc nutné oznámit nadřízeným pracovníkům. Náročnost rozhodnutí sestry spočívá do určité míry stále v nerovném vztahu lékaře a sestry. Z tohoto vztahu vyplývají vcelku přirozené obavy sestry, že se její vztah s lékařem změní a hlavně pak vztah lékaře či obecně lékařů k ní. Sestra se může obávat, že se jí bude lékař nějakým způsobem mstít. Existují případy, kdy se to skutečně děje, ale jen těžko se to prokazuje a ještě obtížněji se v takových podmínkách dále pracuje (17, 49).

1.3.8 Vztah sestra - lékař a konfliktní situace

Konflikty mezi sestrou a lékařem mohou vyvstat téměř ze všech oblastí, které jsou uvedeny v předcházejících kapitolách. Konflikt znamená střetnutí dvou nebo více zcela protichůdných snah, tendencí a sil. Do výčtu českých termínů podobného významu lze zařadit: spor, srážku, soupeření, nesrovnalost, soutěžení, rozkol, neshodu, nesouhlas. Je nutné přidat působení dvou protichůdných sil. Pokud budeme hovořit o konfliktu zájmů dvou lidí, pak je tomuto termínu nutno rozumět jako střetnutí snah dvou lidí, při němž splnění přání jednoho buď částečně nebo úplně vylučuje uspokojení druhého (28).

Termín konflikt má výrazně negativní přízvuk. Konflikty však nemusí být vždy pouze destruktivního charakteru, v některých případech může být konflikt také potenciálně konstruktivní. K určení konstruktivnosti či destruktivnosti konfliktu je nutné analyzovat jeho potenciální důsledky a situační faktory prostředí. Na výsledky konfliktu na zdravotnickém pracovišti má vliv mimo jiné vnitřní klima daného pracoviště. Klima rozhoduje o tom zda konflikt poskytne třecí plochu pro růst jednotlivců, týmu nebo způsobí pouze problémy (18).

Konflikty lze dělit na intrapersonální a interpersonální. Intrapersonální konflikty jsou konflikty vnitřní, osobní. Vznikají v člověku samotném při rozhodování se mezi různými motivy, potřebami, zájmy, které mají průchodnou tendenci. Interpersonální konflikty jsou konflikty mezi dvěma lidmi. Vznikají, když mezi dvěma lidmi dochází ke střetu představ, názorů, zájmů. Rozdílnost představ, názorů, postojů a zájmů je v lidské společnosti zcela přirozená (28, 39).

Konflikty na pracovišti uvádějí častěji sestry než lékaři. Není to z důvodu, že by lékaři zažívali méně konfliktních situací, ale obávají se více než sestry důsledků toho, že na problémy upozorní (11).

Bártlová uvádí: „Bez řádně provedených empirických výzkumů nelze všeobecně hovořit o napětí až konfliktnosti ve vztahu lékař – sestra. Mezi převážnou většinou lékařů a sester jistě existuje co nejlepší spolupráce. Určitou konfliktnost ve vzájemných vztazích

lze někdy považovat za uměle vytvářenou, vyvěrající z osobnostní charakteristiky jedinců.“
(5, str. 149)

Vztahu sestra - lékař a nevhodné chování

Ve výzkumu Rosensteina bylo 1200 respondentů požádáno, aby identifikovali příčiny nevhodného chování lékaře k sestře. Analýzou odpovědí lékařů a sester a vedoucích pracovníků bylo určeno, že nevhodné chování lékaře k sestře vychází z určitých okolností, problémů a událostí (43).

Nevhodné chování lékaře se z pohledu sester nejčastěji vyskytovalo: po tom co sestra vyřídila vzkaz lékaři, že ho někdo volá; po dotazu sestry nebo žádosti o objasnění ordinací lékaře; když se lékaři domnívali, že jejich ordinace nebyly sestrami provedeny správně; po domnělém zdržení v poskytování péče sestrami, při náhlých změnách stavu pacienta (5, 43).

Z pohledů lékařů je primární příčinou jejich nevhodného chování: ordinace lékaře nejsou sestrami vykonány včas a správně; sestra nesprávně načasuje volání (telefonáty) lékaři; nutnost lékaře ptát se nebo neopodstatněně vyžadovat objasnění ordinace; obecné selhání komunikace mezi ošetrovatelským personálem a lékaři; sestry přivolávaly lékaře bez toho, aby nejprve shromáždily všechny potřebné informace o pacientovi, které mají k dispozici (5, 7).

V roce 2005 vychází v *American Journal of Nursing* výsledky šetření A.H. Rosensteina a M. O'Daniela, kteří se zaměřili na výzkum nevhodného chování nejen lékařů, ale i také sester. Z výsledků je patrné, že sestry se chovají nevhodně stejně často jako lékaři (44).

Většina respondentů si myslí, že nevhodné chování sester i lékařů má negativní vliv na stres, frustraci, poruchy koncentrace, kooperaci, komunikaci, vzájemné sdělování informací a vztahy na pracovišti (43).

1.3.9 Vztah sestra - lékař a pracovní spokojenost sester

Pracovní spokojenost lze označit jako příjemný pocit, který se váže k vykonávané práci a to konkrétně k uplatnění vlastních schopností, k finančnímu ohodnocení práce, k užitečnosti výsledků pracovních činností, k technickému a sociálnímu prostředí, ve kterém se pracovní činnost realizuje (1).

Podle Herzbergovy motivační teorie jsou důležité pro motivaci k výkonu práce a spokojenosti v zaměstnání různé faktory. K základním faktorům pracovní spokojenosti patří je mimo jiných organizační kultura – interpersonální vztahy a atmosféra na pracovišti. Významným motivačním faktorem je uznání týmem spolupracovníků. Uznání je tak pro mnohé odměnou i motivátorem k práci (49).

Vztahy mezi sestrami a lékaři mají významný vliv na spokojenost sester v zaměstnání, jejich stabilitu i celkovou atmosféru na pracovišti. Z výzkumu pracovní spokojenost sester v České republice, realizovaného Bártlovou v roce 2006 vyplývá, že pracovní spokojenost sester je výrazně ovlivněna vztahy na pracovišti. Sestry uvedly dobré pracovní vztahy jako faktor nejvíce přispívající k jejich spokojenosti v zaměstnání. Tuto okolnost uvedlo za nejdůležitější více než polovina dotázaných. Naopak častou příčinou nespokojenosti sester jsou špatné pracovní vztahy, jak uvedlo 54,4 % dotazovaných (2, 7).

A. H. Rosenstein uvádí v časopise *American Journal of Nursing* výsledky výzkumného šetření týkajícího se vztahu sestra a lékař. Cílem tohoto výzkumu bylo zhodnocení pracovní atmosféry a významu těchto vztahů. Dále se šetření zabývalo vlivem v určitém smyslu nevhodného chování lékařů na spokojenost a pracovní začlenění sester. Z výsledků průzkumu je patrné, že problematické chování lékaře působí na sestry jako rušivá a stresující síla. Tato mnohdy každodenní negativní interakce mezi sestrami a lékaři může významným způsobem ovlivnit pracovní spokojenost sester (43).

1.3.10 Vztah sestra - lékař a kvalita lékařské a ošetrovatelské péče

V kontextu zvyšujících se nároků na zdravotnickou péči a snižujících se ekonomických zdrojů je nutné vytvořit efektivní zdravotnických systém, který bude schopný pružně reagovat na potřeby společnosti. Zdravotnická zařízení musí věnovat pozornost otázkám kvality. Kvalita péče je stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologickému rozvoji (15, 55).

Kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče je možné hodnotit podle indikátorů kvality péče. Mezi sledované indikátory patří také spokojenost pacientů, výskyt mimořádných událostí a pochybení, mortalita (49).

Z výsledků výzkumu A.H. Rosensteina a M. O'Daniela je patrné, že existuje souvislost mezi nevhodným chováním sester nebo lékařů k sobě navzájem a výskytem mimořádných událostí a pochybení. Nevhodné chování sester nebo lékařů má vliv na bezpečnost pacientů, spokojenost a celkovou mortalitu pacientů (44).

Dle studie Společné komise pro akreditaci zdravotnických organizací (JCAHO) lze až 24 % mimořádných událostí končících úrazem, smrtí nebo trvalým funkčním omezením přičítat problému s počtem sester, komunikačním chybám, nedostatečné týmové práci a lidským faktorům. Jako lidské faktory jsou označovány mezilidské vztahy, nástroje, které používají a prostředí v němž žijí a pracují (7).

Vhodné je uvést i výsledky z výzkumu Brožové, Tóthové. Autorky uvádí, že 59 % sester rozhodně potvrzuje podmíněnost svého vztahu s lékařem a kvalitou vlastní práce. 93 % lékařů uvedlo souvislost mezi špatnými interpersonálními vztahy a kvalitou péče o klienty (10).

Z uvedených skutečností je evidentní, že kontinuální zvyšování kvality poskytované péče, vyžaduje spolupráci, respekt a partnerský vztah mezi lékaři a sestrami (49).

1.4 Týmová práce ve zdravotnictví

1.4.1 Tým, týmové práce

„Týmem rozumíme tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci a mají pocit společné identity, společného vědomí „my“. Všichni se snaží dosáhnout stejné cíle. Dodržují většinou nepsané normy či pravidla, podle kterých dobrovolně a z vlastní vůle pracují a jednají.“ (26, str. 12)

Práce v týmu je lidem přirozená, pracují tak od počátku evoluce. Společnými silami se snaží zvládat nároky života. Týmová práce představuje soubor hodnot, které povzbuzují pozitivní způsoby chování, kooperativní odezvu na názory druhých, vyjadřování pochybnosti ve prospěch ostatních i ve prospěch plnění úkolů, pomoc potřebným členům a uznávání úspěchů a zájmu ostatních. Dává lidem příležitost vstupovat do smysluplné interakce s druhými a sdílet s nimi zdroje pracovní spokojenosti (19, 26).

Týmová práce je mnohem efektivnější než tradiční autoritativní řízení. Povzbuzuje lidi k větší profesionalitě a k plnému převzetí odpovědnosti za svou práci, což je pro organizaci významným přínosem (19).

1.4.2 Zdravotnický tým, týmová práce

Zdravotnický tým má jeden společný cíl – pomoci pacientovi dosáhnout jeho nejvyššího potenciálu, v co nejkratší době. Týmová práce je jednou ze základních podmínek efektivní lékařské i ošetrovatelské péče. Pracovníci jsou daleko úspěšnější, když pracují jako tým. Jejich energie je nasměřovaná ke společnému cíli. To vyžaduje od zdravotnických pracovníků schopnost seberegulace a schopnost týmově pracovat. Předpokladem týmové práce ve zdravotnictví je především ochota pracovníků spolupracovat v odborných otázkách jako rovný s rovným, za poskytnutí všech odborných informací členům týmu s cílem dosáhnout odborného konsenzu (5, 9, 49).

1.4.3 Týmová práce lékařů a sester

Péče o zdraví člověka vyžaduje neustálou pozornost, koordinaci a integraci, což za aktivní účasti klienta může zajistit pouze týmová práce zdravotnických profesionálů. Význam týmové práce sester a lékařů pro zvýšení kvality péče o klienty je zmiňován i v Mnichovské deklaraci z roku 2000. Jedním z jejich doporučení je vytvářet pro sestry, porodní asistentky a lékaře příležitost ke společnému vzdělávání na pregraduální a postgraduální úrovni, aby tak byla zajištěna větší spolupráce a interdisciplinární pracovní přístup v zájmu kvalitnější péče o klienty (32, 55).

Spolupráce sestry a lékaře ve zdravotnickém týmu se jeví jako evidentní. Jeden se bez druhého jen těžko obejdou, neboť každý zastává v týmu určité role, které ve svém výsledku fungují jako spojité nádoby. Lékař je závislý na práci sestry a sestra zase na práci lékaře (38).

Aplikace týmové práce je na mnoha pracovištích již samozřejmostí - sestry jsou lékaři vnímány jako samozřejmá součást zdravotnického týmu. Toto pravidlo bohužel na některých pracovištích stále neplatí. Je možné se setkat s odděleními, kde je využívání týmové práce sester a lékařů dosud neřešenou otázkou (31).

Efektivní týmová práce není na žádném pracovišti ani ve zdravotnictví spontánní. K týmové práci musí být sestry i lékaři motivováni, je nutné zajistit vzdělávání o jejich pravidlech a podporovat její hlavní předpoklad - kvalitní interpersonální vztahy. Týmová práce se nemusí v organizaci hned dařit, zvláště pak tam, kde je dosud zažitý jiný způsob vedení. K týmové práci je nutná změna myšlení sester, lékařů i managementu (9, 31, 49).

1.4.4 Výhody týmové práce

Tým víc ví. Každý člen zdravotnického týmu: sestra, lékař, fyzioterapeut a další mají odlišné schopnosti, dovednosti, zkušenosti, svůj způsob myšlení a vidění světa. Při společné práci – péči o pacienta, se zkušenosti a dovednosti jednotlivých členů kombinují.

Na jeden problém je tak nahlíženo z různých úhlů pohledu a tím se mohou nabízet i širší možnosti jeho řešení. Vzájemnou spoluprací se také každý člen rozvíjí (25, 26).

Tým má synergický efekt. Výkon týmu přesahuje pouhý součet potenciálů všech členů týmu. Týmová práce zvyšuje efektivitu práce, spojuje lidi, kteří se vzájemně doplňují, obohacují a učí se od sebe navzájem. Žádný člen týmu se nepokouší druhým práci narušovat či ztěžovat. Tím se zvýší nejen celkový výkon skupiny, ale i výkon každého člena (19, 25, 26).

Tým podněcuje a rozvíjí. Společné hledání řešení, poskytuje větší možnost pro rozvoj kreativity a také podněcuje k vyšším výkonům (26).

Tým vyrovnává. Kompromisy při řešení problémů vylučují krajní postoje a názory, čímž se ve skupině udržuje stabilita. V týmu se budují vztahy mezi lidmi. Tým zlepšuje komunikaci svých členů. Učí se respektu a úctě k druhým. Poskytuje svým členům uznání. Pracovní atmosféra v týmu je příjemnější (19, 26, 49).

Práce v týmu vede i k uspokojení potřeb svých členů. Dochází k naplňování pocitu sounáležitosti. Pracovníkům to dává pocit, že někam patří, jsou ostatním užiteční, něco pro ně znamenají. Každý touží někam patřit, něco znamenat. Pocit sounáležitosti s týmem zvyšuje pracovní spokojenost a motivaci k práci (9, 26, 37, 49)..

1.4.5 Předpoklady týmové práce sester a lékařů

Identifikace s cíli týmu

Veškeré dění v týmu by mělo být podřízeno plnění cílů. Cíl ovlivňuje soudržnost i výkonnost týmu. Pro práci v týmu je nejvhodnější kooperativní cíl. Ten předpokládá, že na sebe jednotlivé činnosti navazují. Práce jednoho člena nemůže začít bez práce druhého. Splnění cíle je úspěch pro všechny členy týmu (19).

Soudržnost

Soudržnost v týmu znamená překonávání individuálních rozdílů a motivů, pocitem společné identity. Vyjádřením soudržnosti je prožívání „My“ místo „Já“. Spojenectví lékaře a sestry při dosahování pracovních cílů, jak již bylo uvedeno, se jeví jako přirozené. Navzájem potřebují, aby dosáhli společného cíle při péči o klienta. K tomuto cíli by se jako jednotlivci jen těžce dopracovávali, případně by jej nebyli vůbec schopni splnit. Socio-emocionální soudržnost je vyjádřena uspokojením z účasti na členství v týmu a příjemnými pocity ve společnosti ostatních. To, že členové týmu projevují i navenek jednotný celek, činí tým atraktivní i pro ostatní, kteří by se rádi připojili. Nejdůležitějším faktorem pro vytváření soudržnosti týmu má komunikace mezi členy týmu (19, 26, 27, 53).

Komunikace

Profesionální komunikace sestry a lékaře je jedním ze základních předpokladů úspěšné týmové práce. V kontextu prostředí zdravotnických zařízení je komunikace nezbytná. Lékaři, sestry a další zdravotničtí pracovníci se v zájmu plnění týmových úkolů, dělí o získané informace o klientovi. Práce v týmu vyžaduje komunikaci, při níž berou členové týmu v úvahu nejen informační, ale i vztahovou rovinu komunikace. Komunikace významně ovlivňuje interpersonální vztahy. Dává člověku sílu, ale může ho i omezovat při uplatňování jeho potenciálu. To od členů zdravotnického týmu vyžaduje, aby byli schopni komunikovat mezi sebou způsobem, který nebude kazit jejich spolupráci, ale naopak ji bude podporovat. Profesionální komunikace může být přerušena situačním tlakem, rozdílným profesionálním názorem nebo pohledem, či neochotou respektovat pravidla, která by měla komunikaci ve zdravotnických institucích řídit. Pokud je nutné model komunikace zlepšit, měli by se na tom podílet všichni členové týmu (25, 35, 49).

Skupinové normy a její dodržování

Jedná se o soubory pravidel, které určují co je správné a vhodné ve vzájemných vztazích v týmu. Vytvářejí se převážně nevědomě, silou zvyku. Každý člen týmu musí být

s těmito pravidly seznámen. Tím, že se na společných pravidlech domluví, je také vyjádřen souhlas, že v případě jejich nedodržení mohou být členové týmu povoláni k odpovědnosti. Pokud nejsou standardy v týmu stanovené, mají členové implicitní povolení chovat se k sobě, jak uznají za vhodné, nevyjímaje chování nevhodné či zraňující (19, 25,26, 49).

Vzájemná důvěra

Týmová práce sestry a lékaře by měla být založena na vzájemné důvěře a respektu k práci druhého. Důvěra je základním předpokladem, který podporuje činnost a rozvoj zdravotnického týmu. Důvěra je vzájemná jistota o záměrech jednání a všeobecná tolerance. Vyžaduje od členů týmu pochopit osobní možnosti kolegů, přiznat si chyby, sdílet informace, otevřený způsob profesionální komunikace. Mezi sestrou a lékařem je vzájemná důvěra nepostradatelná. Sestra a lékař musí otevřeně mluvit i o nepříjemných věcech, které jsou nezbytné řešit v pracovních vztazích i ve vztazích s klienty. Pro vnesení důvěry do týmové práce sester a lékařů je nutné odložit osobní předpojatost za účelem sledování společného cíle. Důvěra je pravděpodobně nejdelikátnějším aspektem vzájemných vztahů. Je více ovlivňována činy než slovy. Důvěra je velmi křehká a může být zničena jedním skutkem. Pokud je jednou zklamána, je jen velmi těžké ji obnovit (26, 49, 38, 53).

Uznání a respekt

Uznání a respekt jsou nezbytné pro každého jednotlivce v týmu. Každý člen týmu potřebuje vnímat, že to, co nabízí svým kolegům, týmu – své schopnosti, dovednosti, prostředky a úsilí – je potřebné a týmem oceněné. Tým může dobře fungovat jen tehdy, pokud se jeho členové vzájemně respektují a jsou respektováni i managementem. V konečném důsledku je to právě manažer, kdo určuje míru respektu a oceňuje schopnosti týmu. Manažeři, kteří členům týmu nedůvěřují nebo znevažují práci některých členů týmu, vnáší tyto pocity do týmu. V takové pracovní atmosféře se jen velmi těžko dosahuje vzájemného respektu a porozumění, které jsou pro účinnou spolupráci nezbytné (19,49).

Konstruktivní kritika

Při týmové práci se používá pouze konstruktivní kritika jednotlivých členů týmu. Konstruktivní kritika je vítána a nikdo si jí nebere osobně. Každý člen týmu má i své slabé stránky a dopouští se chyb. I když ve zdravotnictví může chyba ať už sestry nebo lékaře ohrozit i zdraví klienta, je třeba si uvědomit, že jen málo lidí dělá chyby úmyslně. Konstruktivní kritika v týmu je spravedlivá a přichází ve vhodnou dobu na vhodném místě. Pracovní nedostatky, neúspěchy není vhodné řešit před klienty. Tyto interní záležitosti se řeší pouze v týmu (38, 49, 53).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jaké jsou převažující formy vztahů sestra - lékař u zkoumaného souboru sester a zda se sestry mohou domnívat, že jsou rovnocennými partnery lékařů v rámci týmové spolupráce.

2.2 Hypotézy

- H1: Sestry s praxí delší než 10 let hodnotí vztahy s lékaři pozitivněji než sestry s kratší praxí.
- H2: Sestry s vyšším vzděláním se cítí být vnímány jako partner lékaře v péči o pacienty častěji než sestry se středoškolským vzděláním.
- H3: Sestry na jednotkách intenzivní péče jsou lékaři pověřovány úkony nespádajícími do jejich kompetence častěji než sestry na standardních odděleních.
- H4: Konfliktní situace ve vztahu sestra – lékař uvádí častěji sestry s praxí do 10 let než sestry s delší praxí.
- H5: Konfliktní situace s lékařem řeší sestry s nadřízenými pracovníky.
- H6: Pracovní spokojenost sester ovlivňuje jejich vztahy s lékaři.
- H7: Lékaři dodržují ve vztahu k sestrami pravidla společenského chování.

2.2.1 Operacionalizace hypotéz

- kratší praxe - položky v dotazníku do 5 let, 6 – 10 let
- pozitivní hodnocení - položky v dotazníku výborné, velmi dobré, dobré
- negativní hodnocení - položky v dotazníku uspokojivé, neuspokojivé
- vyšší vzdělání - položky v dotazníku specializační vzdělání, vyšší odborné vzdělání, bakalářské vzdělání, magisterské vzdělání
- úkony nespádající do kompetence sester – úkony, které nejsou uvedeny ve Vyhlášce 424 /2004 Sb.
- nadřízení pracovníci - staniční sestra, vrchní sestra, nadřízený lékaře – vedoucí lékař oddělení, přednosta kliniky
- pravidla společenského chování – přednost sestře při vcházení do dveří, pozdrav sestry

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumného šetření. Pro sběr dat jsme využili výzkumnou techniku dotazníkového šetření s náhodným výběrem respondentů. Dotazník byl vytvořen jen pro účely tohoto výzkumu. Obsahoval 35 otázek (příloha 1). Otázky dotazníku byly uzavřené, polouzavřené, filtrační a otevřené. Poslední otevřená otázka nabízela respondentovi možnost uvést další případné komentáře, připomínky k tématu šetření.

3.2 Statistická analýza

K vyhodnocení dotazníkového šetření analýzou a syntézou dat byl použit program SPSS 15.0 a Microsoft Office Excel 2000. Pro kalkulace byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. Pro četnostní zhodnocení bylo využito početní zastoupení (Frequency), absolutní procentní zastoupení ze 100 % respondentů (Percent), validní procentní zastoupení, z kterého byli vyřazeni respondenti, neodpovídající na danou otázku (Valid percent) a kumulativní procentní četnost (Cumulative percent).

Pro zjištění statisticky významných vztahů mezi vybranými proměnnými byly použity: kontingenční tabulky (Crosstest), Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square) a modul Exact Tests (Exact Pearson Chi-Square). Kontingenční tabulky byly použity k zjištění vztahu dvou kategorizovaných proměnných. Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square) umožňuje testovat nezávislost řádkové a sloupcové proměnné. Modul Exact Tests (Exact Pearson Chi-Square) umožňuje provádět spolehlivé statistické testy nezávislosti i pro tabulky, které vykazují malé očekávané četnosti v některých buňkách.

Data byla zaokrouhlena na jedno desetinné místo vzhledem k relativně malému výzkumnému vzorku.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvoří sestry pracující v nemocnici IKEM Praha. Sběr dat byl realizován od dubna do června 2008. Šetření bylo pro sestry zcela dobrovolné a anonymní.

Prostřednictvím hlavní sestry a vrchních sester bylo rozdáno 200 dotazníků. Navráčeno bylo 163 (81,5 %) dotazníků, 11 dotazníků bylo vyřazeno pro chybné nebo neúplné vyplnění. K vyhodnocení bylo využito 152 dotazníků, což představuje 76 % oslovených respondentů. Výsledný výzkumný soubor byl tedy tvořen 152 (100 %) respondenty.

4 Výsledky

Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1 Věk respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19-25 let	62	40,8	40,8	40,8
	26-35 let	61	40,1	40,1	80,9
	36-45 let	22	14,5	14,5	95,4
	46 a více let	7	4,6	4,6	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Výzkumný soubor 152 respondentů (100 %) byl složen ze 62 (40,8 %) dotazovaných sester ve věku 19-25 let, 61 (40,1 %) dotazovaných sester ve věku 26-35 let, 22 dotazovaných sester (14,5 %) ve věku 36-45 a 7 (4,6 %) respondentů ve věku 46 a více let.

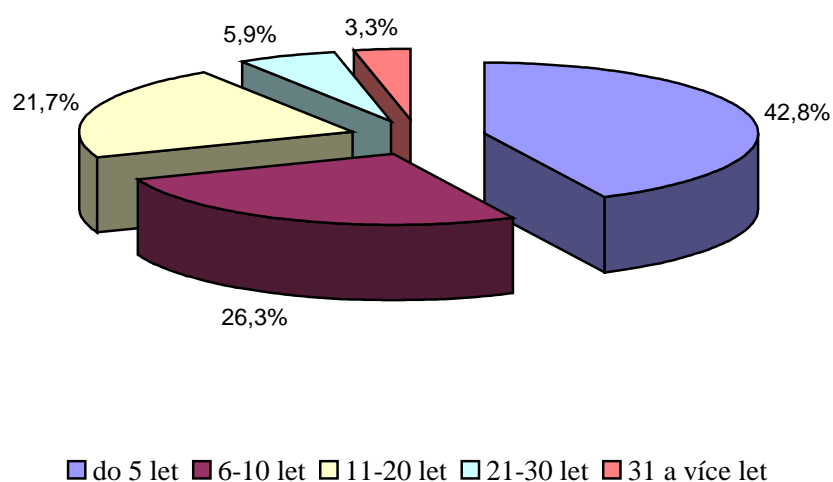
Tabulka 2 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	střední odborné vzdělání	87	57,1	57,1	57,1
	vyšší odborné vzdělání	13	8,6	8,6	65,7
	specializační vzdělání	36	23,7	23,7	89,4
	bakalářské vzdělání	13	8,6	8,6	98,0
	magisterské vzdělání	3	2,0	2,0	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Otázka č. 2 se respondentů dotazovala na jejich nejvyšší vzdělání. Střední odborné vzdělání uvedlo 87 (57,1 %) respondentů, vyšší odborné vzdělání uvedlo 13 (8,6 %) dotazovaných sester, specializační vzdělání označilo 36 (23,7 %) dotazovaných sester,

bakalářské vzdělání uvedlo 13 (8,6 %) respondentů a 3 (2 %) dotazované sestry zvolily variantu magisterské vzdělání.

Graf 1 Doba výkonu povolání sestry u respondentů



Na otázku „Kolik let vykonáváte povolání sestry?“, odpovědělo 65 (42,8 %) dotazovaných do 5 let, 40 (26,3 %) dotazovaných sester 6-10let, 33 (21,7 %) respondentů vykonává své povolání 11-20let a 5 (3,3 %) dotazovaných sester 31 a více let.

Tabulka 3 Pracovní pozice respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	řadová sestra	143	94,1	94,1	94,1
	staniční sestra	7	4,6	4,6	98,7
	vrchní sestra	2	1,3	1,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Respondenti pracují na těchto pozicích: 143 (94,1 %) dotazovaných sester pracuje na pozici řadové sestry, 7 (4,6 %) dotazovaných sester pracuje na pozici staniční sestry a 2 (1,3 %) respondenti pracují na pozici vrchní sestry.

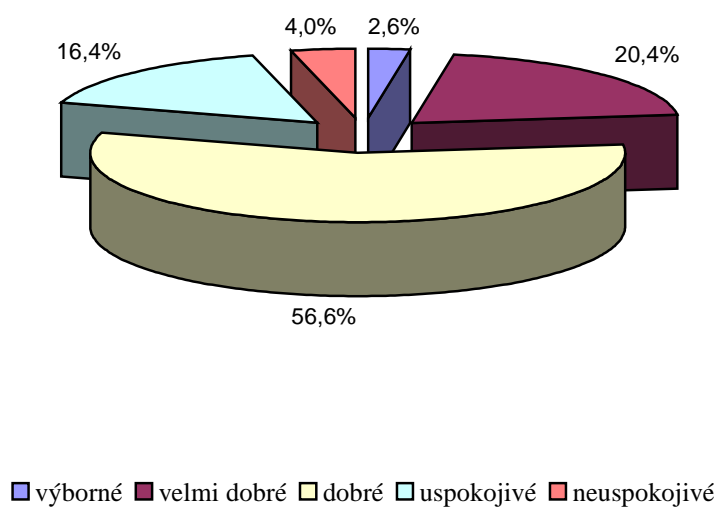
Tabulka 4 Oddělení, kde respondenti pracují

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	standardní oddělení	59	38,8	38,8	38,8
	jednotka intenzivní péče	78	51,3	51,3	90,1
	operační sál	12	7,9	7,9	98,0
	ambulantní provoz	1	0,7	0,7	98,7
	management	2	1,3	1,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Z výzkumného souboru pracuje 59 (38,8 %) dotazovaných sester na standardním oddělení, 78 (51,3 %) dotazovaných sester na jednotce intenzivní péče, 12 (7,9 %) respondentů na operačním sále, 1 (0,7 %) dotazovaná sestra v ambulantním provozu a 2 (1,3 %) dotazované sestry pracují v managementu.

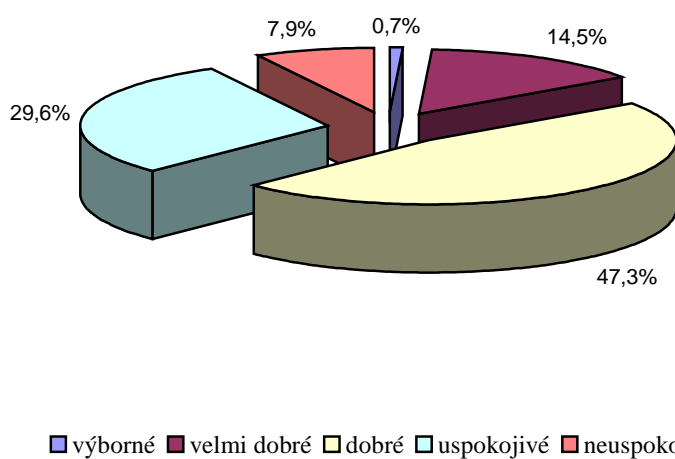
Vztah sestra - lékař - charakteristika vztahů

Graf 2 Charakteristika vztahů sestry s lékaři na oddělení, kde sestra pracuje



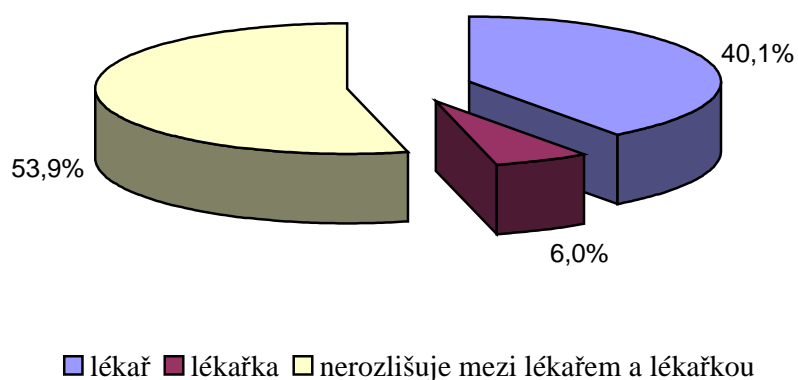
4 (2,6 %) dotazované sestry charakterizovaly své vztahy s lékaři na oddělení jako výborné, 31 (20,4 %) dotazovaných sester hodnotilo vztahy jako velmi dobré, 86 (56,6 %) dotazovaných sester označilo své vztahy s lékaři jako dobré, 25 (16,4 %) respondentů vybralo možnost uspokojivé a 6 (4,0 %) respondentů neuspokojivé.

Graf 3 Obecná charakteristika vztahů sester a lékařů na oddělení, kde sestra pracuje



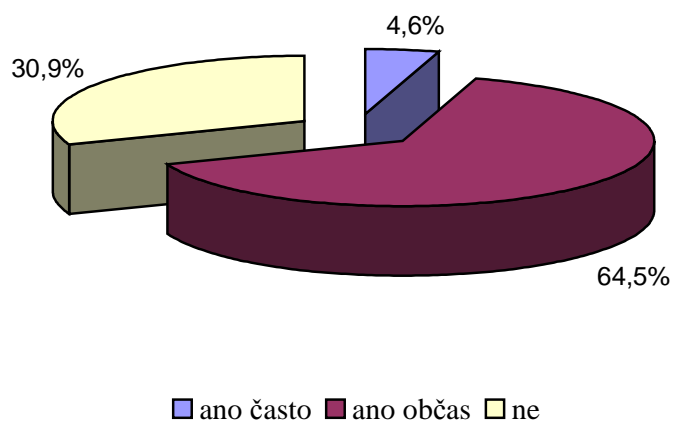
Na otázku: „Obecně by jste vztahy sester a lékařů na Vašem oddělení charakterizovala jako?“, odpověděla 1 (0,7 %) dotazovaná sestra výborné, 22 (14,5 %) dotazovaných sester hodnotilo vztahy jako velmi dobré. 72 (47,3 %) dotazovaných sester charakterizovalo vztahy sester s lékaři na jejich oddělení jako dobré, 45 (29,6 %) respondentů označilo vztahy jako uspokojivé a 12 (7,9 %) dotazovaných sester jako neuspokojivé.

Graf 4 Preference spolupráce sester s lékařem nebo lékařkou



Graf 4 znázorňuje skutečnost, že 61 (40,1 %) dotazovaných sester spolupracuje raději s lékařem než lékařkou, 9 (6,0 %) dotazovaných sester spolupracuje raději s lékařkou a 82 (53,9 %) respondentů nerozlišuje mezi spoluprací s lékařem nebo lékařkou.

Graf 5 Setkávání sester s lékaři mimo pracovní prostředí



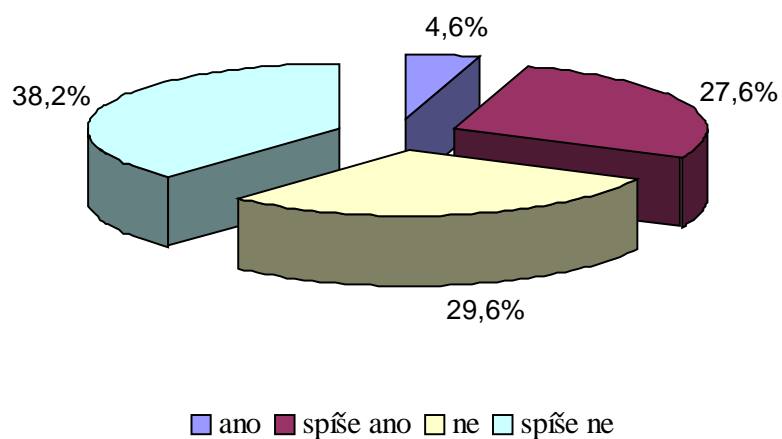
Přesah vztahů sester a lékařů do mimopracovního prostředí (setkávání na zaměstnaneckých akcích) zjišťovala otázka č. 9. Skutečnost, že se s lékaři setkávají často i mimo pracovní prostředí uvedlo 7 dotazovaných sester (4,6 %). Odpověď občas označilo 98 (64,5 %) dotazovaných. 47 (30,9 %) dotazovaných sester uvedlo, že se s lékaři mimo pracovní prostředí nestýkají.

Tabulka 5 Charakteristika vztahů sester s lékaři mimo pracovní prostředí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano, je napjatější	1	0,7	1,0	1,0
	ano, je uvolněnější	46	30,2	43,8	44,8
	ne, je stejný	58	38,2	55,2	100,0
	Total	105	69,1	100,0	
Missing	předchozí negativní odpověď	47	30,9		
Total		152	100,0		

Otázka č. 10 navazovala na otázku č. 9. Žádali jsme respondenty o charakteristiku vztahů s lékaři mimo pracovní prostředí (setkávání na zaměstnaneckých akcích). Na otázku neodpovídalo vzhledem k předchozí negativní odpovědi na devátou otázku 47 (30,9 %) respondentů. Jako napjatějšími charakterizovala vztahy 1 (0,7 %) dotazovaná sestra, 46 (30,2 %) dotazovaných sester označilo vztahy jako uvolněnější než v pracovním prostředí. 58 (38,2 %) dotazovaných sester uvedlo, že jsou jejich vztahy s lékaři mimo pracovní prostředí je stejné jako na pracovišti.

Graf 6 Tykání sester s lékaři



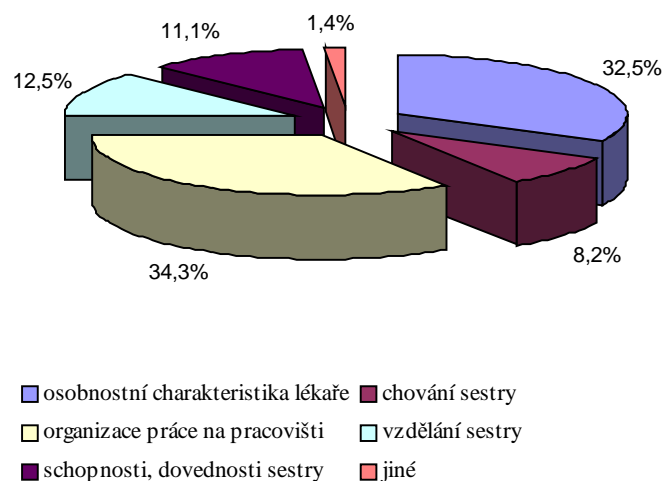
Ve výzkumném šetření jsme se také sester dotazovali, zda si s lékaři na jejich pracovišti tykají. 7 (4,6 %) dotazovaných sester uvedlo, že si s lékaři na jejich oddělení tyká. Odpověď spíše ano uvedlo 42 (27,6 %) dotazovaných sester a odpověď spíše ne označilo 58 (38,2 %) respondentů. S lékaři si netyká 45 (29,6 %) dotazovaných sester. Celkem lze říci, že dotazované sestry si s lékaři na pracovišti spíše netykají (67,8 %).

Tabulka 6 Vnímání rozdílnosti chování lékařů k sestřám a všeobecným ošetřovatelům

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano, liší pro příslušnost k ženskému pohlaví	26	17,1	19,1	19,1
	ne, neliší se	110	72,4	80,9	100,0
	Total	136	89,5	100,0	
Missing	všeobecní ošetřovatelé na odd. nepracují	16	10,5		
Total		152	100,0		

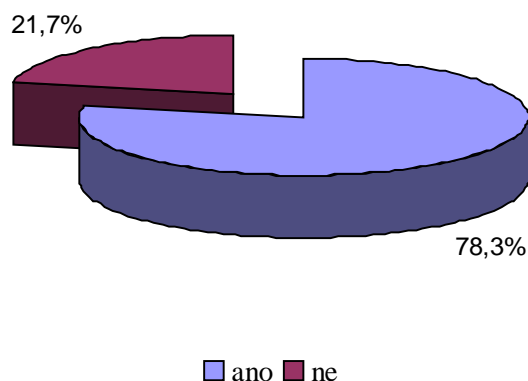
Otázka č. 12 se zaměřila na problematiku vnímání rozdílnosti chování lékařů k sestřám a lékařů k všeobecným ošetřovatelům. 16 (10,5 %) dotazovaných sester nemohlo tuto oblast posoudit, jelikož u nich na oddělení všeobecní ošetřovatelé nepracují. 26 (17,1 %) dotazovaných sester se domnívá, že se chování lékařů k nim liší pro jejich příslušnost k ženskému pohlaví. Chování lékařů k sestřám a k všeobecným ošetřovatelům pokládá 110 (72,4 %) respondentů za stejné.

Graf 7 Faktory ovlivňující vztah lékařů k sestřám



Odpovědi na otázku zjišťující faktory, které dle názoru sester nejvíce ovlivňují vztah, chování lékařů k nim, jsou znázorněny v grafu 8. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Relativní četnosti jsou vyjádřeny vzhledem k celkovému množství odpovědí – 280 (100 %). 91 (32,5 %) odpovědí dotazovaných sester bylo, že nejvíce ovlivňuje vztah, chování lékařů k nim osobnostní charakteristika lékaře. Varianta, že chování lékařů k sestřám je ovlivněno jejich chováním byla zastoupeno 23 (8,2 %) odpověďmi. Možnost organizace práce na pracovišti byla zvolena 96 (34,3 %) odpověďmi dotazovaných sester. 36krát (12,5 %) dotazované sestry uvedly, že faktorem ovlivňujícím chování lékařů k sestřám, je jejich vzdělání. Schopnosti, dovednosti sestry byly zastoupeny 31 (11,1 %) odpověďmi. Varianta jiné byla označena 4krát (1,4 %) a dotazované sestry svou odpověď upřesnily: postavení sestry ve společnosti, stresové situace a náročnost práce lékaře, nálada lékaře, únava lékaře.

Graf 8 Strach sester z lékařů



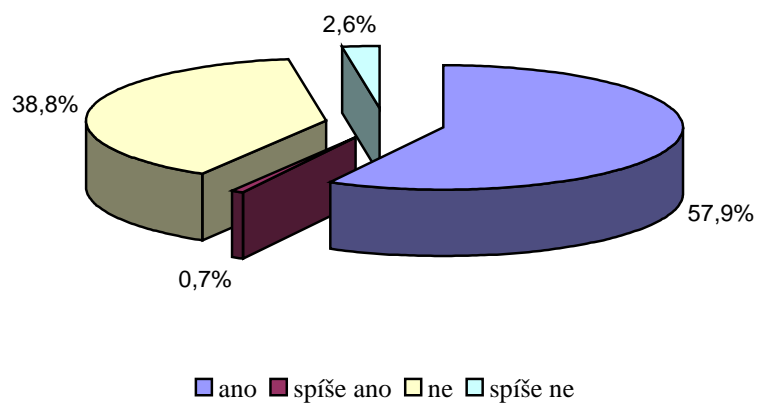
Na otázku č. 17: „Setkala jste se někdy s lékařem, se kterým jste nerada pracovala – měla jste z něho strach?“, odpovědělo 119 (78,3 %) dotazovaných sester pozitivně a 33 (21,7 %) dotazovaných sester negativně.

Tabulka 7 Přítomnost lékaře, ze kterého mají sestry strach na jejich oddělení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	82	53,9	67,8	67,8
	ne	39	25,7	32,2	100,0
	Total	121	79,6	100,0	
Missing	předchozí negativní odpověď	31	20,4		
Total		152	100,0		

Na otázku č. 17 navazovala otázka č. 18, která se sester dotazovala, zda ještě spolupracují s lékařem, ze kterého mají strach. Na tuto otázku vzhledem k negativní odpovědi na předchozí otázku neodpovídalo 31 (20,4 %) respondentů. Z odpovídajících sester označilo možnost ano 82 (53,9 %) dotazovaných sester a 39 (25,7 %) respondentů odpovědělo negativně.

Graf 9 Vztahy s lékaři a pracovní spokojenost sester

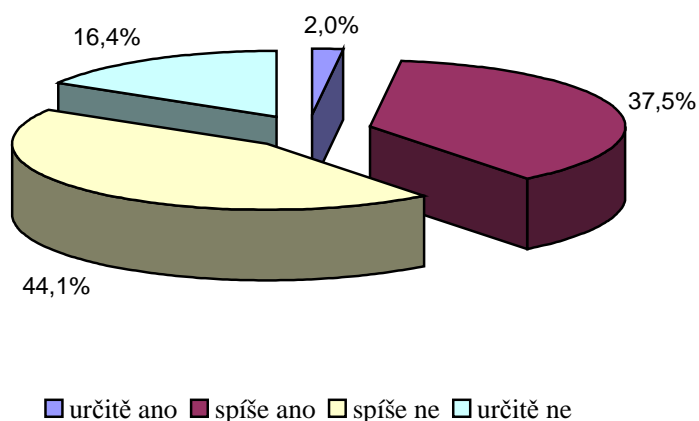


Skutečnost, že jsou vztahy s lékaři důležité pro jejich spokojenost v práci, uvedlo 88 (57,9 %) dotazovaných sester. 59 (38,8 %) dotazovaných sester označilo variantu spíše ano. Možnost spíše ne uvedly 4 ((2,6 %) dotazované sestry. Pouze 1 (0,7 %) dotazovaná sestra uvedla, že vztahy s lékaři nejsou důležité pro její spokojenost v práci.

Z grafu 10 je zřejmé, že vztahy sester a lékařů jsou významným faktorem pracovní spokojenosti sester (96,7 %).

Vztah sestra - lékař - partnerství v péči o pacienty

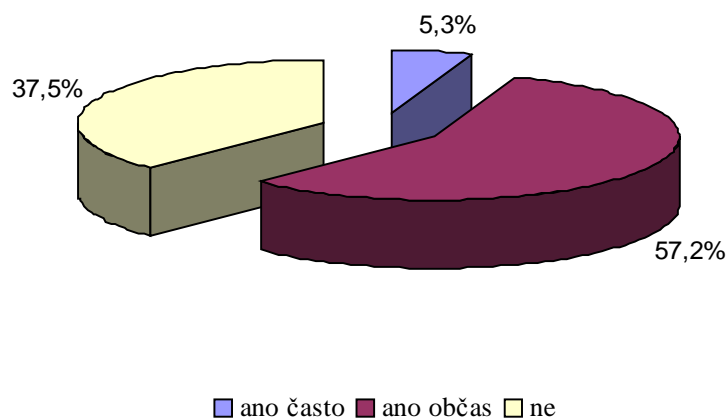
Graf 10 Vnímání rovnocenného partnerství sester a lékařů



Na otázku: „Domníváte se, že Vás lékař vnímá jako rovnocenného partnera při péči o pacienty?“, odpověděly 3 (2,0 %) dotazované sestry určitě ano. Variantu spíše ano uvedlo 57 (37,5 %) dotazovaných sester. 67 (44,1 %) dotazovaných sester se domnívá, že je lékaři spíše nevnímají jako rovnocenné partnery v péči o pacienta. Odpověď určitě ne označilo 25 (16,4 %) dotazovaných sester.

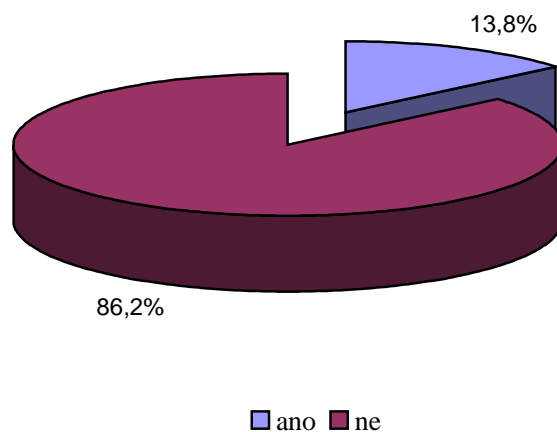
Z grafu 11 je zřejmé, že se přes polovinu dotazovaných sester (60,5 %) domnívá, že je lékař nevnímá jako rovnocenného partnera při péči o pacienty.

Graf 11 Konzultace lékařské péče o pacienta se sestrami



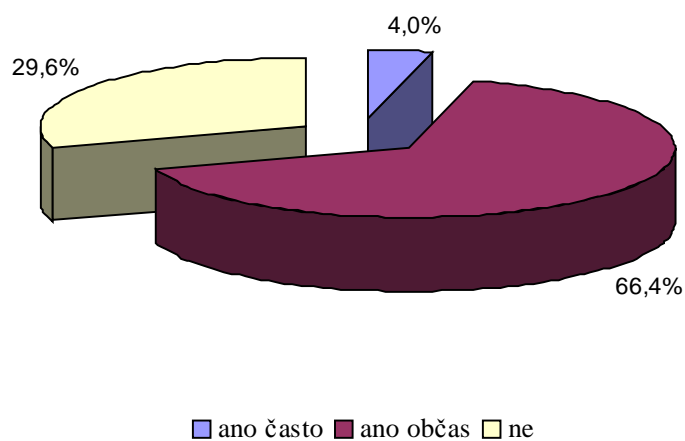
Na otázku č. 16, která zněla: „Konzultuje s Vámi lékař svou část péče o pacienta, ptá se na Váš názor?“, odpovědělo ano často 8 (5,3 %) dotazovaných sester. Konzultace lékařem občas uvedlo 87 (57,2 %) respondentů. 57 (37,5 %) dotazovaných sester uvedlo, že s nimi lékař péči o pacienta nekonzultuje, neptá se na jejich názor.

Graf 12 Spolupráce sester a lékařů při vědecké, pedagogické činnosti



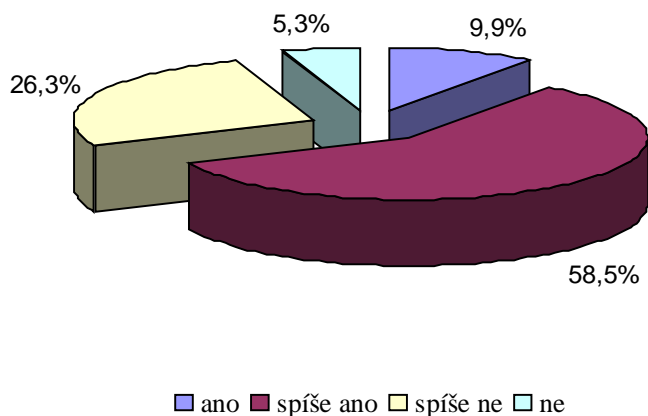
21 (13,8 %) dotazovaných sester bylo někdy požádáno lékařem o spolupráci při společné vědecké, popřípadě pedagogické činnosti. 131 (86,2 %) dotazovaných sester požádáno o spolupráci při společné vědecké, popřípadě pedagogické činnosti nikdy nebylo.

Graf 13 Vyjádření uznání lékařů sestřám za jejich práci



Často se s vyjádřením uznání za svou práci se setkává 6 (4,0 %) dotazovaných sester. 101 (66,4 %) dotazovaných sester uvedlo, že jim lékaři vyjadřují uznání za jejich práci občas. Negativní odpověď označilo 45 (29,6 %) dotazovaných respondentů.

Graf 14 Opora sester v lékařích při konfliktu s pacientem nebo pacientovou rodinou

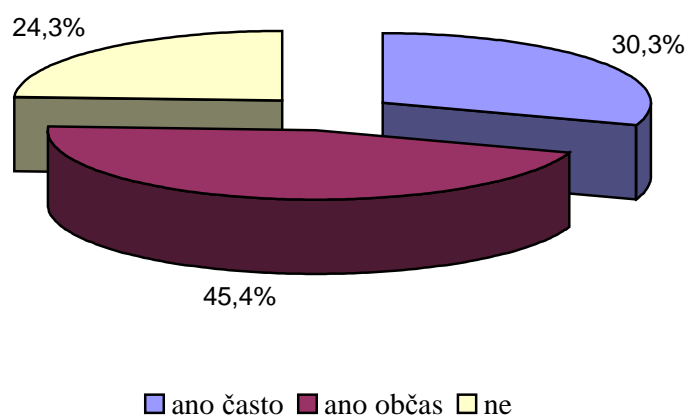


Na otázku: „V případě, že dojde ke konfliktu mezi Vámi a pacientem, popř. pacientovou rodinou, zastane se Vás lékař?“, uvedlo ano 15 (9,9 %) dotazovaných respondentů, odpověď spíše ano zvolilo 89 (58,5 %) dotazovaných sester. Možnost spíše ne označilo 40 (26,3 %) respondentů. 8 (5,3 %) dotazovaných sester uvedlo, že nemají při konfliktu s pacientem nebo jeho rodinou zastání v lékaři.

Z grafu 14 je zřejmé, že přes polovinu dotázaných sester (68,5 %) nalézají oporu v lékaři při konfliktu s pacientem nebo pacientovou rodinou.

Vztah sestra – lékař - kompetence sester

Graf 15 Pověřování sester lékaři úkony, které nejsou v jejich kompetenci



Oblast vykonávání úkonů, které nejsou v kompetenci sester zjišťovala otázka č. 21. Často je úkony mimo své kompetence pověřováno 46 (30,3 %) dotazovaných sester. Odpověď ano občas uvedlo 69 (45,4 %) respondentů. 37 (24,3 %) dotazovaných sester není lékaři pověřováno úkony, které nespádají do jejich kompetence.

Tabulka 8 Pověřování sester úkony, které nejsou v jejich kompetenci

		Frequency	Percent (vždy ze 225 odpovědí)	Percent (vždy ze 172 specif. odpovědí)
Valid	administrativní činnosti lékaře	20	8,9	11,6
	regulace dávky intravenózních léků	18	8,0	10,5
	ordinace léků sestrou	17	7,6	9,9
	objednávání lékařských konzilií	16	7,1	9,3
	podávání krevních derivátů bez kontroly lékařem	14	6,2	8,1
	regulace umělé plicní ventilace	14	6,2	8,1
	chirurgické převazy ran	10	4,4	5,8
	podávání léků bez zápisu ordinace do dokumentace (ústní ordinace, ordinace po telefonu)	10	4,4	5,8
	regulace eliminačních metod	9	4,0	5,2
	extubace pacienta bez přímého vedení lékaře	9	4,0	5,2
	poučení pacienta mimo kompetence sestry	9	4,0	5,2
	podávání informací pacientovi mimo kompetenci sestry	7	3,1	4,1
	vytahování drénů	6	2,7	3,5
	hodnocení výsledků vyšetření a jejich telefonické hlášení lékaři	4	1,8	2,3
	obsluha lékařských přístrojů	2	0,9	1,2
	vaření kávy lékaři	2	0,9	1,2
	vyřizování osobních telefonů lékaře	1	0,4	0,6
	konzultace zdravotního stavu s lékaři z jiných oddělení mimo kompetence sestry	1	0,4	0,6

	vyřizování osobních telefonátů lékaře	1	0,4	0,6
	donáška oběda lékaři	1	0,4	0,6
	první asistence lékaři při operačním výkonu	1	0,4	0,6
	respondenti nespecifikovali úkony, kterými jsou pověřováni	53	46,1	
Missing	předchozí negativní odpověď	37		

V tabulce 8 jsou uvedeny úkony, které nejsou v kompetenci sester, a kterými jsou dotazované sestry lékaři pověřováni při výkonu své práce. 37 respondentů na tuto otázku neodpovídalo, vzhledem k předchozí negativní odpovědi na otázku č. 21.

Ze 115 (100 %) respondentů, kteří kladně odpověděli na otázku č. 21, se 53 (46,1 %) dotazovaných sester rozhodlo úkony, kterými jsou lékaři pověřováni, nespecifikovat. Kompetence, kterými jsou pověřováni, se rozhodlo specifikovat 62 dotazovaných sester. Respondenti měli možnost, při specifikaci úkonů, které nejsou v jejich kompetenci, uvést více odpovědí. V tabulce jsou proto uvedeny frekvence a procentuální zastoupení odpovědí, jednak k celkovému počtu odpovědí na tuto otázku, ale i k počtu specifikovaných odpovědí.

Administrativními činnostmi lékaře byla uvedena ve 20 (8,9 %) odpovědích dotazovaných sester, 18krát (8,0 %) byla uvedena odpověď – regulace dávky intravenózních léků, 17krát (7,6 %) ordinace léků sestrou. V 16 (7,1 %) případech bylo uvedeno, že dotazované sestry objednávají lékařská konzilia. 14krát (6,2 %) bylo uvedeno podávání krevních derivátů bez kontroly lékařem. 14krát (6,2 %) byla uvedena regulace umělé plicní ventilace. V 10 (4,4 %) odpovědích bylo uvedeno provádění chirurgických převazů ran, 10krát (4,4 %) podávání léků bez zápisu ordinace do dokumentace (pouze po ústní ordinaci, ordinaci po telefonu). V 9 (4,0 %) odpovědích dotazovaných sester byla uvedena regulace eliminačních metod u pacientů, v 9 (4,0 %) případech extubace pacienta bez přímého vedení lékaře. 9krát (4,0 %) byla uvedena edukace pacientů v oblastech mimo

kompetence sestry, 7krát (3,1 %) informování klienta mimo kompetence sestry, 6krát (2,7 %) vytahování drénů. Hodnocení výsledků vyšetření a telefonické hlášení případných patologických hodnot bylo uvedeno ve 4 (1,8 %) odpovědích dotazovaných sester. Obsluha lékařských přístrojů byla uvedena 2krát (0,9 %). 2krát (0,9 %) byla uvedena odpověď vaření kávy pro lékaře. 1krát (0,4 %) byla uvedena odpověď vyřizování osobních telefonátů lékaře, 1krát (0,4 %) konzultace zdravotního stavu pacienta v oblastech mimo kompetence sestry s lékaři z jiných oddělení. 1krát (0,4 %) donáška oběda lékaři. V 1 (0,4 %) odpovědi dotazované sestry bylo uvedeno pověřování výkonem první asistence při operačním výkonu.

Tabulka 9 Odmítání úkonů, které nejsou v kompetenci sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	82	53,9	71,3	71,3
	ne	33	21,8	28,7	100,0
	Total	115	75,7	100,0	
Missing	předchozí negativní odpověď	37	24,3		
Total		152	100,0		

Otázka č. 23 se sester dotazovala, zda někdy lékaři odmítly vykonat úkon, který není v jejich kompetenci. Tato otázka navazovala na otázku č. 21. Na tuto otázku neodpovídaly sestry, které vyjádřily negativní odpověď o pověřování úkony mimo kompetence sestry. Úkon, který není v kompetenci sestry někdy odmítlo 82 (53,9 %) dotazovaných sester. 33 (21,8 %) dotazovaných sester nikdy neodmítlo lékaři vykonat úkon, který není v kompetenci sestry.

Vztah sestra – lékař a konfliktní situace

Tabulka 10 Častost konfliktních situací sester a lékařů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	velmi často	1	0,7	0,7	0,7
	často	8	5,3	5,3	6,0
	občas	74	48,7	48,7	54,7
	zřídka	69	45,3	45,3	100,0
	nikdy	0,0	0,0	0,0	100,0
	Total		152	100,0	100,0

Velmi časté konfliktní situace sester a lékařů na pracovišti uvedla 1 (0,7 %) dotazovaná sestra, varianta časté konfliktní situace byla vybrána 8 (5,3 %) dotazovanými sestrami. Odpověď, že ke konfliktním situacím na oddělení dochází občas označilo 74 (48,7 %) dotazovaných sester. 69 (45,3 %) dotazovaných sester vybralo odpověď zřídka. Odpověď nikdy zvolena nebyla.

Tabulka 10 znázorňuje přítomnost konfliktních situací na pracovišti mezi sestrami a lékaři více než u poloviny (54,7 %) dotazovaných sester.

Tabulka 11 Důvody konfliktní situací sester a lékařů

		Frequency	Percent (vždy ze 398 odpovědí)
Valid	nadřazené chování lékaře k sestře	105	26,4
	lékař si neváží práce sestry	60	15,1
	lékař pověřuje sestru úkony, které nejsou v její kompetenci	44	11,0
	lékař nerespektuje názory sestry na péči o pacienta	29	7,2
	únava, vyčerpání z práce	97	24,4
	jiné nevhodné chování lékaře	48	12,1
	nevhodné chování sestry	11	2,8
	jiné	4	1,0
Total		398	100,0

V otázce č. 25 jsme se sester dotazovali na příčiny konfliktní situací mezi nimi a lékaři. Respondenti mohli vybrat více odpovědí. V tabulce jsou proto uváděny frekvence a procentuální zastoupení odpovědí vzhledem k jejich celkovému počtu 398 (100,0 %).

Nadřazené chování lékaře jako důvod konfliktních situací byl uveden 105krát (26,4%). Důvod, že si lékař si neváží práce sestry, byl označen v 60 (15,1%) odpovědích dotazovaných sester. Příčinou konfliktů je dle 44 (11,0 %) odpovědí respondentů pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci. 29krát (7,2 %) byla vybrána varianta lékař nerespektuje názory sestry na péči o pacienta. Únava a vyčerpání z práce jako příčina konfliktních situací mezi sestrou a lékařem byla označena v 97 odpovědích (24,4 %) dotazovaných sester. Odpověď jiné nevhodné chování lékaře byla uvedena 48krát (12,1 %). Varianta nevhodné chování sestry jako důvod konfliktních situací mezi sestrou a lékařem byla vybrána 11krát (2,8 %). Možnost jiné byla zvolena ve 4 (1,0 %) případech. V odpovědi jiné respondenti uvedli: špatná organizace práce na oddělení, spěch; lenost lékaře vykonávat svou práci; stres, nedostatek času pro pacienty – nejedná se o pacienta jako o celek, ale o kus, který se pošle na jiné pracoviště; stres, příliš mnoho pacientů na jednu sestru.

Tabulka 12 Řešení konfliktní situací sester s lékaři I.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	staniční sestra	57	37,4	37,4	37,4
	konkrétní lékař	49	32,2	32,2	69,6
	staniční sestra, konkrétní lékař	23	15,1	15,1	84,7
	staniční sestra, vrchní sestra	8	5,3	5,3	90,0
	nadřízený lékař	3	2,0	2,0	92,0
	staniční sestra, nadřízený lékař	3	2,0	2,0	94,0
	vrchní sestra, nadřízený lékař	2	1,3	1,3	95,3
	vrchní sestra	3	2,0	2,0	97,3
	jiné	2	1,3	1,3	98,6
	hlavní sestra, nadřízený lékař	1	0,7	0,7	99,3
	vrchní sestra, konkrétní lékař	1	0,7	0,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

V otázce č. 27 jsme se dotazovali na osobu, se kterou řeší sestry konfliktní situace mezi nimi a lékaři. respondenti mohli zvolit více variant odpovědí. Odpověď, že konflikty řeší se jen staniční sestrou uvedlo 57 (37,4 %) dotázaných, 49 (32,2 %) respondentů řeší konflikty pouze s konkrétním lékařem. Se staniční sestrou a konkrétním lékařem řeší konflikty 23 (15,1 %) dotazovaných sester. Na staniční a vrchní sestru se obrací 8 (5,3 %) dotazovaných sester. K řešení konfliktu vyhledají 3 (2,0 %) dotazované sestry nadřízeného lékaře. 2 (1,3 %) dotazované sestry řeší konflikty se staniční sestrou a nadřízeným lékařem. Vrchní sestru a nadřízeného lékaře při řešení konfliktů vyhledají 2 (1,3 %) dotazované sestry. S vrchní sestrou řeší konfliktní situace 3 (2,0 %) dotazované sestry. Možnost jiné zvolily 2 (1,3 %) dotazované sestry: tuto variantu doplnily komentářem, že konfliktní situace řeší s kolegyněmi. Na hlavní sestru a nadřízeného lékaře se obrací 1 (0,7 %)

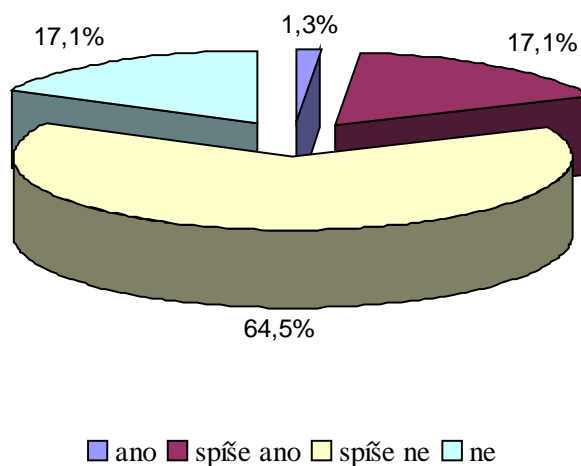
dotazovaná sestra, 1 (0,7 %) dotazovaná sestra řeší konflikty s vrchní sestrou a konkrétním lékařem.

Tabulka 13 Řešení konfliktní situací sester s lékaři II.

		Frequency	Percent ze 190 odpovědí
Valid	staniční sestra	91	47,9
	konkrétní lékař	73	38,4
	vrchní sestra	14	7,4
	nadřízený lékaře	9	4,7
	jiné	2	1,1
	hlavní sestra	1	0,5
	Total	190	100,0

Pro lepší orientaci předkládáme ještě jednu tabulku, která souborně znázorňuje jednotlivé osoby, se kterými sestry řeší konfliktní situace. Data jsou interpretována relativní četností vzhledem k počtu odpovědí 190 (100,0%). Varianta staniční sestra byla uvedena v 91 (47,9 %) odpovědích dotazovaných sester, 71krát (38,4 %) bylo označeno řešení konfliktních situací s konkrétním lékařem. Vrchní sestra byla zastoupena v 14 (7,4 %) odpovědích dotazovaných sester. 9krát (4,7 %) byla vybrána varianta nadřízený lékaře. Možnost jiné byla uvedena ve 2 (1,1 %) odpovědích dotazovaných sester. Svou odpověď respondenti doplnili komentářem, že konfliktní situace řeší s kolegyněmi. 1 (0,5 %) respondent uvedl, že řeší konfliktní situace s hlavní sestrou.

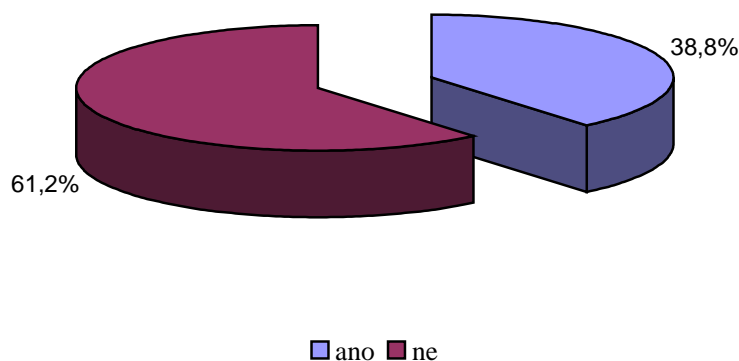
Graf 16 Podpora sestry lékaři při konfliktu s jiným lékařem



Na otázku: „V případě, že dojde ke konfliktu s lékařem, a pravda je na Vaší straně, cítíte podporu ostatních lékařů?“, odpověděly 2 (1,3 %) dotazované sestry ano. Možnost spíše ano zvolilo 26 (17,1 %) respondentů. 98 (64,5 %) respondentů uvedlo odpověď spíše ne a 26 (17,1 %) s dotazovaných sester vybralo variantu ne.

Z grafu 16 lze sledovat, že pokud dojde ke konfliktu sestry s lékařem, a pravda je na její straně, ve většině případů (81,6 %) sestra nemůže počítat s podporou ostatních lékařů.

Graf 17 Sexuální harassment ze strany lékařů



Se sexuálním harassmentem ze strany lékaře někdy setkala 59 (38,8 %) dotazovaných sester, negativní odpověď označilo 93 (61,2 %) dotazovaných sester.

Tabulka 14 Přítomnost sexuálního harassmentu na pracovišti sester

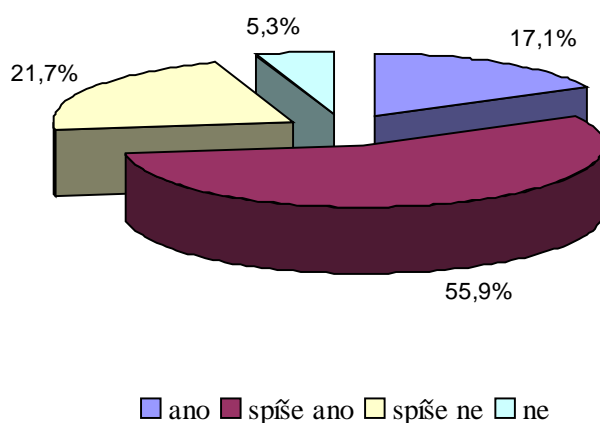
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	30	19,7	46,9	46,9
	ne	34	22,3	53,1	100,0
	Total	64	42,1	100,0	
Missing	předchozí negativní odpověď	88	57,9		
Total		152	100,0		

Tabulka 14 navazuje svými informacemi na předchozí graf. Na přítomnost sexuálního harassmentu na jejich současném pracovišti odpovídaly pouze sestry, které označily pozitivní variantu v předchozí otázce. Přítomnost sexuálního harassmentu na současném pracovišti uvedlo 30 (19,7 %) dotazovaných sester. 34 (22,3 %) dotazovaných sester uvedlo, že se na jejich současném pracovišti sexuální harassment nevyskytuje.

Vztah sestra – lékař a pravidla společenského chování

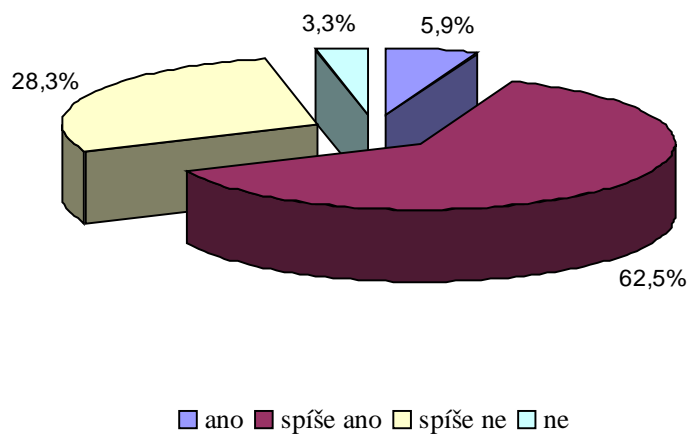
V našem dotazníku jsme také zabývali dodržováním pravidel společenského chování v pracovních vztazích lékařů k sestřím.

Graf 18 Pravidla společenského chování ve vztahu sester a lékařů: přednost při vcházení do dveří



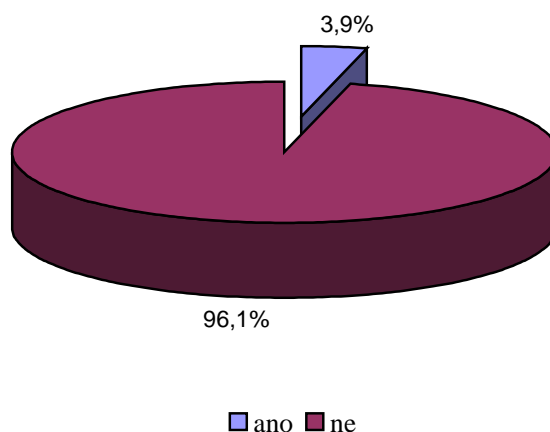
Graf 18 interpretuje odpovědi na otázku: „Dá Vám lékař při vcházení do dveří přednost?“ Na tuto otázku odpovědělo 26 (17,1 %) dotazovaných sester ano, 85 (55,9 %) dotazovaných sester spíše ano. Možnost spíše ne zvolilo 33 (21,7 %) respondentů. Jednoznačně negativní odpověď označilo 8 (5,3 %) dotazovaných sester.

Graf 19 Pravidla společenského chování ve vztahu sester a lékařů: pozdrav



Graf 19 znázorňuje odpovědi na otázku: „Pozdraví Vás lékař jako první?“ Variantu ano vybralo 9 (5,9 %) respondentů, spíše ano 95 (62,5 %) dotazovaných sester. Spíše negativní odpověď zvolilo 43 (28,3 %) dotazovaných sester. Zcela negativní odpověď označilo 5 (3,3 %) dotazovaných sester.

Graf 20 Urážky při komunikaci



Urážky při komunikaci s lékaři udalo 6 (3,9 %) dotazovaných sester. 146 (96,1 %) dotazovaných sester přítomnost urážek při komunikaci s lékaři neuvedlo.

Na tuto oblast navazovala otevřená otázka, která žádala respondenty o nastínění situací, ve kterých se setkávají s urážkami ze strany lékařů. Na tuto otázku vzhledem k předchozí negativní odpovědi odpovídalo 6 respondentů. Respondenti uvedli: stresové situace, nutnost akutního řešení stavu pacienta; konfliktní situace mezi sestrou a lékařem; nervozita únava lékařů při operačním výkonu; každodenní práce; stres, únava lékaře; odreagování lékaře od stresu

Komentáře respondentů k problematice vztahů sester a lékařů

Otázka číslo 35 nabídla respondentům možnost vyjádřit komentář, popřípadě připomínky k tématu vztahů sester a lékařů. Tuto možnost využilo 15 respondentů. Jejich komentáře jsou uvedeny v následující tabulce. Odpovědi jsou v zájmu zachování objektivnosti jejich sdělení uvedeny v plném znění.

Komentáře respondentů k problematice vztahů sester a lékařů:

- „Lékaři i sestry jsou pracovně přetěžováni.“
- „Záleží na každém jedinci a jeho vztahu k práci.“
- „Je to náročné, ale musíme spolu vycházet.“
- „Za všechno může sestra, i když to byla povinnost lékaře.“
- „Lékaři mají velké nedostatky v komunikaci: sestra a lékař, lékař a pacient. Nutno učit etiku nejlépe od základní školy.“
- „Mám naše doktory ráda.“
- „Je to náročné.“
- „Problémy lékař a sestra byly, jsou a budou.“
- „Vztahy sester a lékařů jsou na strašné úrovni.“
- „Chování některých lékařů by se mohlo zlepšit, ale na našem pracovišti jsem s chováním lékařů a sester spokojená.“
- „Někteří lékaři si myslí, že když mají vysokou školu, tak jsou něco víc než ostatní zdravotnický personál.“
- „Někteří lékaři vůbec nerespektují střední zdravotnické pracovníky a chovají se k nim, jak kdyby vůbec neexistovali. Neuvědomují si, že bez nich by oddělení nefungovalo.“
- „Lékaři by si měli více vážit práce sester a snažit se jim ji usnadnit, aby sestry nebyly přetěžované.“

- „Hodně záleží na množství práce, kterou má lékař před sebou. Od toho se odvíjí spousta věcí.“
- „Některé sestry jsou jednoduché slepice a zaslouží si kritiku lékařů. Ale když jste individualista, tak vás házení do jednoho pytle uráží. Hrozně se těším, až se pozice středoškolského zdravotnického pracovníka díky vzdělání zbavím.“

Třídění druhého stupně některých proměnných

Hodnocení vztahů sestry s lékaři a doba výkonu práce sestry

Tabulka 15 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 3 a 6)

		Ot6: hodnocení vztahů sestry a lékaři		Total
		negativní	pozitivní	
Ot3: doba výkonu práce sestry	praxe do 10 let	18	87	105
	praxe nad 10 let	13	34	47
Total		31	121	152

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách, týkajících se hodnocení vztahů sestry a lékaři a doba výkonu práce sestry.

Pro možnost statistického zpracování jsme odpovědi na otázky č. 6 a 3 překódovali do dvou kategorií u každé.

Pro otázku č. 6 jsme první kategorii označili jako pozitivní hodnocení vztahů mezi sestrou a lékaři, do ní jsme zahrnuli odpovědi: výborné, velmi dobré a dobré. Druhá kategorie byla nazvána negativní hodnocení vztahů sestry s lékaři, do ní jsme zahrnuli odpovědi: uspokojivé a neuspokojivé.

Odpovědi na otázku č. 3, doba praxe sester, jsme také rozčlenili do dvou kategorií. První kategorie zahrnovala sestry s praxí kratší než 10 let, odpovědi: do 5 let, 6 - 10 let. Do druhé kategorie jsme zařadili sestry s praxí delší než 10 let, odpovědi: 11 - 20 let, 21 - 30 let, 31 a více let.

Tabulka 16 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č. 3 a 6)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,212(b)	1	0,137		
Continuity Correction(a)		1	0,204		
Likelihood Ratio	2,128	1	0,145		
Fisher's Exact Test				0,190	0,104
N of Valid Cases	152				

Poznámky: (a) Vypočítáno jen pro 2x2 tabulky.

(b) 0 (0,0 %) buněk má hodnotu proměnných menší než 5. Minimální hodnota je 9,59.

Na základě hodnoty signifikace Pearson Chi-Square 0,137 (13,7 %) v prvním řádku, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Hodnocení vztahů sestry s lékaři na oddělení je nezávislé na délce praxe sester.

Hodnocení vztahů sestry s lékaři a věk sester

Tabulka 17 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 1 a 6)

		Ot6: hodnocení vztahů sestry a lékařů		Total
		negativní	pozitivní	
Ot1: věk sestry	mladší sestry	24	99	123
	starší sestry	7	22	29
Total		31	121	152

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se hodnocení vztahů sestry s lékaři a věk sestry.

Pro možnost statistického zpracování jsme odpovědi na otázky č. 6 a 1 překódovali do dvou kategorií u každé.

Pro otázku č. 6 jsme první kategorii označili jako pozitivní hodnocení vztahů mezi sestrou a lékaři, do ní jsme zahrnuli odpovědi: výborné, velmi dobré a dobré. Druhá kategorie byla nazvána negativní hodnocení vztahů sestry s lékaři, do ní jsme zahrnuli odpovědi: uspokojivé a neuspokojivé.

Odpovědi na otázku č. 1, věk sester, jsme také rozčlenili do dvou kategorií. První kategorie zahrnovala mladší sestry, odpovědi: 19 - 25 let, 26 - 25 let. Do druhé kategorie jsme zařadili starší sestry, odpovědi: 36 - 45 let, 46 a více let.

Tabulka 18 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č. 1 a 6)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	0,309(b)	1	0,578		
Continuity Correction(a)	0,090	1	0,764		
Likelihood Ratio	0,300	1	0,584		
Fisher's Exact Test				0,611	0,371
N of Valid Cases	152				

Poznámky: (a) Vypočítáno jen pro 2x2 tabulky.

(b) 0 buněk (0,0 %) má hodnotu proměnných menší než 5. Minimální hodnota je 5,91.

Na základě hodnoty signifikace Pearson Chi-Square 0,137 (13,7 %) v prvním řádku, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Hodnocení vztahů sestry s lékaři je nezávislé na věku sestry.

Pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci a pracoviště sestry

Tabulka 19 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 4 a 21)

		Ot21: pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci			Total
		ano často	ano občas	ne	
Ot4: pracoviště sestry	jednotka intenzivní péče	33	28	17	78
	standardní oddělení	11	31	17	59
Total		44	59	34	137

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách, týkajících se pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci a pracoviště sestry.

Tabulka 20 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č. 4 a 21)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,685(a)	2	0,013
Likelihood Ratio	9,021	2	0,011
N of Valid Cases	137		

Poznámky: (a) 0 buněk (0,0 %) má hodnotu proměnných menší než 5. Minimální hodnota je 14,64.

Na základě hodnoty signifikace Pearson Chi-Square 0,013 (1,3 %) v prvním řádku, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé. Pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci je závislé na charakteru pracoviště sestry.

Vnímání rovnocenného partnerství sester a lékařů a vzdělání sestry

Tabulka 21 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 2 a 15)

		Ot15: vnímání rovnocenného partnerství sester a lékařů		Total
		ano	ne	
Ot2: vzdělání sestry	střední odborné vzdělání	32	55	87
	vyšší vzdělání	28	37	65
Total		60	92	152

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách vnímání sester jako rovnocenných partnerů při péči o pacienty a vzdělání sester.

Pro možnost statistického zpracování jsme odpovědi na otázky č. 2 a 15 překódovali do dvou kategorií u každé.

Odpovědi na otázku č. 15 jsme překódovali do kategorií: pozitivní (odpovědi určitě ano, spíše ano) a negativní (odpovědi spíše ne, určitě ne).

Otázku č. 2, nejvyšší dokončené vzdělání sestry, jsme také rozčlenili do dvou kategorií. První kategorie zahrnovala sestry se středním odborným vzděláním, druhá kategorie sestry s vyšším vzděláním (odpovědi specializační vzdělání, vyšší odborné vzdělání, bakalářské vzdělání a magisterské vzdělání).

Tabulka 22 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č. 2 a 15)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	0,617(b)	1	0,432		
Continuity Correction(a)	0,382	1	0,537		
Likelihood Ratio	0,616	1	0,433		
Fisher's Exact Test				0,503	0,268
N of Valid Cases	152				

Poznámky: (a) Vypočítáno jen pro 2x2 tabulky.

(b) 0 (0,0 %) buněk má hodnotu proměnných menší než 5. Minimální hodnota je 25,66.

Na základě hodnoty signifikace Pearson Chi-Square 0,432 (43,2 %) v prvním řádku, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Vnímání rovnocenného partnerství sester a lékařů je nezávislé na vzdělání sester.

Častost konfliktních situací mezi sestrami a lékaři a doba praxe sester

Tabulka 23 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 3 a 24)

		Ot24: častost konfliktních situací			Total
		často	občas	zřídka	
Ot3: doba výkonu práce sestry	praxe do 10 let	4	54	47	105
	praxe nad 10 let	5	20	22	47
Total		9	74	69	152

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících častosti konfliktních situací mezi sestrami a lékaři a doba výkonu práce sestry.

Pro možnost statistického zpracování jsme odpovědi na otázky č. 24 a 3 překódovali do třech kategorií u otázky č. 24 a dvou kategorií u otázky č. 3.

Pro otázku č. 24 jsme první kategorii označili jako konfliktní situace mezi sestrami a lékaři často, do ní jsme zahrnuli odpovědi: velmi často a často. Druhá kategorie zahrnuje odpověď občas a třetí kategorie možnost zřídka kdy.

Odpovědi na otázku č. 3, doba výkonu práce sestry, jsme překódovali do dvou kategorií. První kategorie zahrnovala sestry s praxí kratší než 10 let, odpovědi: do 5 let, 6 – 10 let. Do druhé kategorie jsme zařadily sestry s praxí delší než 10 let, odpovědi: 11 – 20 let, 21 – 30 let, 31 a více let.

Tabulka 24 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č. 3 a 24)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,112(a)	2	0,211
Likelihood Ratio	2,900	2	0,235
N of Valid Cases	152		

Poznámky: (a) 1 buňka má hodnotu proměnných menší než 5. Minimální hodnota je 2,78.

Na základě hodnoty signifikace Pearson Chi-Square 0,211 (21,1 %) v prvním řádku, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Častost konfliktních situací mezi sestrami a lékaři je nezávislá na délce praxe sestry .

Pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci a častost konfliktních situací mezi sestrami a lékaři

Tabulka 25 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky 24 a 21)

		Ot21: pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci			Total
		ano často	ano občas	ne	
Ot24: častost konfliktů mezi sestrami a lékaři	často	5	2	2	9
	občas	24	41	9	74
	zřídka	17	26	26	69
Total		46	69	37	152

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách pověřování sester úkony mimo jejich kompetence a častost konfliktních situací mezi sestrami a lékaři .

Pro možnost statistického zpracování jsme některé odpovědi na otázku č. 24 překódovali do tří kategorií: první kategorie (odpovědi velmi často, často), druhá kategorie (odpověď občas) a třetí kategorie (odpověď zřídka).

Tabulka 25 Testování závislosti proměnných pomocí Exact Chi-Square Tests (otázky č. 24 a 21)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,912(a)	4	0,003	0,003
Likelihood Ratio	16,072	4	0,003	0,004
Fisher's Exact Test	15,712			0,002
N of Valid Cases	152			

Poznámky: (a) 3 buňky (33,3%) mají hodnotu proměnných menší než 5. Minimální hodnota je 2,19.

Na základě hodnoty signifikace Exact Pearson Chi-Square 0,003 (0,3 %) v prvním řádku, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé. Pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci je závislé na častosti konfliktních situací.

5 Diskuse

Výzkumná práce byla zaměřena na zjištění některých aspektů vztahů sester a lékařů v současném systému zdravotnictví.

K charakteristice výzkumného vzorku: Výzkumného šetření se zúčastnily spíše sestry mladšího věku, 80,9 % dotazovaných sester bylo ve věku 35 a méně let. Přes polovinu dotazovaných sester mělo středoškolské vzdělání (57,1 %), pouze 10,6 % respondentů mělo vzdělání vysokoškolské. Na jednotkách intenzivní péče pracuje 51,3 % dotazovaných sester, na standardním oddělení jsou zastoupeny 38,8 %. 94,1 % respondentů je pracovně zařazeno jako řadové sestry. Výzkumného šetření se zúčastnilo i 4,6 % staničních sester a (2) 1,3 % vrchní sestry.

V první oblasti naší práce, zabývající se charakteristikou vztahů sester a lékařů, jsme dotazované sestry žádali jednak o jejich individuální hodnocení vztahů s lékaři a dále pak o všeobecné hodnocení vztahů sester a lékařů na jejich pracovišti. Použili jsme hodnotící škálu od stupně výborné po neuspokojivé. Hodnocení výborné při individuálním hodnocení využily pouze 2,6 % dotazovaných sester, při všeobecném hodnocení vztahů sester a lékařů na pracovišti tento stupeň využila pouze 1 dotazovaná sestra. Nejčastěji respondenti využívali stupeň dobré, ten byl označen 56,5 % dotazovaných sester při jejich hodnocení vztahů s lékaři a 47,4 % dotazovaných sester při hodnocení vztahů sester a lékařů na jejich oddělení. Tyto skutečnosti lze porovnat s výzkumem Lajky (30) nazvaným: „ Jak se žije českým sestrám?“. Lajka se mimo jiné zabýval hodnocením spolupráce sester a lékařů z pohledu sestry. Myslíme si, že v jistém smyslu lze mezi vztahy sester a lékařů a jejich spoluprací nalézt jistou analogii a data použít ke srovnání. Dle Lajky 41 % sester hodnotí spolupráci s lékaři jako dobrou. Naše výsledky jsou o něco pozitivnější, nelze je však paušalizovat, jelikož jsou vztaženy spíše ke konkrétnímu zdravotnickému zařízení a nelze je v žádném případě zevšeobecňovat. Data publikovaná Lajkou vychází z celorepublikového reprezentativního výzkumného vzorku sester.

Spíše negativní hodnocení vztahů sester a lékařů lze identifikovat z hodnocení uspokojivé a neuspokojivé. Takto charakterizovalo své vztahy s lékaři více než 1/5 sester (20,3 %), při hodnocení vztahů sester a lékařů na jejich pracovišti tyto varianty zvolilo dokonce 37,5 % sester. Takto vysoká hodnota by jistě měla vést k další analýze interpersonálních vztahů sester a lékařů. Co sestry vede k tomu, že hodnotí vztahy s lékaři spíše negativně? Některými jevy, které mohou vést k této evaluaci se budeme v diskusi dále zabývat.

Při třídění druhého stupně jsme zjišťovali míru závislosti mezi hodnocením vztahu sestry s lékařem a délkou praxe sestry a také věkem dotazované sestry. Naším předpokladem bylo, že vztahy budou hodnotit pozitivněji sestry s praxí delší než 10 let a sestry starší 35 let. Na základě chí2 testu jsme však neprokázali statisticky významnou závislost mezi těmito proměnnými. Na základě tohoto zjištění **zamítáme hypotézu číslo 1**, že sestry s praxí delší než 10 let hodnotí vztahy s lékaři pozitivněji než sestry s kratší praxí.

Respondentů jsme se dotazovali i na preferenci spolupráce s lékařem nebo lékařkou. Za zajímavé zjištění a potvrzení některých dříve uváděných faktů, lze považovat preferenci spolupráce s lékařem u 40,1 % dotazovaných sester. Tento jev je v literatuře vysvětlován mnohdy více dominantním postavením některých lékařek než lékařů - mužů, proto některé sestry raději spolupracují s lékaři. K interpretaci preference spolupráce s lékařem lze také uvést některá zjištění z výzkumu Gjerberg a Kjólrsród (16), který se zabýval spoluprací sester s lékařkami. Gjerberg a Kjólrsród uvádí, že existuje 15,116krát vyšší pravděpodobnost, že lékařka bude patřit ke skupině, které se dostane od sester menší pomoci než lékařům. Odmítavý postoj sester k lékařkám je ve výzkumu Gjerberg a Kjólrsród vykládán snahou sester o obecné snížení statusu lékařů. V lékařce při této tendenci vidí vzhledem k pohlaví lehčího soupeře. Z výsledků výzkumu Zelekové a Philippsové (65) nazvaném „Gender a moc: Sestry a lékaři v Kanadě“, kde se sestry vyjadřují k řešení různých klinických situací mezi sestrami a lékaři, je také patrný vliv genderu. Sestry jsou ochotnější pomoci častěji lékařům než lékařkám. Naše skupina

dotazovaných sester by výše uváděná zjištění zamítala, jelikož 53,9 % námi dotazovaných sester nerozlišuje při spolupráci mezi lékařkou a lékařem.

Z důvodu zvyšujícího se počtu všeobecných ošetřovatelů ve zdravotnických zařízeních jsme se rozhodli zabývat vlivem tohoto jevu na vztah sestry – lékař. Zjišťovali jsme rozdílnost chování lékařů k sestram a všeobecným ošetřovatelům. Dle našeho zjištění se 72,4 % dotazovaných sester domnívá, že vztahy lékařů k nim se neliší od vztahů lékařů a všeobecných ošetřovatelů. Tyto zjištění by vliv genderu ve vztahu sestry – lékař u našeho výzkumného souboru také spíše zamítalo.

Oblastí, která také do jisté míry může ovlivnit vztahy sestry a lékařů, je setkávání mimo pracovní činnost, na zaměstnaneckých akcích, večírcích. Setkávání s lékařem na těchto akcích uvedlo 69,1 % dotazovaných sester. Třetina (30,2 %) dotazovaných sester charakterizuje mimopracovní vztahy jako uvolněnější než vztahy pracovní. V literatuře (25) jsou vztahy spolupracovníků mimo zaměstnání obecně popisovány jako uvolněnější. Odpoutání od pracovních povinností, pracovního stresu vede mnohdy k uvolnění i napjatých pracovních vztahů, lepšímu vzájemnému poznávání a ve svém důsledku k zlepšení pracovního výkonu. Spousta organizací a firem pořádá různé mimopracovní aktivity pro rozvoj a zlepšení interpersonálních vztahů svých zaměstnanců a zvyšování „týmového uvědomění“. Management nemocnice by mohl, dle našeho názoru, využít významu zaměstnaneckých akcí pro zlepšování vztahů sestry a lékařů na pracovišti.

Určitý rozměr vztahům na pracovišti dává i přítomnost vykání či tykání mezi spolupracovníky. Plaňava (41) uvádí, že tyto dva typy komunikace se liší především určitou distancí. Tykání je považováno za osobnější formu komunikace. Tykání sestry s lékařem uvádí jen necelá třetina dotazovaných sester (32,2 %). Dle našeho názoru však nelze s jistotou říci, jaká forma komunikace by měla být považována ve vztahu sestry – lékaře za vhodnou. Vztahy sestry a lékařů jsou velmi rozmanité vzhledem k různému věku, pohlaví a funkčnímu postavení komunikujících. Je také třeba uvést, že tykání sestry s lékařem v přítomnosti klienta je považováno za nevhodné.

Při hodnocení faktorů, které působí na vztah lékařů a sester, mohly sestry volit z více možností. Nejčastěji uváděnou skutečností byla organizace práce na pracovišti. Ta byla označena v 34,3 % případů. V literatuře (26) je často zmiňován význam působení organizace práce na mezilidské vztahy na pracovišti. Organizace práce může ovlivňovat interpersonální vztahy kladně i záporně. Správná organizace práce vede k tomu, že každý zná a plní svou funkci v týmu a je vnímán jako jeho neopomenutelný článek. Nesprávná organizace práce může naopak způsobit nedorozumění, konflikty, které mohou být překážkou při plnění týmových úkolů – péče o pacienty. To, že dotazované sestry upozorňují právě na organizaci práce, by mělo být signálem pro její další analýzu na všech úrovních řízení.

Druhou nejčastěji uváděnou skutečností, ovlivňující chování ve vztahu lékařů k sestřám, byla osobnostní charakteristika lékaře - 32,5 % odpovědí. Svoje chování jako faktor působící na vztah, chování lékařů k sestřám je zastoupeno pouze 8,2 % odpověďmi. Z těchto výsledků lze usuzovat na v jistém smyslu kritický postoj sester k chování lékařů a naopak benevolentní postoj k vlastnímu chování. Nesnaží se sestry přesunout odpovědnost za interpersonální vztahy na lékaře? Interpersonální vztahy jsou přece výsledkem interakce dvou osobností, které jsou spolu v kontaktu.

Schopnosti, dovednosti sestry jako faktor ovlivňující vztah lékařů k sestřám byl uveden pouze 31krát (11,1 %). Brožová, Tóthová (10) ve výsledcích svého výzkumu „Vztah lékař – sestra a jeho vliv na kvalitu ošetrovatelské péče“ uvádí, že 93 % lékařů považuje zručnost sestry za formativní faktor jejich postoje k ní. Ve srovnání s našimi výsledky je patrné, že si námi dotazované sestry neuvědomují, v jaké míře mohou jejich schopnosti a dovednosti ovlivňovat vztah lékaře k sestře.

K zhodnocení pracovních vztahů sester a lékařů jsme se sester také dotazovali, zda se během své pracovní kariéry setkaly s lékařem, se kterým nerady pracovaly – měly z něho strach. Dle našeho zjištění se 78,3 % dotazovaných sester setkalo během své pracovní kariéry s lékařem, se kterým nerady pracovaly - měly z něho strach. Více než polovina dotazovaných sester (53,9 %) potvrdilo přítomnost tohoto lékaře na svém současném

pracovišti. Pro srovnání můžeme použít výsledky výzkumu Brožové a Tóthové (10). Dle jejich zjištění může 65 % sester pracovat pod vlivem pracovního stresu, jehož příčinou je lékař. I když jsou naše výsledky o něco optimističtější, může dle našeho názoru vést přítomnost určité atmosféry strachu k omezení spolupráce sestry s tímto lékařem. Ve svém důsledku by tento vztah mohl v nejkrajnějším případě vést až k ohrožení zdraví klientů. Přítomností strachu z lékaře v námi sledovaném vztahu je nutné se dále zabývat. Jistě by bylo zajímavé identifikovat faktory, které k tomuto pocitu sester vedou.

S výkonem určitého zaměstnání nepochybně souvisí pracovní spokojenost. Pracovní spokojenost ovlivňuje mnoho faktorů. Jedním z významných aspektů působících na spokojenost v práci jsou nepochybně vztahy na pracovišti. Proto jsme se rozhodli u našeho výzkumného souboru sledovat vliv vztahů sester a lékařů na pracovní spokojenost sester. Důležitost vztahů s lékaři pro spokojenost v práci uvedlo 96,7 % dotazovaných sester. Bylo by jistě zajímavé zjistit, zda si lékaři uvědomují, do jaké míry jejich vztahy se sestrami působí na spokojenost sester v práci. Na základě této skutečnosti lze říci, že **hypotéza číslo 6 se potvrdila**, pracovní spokojenost sester ovlivňují jejich vztahy s lékaři.

Druhou oblastí, na kterou se zaměřilo naše výzkumné šetření, byla oblast pracovního partnerství sester a lékařů. Zkoumali jsme, zda se sestry cítí být vnímány rovnocennými partnery lékařů při péči o klienty. Přes polovinu dotázaných sester (60,5 %) uvedlo, že se domnívají, že je lékaři nevnímají jako rovnocenné partnery při péči o klienty. Pouze 2,0 % dotázaných sester si myslí, že je lékař určitě vnímá jako rovnocenného partnera při péči o klienty. Tyto výsledky bychom mohli interpretovat z několika hledisek. Jedním faktem je vnímání přetrvávající dominance medicíny a submisivita ošetřovatelství v péči o pacienty samotnými sestrami. Jiným hlediskem by mohla být skutečnost, že lékaři chápou sestry jako své partnery, ale nevyjadřují jim to. Nutné je samozřejmě uvést i variantu, že skutečně přetrvává dominance lékařství a ošetřovatelství je lékaři stále chápáno jako pomocná profese a ne jako samostatná disciplína, rovnoprávně postavená s ostatními ve zdravotnickém týmu. Dle našich zjištění,

v situaci, kdy se sestry necítí být vnímány partnery lékařů, lze jen obtížně naplňovat některé z filozofií týmové práce – pocit společné identity, společného vědomí.

Při třídění druhého stupně jsme zkoumali závislost mezi vnímáním rovnocenností sester a lékařů a vzděláním sestry. Naším předpokladem bylo, že sestry s vyšším vzděláním se cítí být vnímány jako partner lékaře častěji než sestry se středoškolským vzděláním. Závislost mezi zkoumanými proměnnými se však neprokázala. Na základě našich zjištění **zamítáme hypotézu číslo 2**, že sestry s vyšším vzděláním se cítí být vnímány jako partner lékaře v péči o pacienty častěji než sestry se středoškolským vzděláním.

S rovnoprávností obou profesí v rámci týmové spolupráce souvisí i vzájemné konzultace péče o klienty. Zajímalo nás, zda lékaři konzultují svou část péče o klienty se sestrami. Konzultace lékařské péče o klienty se sestrou uvedlo 62,5 % dotazovaných sester. To je pro nás celkem příjemné zjištění. Na druhou stranu více než třetina dotazovaných sester (37,5 %) se s konzultacemi lékaře neseťkává, lékař se neptá na jejich názor na péči o klienta. Myslíme si, že vzájemná konzultace péče o klienta může být přínosem pro všechny členy zdravotnického týmu a především pro klienta. Každý člen týmu získává v rámci své role informace o klientovi z různých hledisek. Vzájemné předávání získaných informací, názorů pak jistě vede ke zkvalitnění péče o pacienty i k lepším interpersonálním vztahům.

V zahraničí i v některých našich zdravotnických zařízeních je běžná spolupráce sester a lékařů při vědecké nebo pedagogické činnosti. Vzhledem k charakteru zdravotnického pracoviště IKEM Praha, ve kterém jsme šetření realizovali, nás překvapila velmi malá spolupráce sester a lékařů při společné výzkumné nebo pedagogické činnosti. Pouze 13,8 % dotazovaných sester uvedlo, že byly někdy lékaři požádány o spolupráci při vědecké činnosti.

Práce sester je pro lékaře a v péči o klienty jistě nenahraditelná. Zajímalo nás, zda lékaři vyjadřují sestrám uznání za jejich práci. S vyjádřením uznání občas nebo často se setkává u 70,3 % dotazovaných sester, což je pro nás optimistické zjištění. Na druhou stranu se s tímto faktem téměř třetina dotazovaných sester neseťkává. Měli bychom si však

položit otázku: Zda sestry vyjadřují uznání lékařům za jejich práci? Vždyť práce sestry je v mnoha oblastech závislá na práci lékaře.

Jistou dimenzi vztahům sestry a lékaře dává také podpora sestry lékařem při řešení konfliktu s pacientem nebo pacientovou rodinou. Z výsledků našeho šetření je zřejmé, že 68,5 % dotazovaných sester nalézá oporu v lékaři při konfliktu s pacientem nebo pacientovou rodinou. Toto, pro nás optimistické zjištění, je možné chápat jako jednu ze známek formy soudržnosti jednotlivých členů zdravotnického týmu.

Třetí oblastí, kterou se zabývala naše výzkumná práce, byla oblast pověřování sester lékaři úkony, které nejsou v jejich kompetenci. I když jsou kompetence sester v dnešní době již vymezeny zákonem, je obecně známým fenoménem pověřování sester i úkony mimo jejich kompetence. Dle našeho zjištění je úkony, které nejsou v kompetenci sestry, pověřováno občas či často 75,7 % dotazovaných sester. Toto zjištění lze porovnat s výsledky výzkumu Brožové, Tóthové (10). Výsledky jejich výzkumu prezentují, že 53 % sester vykonává často i práce, které náleží do kompetence lékaře a jen 8 % sester nedělá práce, které náleží do kompetence lékaře nikdy. Domníváme se, že výsledky obou výzkumů je možné považovat za srovnatelné. Ke srovnání lze také využít výzkumu Bártlové (3), který se zabývá se pracovními vztahy a kompetencemi všeobecných sester v České republice. Z výsledků výzkumu Bártlové je zřejmé, že úkony nespádajícími do kompetence sester je lékaři občas nebo často pověřována více než 1/3 sester (35,3 %). K interpretaci s našimi výsledky je nutné uvést, že Bártlová využila reprezentativního vzorku sester v České republice na rozdíl od našeho lokálně zaměřeného výzkumného vzorku.

V třídění druhého stupně jsme se zabývali statistickou závislostí proměnných: pověřování sestry úkony, které nespádají do její kompetence a charakterem pracoviště. Vycházeli jsme z hypotézy, že úkony nespádajícími do kompetence sester jsou lékaři častěji pověřovány sestry pracující v intenzivní péči, než sestry na standardních odděleních. Výsledky jasně prokázaly, že existuje významná souvislost mezi pověřování sestry úkony, které nespádají do její kompetence, a charakterem pracoviště sestry. Tato okolnost

koresponduje s výsledky výzkumu Bártlové (6), která tříděním druhého stupně také došla k zjištění, že úkony nespádajícími do kompetence sester jsou pověřovány především sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních, koronárních jednotkách a jednotkách intenzivní péče. Na základě výše uvedených výsledků **potvrzujeme hypotézu číslo 3**, že sestry na jednotkách intenzivní péče, jsou lékaři pověřovány úkony nespádajícími do jejich kompetence častěji než sestry na standardních odděleních.

V následující otevřené otázce jsme zjišťovali, jakými kompetencemi jsou sestry pověřovány. Sestrám byla dána možnost nespecifikovat kompetence, kterými jsou pověřovány. Tuto variantu zvolilo 53 dotazovaných sester. Z toho vyvstává otázka: Proč se sestry rozhodly nespecifikovat úkony, kterými jsou pověřovány? Je to pro snadnější a rychlejší vyplnění dotazníku? Nechtějí sestry poukazovat na to, že dělají něco, co by dělat neměly? Znají sestry své kompetence?

Úkony, kterými jsou lékaři pověřovány, se rozhodlo specifikovat 62 dotazovaných sester. Dotazované sestry nejčastěji uváděly: administrativními činnostmi lékaře - 8,9 %, regulace dávky intravenózních léků - 8,0 %, ordinace léků - 7,6 %, objednávání lékařských konzilií - 7,1 %, podávání krevních derivátů bez kontroly lékařem - 6,2 %, regulace umělé plicní ventilace - 6,2 %, chirurgické převazy ran - 4,4 %, podávání léků bez zápisu ordinace do dokumentace (pouze po ústní ordinaci, ordinaci po telefonu) 4,4 % a další méně časté úkony. Na základě výše uvedených faktů lze konstatovat, že sestry jsou pověřovány některými vysoce specializovanými úkony, které náleží do kompetence lékaře, a zřejmě si ani neuvědomují rizika, která z jejich konání plynou. Lékaři si přesunutím některých úkonů na sestry snaží ulehčit svou práci, ale vystavují své pacienty nebezpečí poškození zdraví. Nakolik je sestra, pokud dojde k poškození zdraví klienta, právně chráněna, je také velmi diskutabilní. Sestra přece vykonávala činnosti, ke kterým neměla ze zákona oprávnění.

K dané problematice je také nutné dodat, že některé sestry neznají přesně své kompetence. Sestry se specializovanou způsobilostí mohou vykonávat některé úkony pod odborným dohledem lékaře nebo pod přímým vedením lékaře, i když se domnívají, že tyto úkony vykonávat nemohou. Avšak v našem výzkumném šetření jsme se nezabývali

podrobným určováním odborné způsobilosti jednotlivých sester. Proto si myslíme, že by bylo zajímavé dále se zabývat problematikou informovanosti sester o jejich způsobilosti k některým výkonům.

V oblasti pověřování sester kompetencemi lékaře jsme také zjišťovali, zda sestry odmítají vykonávat tyto úkony. Více než polovina dotazovaných sester (53,9 %) někdy během své pracovní kariéry odmítla lékaři vykonat úkon, který je mimo její kompetence. Z tohoto výsledku je patrná snaha některých sester vykonávat pouze činnosti, pro které mají kvalifikaci. Na druhou stranu více než 1/5 (21,8 %) dotazovaných sester uvedla, že nikdy neodmítla lékaři výkon, který nespadá do její kompetence. Je pravděpodobné, že tyto dotazované sestry jsou patrně spokojené s úkony, které vykonávají nebo mají obavu z reakce lékaře při odmítnutí úkonu.

K dořešení oblasti pověřování sester kompetencemi lékaře jsme provedli analýzu třídění druhého stupně mezi proměnnými: pověřování sestry úkony, které nejsou v její kompetenci a četnost konfliktních situací ve vztahu sestra – lékař. Analýza potvrdila náš předpoklad, že existuje statisticky významná závislost mezi pověřováním sestry úkony, které nejsou v její kompetenci, a četností konfliktních situací. Na základě tohoto výsledku se spíše přikláníme ke konstatování, že sestry nejsou spokojeny s pověřováním úkony v kompetenci lékaře, a tento jev vyvolává konfliktní situace ve vztahu sestra – lékař.

Ke konfliktním situacím dochází čas od času v každém pracovním týmu. Proto se čtvrtá část našeho výzkumu zaměřila právě na tuto oblast. Přítomnost konfliktních situací na pracovišti ve vztahu sestra – lékař uvedla více než polovina (54,7 %) dotazovaných sester. Na druhou stranu se s tímto jevem setkává zřídka 45,8 % dotazovaných sester. Naše výsledky korespondují s výsledky výzkumu Brožové a Tóthové (10), kde necelých 50 % sester udává konfliktní situace s lékařem. I když jsou konflikty obecně vnímány spíše jako negativní fenomén, z odborné literatury víme, že konflikt může mít také konstruktivní charakter, „pročistí“ atmosféru nebo přinese inovace do „zaběhlých“ struktur v týmu.

Četnost konfliktních situací jsme podrobili třídění druhého druhu s délkou praxe sester. Naším předpokladem bylo, že sestry s kratší praxí budou častěji uvádět konflikty

sester a lékařů než starší sestry. Vycházeli jsme z domněnky, že sestry s delší praxí mají více zkušeností, dovedností, jak konfliktním situacím předcházet a lékaři jim také vyjadřují více respektu. Na základě analýzy obou proměnných **zamítáme hypotézu číslo 4**, že konfliktní situace ve vztahu sestra – lékař uvádí častěji sestry s praxí do 10 let než sestry s delší praxí.

Zajímalo nás jaké jsou důvody konfliktních situací ve vztahu sestra – lékař? Dotazované sestry měly možnost zvolit více variant nebo doplnit svou odpověď. Nadřazené chování lékaře jako důvod konfliktních situací bylo uvedeno ve 26,4 % všech odpovědí dotazovaných sester. Tato skutečnost by nás mohla také vést k již dříve uvedené domněnce - přetrvávající dominanci některých lékařů a nesouhlasu sester se svým submisivním postavením ve vztahu sestra - lékař.

Únava a vyčerpanost z práce jako příčina konfliktních situací ve vztazích sester a lékařů byla vyjádřena ve 24,4 % odpovědí dotazovaných sester. Toto závažné zjištění lze porovnat s výsledky výzkumu Bártlové (3), kde je uvedeno, že nejčastější problémy ve vztahu sestry a lékaře (46,3 %) pramení z nervozity nebo napětí v jejich jednání, plynoucí z pracovního přetížení. Rozdílnost mezi oběma výsledky lze interpretovat jiným vyjádřením relativních četností odpovědí. Bártlová (3) ve svém výzkumu uvádí relativní četnost odpovědí vzhledem k celkovému vzorku sester, kdežto v našich výsledcích je relativní četnost vyjádřena vzhledem k počtu odpovědí. Myslíme si, že naše zjištění by mělo být varovným signálem pro management nemocnice. Může mít vzhledem ke své vysoké četnosti ještě další význam. Nejsou sestry a lékaři při výkonu své práce přetěžováni? Je si management vědom, že přetěžování sester a lékařů vnáší do jejich vztahu konfliktní situace?

Jako třetí nejčastější příčina konfliktních situací mezi sestrou a lékařem byla v 15,1% odpovědích dotazovaných sester uvedena varianta: lékař si neváží práce sestry. Tento výsledek lze konfrontovat s výsledky výzkumu Bártlové (3). Autorka uvádí, že problémem ve vztahu sestry a lékaře je u 21,3 % dotázaných podceňování práce sester ze strany lékařů. Tento výsledek je ve zmiňovaném výzkumu uveden jako čtvrtá nejčastější

příčina problémů ve vztahu sestry a lékaře. Z výsledků je patrné, že podceňování své práce vnímají sestry jako nepatřičné a stanovisko lékařů k jejich práci je častým důvodem konfliktních situací mezi sestrou a lékařem.

Pověřováním sester úkony, které nejsou v jejich kompetenci, jsme se již v předcházejícím textu zabývali. Tento jev je dle našich zjištění příčinou konfliktů ve vztazích sester a lékařů v 11,0 % u dotazovaných sester. Souvislost mezi konfliktními situacemi a pověřováním sester činnostmi v kompetenci lékaře byla prokázána i statistickou analýzou.

V souvislosti s řešením konfliktních situací ve vztahu sestry - lékař jsme se také věnovali osobám, se kterými řeší sestry tyto situace. Při konfliktních situacích se sestry nejčastěji obrací na staniční sestru - 47,9 % případů. K dalším nadřízeným pracovníkům, se kterými sestry řeší konflikty s lékaři, patří vrchní sestra, nadřízený lékař, hlavní sestra - 12,6 % případů. Celkem můžeme uvést, že v 60,5 % případů řeší sestry konflikty s nadřízenými pracovníky. Na základě těchto zjištění **potvrzujeme hypotézu číslo 5**, že konfliktní situace s lékařem řeší sestry s nadřízenými pracovníky. Volba nadřízených pracovníků při řešení konfliktních situací vyjadřuje v literatuře uváděnou techniku mediace (36) – zprostředkování třetí stranou, která je při svém nestranném postoji zárukou konstruktivního řešení konfliktu. Mediace je způsob řešení konfliktu, který je doporučován v situacích, kde je narušena interpersonální komunikace. Z toho vyvstává otázka: Je narušena kooperace při řešení konfliktu mezi sestrou a lékařem do takové míry, že se pouze 38,4 % dotázaných sester rozhodne řešit konflikt s lékařem tváří v tvář? Je důvodem tohoto jednání obava sestry z nerovnováhy její a lékařovy moci?

V souvislosti s řešením konfliktních situací ve vztahu sestry – lékař jsme také zkoumali podporu ostatních lékařů sestře při konfliktu s jejich kolegou, pokud je pravda na její straně. Z výsledků je možné sledovat tendence, že ve většině případů (81,6 %) nemůže sestra počítat s podporou ostatních lékařů. Tento výsledek by mohl být interpretován vysokým stavovským cítěním a kolegií mezi lékaři. Vysoké stavovské cítění lékařů vyplývá i z výsledků výzkumu Britské lékařské asociace, kde 88 % lékařů by bylo ochotno

angažovat se na obranu svého kolegy v případě sporu o jeho lékařském pochybení (29). Vysoké stavovské cítění mezi lékaři nelze pokládat za negativní jev, avšak jen do té doby, kdy je tomu na úkor kolegiálního a korektního přístupu k sestře.

Za další překvapující zjištění pokládáme přítomnost sexuálního harassmentu ve vztazích sester a lékařů. Se sexuálním harassmentem ze strany lékaře se během své pracovní kariéry setkalo 38,8 % dotazovaných sester a přítomnost sexuálního harassmentu na svém současném pracovišti potvrdila téměř 1/5 (19,7 %) dotazovaných sester. Naše zjištění můžeme porovnat s výsledky uváděnými Větvíčkovou (57) - dle zdroje American Association of Nurses sexuální obtěžování v USA v roce 2001 ohlásilo 47 % sester. Rozdílnost obou výsledků lze interpretovat tím, že u amerických sester se nezjišťovalo sexuální obtěžování pouze ze strany lékaře, ale i spolupracovníků a nadřízených. Někteří autoři také uvádějí, že v USA je zvýšená citlivost k jakémukoli projevu chování, který může mít jen lehce sexuální podtext. Naše společnost je liberálnější k některým jevům, které by byly v USA již považovány za sexuální harassment. I tak je dle našeho názoru 1/5 sester, které se na svém pracovišti setkávají se sexuálním harassmentem, výstup, který by neměl uniknout povšimnutí. Různé formy sexuálního harassmentu mohou na ženy působit jako diskriminující a výrazně narušit celkovou atmosféru na pracovišti.

Vztahy mezi lidmi v osobním i pracovním životě ovlivňuje společenské chování, proto jsme se rozhodli věnovat se i tomuto tématu ve vztahu sestry a lékaře. Urážky při komunikaci s lékařem uvedlo pouze 6 sester (3,9 %). 73 % dotazovaných sester dá lékař přednost při vcházení do dveří a 68,4 % dotazovaných sester pozdraví lékař jako první. Tyto výše prezentované údaje nás vedou k **potvrzení hypotézy číslo 7**, že lékaři dodržují ve vztahu k sestrami pravidla společenského chování.

Na druhou stranu 27 % dotazovaných sester lékař nedá přednost při vcházení do dveří a téměř třetinu (31,6 %) dotazovaných sester nepozdraví lékař jako první. Z těchto výsledků vyvstává otázka, zda si někteří lékaři uvědomují, do jaké míry může ovlivnit společenské chování jejich vztahy se sestrami. Z literatury víme (56), že společenské chování, způsob jakým člověk jedná se svým protějškem, vzbuzuje v druhé osobě vždy

nějaké pocity. Pokud tyto pocity působí na druhého příjemně, projeví se to i v jejich vztazích pozitivně.

Poslední otázka našeho šetření nabídla respondentům možnost dalšího vyjádření k problematice vztahu sestra – lékař. Tuto možnost využilo pouze 1/10 (15) dotazovaných sester. V 8 případech se jedná o kritiku lékařů, pouze ve dvou případech pozitivní hodnocení vztahů s lékaři. Z výsledků je patné, že možnost vyjádření využily především sestry, jejichž vztahy s lékaři nejsou na takové úrovni, jak by si představovaly. Emocionální náboj některých sdělení nás vede k domněnce, zda mají sestry možnost i jiným způsobem ventilovat své negativní pocity ze vztahů s lékaři, než jen v našem dotazníkovém šetření. Jistě by stálo za zvážení, zda neposkytovat psychologickou pomoc pracovníkům. V mnoha organizacích, zvláště pak v těch, kde dochází ke zvýšené emoční zátěži je pomoc psychologa zaměstnancům samozřejmostí.

Na závěr bychom chtěli ještě uvést několik faktů. Výsledky našeho šetření poskytují mnoho informací a podnětů objasňujících vztah sestra – lékař, nelze je však vzhledem k nereprezentativnosti výzkumného vzorku paušalizovat pro vztahy sester a lékařů v České republice. Naše výsledky a podněty jsou přínosné především pro management zdravotnického zařízení, v němž výzkum probíhal. Domníváme se také, že by bylo vhodné výsledky našeho šetření konfrontovat ještě s výzkumem u lékařů daného zdravotnického zařízení.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou převažující formy vztahů sestra - lékař u zkoumaného souboru sester a zda se sestry mohou domnívat, že jsou rovnocennými partnery lékařů v rámci týmové spolupráce

Vzhledem k cíli naší práce jsme si stanovili 7 hypotéz. K hodnocení vztahu sestra - lékař se vztahovala hypotéza č. 1. Na jejím základě jsme zjišťovali závislost mezi hodnocením vztahů sestra - lékař a délkou praxe sester. Na základě statistické analýzy můžeme zamítnout hypotézu, že sestry s praxí delší než 10 let hodnotí vztahy s lékaři pozitivněji než sestry s kratší praxí. Závislost mezi těmito dvěma proměnnými nebyla potvrzena. Nejčastěji dotazované sestry hodnotily vztahy s lékaři stupněm dobré, to uvedla více než polovina sester.

K faktorům, které ovlivňují vztah sestra - lékař patří, dle našich zjištění především: organizace práce na pracovišti, osobnostní charakteristika lékaře, schopnosti a dovednosti sestry. Gender jako ovlivňující faktor nebyl prokázán. Vztah sestra - lékař přesahuje i do mimopracovních činností. Převažující formou komunikace ve vztahu sestra - lékař je vykáni.

Hypotéza č. 2 byla zaměřena na závislost mezi vzděláním sester a vnímáním sester jako partnerů lékařů v rámci zdravotnického týmu. Domnívali jsme se, že sestry s vyšším vzděláním se cítí být vnímány jako partner lékaře v péči o pacienty častěji, než sestry se středoškolským vzděláním. Na základě statistické analýzy tuto hypotézu zamítáme. K dané problematice je třeba uvést, že 60,5 % dotazovaných sester si myslí, že je lékař nevnímá jako rovnocenného partnera v péči o pacienty.

Více než polovina dotazovaných sester uvedla, že konzultuje s lékaři medicínskou část péče o klienty, ale pouze necelá 1/5 dotazovaných sester byla někdy lékaři požádána o spolupráci při vědecké nebo pedagogické činnosti. S uznáním od lékařů za svou práci setkává 70,4 % dotazovaných sester. 68,5 % dotazovaných sester může při konfliktu s pacientem nebo pacientovou rodinou počítat s podporou lékaře, avšak při konfliktu

s lékařem nemůže většina dotazovaných sester počítat s podporou ostatních lékařů, i když je pravda na jejich straně.

Pověřování sester úkony mimo jejich kompetence zjišťovala hypotéza č. 3, ve znění: Sestry na jednotkách intenzivní péče jsou lékaři pověřovány úkony nespádajícími do jejich kompetence častěji, než sestry na standardních odděleních. Na základě statistické analýzy tuto hypotézu potvrzujeme. Významným zjištěním je, že 75,5 % respondentů je občas či často pověřováno úkony, které nepatří do kompetence sestry. Z výsledků je také patrné, že některé dotazované sestry jsou lékaři pověřovány vysoce specializovanými úkony. Více než polovina sester někdy odmítla lékaři vykonat úkon, který není v její kompetenci.

V hypotéze č. 4 jsme předpokládali, že konfliktní situace ve vztahu sestra – lékař uvádí častěji sestry s praxí do 10 let než sestry s delší praxí. Domnívali jsme se, že sestry s delší praxí budou mít již více zkušeností, dovedností, jak konfliktním situacím předcházet a lékaři jim budou vyjadřovat více respektu. Statistická analýza náš předpoklad nepotvrdila, hypotézu č. 4 zamítáme.

Přítomnost konfliktních situací na pracovišti s různou četností potvrdilo 54,7 % sester. Jako nejčastější důvody konfliktních situací byly uvedeny: nadřazené chování lékaře, únava a vyčerpání z práce, podceňování práce sester. Za konfliktní lze považovat také sexuální harassment ve vztahu sestra – lékař. Jeho přítomnost na svém pracovišti uvedla 1/5 dotazovaných sester. Domníváme se, že zde bylo velmi významné provést stejné šetření i u lékařů, protože se může jednat o jednostranný pohled na tuto problematiku.

Na řešení konfliktních situací ve vztahu sestra – lékař se zaměřila hypotéza č. 5. V této hypotéze jsme předpokládali, že konfliktní situace s lékařem řeší sestry s nadřazenými pracovníky. Tato hypotéza se nám potvrdila, v 60,5 % případů řeší dotazované sestry konflikty s nadřazeným pracovníky. Dotazované sestry se při řešení konfliktů obrací nejčastěji na staniční sestru - 47,9 % odpovědí.

V hypotéze č. 6 jsme předpokládali, že pracovní spokojenost sester ovlivňují jejich vztahy s lékaři. Na základě našich zjištění tuto hypotézu potvrzujeme. Důležitost dobrých vztahů s lékaři pro spokojenost v práci uvedlo 96,5% dotazovaných sester.

Poslední hypotéza č. 7, že lékaři dodržují ve vztahu k sestřím pravidla společenského chování, se na základě našich zjištění potvrdila.

Cíl naší práce byl splněn. Převažující formy vztahu sestra a lékař vycházejí z výše uvedených výsledků našeho šetření. Na otázku, zda se sestry mohou domnívat, že jsou rovnocennými partnery v rámci týmové spolupráce, odpovídáme spíše ne. I když lze ve vztahu sestra - lékař sledovat některé z aspektů týmové spolupráce, jako je např. uznání za práci, respekt apod., hlavní předpoklad - vědomí společné identity nemůže být z důvodu přítomnosti některých problematických oblastí ve vztahu sestra - lékař naplňován.

Výsledky našeho výzkumu budou poskytnuty zdravotnickému zařízení, ve kterém byl výzkum realizován. K objektivnosti zjištění, že by bylo vhodné výsledky našeho výzkumného šetření konfrontovat ještě s šetřením u lékařů v daném zařízení. K tomuto účelu jsme vytvořili dotazník pro lékaře (v příloze č. 3), který vychází z některých zjištění z výzkumu u sester.

Naším návrhem pro obecné zlepšení týmové spolupráce sester a lékařů je:

- věnovat se interpersonálním vztahům již při studiu lékařů i sester,
- zapojit techniky rozvíjející týmovou spolupráci sester a lékařů do jejich celoživotního vzdělávání,
- zavést opatření ke zlepšení spolupráce na úrovni managementu zdravotnických zařízení,
- realizovat další výzkumy, týkající se tohoto tématu.

Vycházíme ze strategií uvedených v materiálu O'BRIEN-PALLAS, L. et al (37). Pro naše účely jsme vybrali jen některé a upravili je pro naše podmínky (viz příloha č. 1).

7 Použitá literatura a zdroje

1. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. 9, č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-6050.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. 9, č. 4, s. 166-169. ISSN 1213-6050.
3. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
4. BÁRTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. České Budějovice: 2007, roč. 9, č. 2, s. 254-259. ISSN 1212-4117.
5. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BÁRTLOVÁ, S. Stručný přehled výzkumu „Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí“. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. Brno: NCONZO, 2006. s. 5-23.
7. BÁRTLOVÁ, S. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*. České Budějovice: 2006. roč. 8, č. 1, s. 31-35. ISSN 1212-4117.
8. BÁRTLOVÁ, S. Vztah sestra - lékař. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 2, s. 11. ISSN 1210-0404.
9. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
10. BROŽOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. Vztah lékař – sestra a jeho vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. In *Nové trendy v ošetrovatelství II*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2003. s. 18-25.

11. BLÁHOVÁ, I. Konflikty na pracovišti: lékaři se bojí zveřejňovat problémy. (online) Platný <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=163833>> 8. ledna 2008
12. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. Speciální psychologie. 3. nezměněné vyd. Brno: NCONZO, 2000. 174 s. ISBN 80-7013-342-2.
13. Etický kodex ČLK. (online) Platný <<http://www.olung.cz/eticky-kodex-clk.php>> 10. prosince 2007
14. FAGIN, L., GARELICK, A. The nurse – doctor relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*. (online) 3/2004 Platný <<http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/10/4/277> 10- 277-285> 12. října 2007
15. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
16. GJERBERG, E. - KJÓLSRÓD, L. Vztah mezi lékařem a sestrou: je lehké být lékařkou, která spolupracuje se sestrou? *Ošetřovatelství, teorie a praxe ošetřovatelství*. Hradec Králové: 2001. roč. 3, č. 1-2, s. 27-31. ISSN 1212 – 723X.87.
17. GOLDMANN, R. CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství UP, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.
18. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelství péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
19. HAYES, N. *Psychologie týmové práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 192 s. ISBN 80-7178-983-6.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
21. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

22. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
23. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
24. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 4. vyd. Praha: SLON, 2002. 204 s. ISBN 80-85850-25-7.
25. KHELEROVÁ, V. *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1677-1.
26. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1764-6.
27. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 189 s. ISBN 80-7178-642-X.
29. KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vyd. Praha: SLON, 2006. 142 s. ISBN 80-86429-57-1.
30. LAJKA, J. Jak se žije českým sestram? *Zdravotnické noviny*. Praha: 2008, roč. 57, č. 10, s. 12. ISSN 0044-1996.
31. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
32. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
33. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě ZSF, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.
34. MELLANOVÁ, A. Mění se mužská a ženská role a její vliv na kvalitu vztahu sestra-lékař. *Ošetrovatelství, teorie a praxe ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2002, roč. 4, č. 1 – 2, s. 5 – 7. ISSN 1212 – 723X..

35. MIČUDOVÁ, E. Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.
36. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 228 s. ISBN 80-247-0577-X.
37. O'BRIEN-PALLAS, L. et al. Nurse-Physician Relationships Solutions & Recommendations for Change. Comprehensive Report for the Nursing Secretariat and Ministry of Health and Long-Term Care Research Unit. Nursing Health Service Research Unit. (online) Platný <www.nhsru.com/factsheets/NursePhysician%20Fact%20Sheet%20Part%20III%20of%2010>10. prosince 2007
38. OSVALDOVÁ, I. Lékař a sestra jako tým. *Sestra a lékař v praxi*, 2007, roč. 6, č.3-4, s. 43. ISSN 1335-9444.
39. PAULÍNOVÁ, L. *Psychologie pro tebe*. 2. doplněné vyd. Praha: Informatorium, 1998, 123 s. ISBN 80-85427-30-0.
40. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
41. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 148 s. ISBN 80-247-0858-2.
42. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
43. ROSENSTEIN, A. H. Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*. 2002, roč. 102, č. 6, s. 26-34. ISSN 0002-936X.
44. ROSENSTEIN, A. H., O'DANIEL, M. Distruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing*. 2005, roč. 105, č. 1, s. 54-64. ISSN 0002-936X.
45. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. et al. *Ošetrovatelství I/1*. 2. přepracované vyd. Praha: Informatorium, 1996. 234 s. ISBN 80-85427-93-1.

46. Sester v kalhotách přibývá. *Komfort*, Slaný: 2005, roč. 2 , č. 5, str. 8-9.
47. SNELGROVE, S., HUGHES, D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*: 3/2000 (online) Platný <<http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2000/00000031/00000003/art01321>> 11. října 2007
48. STEIN, L. I. – Watts, D. T. – HOWELL, T. Změna hra – doktor kontra sestra. *Sestra*. Praha: 1999, roč. 9, č. 4, s. 5. ISSN 1210-0404.
49. ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7162-841-1.
50. ŠULISTOVÁ, J. Milostné jiskření na pracovišti. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 2, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
51. VÁLOVÁ, M. Tanec kolem lékařské osy. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 1, s. 5. ISSN 1210-0404.
52. VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry... máme v sobě empatii? *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 11, s. 23. ISSN 1210-0404.
53. VITOŠOVÁ, M. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra*. Praha: 2007. roč. 17, č. 5, s. 22. ISSN 1210-0404.
54. WICKS, D. *Nurses and Doctors at Work Rethinking professional boundaries*. 1.vyd. Sydney: Allenand Unwin, 1998. 202 s. ISBN 0-335-20273-X.
55. WHO. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
56. WOLFFOVÁ, I. *Etiketa v zaměstnání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 132 s. ISBN 978-80-247-2081-4.
57. VĚTVIČKA, V. Sestry a sexuální obtěžování. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 2, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
58. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. Diskriminace, obtěžování a sexuální obtěžování při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 3, s. 10. ISSN 1210-0404.

59. VRBA, M., ČERNÁ-ŠÍPKOVÁ, H. *Role sestry v USA – oceněná výzva. Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 2, s. 19. ISSN 1210-0404.
60. Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (online) Platný <www.nconzo.cz> 10 ledna 2008
61. Vyhláška 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. (online) Platný <www.nconzo.cz> 10 ledna 2008
62. VYMĚTAL, J. *Lékařské psychologie*. 3. doplněné vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
63. Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. (online) Platný <www.nconzo.cz> 10 ledna 2008
64. ZVONÍČKOVÁ, M., JIRKOVSKÝ, D. Mění se role sester. *Ošetrovatelství, teorie a praxe ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2006, roč. 8 , č. 1-2, s. 15-16. ISSN 1212 – 723X.87.
65. ZELEK, B., PHILLIPS, P. S. Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*. 2/2003 (online) Platný < <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=150379>> 20. prosince 2008

8 Klíčová slova

sestra

lékař

vztah

kompetence

konflikt

týmová spolupráce

9 Přílohy

Příloha č. 1 Strategie pro zlepšení vztahů sester a lékařů

Příloha č. 2 Dotazník pro sestry

Příloha č. 3 Dotazník pro lékaře

Příloha č. 4 Seznam tabulek

Příloha č. 5 Seznam grafů

Příloha č. 1 Strategie k podpoře týmové spolupráce sester a lékařů

Doporučení pro vzdělávání studentů ošetrovatelství a medicíny

- Zařazení interdisciplinárního vzdělávání do studia, za účelem vytvoření pozitivního přístupu ke spolupráci sester a lékařů v zaměstnání.
- Seznámení s interdisciplinárními mechanismy plánování péče.
- Vzdělávání v problematice týmové spolupráce ve zdravotnictví.
- Praktická výuka, trénink dovedností nutných k týmové spolupráci..
- Využití modelových situací ke zprostředkování interdisciplinárních klinických zkušeností o spolupráci zdravotnických profesionálů.
- Vzdělávání v komunikačních dovednostech.

Doporučení pro vzdělávání profesionálů zdravotní péče

- Realizace praktických kurzů a tréninků přímo ve zdravotnickém zařízení se zaměřením na výuku:
 - vhodných komunikačních stylů,
 - kooperativního chování,
 - dovedností naslouchání,
 - týmové práce a budování interpersonálních vztahů,
 - managementu konfliktů,
 - managementu stresu,
 - managementu času,
 - oficiálních komunikačních předpisů.
- Vyučování asertivní komunikace.
- Využití interaktivních případů v kurzech pro sestry.
- Využití kasuistik k rozvoji znalostí a dovedností v:
 - kreativním řešení problémů,
 - krizových rozhodováních v klinické praxi a managementu,
 - kompetencích a plánování práce sester.
- Zajištění vhodných kompetencí pro sestry.

- Organizování otevřených diskusí ke zvýšení povědomí lékařů o aktuálních sporných otázkách a faktorech, které ovlivňují pracovní spokojenost sester.
- Zdůrazňování provázanosti mezi efektivní týmovou spoluprací a kvalitou péče o pacienty.
- Poskytování organizační podpory pro další vzdělávání sester - finanční podpora a flexibilní pracovní doba.
- Zavedení společné praktické výuky pro lékaře a sestry k podpoře porozumění si ve vzájemných rolích a zvýšení důvěry ve vzájemné kompetence.
- Posouvání mocenské základny ve vztazích sester a lékařů:
 - sestra manažerka seznámí nové lékaře s koncepcí, ve které je znázorněno, že sestry mají sice odlišné znalosti ale v systému péče je jejich role s lékaři srovnatelná.
 - zvyšování vzájemného uvědomění rolí lékařů a sester v podpoře a udržování současné praxe
- Zajištění dostupnosti předpisů a směrnic a verbální komunikaci pro všechny nové lékaře a sestry.
- Vzdělávání lékařů a klientů o významu ošetrovatelství v zdravotní péči.
- Vytváření nových příležitosti pro spolupráci - skupinové diskuse a kooperativní workshopy.

Změny na úrovni lékařského a ošetrovatelského managementu

- Určení osob odpovědných za vzdělávací a tréninkové programy.
- Realizace organizační politiky, která podporuje spolupráci a koordinaci péče o pacienty.
- Realizace nulové tolerance pro nevhodné jednání a rozšiřování „pravidel chování“ a pokynů pro lékaře a sestry.
- Vytvoření a realizace vhodné politiky, která odstraní bariery v ohlašování nevhodného chování, realizace procesu zpětné vazby o výsledcích projednání hlášení.
- Vývoj a aplikace efektivního managementu problémových oblastí praxe, který je přizpůsobený každému zdravotnickému zařízení.

- Spojení vedoucích pracovníků obou profesí ke spolupráci a sdílení odpovědnosti v jednáních při stížnostech pacientů na péči.
- Zavádění multidisciplinárních setkávání na odděleních i na manažerské úrovni.
- Vytvoření kooperativních vzdělávacích týmů, multidisciplinárních týmů zaměřených na: zvyšování kvality péče, nákladů na péči a péči založené na výzkumu pacientům.
- Realizace setkávání sester a lékařů, kde zástupci všech úrovní diskutují o komunikačních a týmových problémech a jejich možných řešeních.

Výzkum

- Zabývat se:
 - specifickými zdroji týmového kooperativního chování poskytovatelů péče a porovnávat je s kvalitou péče a spokojeností pacientů,
 - multidimenzionálními faktory, které mají vliv na vztah sestry-lékař a pracovní spokojenosti, určit závažnost těchto ovlivňujících faktorů,
 - rozdíly v představách sester a lékařů o postojích lékařů k sestram,
 - identifikací komunikačních stylů, které mají vliv na vztah sestry – lékař,
 - vztahy mezi týmovou spoluprací sestry a lékaře, modely poskytované péče, které jsou navrženy k ulehčení interdisciplinární týmové práci,
 - rozdílností výsledků péče o pacienty, o které je pečováno tradičními modely a modely týmové spolupráce.
 - identifikací konfliktních oblastí při spolupráci sester a lékařů
 - motivačními faktory sester a lékařů, vedoucími ke vzájemné spolupráci.

Zdroj: O'BRIEN-PALLAS, L. et al. Nurse-Physician Relationships Solutions & Recommendations for Change. Comprehensive Report for the Nursing Secretariat and Ministry of Health and Long-Term Care Research Unit. Nursing Health Service Research Unit. (online) Platný <www.nhsru.com/factsheets/NursePhysician%20Fact%20Sheet%20Part%20III%20of%2010>10. prosince 2007

Příloha č. 2 Dotazník pro sestry

Vážená sestro,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky vztahů sester a lékařů v současném zdravotnictví. Výsledky šetření použiji pro svou diplomovou práci v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, obor ošetrovatelství.

Dotazník je anonymní a se všemi získanými informacemi budu nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Děkuji za spolupráci Bc. Vízková Alena

1. Kolik je Vám let?

- 19 –25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 a více let

2. Jaké máte nejvyšší dokončené vzdělání?

- střední odborné vzdělání
- vyšší odborné vzdělání
- specializační vzdělání
- bakalářské vzdělání
- magisterské vzdělání

3. Kolik let vykonáváte povolání sestry?

- do 5 let
- 6 – 10 let
- 11 –20 let
- 21 –30 let
- 31 a více let

4. Na jakém oddělení pracujete?

- standardní oddělení
- jednotka intenzivní péče
- operační sál
- ambulantní provoz
- jiné, dopište prosím.....

5. Na jaké pozici pracujete?

- řadová sestra
- staniční sestra
- vrchní sestra

6. Vaše vztahy s lékaři na Vašem oddělení by jste označila jako?

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- uspokojivé
- neuspokojivé

7. Obecně byste vztahy sester s lékaři na Vašem oddělení charakterizovala jako?

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- uspokojivé
- neuspokojivé

8. V nemocnici na oddělení spolupracujete jak s lékaři, tak s lékařkami. S kým pracujete raději?

- s lékařem
- s lékařkou
- nerozlišujete mezi lékařem a lékařkou

9. Setkáváte se z lékaři z Vašeho oddělení i mimo pracovní prostředí (například na zaměstnaneckých večírcích)?

- ano často
- ano občas
- ne (přejděte na otázku č. 11)

10. Liší se vztah lékařů k Vám mimo pracovní prostředí?

- ano, je uvolněnější
- ano, je napjatější
- ne, je stejný

11. Tykáte si s lékaři na Vašem oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

12. Myslíte si, že chování lékařů k Vám je jiné než k všeobecným ošetřovatelům, pokud u Vás na oddělení pracují?

- ano, liší se moji příslušnost k ženskému pohlaví
- ne, neliší se
- všeobecní ošetřovatelé nepracují na našem oddělení

13. Vyjadřují Vám lékaři uznání za Vaší práci?

- ano často
- ano občas
- ne

14. Co nejvíce podle Vašeho názoru ovlivňuje vztah, chování lékařů k Vám?

Vyberte nejčastější.

- Vaše vzdělání
- Vaše profesionální schopnosti, dovednosti
- Vaše chování
- lékařovi osobnostní charakteristiky
- organizace práce na Vašem pracovišti
- jiné, dopište.....

15. Domníváte se, že Vás lékař vnímá jako rovnocenného partnera při péči o pacienty?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

16. Konzultuje s Vámi lékař svou část péče o pacienta, ptá se na Váš názor?

- ano často
- ano občas
- ne

17. Setkala jste se někdy při výkonu svého povolání s lékařem, se kterým jste nerada pracovala, měla jste z něho strach?

- ano
- ne (přejděte na otázku č. 19)

18. Spolupracujete ještě s tímto lékařem?

- ano
- ne

19. Požádal Vás někdy lékař o spolupráci na společné vědecké, popřípadě pedagogické činnosti?

- ano
- ne

20. V případě, že dojde ke konfliktu mezi Vámi a pacientem, popř. pacientovou rodinou, zastane se Vás lékař?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

21. Jste při vykonávání své práce pověřována lékařem úkony, které nejsou v kompetenci sestry?

- ano občas
- ano často
- ne (přejděte na otázku č. 24)

22. Jakými úkony, které nejsou ve Vašich kompetencích jste lékaři pověřována? Napište prosím nejčastější.

-
- nechci specifikovat

23. Odmítla jste někdy lékaři vykonat úkon, který nespadá do Vašich kompetencí?

- ano
- ne

24. Jak často dochází ke konfliktní situacím sester s lékaři na Vašem oddělení?

- velmi často
- často
- občas
- zřídka
- nikdy

25. Jaké jsou z Vašeho pohledu příčiny konfliktů mezi Vámi a lékaři? Můžete zvolit více odpovědí.

- vaše nevhodné chování k lékaři
- nadřazené chování lékaře k Vám
- lékař si neváží Vaší práce
- lékař nerespektuje Vaše názory na péči o pacienta
- lékař Vás pověřuje úkoly, které nejsou ve Vaší kompetenci
- jiné nevhodné chování lékaře
- únava, vyčerpanost z práce
- jiné.....

26. V případě, že dojde ke konfliktu s lékařem, a pravda je na Vaší straně, cítíte podporu ostatních lékařů?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

27. Konfliktní situace mezi Vámi a lékařem řešíte?

- pouze s konkrétním lékařem
- se staniční sestrou
- s vrchní sestrou
- s nadřízeným lékařem (vedoucí lékař oddělení, přednosta kliniky)
- s někým jiným, dopište prosím.....

28. Setkala jste se někdy se sexuálním harasementem ze strany lékařů?

- ano
- ne (přejděte na otázku č. 30)

29. Vyskytuje se sexuální harasement na Vašem současném pracovišti?

- ano
- ne

30. Jsou pro Vás vztahy s lékaři důležité pro spokojenost v práci?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

31. Dá Vám lékař při vcházení do dveří přednost?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

32. Pozdraví Vás lékař jako první?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

33. Setkáváte se při komunikaci s lékařem s urážkami vůči Vám?

- ano
- ne (přejděte na otázku č. 35)

34. Za jakých okolností se setkáváte při komunikaci s lékařem s urážkami vůči Vám? Dopíšte prosím.....

.....

35. Co by jste ještě dodala k dané problematice?.....

.....

.....

Příloha č. 3 Dotazník pro lékaře

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky vztahů sester a lékařů v současném zdravotnictví.

Dotazník je anonymní a se všemi získanými informacemi bude nakládáno dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Děkuji za spolupráci Bc. Vízková Alena

1. Kolik je Vám let?

- 19 –25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 a více let

2. Pohlaví

- muž
- žena

3. Kolik let vykonáváte povolání lékaře/řky?

- do 5 let
- 6 – 10 let
- 11 –20 let
- 21 –30 let
- 31 a více let

4. V jakém oboru pracujete?

- interní obor
- chirurgický obor
- intenzivní péče
- jiné, dopište prosím.....

5. Na jakých stanicích pracujete? Označte všechny stanice, na kterých pracujete?

- standardní oddělení
- jednotka intenzivní péče
- operační sál
- ambulantní provoz
- jiné, dopište prosím.....

6. Vaše vztahy se sestrami na Vašem oddělení by jste označil/a jako?

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- uspokojivé
- neuspokojivé

7. Obecně byste vztahy lékařů a sester na Vašem oddělení charakterizoval/a jako?

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- uspokojivé
- neuspokojivé

8. Domníváte se, že sestry raději spolupracují?

- s lékařem
- s lékařkou
- nerozlišují mezi lékařem a lékařkou

9. Setkáváte se sestrami z Vašeho oddělení i mimo pracovní prostředí (například na zaměstnaneckých večírcích)?

- ano často
- ano občas
- ne (přejděte na otázku č. 11)

10. Liší se Vaše vztahy se sestrami mimo pracovní prostředí?

- ano, jsou uvolněnější
- ano, jsou napjatější
- ne, jsou stejný

11. Tykáte si se sestrami na Vašem oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

12. V současné době pracují na mnoha zdravotnických pracovištích vedle sester také všeobecní ošetřovatelé. S kým pracujete raději?

- se sestrou
- všeobecném ošetřovatelem
- mezi sestrou a všeobecným ošetřovatelem nerozlišuji
- se všeobecným ošetřovatelem nemám zkušenosti

13. Vyjadřujete sestřám uznání za jejich práci?

- ano často
- ano občas
- ne

14. Vyjadřují Vám sestry uznání za Vaši práci?

- ano často
- ano občas
- ne

15. Co ovlivňuje nejvíce, podle Vašeho názoru, Váš vztah, chování k sestřám?

Vyberte nejčastější:

- vzdělání sestry
- profesionální schopnosti, dovednosti sestry
- osobnostní charakteristika sestry
- organizace práce na Vašem pracovišti
- jiné, dopište.....

16. Vnímáte sestry jako rovnocenné partnery při péči o pacienty?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

17. Konzultujete se sestrami lékařskou část péče o pacienta, zajímává Vás názor sestry?

- ano často
- ano občas
- ne

18. Myslíte si, že chování, jednání některých lékařů může u sester vzbuzovat pocity strachu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

19. Myslíte si, že vztahy sester a lékařů mohou ovlivňovat kvalitu péče poskytované pacientům?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

20. Požádal/a jste někdy sestru o spolupráci na společné vědecké, popřípadě pedagogické činnosti?

- ano
 ne

21. V případě, že dojde ke konfliktu mezi sestrou a pacientem, popř. pacientovou rodinou, zastanete se sestry?

- ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne

22. Pověřujete sestry úkony, které patří do Vaší kompetence?

- ano občas
 ano často
 pouze ojediněle
 ne (přejděte na otázku č. 27)

23. Jakými úkony, které jsou ve Vaší kompetenci, sestry pověřujete?

Napište prosím nejčastější.

-
 nechci specifikovat

24. Respektujete odmítnutí sestry vykonat úkon, který je ve Vaší kompetenci?

- ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne

25. Předal/a by jste některé Vaše kompetence sestrám?

- ano
 spíše ano
 spíše ne (přejděte na otázku č. 27)
 ne (přejděte na otázku č. 27)

26. Jaké Vaše kompetence by jste sestrám předal/a?

.....

27. Jak často dochází ke konfliktním situacím lékařů a sester na Vašem oddělení?

- velmi často
 často
 občas
 zřídka kdy
 nikdy

28. Jaké jsou z Vašeho pohledu příčiny konfliktů mezi Vámi a sestrami?

Můžete zvolit více odpovědí.

- vaše nevhodné chování k sestře
- nevhodné chování sestry k Vám
- nedostatek vzájemného respektu lékařů a sester
- pověřování sester úkony v kompetenci někoho jiného
- únava, vyčerpanost z práce
- jiné.....

29. V případě, že dojde ke konfliktu sestry s jiným lékařem, a pravda je na její straně, poskytnete sestře podporu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

30. Konfliktní situace mezi Vámi a sestrou řešíte?

- pouze s konkrétní sestrou
- se staniční sestrou
- s vrchní sestrou
- se svým nadřízeným
- s někým jiným, dopište prosím.....

31. Myslíte si, že ve vztazích sester a lékařů dochází k sexuálnímu harasmentu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

32. Jsou pro Vás vztahy se sestrami důležité pro spokojenost v práci?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

33. Co by jste ještě dodal/a k dané problematice?.....

.....

.....

Příloha č. 4: Seznam grafů

Graf 1 Doba výkonu povolání sestry u respondentů

Graf 2 Charakteristika vztahů sestry s lékaři na oddělení, kde sestra pracuje

Graf 3 Obecná charakteristika vztahů sester a lékařů na oddělení, kde sestra pracuje

Graf 4 Preference spolupráce sester s lékařem nebo lékařkou

Graf 5 Setkávání sester s lékaři mimo pracovní prostředí

Graf 6 Tykání sester s lékaři

Graf 7 Faktory ovlivňující vztah lékařů k sestram

Graf 8 Strach sester z lékařů

Graf 9 Vztahy sester s lékaři a pracovní spokojenost sester

Graf 10 Vnímání rovnocenného partnerství sester a lékařů

Graf 11 Konzultace lékařské péče o pacienta se sestrami

Graf 12 Spolupráce sester a lékařů při vědecké, pedagogické činnosti

Graf 13 Vyjádření uznání lékařů sestram za jejich práci

Graf 14 Opora sester v lékařích při konfliktu s pacientem nebo pacientovou rodinou

Graf 15 Pověřování sester lékaři úkony, které nejsou v jejich kompetenci

Graf 16 Podpora sestry lékaři při konfliktu s jiným lékařem

Graf 17 Sexuální harassment ze strany lékařů

Graf 18 Pravidla společenského chování ve vztahu sester a lékařů: přednost při vcházení do dveří

Graf 19 Pravidla společenského chování ve vztahu sester a lékařů: pozdrav

Graf 20 Urážky při komunikaci

Příloha č. 5: Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk respondentů

Tabulka 2 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů

Tabulka 3 Pracovní pozice respondentů

Tabulka 4 Oddělení, kde respondenti pracují

Tabulka 5 Charakteristika vztahů sester s lékaři mimo pracovní prostředí

Tabulka 6 Vnímání rozdílnosti chování lékařů k sestram a všeobecným ošetřovatelům

Tabulka 7 Přítomnost lékaře, ze kterého mají sestry strach na jejich oddělení

Tabulka 8 Pověřování sester úkony, které nejsou v jejich kompetenci

Tabulka 9 Odmítání úkonů, které nejsou v kompetenci sester

Tabulka 10 Častost konfliktních situací sester a lékařů

Tabulka 11 Důvody konfliktní situací sester a lékařů

Tabulka 12 Řešení konfliktní situací sester s lékaři I.

Tabulka 13 Řešení konfliktní situací sester s lékaři II.

Tabulka 14 Přítomnost sexuálního harasementu na pracovišti sester

Tabulka 15 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 3 a 6)

Tabulka 16 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č. 3 a 6)

Tabulka 17 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 1 a 6)

Tabulka 18 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č. 1 a 6)

Tabulka 19 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 4 a 21)

Tabulka 20 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky 4 a 21)

Tabulka 21 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 2 a 15)

Tabulka 22 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č.2 a 15)

Tabulka 23 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 3 a 24)

Tabulka 24 Testování závislosti proměnných pomocí Chi-Square Tests (otázky č.3 a 24)

Tabulka 25 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky 24 a 21)

Tabulka 26 Testování závislosti proměnných pomocí Exact Chi-Square Tests (otázky č. 24 a 21)