

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

**Nejčastější konflikty v nemocnici z pohledu sestry ve spolupráci s
lékařem**

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Lucie Schaffelhoferová, R.N

2009

Abstract

To keep good and non-conflict relationships between doctors and nurses is not an easy task their stressful working environment. Despite the fact that both doctors and nurses have a common goal, and that is to provide the best care of their patients, there are situations leading to conflicts between doctors and nurses. Good relationships between nurses and doctors are a guarantee of a harmonized cooperation in the entire medical team. That is why it is important to avoid conflicts and, if any conflict has already occurred, it is important to use it for the benefit of the whole team.

The goal of our work was to define the most frequented conflicts in hospitals from a point of nurse's view in a cooperation with doctors, and what impact these conflicts have on nurses' work. To process the data in the first part of my thesis, the quality method for a research survey was used. The data collection was implemented by interviews. The research sample group was composed of eight nurses working in bed departments of different hospitals. On the grounds of the quality survey I set four hypotheses which I tried to verify in the quantity survey. To collect the data in the quantity part a questionnaire survey was used and the research sample group was also composed of nurses working in bed departments. The data were being collected in the period of March through May. To assess the results 175 questionnaires were used.

The hypothesis 1 - The most frequented conflicts between nurses and doctors root in a wrong communication, has been proven on the grounds of our findings.

The hypothesis 2 - Conflicts between nurses and doctors result from increasing competences for nurses has been proven, too, as well as the hypothesis 3 - Conflicts between nurses and doctors result from misunderstanding nurses' and doctors' roles. The hypothesis 4 - Conflicts between nurses and doctors have a negative impact on nurses' work was proven, too. The results have also revealed that the second most frequented reasons for conflict situations represent personal qualities of doctors, which was not included in the hypotheses.

In the summary of the thesis I incorporated some recommendations how to handle conflict situations effectively. This work should be a foundation for a potential follow- up research not only in this field, but it can also serve management teams in medical institutions. They should take actions to improve the situation to some extent.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Nejčastější konflikty v nemocnici z pohledu sestry ve spolupráci s lékařem“ vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v seznamu literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za trpělivost a její odborné vedení a pomoc při zpracování mé diplomové práce.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 <i>Sesterské povolání v minulosti a dnes.....</i>	4
1.1.1 <i>Vzdělávání sester.....</i>	8
1.1.2 <i>Kompetence sester.....</i>	11
1.1.3 <i>Prestiž sesterského povolání.....</i>	12
1.2 <i>Lékařské povolání v minulosti a dnes.....</i>	14
1.2.1 <i>Vzdělávání lékařů.....</i>	16
1.2.1 <i>Kompetence lékaře.....</i>	18
1.2.3 <i>Prestiž lékařského povolání.....</i>	18
1.3 <i>Konflikty v ošetrovatelství.....</i>	20
1.3.1 <i>Typy konfliktů v ošetrovatelství.....</i>	20
1. 4 <i>Konflikty mezi sestrou a lékařem.....</i>	22
1.4.1 <i>Faktory ovlivňující konflikty mezi sestrou a lékařem.....</i>	24
1.4.1.1 <i>Osobnost zdravotníka.....</i>	24
1.4.1.2 <i>Vzdělání sester a kompetence sester.....</i>	25
1.4.1.3 <i>Pracovní prostředí.....</i>	26
1.4.1.4 <i>Komunikace jako základ spolupráce.....</i>	28
1.4.1.5 <i>Vztah sestra lékař.....</i>	29
1.4.2. <i>Řešení konfliktních situací mezi sestrou a lékařem.....</i>	31
1.4.3. <i>Následky konfliktů mezi setrou a lékařem.....</i>	33
2. Cíle a hypotézy.....	35
2.1 <i>Cíle.....</i>	35
2.2 <i>Výzkumné otázky.....</i>	35
2.3 <i>Hypotézy.....</i>	35
3. Metodika.....	36
3.1 <i>Použitá metoda.....</i>	36
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru.....</i>	37

4. Výsledky	38
4.1 <i>Výsledky kvalitativního šetření</i>	38
4.2 <i>Výsledky kvantitativního šetření</i>	50
5. Diskuze	75
6. Závěr	82
7. Seznam použité literatury	83
8. Klíčová slova	88
9. Přílohy	89

Úvod

Povolání sestry je bezpochyby obdivuhodnou, ale i velice náročnou profesí, což v dnešní době platí dvojnásob. Není tedy divu, že vztahy mezi sestrou a lékařem mohou být někdy napjaté. V pracovním prostředí je člověk obklopen různými lidmi s odlišnými názory a osobnostními charakteristikami a ani v práci sestry a lékaře tomu není jinak. Přestože sestry a lékaři mají společný cíl, kterým je co nejkvalitnější péče o pacienta, dochází mezi nimi ke střetům a konfliktním situacím, což může být právě následkem těchto odlišností a překážek, se kterými se zdravotníci nejen v současné době potýkají. Významným problémem je nedostatek sester, ale též i obrovský nárůst administrativy, jež sestry zatěžuje činnostmi, které nesouvisí s přímým ošetřováním nemocných. To má negativní vliv nejen na jejich práci, ale také na celkové „naladění“ a psychický stav, což se pak druhotně odráží ve vzniku a řešení konfliktních situací.

Na druhou stranu je nutno podotknout, že konflikty mezi lidmi vznikají do určité míry neustále. To je dáno už pouhým faktem, že každý člověk je jiný, má své specifické představy, očekávání, snahy atd. Ve zdravotnictví stejně jako na jiných pracovištích se setkáváme s lidmi, kteří pracují jako naši nadřízení, podřízení, kolegové a s lidmi kteří mají stejný nebo podobný status. S členy všech těchto skupin se sestra může dostat do problémových konfliktních situací. Obecně lze říci, že pro zdravotníky, vzájemně na sebe odkázané na pracovišti, jsou konflikty pevnou součástí jejich pracovního dne. Bez konfliktů není možný žádný vývoj a ne vždy musí být konflikt nepříjemným zážitkem.

Dobré vztahy mezi sestrou a lékařem jsou zárukou harmonické spolupráce v celém zdravotnickém týmu, proto je potřeba konfliktům předcházet a již vzniklé umět efektivně řešit.

Téma týkající se konfliktů mezi sestrou a lékařem jsem si zvolila z důvodů svých osobních zkušeností s touto problematikou v praxi, neboť sama sesterské povolání vykonávám. Mohu tedy potvrdit skutečnost, že pro sestry i lékaře, vzájemně na sebe odkázané na pracovišti, jsou konflikty pevnou součástí jejich pracovního dne. Byla bych ráda, aby sestry i lékaři přistupovali k vzájemným konfliktům pozitivněji a aby se společnými silami snažili udržet harmonické vztahy mezi sebou, což podporuje poskytování kvalitní lékařské i ošetrovatelské péče.

1. Současný stav

1.1 Sesterské povolání v minulosti a dnes

U nás i ve světě rozvoj ošetrovatelství podléhal mnoha ovlivňujícím faktorům (náboženským, kulturním, sociálním, politickým atd.), ale také jej velmi významně ovlivňovaly vědecké výzkumy a války. Sesterské povolání se rozvíjelo souběžně s rozvojem ošetrovatelství a medicíny. (31, 41)

Prvopočátky českého ošetrovatelství můžeme najít už v 10. století za vlády knížete Boleslava. Poskytovaná ošetrovatelská péče měla nejprve charitativní charakter, vznikaly první hospice, což byly útulky, které poskytovaly azyl chudým, nemocným a nemajetným osobám. Zde převážně civilní sestry poskytovaly péči zaměřenou na uspokojení základních potřeb. Krom civilních sester se o nemocné staraly některé náboženské řády např. boromejky, alžbětinky, johanitky či milosrdní bratři. Velkou osobností českého ošetrovatelství je Anežka Česká. Je zakladatelkou Řádu křížovníků s červenou hvězdou a její zásluhou byly založeny v Praze dva klášterní špitály pro chudé a nemocné. Na základě svých zkušeností vypracovala pravidla, podle kterých se o nemocné mělo pečovat. Anežku Českou lze tedy považovat za zakladatelku našeho ošetrovatelství. Přestože tehdejší ošetrovatelství bylo laickou službou trpícímu, péče poskytovaná ve špitálech byla na vysoké úrovni. Ošetřování a péči o nemocné prováděli osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání. Postupem času se klášterní a městské špitály rozrostly po celém území českých zemí a zvláště byly zřizovány i specializované špitály pro lidi s infekčním onemocněním. První všeobecné nemocnice se na našem území objevovaly od 18. století. V nemocnicích pracovali muži i ženy, kteří se starali nejen o nemocné, ale také o celý chod nemocnice. Do činností jimi prováděné patřilo například zajišťování prádla, údržba pomůcek, vytápění pokojů nebo úklidové práce. Pro civilní ošetrovatelský personál byla nemocnice i jejich domovem, neboť bydleli přímo v nemocničních pokojích a od pacientů je dělila jen plenta. (24, 41, 45)

Rozvoj nemocnic inicioval potřebu vzdělaného ošetrovatelského personálu, který by plnil pokyny lékaře a staral se o nemocné ve špitálech i domácím prostředí. Do poloviny 19. století ošetrovatelství vycházelo z předávaných zkušeností, postupů a praktik. V druhé polovině století se rozvojem nemocnic postupně utvářela i role sestry, pomocnice lékaře, což přispělo k založení prvních ošetrovatelských škol. Historicky

významným rokem je rok 1860, kdy byla založena první ošetřovatelská škola v Londýně, jejíž zakladatelka je Florence Nightingalová. Ta po svých tvrdě získaných zkušenostech došla k závěru, že je potřeba ošetřovatelky cíleně školit. Právě tato osobnost významně ovlivnila vývoj ošetřovatelství ve světě i v České republice. (26, 45)

První česká ošetřovatelská škola byla založena již v roce 1874 v Rakousku-Uhersku v Praze. U jejího zrodu stála česká spisovatelka Karolína Světlá, byla hlavní členkou ženského hnutí a zastánkyní ženských práv. Ošetřovatelky zde získávaly odborné teoretické i praktické vzdělání, zpravidla pod vedením lékařů, kteří učili na lékařské fakultě Karlovy univerzity. Absolventky pracovaly jako ošetřovatelky v domácnostech. V nemocničních zařízeních pak pracovaly ošetřovatelky, které své znalosti získaly přímo v nemocnicích. Přestože po sedmi letech byla škola uzavřena, má v historii českého ošetřovatelství nepostradatelný význam. (24, 26)

Během 1. světové války roku 1916 vznikla v Praze Státní dvouletá ošetřovatelská škola, která se později stala vzorem pro další ošetřovatelské školy v nově vzniklém Československu. Škola měla velice vysokou odbornou úroveň. K jejímu vybudování byly pozvány tři americké sestry, které zhotovily koncepci pro teoretickou i praktickou výuku a zaučily první absolventky do rolí sester učitelek-instruktovek pro praktickou výuku. Poměrně dlouhou dobu vedle sebe v nemocnicích pracovaly diplomované ošetřovatelky, které byly absolventkami ošetřovatelské školy, a již zmíněné pomocné ošetřovatelky vyučené přímo v nemocnici. První absolventky založily v roce 1921 spolek Absolventek ošetřovatelské školy, který o sedm let později přejmenovaly na Spolek diplomovaných sester. Vzdělané členky navázaly mnoho společensky důležitých kontaktů, které jim umožnily získat finanční prostředky pro ošetřovatelské školství a které jim pomohly zvyšovat společenskou prestiž ošetřovatelského povolání. Pořádaly přednášky, pokračovací kurzy, napomáhaly při vzniku další ošetřovatelské školy, podporovaly mezinárodní spolupráci. Pod jejich vlivem se budovaly ubytovny pro sestry, upravovaly pracovní podmínky, stanovila se pravidelná pracovní doba i dovolená. V roce 1933 byl Spolek diplomovaných sester přijat do Mezinárodní rady sester. (24, 48)

Meziválečné ošetrovatelství se zaměřovalo také na sociální služby. V roce 1918 byla v Praze otevřena Vyšší sociální škola, ta připravovala pracovníky pro samostatnou práci v terénu (v poradnách pro matky s dětmi, ve stanicích s dispenzářem tuberkulózně či pohlavně nemocných). Samostatná péče v terénu po roce 1948 zanikla a k obnově došlo až v sedmdesátých letech, kdy geriatrické sestry prováděly návštěvní službu. (24)

V době války se naše země potýkala s nedostatkem ošetrovatelského personálu. „Potřeba ošetrovaterek se stala tak naléhavou, že ministerstvo sociální a zdravotní správy dalo souhlas k otevření civilní české ošetrovatelské školy v Brně. V roce 1939 došlo k otevření dalších ošetrovatelských škol v Praze, Kroměříži a Olomouci“ (26). Postupem času se začaly formovat další pravidla, byla oficiálně ustanovena funkce vedoucí sestry ošetrovatelské služby v nemocnici, byly vypracovány organizační řády a pracovní náplně sester v jednotlivých směnách a pracovní povinnosti a práva vrchních i staničních sester. V této době si i lékaři začínají více uvědomovat, že sestra je jejich významný spolupracovník, který je schopný zajistit odbornou ošetrovatelskou péči. Nejen v době války se objevily nedostatky v počtu ošetrovatelského personálu, ale hlavně po jejím skončení se rapidně zvyšovala potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Během války docházelo k odsunu německých lékařů a ošetrovaterek a o to více se prohloubil jejich nedostatek. Docházelo k uzavírání vysokých škol a zdravotnický personál neměl prostor pro dostatečné vzdělávání, odborná příprava nového personálu byla neodkladná. Nemocnice a kliniky na vzniklou situaci reagovaly tak, že začaly samostatně organizovat odborné rychlokurzy nebo pořádaly alespoň několik lekcí s nejdůležitějšími informacemi. Ošetrovatelská škola v Praze okamžitě zahájila několikadenní kurz pro čtyřicet sester pro práci v pohraničí. (26, 48)

Sestry dlouho nesměly založit vlastní profesní organizaci, stejně jako jiné profesní organizace, tudíž všechny patřily do Revolučního odborového hnutí. O sestrách tak rozhodovaly místní orgány komunistické strany. Až rok 1946 přinesl možnost vytvořit Československou společnost sester. Ta sice nemohla fungovat samostatně, avšak mohla být jednou z odborných společností sdružených v Československé lékařské společnosti. To přineslo naději na velký pokrok. Významným mezníkem byl komunistický převrat v roce 1948. Po vzoru Sovětského svazu se ošetrovatelské školy

sloučily se sociálními a rodinnými školami a přejmenovaly se na střední zdravotnické školy, kde se pak připravovaly všechny kategorie zdravotnických pracovníků. Možnost dalšího profesního růstu vznikla v roce 1960, kdy byl založen Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně (v současnosti Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů). Téhož roku se pro sestry - budoucí odborné učitelky otevřelo v Praze na Filozofické fakultě dvou oborové studium ošetrovatelství s psychologickou a později pedagogickou kombinací. (24, 41)

Za dob normalizace československé sestry založily v roce 1973 Československou společnost sester a ta začala od samého počátku velmi aktivně pracovat. Od roku 1951 vycházel nejprve odborový časopis Zdravotnická pracovnice, ten se však postupně změnil na časopis odborný. Po roce 1989 zanikl a v roce 1991 ho nahradil časopis Sestra. (41)

Od roku 1992 mají sestry možnost bakalářského vzdělání na některých lékařských a později i zdravotně sociálních fakultách. Další možnost vzdělání pro sestry bylo tříleté studium na vyšších zdravotnických školách, které se u nás objevovaly od roku 1996. (49)

Lze tedy říci, že s vývojem a změnou ošetrovatelství jako takového se vyvíjí a mění i role ošetřujícího. Ošetřující osoba postupně přechází z pasivního postoje k aktivnímu, tedy ošetrovatelská péče se stává komplexnější a postupně se specifikovala do jednoznačně cílené podoby. (45)

Ošetrovatelství v 21. století změnilo svou tvář. Požadavky na ošetrovatelskou péči se neustále zvyšují, takže obor mnohem výrazněji vymezuje své specifické a nezastupitelné teritorium. Náročná péče dnes zahrnuje velmi různorodou škálu činností a klade vysoké nároky na behaviorální stránku ošetrovatelského povolání. Ošetrovatelství také již není věcí pouze jedné kategorie pracovníků, ale vyžaduje partnerství a týmovou spolupráci s lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky. Sesterské povolání mnohem více než dříve vyžaduje odpovědnost, zralost a schopnost posoudit a rychle syntetizovat velké množství informací. (32)

Dnes musí být sestra vzdělaná, profesionální, moderní žena (či muž) se schopností empatie, která dokáže odhadovat, posoudit a předvídat události, analyzovat i syntetizovat velké množství informací, které při výkonu svého povolání získává.

Stávajícím sestřím mohou být vzorem úspěšné profesionálky českého ošetrovatelství jako je doc. PhDr. Marta Staňková CSc., nebo prof. PhDr. Valérie Thótová Ph.D.

1.1.1 Vzdělávání sester

Rozsáhlé kompetence, zvyšující se náročnost práce a samostatnost sester si žádá mnohem náročnější přípravu. Sestra již není služebnice lékaře, která žádné vzdělání nepotřebuje, ale je samostatným, kvalifikovaným pracovníkem. V roce 1860 se na první ošetrovatelské škole, jejíž zakladatelka je Florence Nightingallová, vzdělávaly sestry a připravovaly se tak na své budoucí povolání. O sto let později už vznikaly vysokoškolská studia ošetrovatelství na celém světě. (50, 55)

Hlavní vliv na současný stav ošetrovatelského vzdělávání sester v České republice mělo přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Novelizován byl v roce 2005 zákonem č. 125/2005 Sb. a dále pak v roce 2007 zákonem č. 111/2007 Sb. Zákon vymezuje čtyři stupně zdravotnických pracovníků a to: Zdravotnického pracovníka, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti. Dále zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo získá způsobilost k výkonu povolání jiného odborného pracovníka. Mezi další významně ovlivňující legislativní předpisy patří vyhláška č. 321/2008, Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, dále pak vyhláška č. 424/2004 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, vyhláška č. 394/2004 Sb., o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných, kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky. (18, 38, 52, 37)

„Nová koncepce vzdělávání v ošetrovatelství představuje hlubokou změnu v ošetrovatelské praxi i nový způsob profesionální přípravy sester pro institucionalizovanou a individualizovanou ošetrovatelskou péči“ (1 s. 61). Kvalifikační příprava sester a postkvalifikační vzdělávání tak prošlo poměrně značnou transformací. Současné právní předpisy upravují nejen obsah studia, systém celoživotního vzdělávání ale i kompetence sester. Přijaté změny souvisejí s vývojem a postavením oboru ošetrovatelství ve vyspělých zemích. Díky požadavkům Evropské unie a Světové zdravotnické organizace je vzdělávání sester transformováno na vysokou školu. Kvalifikační příprava sester probíhá na univerzitní půdě a na vyšších zdravotnických školách. Střední zdravotnická škola připravuje na budoucí povolání tzv. zdravotnické asistenty, kteří budou provádět základní ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem sestry. (1, 34)

Pokud sestra chce získat odbornou způsobilost k výkonu svého povolání, musí absolvovat buďto akreditované zdravotnické bakalářské studium, které je určeno k přípravě všeobecných sester, nebo nejméně tříleté studium v oboru diplomovaná sestra na vyšších typech zdravotnických škol. Do postkvalifikační přípravy je zahrnuto vysokoškolské magisterské studium ošetrovatelství, specializační studium, certifikované kurzy a v neposlední řadě kontinuální vzdělávání sester, jež vyplývá z povinnosti zdravotníků neustálého zdokonalování a prohlubování si odborných znalostí a dovedností. (18)

Sestry vzdělané na univerzitách hrají v procesu rozvoje ošetrovatelství v České republice klíčovou roli. Kvality zdravotní péče lze jen obtížně dosáhnout bez kvalitně a systematicky vzdělaných a motivovaných sester. V současnosti se můžeme setkat v některých zdravotnických organizacích s negativním přístupem k vysokoškolsky vzdělaným sestrám a to, jak ze strany zaměstnavatelů, tak i ze stran některých lékařů, což následně může být příčinou konfliktů mezi zdravotnickými pracovníky. Vzdělání je samozřejmě na prvním místě věcí jednotlivce, avšak podpora a uznání je důležitou součástí nejen motivace ke studiu, předávání znalostí, ale i věcí kladného přístupu k práci samotné. V budoucnu zaměstnavatelé i lékaři jistě ocení výhody vzdělaných sester jako např.: zlepšení péče o nemocné, kvalitnější a efektivnější spolupráce mezi

zdravotníky či nižší spotřeba celé řady drahých lékařských činností, které sestry by mohly dokonale převzít. (32)

Celoživotní vzdělávání je podle Zákoníku práce prohlubování kvalifikace a navazuje na odbornou způsobilost. Z právních předpisů tedy vyplývá, že sestra na sobě musí pracovat nepřetržitě po celou dobu výkonu svého povolání. Neustále zvyšující se tempo technických i teoretických změn ve zdravotnictví, zvyšující se požadavky na poskytování kvalitní péče, nejnovější poznatky v ošetrovatelství a mnohé další faktory by měly být důvodem celoživotního vzdělávání sester, neboť kvalita poskytované péče je úzce spjata s kvalifikovaným personálem a jeho profesním růstem. Vysoká kvalita poskytované péče také napomáhá ke zvyšování úrovně a prestiže nelékařských zdravotnických profesí. Na pracovištích, která rozvoj vzdělání a poznání u svých zaměstnanců podporují, se zcela jistě zvýší jejich spokojenost, stabilita a kvalita poskytované péče. (1, 55)

Světová zdravotnická organizace spolu s EU pokládají za nejvhodnější v jednotlivých zemích zavedení povinné registrace sester, což platí i pro Českou Republiku. Povinná registrace by měla usnadnit i získání práce v zahraničí. Jednotlivé vzdělávací programy jsou v rámci celoživotního vzdělávání stanoveny vyhláškou a ohodnoceny určitým počtem kreditních bodů. (1, 32)

Formy celoživotních vzdělávacích aktivit zahrnují specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, studium navazujících vysokoškolských studijních programů, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, účast na školicích akcích, seminářích, konferencích a odborných symposiích. Do celoživotního vzdělávání patří i publikační, vědeckovýzkumná činnost a pedagogická činnost. Sestra svou aktivní či pasivní účastí na jakékoliv z těchto uvedených forem celoživotního vzdělávání sestrou získává kreditní body, které jsou udělovány prostřednictvím kreditní komise při České asociaci sester. Celoživotní vzdělávání přispívá ke kvalitnější práci, avšak také rozšiřuje obzor a umožňuje vstupovat do odborných diskusí. Celoživotní vzdělávání by mělo umožnit trvalý aktivní zájem o nové poznatky ve vlastní profesi, aktivní vyhledávání nových informací a jejich testování v praxi. (42, 50)

Do systému permanentní kontroly celoživotního odborného růstu sester patří Registr zdravotnických pracovníků. Každý zdravotnický pracovník, který získá od Ministerstva zdravotnictví Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, je právě do tohoto registru zařazen. Ten je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. Vznik Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je dán zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. (42, 43)

1.1.2 Kompetence sester

Profesní identita sester je společná a to bez ohledu na zemi, národnost nebo typ organizace. Hlavním úkolem sester je poskytovat profesionální péči, která je založena na aktivním vyhledávání, uspokojování potřeb nemocného a na holistickém přístupu. Sestry tvoří největší skupinu pracovníků ve zdravotnictví nejen u nás, ale i na celém světě a jako takové jsou hlavní a nenahraditelnou silou. Proto je nutné, aby směly v dynamicky se rozvíjejícím zdravotnictví dělat maximum pro podporu zdraví a péče o nemocné. (8)

Kompetence sester v České republice legislativně upravuje zákon 96/2006 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), dále pak kompetence usměrňuje vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kromě legislativy se kompetence odvíjejí ještě od charakteru profese, zvyklostí a vnitřní dělby práce na konkrétních pracovištích. (36, 37)

Podle těchto právních předpisů je sestra s osvědčením k výkonu povolání kompetentní k vykonávání činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu se stanovenou lékařskou diagnózou, přičemž základní a specializovanou péči zajišťuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V rámci komplexní ošetrovatelské péče

vykonává samostatně jednotlivé výkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedince a skupin. Na základě indikací lékaře se podílí bez odborného dohledu na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a dispenzární péče. Samostatně tyto výkony vykonává nebo při nich asistuje. Některé činnosti stanovené vyhláškou vykonává pod odborným dohledem lékaře. Avšak v praxi jsou často sestry pověřovány úkoly, které spadají do náplně práce pomocného nebo méně kvalifikovaného personálu. Ale je tomu také naopak, sestry provádějí úkoly odborného charakteru, které překračují jejich pracovní kompetence a to většinou na přání lékaře. Což může vést a často vede ke vzniku konfliktů mezi nimi.(3, 4, 52, 37)

1.1.3 Prestiž sesterského povolání

Prestiž je určitý způsob pozitivního hodnocení, ocenění a úcty, který je prokazován okolím. Přestože se profese sestry ve společnosti hodnotí poměrně vysoko, její prestiž se pozitivně mění jen pomalu. Posílení prestiže je i jedním z cílů České asociace sester. Sestry v České republice prestiž svého povolání vnímají spíše jako průměrnou nebo nižší. Pro vnímání prestiže vlastního povolání není zásadní na jakém oddělení či v jakém typu zdravotnického zařízení sestra pracuje, výrazný vliv nemá ani stupeň dosaženého vzdělání. Rozdíly se více objevují v hodnocení sester s různou délkou praxe, kdy mladší sestry s praxí do tří let hodnotí prestiž svého povolání kladněji. Z obecného pohledu platí, že kvalitu a postavení každého oboru ovlivňují dva základní předpoklady - jednak jeho náplň spojená s určitým stupněm pravomoci a odpovědnosti a pak rovněž úroveň přípravy a vzdělanosti pracovníků. (6, 18, 2)

Obecně lze říci, že je práce sester laickou veřejností oceněna, až když se člověk stává pacientem a je donucen vyhledat pomoc ve zdravotnickém zařízení. Kde se pak stává závislý na péči sestry a následně si většinou začíná uvědomovat, že je sesterské povolání nepostradatelné. Můžeme se však setkat i se skutečností, že klient oceňuje hlavně práci lékaře, který ho zbavil onemocnění nebo mu alespoň pomohl zlepšit jeho zdravotní stav a sestru vnímá spíše jako ošetřovatelku, které je vděčný za trpělivost a milý přístup. Názory lékařů na tuto problematiku se různí, někteří sestru vnímají jako podřízeného pracovníka, který plní jejich příkazy, jiní jako nepostradatelného,

rovnocenného člena týmu. Náročná práce sester bohužel ve většině českých zdravotnických zařízení není náležitě ohodnocena ani po finanční stránce. Požadavky kladené na sestru mohou být někdy tak náročné, že působí negativně na jejich práci, tedy na kvalitu poskytované péče, ale i na osobní život a zdraví jich samotných. (12, 32)

Rozdílnost v prestižním postavení sester a lékařů má kořeny v minulosti, sestra v historii měla nízké společenské postavení, kdežto lékařské povolání sebou nese uznání téměř od počátku svého vzniku. Pohled na sesterné povolání ovlivňuje také současné sociální prostředí, které práci sestry mnohdy podhodnocuje. Společnost nejen oceňuje význam určité profese, avšak též ovlivňuje i její pojetí. (56)

1.2 Lékařské povolání v minulosti a dnes

Již od počátku lidské civilizace nemoci či zranění způsobovaly lidem utrpení, avšak vždy se našli lidé, kteří se trpícím snažili různými způsoby pomoci, byli to předchůdci současných lékařů. Lékařská profese tudíž patří mezi nejstarší povolání. Jeho základy je možné nalézt již v pravěku, kdy šamani či léčitelé byli lidé se zvláštním, utajeným životním stylem, s mimořádnými znalostmi a dovednostmi. Přisuzovaly se jim magické schopnosti. Dá se říci, že toto magično léčitele a později lékaře doprovází celý jeho vývoj. Dnes je možno jej označit jako sugestivní působení důvěryhodného a empatického lékaře. Přestože ve starověkých kulturách lékaři neměli podrobné znalosti o lidském těle, jejich působení v mnohém splňovalo hlavní záměr, jímž bylo pomoci trpícím. (29, 45, 47)

V asyrsko-babylonské kultuře lékaři využívali především duchovní a náboženské prostředky k uzdravování nemocných, zatím co řecká medicína už obrátila pozornost k lidskému tělu a položila základ evropské moderní medicíny. S filozofií se rozvíjelo i poznání lidského těla. Lékaři postupně upouštěli od nadpřirozených sil a stále více se opírali o empirické souvislosti. První vědecké přístupy pocházejí od Thalety milétského, avšak nejvýznamnějším lékařem byl Hippokrates. Jeho škola čerpala z představ o patologii stavů onemocnění a katarze v těchto dobách byla chápána spíše jako doslovné smytí nečistot. Hippokratova škola poskytovala návody o přístupu k nemocnému a určila etická pravidla pro lékaře. Galénovská medicína též upřednostňovala technický zákrok u nemocí se zřejmou příčinou, ale pracovala i s duchovní složkou. Tito dva významní lékaři položili základy lékařské etiky a natrvalo ovlivnili rozvoj medicíny. Nad lékařstvím se zamýšleli i nejslavnější antičtí filozofové jako je např. Platón. Ti kteří se věnovali zlomeninám, vykloubeninám, zařikávání a vyhánění zlých duchů z těla byli v řeckém lékařství označováni jako felčari. Medicína byla přístupná téměř komukoliv, a tak ji často vykonávali například bývalí otroci. (29, 47)

Křesťanský středověk přinesl opět větší obrat k duchovnu, místo léčby se kladl důraz na milosrdenství a soucit nemocným. Utrpení a nemoc bylo považováno za zkoušku víry či trest za špatnost, uzdravení pak bylo symbolem Boží milosti a přízně. Rozvoj klinických znalostí podpořil až průnik islámské arabské medicíny zásluhou

významných arabských lékařů, jež byl např. Avicenna. Avšak výraznější oživení medicíny nastává až s rozvojem univerzit. V Evropě byly podmínky pro studium i praxi rozdílné, v některých zemích se oddělili internisté od chirurgů, jinde probíhala výuka v jednom celku. I v České republice se tento spor vyřešil až sjednocením univerzitního lékařského vzdělání s titulem lékař všeobecné medicíny. (29)

Rozvoj medicíny nebyl přímočarý, počátkem renesance se např. prohloubila skepse ke středověkým doktrínám, dochází k opravám scholastického učení, které se zakládalo jen na dogmatech a výrociích autorit. Významnou roli v tom sehrál Paracelsus, který své žáky nabádal k samostatnému úsudku. V době oživení bádání se sám zabýval chemickým výzkumem a zavedl některé léky do praxe. Postupem času začala mít medicína pevné základy, znalosti a poznatky se stávaly ověřitelnými a reprodukovatelnými. Významným lékařem byl např. anatom Andreas Vesalius, který svou knihou O stavbě lidského těla položil základ moderní anatomie, na základě Harveyových pokusů na zvířatech byla poznána podstata srdečního tepu a krevního oběhu a zavedena kvantitativní měření, které se používá dodnes. Další významná osobnost byl Jan Evangelista Purkyně, zasloužil je jednak o nové poznatky o buňce, ale také např. o poznání smyslů, jsou po něm pojmenované velké nervové buňky v mozku a nervová vlákna v srdci. Obrovský význam mělo objevení mikrobů, o což se zasloužil hlavně Louis Pasteur a Robert Koch. V celé historii medicíny se objevují různé přelomy, obraty a mezníky, které mění její vývoj, myšlenkové pojetí a posouvají ji směrem kupředu, ale hlavně výrazně ovlivňují zdravotnickou péči o nemocného člověka. K dalším zásadním objevům a mezníkům patří zavedení očkování Eduardem Jennerem, díky němuž došlo k úplnému vymýcení pravých neštovic, objevy v oblasti genetiky (Darwinova teorie o vývoji druhů, Mendlova segregace znaků v hrachu, Flemmingův objev chromozomů a mnohé další), v oblasti imunity (Mečnikovův objev fagocytózy), vývoj antibiotik a mnohé další. (39, 47)

Neméně významnou je v rozvoji medicínského poznání i vývoj techniky, neboť bez technizace by medicína jen těžko mohla fungovat. Umožňuje další rozvoj poznání a ruku v ruce jde s novými objevy. Do této oblasti patří vynálezy od mikroskopu přes Röntgenovo záření, elektrokardiograf (W. Einthoven) až po umělé srdeční chlopně

atd. Technizace medicíny ovšem kladla i vyšší požadavky na zdravotnické pracovníky na jejich znalosti i počet. (39)

Ve 20. století se medicína přeměnila do medicíny založené na důkazech (evidence - base medicine). Lidé si více všimají problému spojených se zdravím, uvědomují si, jaký dopad na ně měly obě světové války apod. Hledají příčiny a snaží se zabránit tomu, aby se to opakovalo. Je založeno mnoho zdravotnických organizací či nadací na pomoc nemocným a chudým nejen ve třetím světě. (39)

Moderní společnost klade nové nároky i na lékařskou profesi a v mnohém ji proměňuje. Dnes lékaři získávají role a společenské funkce, které nejsou bezprostředně součástí lékařské profese např. mají manažerské a ekonomické kompetence. O kvalitě výsledné péče v integrovaném celku dnes rozhoduje celý systém zdravotní péče, ne jednotlivý lékař. Dalo by se říci, že lékaři pociťují, že stále méně vykonávají poslání a více přijímají obraz odborníka. Dochází ke konfliktům rolí, na jedné straně je rozsáhlá profesní autonomie při současných obrovských možnostech medicíny a na druhé straně jsou podmínky omezených finančních zdrojů. To znamená, že lékař chce poskytovat pomoc pacientům podle svých nejlepších znalostí a vědomostí s použitím všech dostupných prostředků moderní medicíny, ale přitom nese zodpovědnost za spravedlivé rozdělení veřejných zdrojů. Kromě tohoto je lékařské povolání náročné už jen z toho důvodu, že předmětem jeho činnosti je člověk a i drobná chyba může mít nezvratné následky (což platí u všech zdravotnických pracovníků). (5, 29)

1.2.1 Vzdělávání lékařů

Příprava na lékařské povolání je velice náročný a nikdy nekončící proces, který ukončením lékařské fakulty teprve začíná, podobně jako u sesterského povolání. Lékař se musí naučit nejen veškerým znalostem a dovednostem, které jsou s touto profesí spjaté, ale též psychosociálním postojům. (29)

V České republice vymezuje vzdělávání lékařů zákon 95/2004 Sb. o vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Podle tohoto zákona lékař, který chce toto povolání vykonávat, musí být vedle odborné způsobilosti také zdravotně způsobilý a bezúhonný. Odborně způsobilí je po absolvování nejméně šestiletého prezenčního studia, jež obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém

magisterském studijním programu všeobecné lékařství. Zcela samostatně lékař své povolání může vykonávat absolvuje-li specializační vzdělávání, jehož minimální délka je u lékařů stanovena na dobu čtyř let. Specializovanou způsobilost lékař získává složením atestační zkoušky, na jejímž základě mu ministerstvo zdravotnictví vydá diplom o specializaci v daném oboru. Obory specializačního vzdělávání jsou dále ošetřeny vyhláškou 233/2008 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a vyhláškou č. 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů. Tato nejnovější vyhláška upravuje v souladu s právem Evropských společenství základní specializační obory, označení odbornosti a délku specializačního vzdělávání podle vzdělávacích programů a obory certifikovaných kurzů lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a minimální délku vzdělávání v nich. Za výkon povolání lékaře se považuje také metodická, koncepční, výzkumná a vzdělávací činnost v oblasti zdravotnictví. (15, 37)

Jak už bylo několikrát zmíněno, sesterské i lékařské povolání je značně náročnou profesí, která podléhá vývoji a neustálým změnám, proto je nutné neustálé osvojování si nových informací a poznatků. Proto se lékař musí celoživotně vzdělávat a sbírat kredity, stejně jako sestra. Celoživotní vzdělávání lékařů upravuje zákon 95/2004 Sb. a stavovský předpis České lékařské komory (ČLK). Slouží k prohlubování odborné způsobilosti lékaře pro výkon povolání v léčebné a preventivní péči. V kompetenci ČLK je přidělování kreditů za celoživotní vzdělávání. Tyto kredity lékaři mohou získávat na vzdělávacích akcích pořádaných jak ČLK, tak i dalšími subjekty sdruženými v asociaci nebo subjekty provádějícími celoživotní vzdělávání dle zákona č. 95/2004 Sb. Dále se mohou účastnit klinických stáží či klinických dnů. Do celoživotního vzdělávání patří též publikační a přednášková činnost, studium odborné literatury a elektronické formy vzdělávání např. v e-learningové podobě. (15, 16)

1.2.2 Kompetence lékaře

Lékař je osoba oprávněná k léčení na základě odborného vzdělání. Veškeré činnosti lékaře vycházejí ze skutečnosti, že předmětem jeho činností je člověk jako holistická bytost a jeho činnost je funkcionálně zaměřená na ochranu, upevňování zdraví, diagnostiku a léčení nemocí a na záchranu ohroženého života. Lékařovým úkolem je definovat nemoc, což znamená ji vyhledat, stanovit a zvolit vhodný způsob k jejímu vyřešení. Lékař musí mít znalosti, schopnosti a zkušenosti, které mu umožní jeho působení. Každý lékař pak zastává svou pracovní roli, jež se mění v závislosti na kompetenčním poli jeho odborné činnosti, charakterem styku s pacientem, jeho postavením a dalšími faktory. Rozsah činností a kompetencí se též odvíjí od pole působnosti lékaře, tedy zda-li pracuje jako lékař v nemocničním zařízení, stomatolog nebo jako praktický lékař apod. (5)

Veškeré činnosti a kompetence lékaře lze najít krom platné legislativy též v Etickém kodexu České lékařské komory. Ten vymezuje obecné zásady, které např. říkají že: „Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince. 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“ (14, §1) . Dále tento kodex zahrnuje oblasti - lékař a výkon povolání, lékař a nemocný, vztahy mezi lékaři a lékař a nelékař. Každá z těchto oblastí vymezuje práva a povinnosti lékaře, která jsou pro toto povolání nezbytná. (14)

1.2.3 Prestiž lékařského povolání

Lékařské povolání patří v naší společnosti k nejprestižnějším profesím. Je vyznačováno jednak náročnou specializovanou a kontinuální přípravou, ale i značnou odpovědností, která je zakotvena v normách lékařské etiky, stavovských kodexech a zdravotnickém právu. Lékaři se musejí adaptovat na nové narůstající nároky ze strany managementu, ale též musejí přijmout odpovědnost za užívání omezených ekonomických zdrojů, což může vést k intrarolovým konfliktům, kdy finanční omezení

lékaře vstupuje do terapeutického vztahu ke klientovi. Jednou z významných složek sociálního statusu je finanční ohodnocení, což i u lékařů v našich podmínkách zůstává nevyřešené. Tedy vysoká prestiž tohoto povolání, lékařům nezajišťuje právo na nejvyšší plat, avšak do určité míry by mohla být alespoň odměnou za úsilí, které lékaři vynakládají při přípravě i výkonu svého povolání. (28, 29)

To že prestiž lékařského povolání patří k nejprestižnějším, dokazuje např. řada opakovaných výzkumů, prováděných Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM). Česká veřejnost si lékařů velmi váží, jejich povolání vnímají spíše jako poslání než jako pouhý způsob obživy a obdiv k tomuto povolání stále roste. Lidé si lékařů váží nejvíce z dvaceti šesti vybraných profesí umístěných v pomyslném žebříčku. Na druhém a třetím místě skončily v nevelkém vzájemném odstupu profese vědce a vysokoškolského učitele. Jedním z důvodů, proč je lékařské povolání u většiny veřejnosti postaveno výše než třeba profese vědce, může být okolnost, že k lékařům mají lidé vybudován mnohem silnější vztah spojený s pocitem vlastní závislosti na nich. Alespoň občas totiž lékaře potřebuje prakticky každý člověk. (6, 13)

1.3 Konflikty v ošetrovatelství

Konflikty mezi lidmi se objevují neustále a objevovat budou, neboť každý člověk je jiný, má své specifické představy, očekávání, snahy atd. Tedy ani u zdravotnického personálu tomu není jinak. Obecně lze říci, že pro zdravotníky, vzájemně na sebe odkázané na pracovišti, jsou konflikty pevnou součástí jejich pracovního dne. Bez konfliktů není možný žádný vývoj a ne vždy musí být konflikt nepříjemným zážitkem. Ve zdravotnictví stejně jako na jiných pracovištích se setkáváme s lidmi, kteří jsou naši nadřízení, podřízení, kolegové a mají stejný nebo podobný status. Se členy všech těchto skupin se sestra může dostat do konfliktních situací. Dobré vztahy mezi sestrou a lékařem jsou nesmírně důležité pro jejich práci, proto je potřeba konfliktům předcházet a již vzniklé umět efektivně řešit. (20, 27, 36)

Slovo „konflikt“ má latinský původ (conflictus – srážka). Konflikt obecně znamená střetnutí dvou nebo více navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí. V češtině má tento výraz spíše negativní význam, naznačuje rozkol, nesoulad, disharmonii, tedy situace, kterým se člověk vědomě brání. Jinak ho lze definovat jako znepokojující stav, který způsobuje střet představ o tom, co se očekává, nebo co je zavedené. Zda-li je konflikt vnímán jako přátelský či nepřátelský, záleží na tom, jak člověk danou konfliktní situaci prožívá, jak na něj působí, a jak jí řeší. Nejen zdravotníci by se měli zbavit dojmu, že všechny konflikty jsou špatné, neboť správné řešení může potencionálně přinést výhody. (21, 22, 27)

1.3.1 Typy konfliktů v ošetrovatelství

Podle výzkumu provedeného Krameriem a Schmalenbergem lze konflikty v ošetrovatelství rozdělit podle různých typů. Názvy pomáhají identifikovat jak příčinu, tak i účastníky konfliktu. Do klasických příkladů konfliktů v ošetrovatelství patří:

- profesionální/byrokratický (neslučitelnost nároků systému a vnímání profesních zásad a povinností),
- nedostatek osobní kompetence (do rozporu se dostává úroveň schopností sester a očekávané výsledky v praxi. K tomuto typu konfliktu dochází hlavně u sester, které jsou přesunovány do oblastí, s nimiž nejsou plně obeznámeny.),

- konkurenční role (nastává, pokud jedna osoba plní roli sestry, studentky, manželky či rodiče),
- expresivní/instrumentální (rozkol mezi technickými nároky na péči a potřebami pacientů. V tomto typu konfliktů působí etické i právní otázky, požadavky pacienta i rodiny a osobnost dané sestry.),
- konflikty mezi sestrou a pacientem (při odlišnosti pacientových a ošetrovatelských cílů),
- konflikty mezi sestrami (rozdílná filozofie sester při poskytování ošetrovatelské péče např.: holistický přístup versus orientace na výkony),
- konflikty mezi sestrou a lékařem, jež jsou rozebrány v následujících kapitolách.

Mezi lékařským a sesterským přístupem jsou rozdíly, každý z nich zdůrazňuje jiné aspekty zdravotní péče, které se ale doplňují. Konflikty pak vznikají vlivem nerovnováhy moci v systému. Navazování kolegiálních vztahů a vzájemný respekt, tak může zabránit časově náročným a mnohdy nesmyslným problémům, které pak odvádějí pozornost od společného cíle, kterým je především pacient. (21)

Konflikty jsou různé, přesto lze říci, že mají společné vlastnosti. To je dáno tím, že jádrem konfliktů je neslučitelnost potřeb, motivů, hodnot a cílů, ale i také to mohou být již zmíněné rozpory kolem statusu či moci. Vztahy na pracovišti se stávají obtížnými také tehdy, když se od sebe liší hodnotové představy, postoje, způsoby chování, osobnost zdravotníků a jejich vlastnosti. (20)

1.4 Konflikty mezi sestrou a lékařem

Sestra a lékař se od sebe odlišují kompetencemi, které jsou zakotveny v zákonech a ovlivněny jsou i charakterem profesí a zvyklostmi na daných odděleních. Postavení sestry je ztíženo vlivem dvou linií subordínace a to tak, že sestra je jednak podřízena lékaři a na druhé straně sesterskému managementu. Vzhledem k současné situaci v ošetrovatelství, rozměrům nemocnic a obrovskému nárůstu administrativy, jsou sestry zatíženy činnostmi, které nesouvisí s přímým ošetrováním nemocných a které je tím pádem vzdalují od jejich práce. To má negativní vliv nejen na jejich práci, ale také na celkové „naladění“ a psychický stav, což se druhotně odráží ve vzniku a řešení vzniklých konfliktů. Základem spolupráce při výkonu tohoto povolání je partnerství, přestože je to obecně známé a legislativa Evropské unie partnerství mezi sestrou a lékařem vyžaduje, praxe za tímto racionálním požadavkem mnohdy zaostává. (5, 33)

Přestože sestry a lékaři mají stejný cíl, kterým je co nejkvalitnější péče o pacienta, ne vždy se setkáváme s nekonfliktním prostředím mezi nimi. Každý konflikt je jiný, přesto však mají něco společného. Konflikt mezi sestrou a lékařem je často spojován s pocíťovaným nerovnoměrným rozdělením moci, postavení a prostředků. Může být opravdový (skutečný), nebo je to důsledek zkreslené reality. V obou případech je problém nutno řešit, aby se předešlo komplikacím. Výsledek konfliktu je určen čtyřmi faktory:

- problémem,
- mocenskou základnou účastníků,
- spoluprací mezi účastníky,
- komunikací.

Správné způsoby řešení udržují problém v přijatelných rozměrech. (5, 20)

Řada konfliktních situací vychází ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci současného lékařství a ošetrovatelství. Každý z těchto oborů klade jiný důraz na jednotlivé části léčebného procesu. Často se také můžeme setkat s názorem lékařů, který říká, že by sestry neměly zasahovat do oblasti lékařského působení. Názory lékařů na sestru se různí. Někteří lékaři bohužel stále vnímají sestru pouze jako jim podřízeného pracovníka, který se svými znalostmi nemůže lékaři

konkurovat, a který by měl striktně dodržovat jejich rozkazy a plnit ordinace. Je velice pravděpodobné, že tyto požadavky a mylný pohled na sestru vedou k častým a mnohdy významným konfliktním situacím. Důvodem může být i to, že ošetrovatelství jako věda má kratší historii než lékařství a má také nižší společenský status. Sestry jsou mnohdy nespokojeny s nízkým respektem k ošetrovatelskému povolání ze strany některých lékařů. (12, 6)

Další neshody mohou pramenit z nedostatečné, jednostranné nebo jinak chybné komunikace a nesprávného přístupu lékařů a sester k sobě navzájem a potom ani jejich efektivní řešení nelze provést bez správné komunikace. Asi nejčastějším problémem jsou spory o zdravotnickou dokumentaci, nesrozumitelnost v ordinacích lékaře, objasňování nejasností nebo jen telefonní hovor, kterému sestra i lékař přiřkládají jiný stupeň důležitosti a mnohé další. (56)

Konflikty mezi sestrou a lékařem mohou být také odrazem strukturálních změn ve společnosti a obrazem změn v systému zdravotní péče. Postavení lékařů, avšak hlavně sester, podléhá poměrně značným změnám. Sestry významně posilují ve svém postavení v současném zdravotnictví, kdežto lékaři s tímto trendem část svého postavení ztrácejí. Neznamena to však, že by situace mezi medicínou a ošetrovatelstvím byla napjatá, mezi převážnou většinou sester a lékařů je spolupráce velice dobrá a vzájemně se respektující. Existenci konfliktů ve vzájemných vztazích lze někdy považovat za uměle vytvořenou, jejíž vznik pramení z osobnostních charakteristik jednotlivých zdravotnických pracovníků. (5)

Je jednoznačné, že interakce mezi sestrou a lékařem značně ovlivňuje atmosféru na pracovišti a následně i pracovní morálku a spokojenost sester. Nekonfliktní prostředí a dobré vztahy na pracovišti patří mezi významné aspekty ovlivňující celkovou atmosféru na odděleních. V současné době, kdy často dochází k pracovnímu přetížení sester v důsledku nedostatečného personálního obsazení, nejednoznačnosti role a činností odvádějících je od kontaktní, přímé péče o pacienta, je velice důležité negativní konflikty mezi sestrou a lékařem eliminovat na minimum. Následky konfliktního pracovního prostředí se mohou promítnout do pracovního výkonu, kvality odváděné práce, ale též ovlivňují i fluktuaci zdravotnických pracovníků. (5, 8, 10)

1.4.1 Faktory ovlivňující konflikty mezi sestrou a lékařem

Schopnost sester i lékařů řešit konflikty ovlivňuje mnoho faktorů. Aby člověk mohl „s čistou hlavou“ efektivně řešit negativní konflikty, potřebuje k tomu kromě osobnostních předpokladů i vhodné podmínky. Současné zdravotnictví se potýká s mnohými překážkami, což samozřejmě působí na veškerý zdravotnický personál. Jeden z hlavních problémů v oblasti ošetrovatelství je nedostatek sester a jejich spokojenost. Důvodů se nabízí několik, na jedné straně se zvyšují nároky na vzdělanost sester, narůstají požadavky v oblasti techniky i ošetrovatelské administrativy, zdůrazňuje se stále nutnější přesnost a pečlivost dokumentace a požadavek lidského přístupu k pacientům. Roste zátěž ošetrovatelské práce ve všech oblastech (fyzické, psychické i spirituální). Na druhé straně nejsou nároky kladené na sestry vyváženy oceněním, ohodnocením jejich práce a možností relaxace. (3, 8, 6)

1.4.1.1 Osobnost zdravotníka

Jak už bylo několikrát zmíněno v předešlých kapitolách sesterská i lékařská profese patří k velice náročným povoláním, a to jak z hlediska odborné přípravy, tak i samotného profesionálního výkonu. Protože objektem práce zdravotníka je nemocný klient, je kladen značný důraz na dodržování vhodných forem jednání a přístupu nejen ve vztahu ke klientovi, ale též k rodinám i ostatním spolupracovníkům. Od sester i lékařů se očekává zvládnutí práce s moderní technikou, překonání značné psychické a fyzické zátěže, pozitivní vliv na klienty, zvládnutí značné administrativy a schopnost efektivního řešení problémů ať už v práci nebo v osobním životě. Splnění těchto požadavků klade vysoké nároky na osobnost sester i lékařů, na jejich profesionální přípravu, styl práce i způsob života. Samozřejmě ne každý ze zdravotníků tyto požadavky splňuje, v každém nemocničním zařízení a téměř na každém oddělení se tedy najdou i problémoví lidé, kteří způsobují, že náročná práce sester i lékařů se stává ještě náročnější. (51, 56)

Osobnost zdravotníka si vyžaduje určité předpoklady, jako jsou např.: kritické myšlení, schopnost empatie, hodnotová orientace, humánní vztah k nemocným, ale i schopnost efektivní spolupráce a komunikace mezi zdravotníky navzájem. Přestože se sestry i lékaři snaží dosáhnout stejného cíle, mohou se při výkonu práce setkávat

s odlišnými názory, postoji, očekáváními a mocenskými potenciály a jen stěží se dá vyhnout nesouhlasnému chování a konfliktům. Pro sestry a lékaře, pracující na stejném oddělení, jsou konflikty pevnou součástí jejich běžného pracovního dne. Rozdíly v názorech však nejsou vždy tím vlastním problémem, spíše jde o to, jak k daným konfliktům přistupují a jakým způsobem je řeší. Konflikty, v nichž se zdravotníci nacházejí, často také odrážejí jejich vnitřní rozpory, napětí či obavy, které nebyly vyřešeny, nebo které si nechtějí připustit. Každý člověk je vybaven vrozenými dispozicemi a reaguje různým způsobem na určité situace. Tedy i osobnost se svým vrozeným základem je do určité míry značně ovlivňující faktor, který nelze opomenout ani v etiologii konfliktních situací a též, ani při jejich řešení. (27 ,56)

1.4.1.2 Vzdělání sester a kompetence

Sestry se na svém pracovišti setkávají s nedostatky v jednotném vnímání a stanovení hodnot mezi sestrami i lékaři, což způsobuje konflikty. Příčinou jsou různé způsoby vědění a získávání nových informací. Důsledkem toho je pak různorodé vnímání ošetrovatelství i zpracování legitimní znalosti profese. Jednou z příčin je právě způsob vzdělávání sester. Univerzitně vzdělané sestry jsou při aplikaci informací v konfliktních situacích flexibilnější, kdežto sestry s nižším vzděláním nerady přijímají jiné názory, mají spíše sklon lpět na svých názorech, jako na těch správných. (21)

Jak již bylo zmíněno v předcházejících kapitolách, současné vzdělávání sester si dnes žádá mnohem náročnější přípravu, než tomu bylo dříve. Kromě nutnosti vyššího vzdělání je potřeba i celoživotně si doplňovat a získávat nové informace. To klade poměrně vysoké nároky na časovou a finanční stránku sester. S tímto trendem narůstají i sesterské kompetence, zvyšuje se náročnost práce a sestry se stávají samostatnou, kvalifikovanou jednotkou. Je tedy logické, že sestra jako odborník v poskytování ošetrovatelské péče vyžaduje uznání, bohužel v některých zdravotnických zařízeních se stále setkáváme s negativním přístupem k vysokoškolsky vzdělaným sestram a to, jak ze strany zaměstnavatelů, tak i ze stran některých lékařů. Což je pak jednou z příčin napjatých vztahů a následných konfliktů mezi sestrou a lékařem. (32, 50, 55)

Kompetence sester i lékařů se od sebe liší a jejich rozsah je dán platnou legislativou. Tedy kompetence každého ze zdravotnických pracovníků jsou jasně dané.

Avšak v praxi jsou často sestry pověřovány úkoly, které spadají do náplně práce pomocného nebo méně kvalifikovaného personálu. Ale také naopak, sestry provádějí úkoly odborného charakteru, překračující pracovní kompetence většinou na přání lékaře. To může též vést ke vzniku konfliktů.

1.4.1.3 Pracovní prostředí

Pracovní prostředí patří k faktorům, které ovlivňují spokojenost sester i lékařů v jejich zaměstnání. Tedy druhotně ovlivňuje i vznik konfliktů, neboť spokojený člověk se do konfliktních situací dostává mnohem méně často, než člověk nespokojený či pod vlivem stresu. Pokud se s konflikty setká, je schopen je řešit mnohem efektivněji. Nemocniční prostředí je tedy velmi důležitou součástí systému, které na sestry i lékaře působí a ovlivňuje je. Jde o snoubení vnitřní struktury a vnějších vlivů, které působí na zdravotníky i na jejich zdraví. Mezi vlivy zdravotnického prostředí, které na sestry i lékaře působí a ovlivňuje je, patří: prostorové vybavení pracoviště, podmínky na zachování bezpečného prostředí, nehlukné prostředí, organizace práce a v neposlední řadě úroveň vztahů. Prostor se v ošetrovatelství může měnit ať už vlivem pozitivních či negativních sil. Mezi odporující síly patří např. jiný názor na problém, nesouhlas s cíli, osobní nejistota a obava ze změn, nedostatek vědomostí, nespokojenost se současným stavem atd. Pracovní podmínky jsou ovlivněny ekonomickými zdroji vynakládanými na zdravotní péči a její organizaci, na rozšiřování ošetrovatelské praxe, na novou techniku apod. Zhoršující se pracovní podmínky způsobují negativní změny, kromě častějších konfliktů mezi zdravotníky to přináší i nezáměr o povolání, migraci, případně i zanechání povolání. (8, 18, 20)

Stejně tak jako pracovní prostředí ovlivňuje vznik a vývoj konfliktů, tak i konflikty ovlivňují atmosféru pracoviště. Důležité je tedy docílit pozitivního pracovního prostředí. Za pozitivní pracovní prostředí jsou označována taková pracoviště, která jsou kvalitní (dostatečně a kvalitně vybavené, bezpečná, s potřebným počtem personálu s možností dalšího zdokonalování, s náležitým finančním ohodnocením svých pracovníků, a která jsou stabilizována). Pracovní prostředí je kvalitní také tehdy, jsou-li uspokojovány požadavky zdravotnických pracovníků a následně uspokojovány i potřeby klientů. Toto prostředí by mělo podporovat vysokou

úroveň služeb a konečným výsledkem by měl být jednak kladný vliv na poskytovanou péči, ale i pracovní spokojenost zdravotnických pracovníků, což vede k eliminaci a snazšímu řešení konfliktů mezi nimi. Neboť jak již bylo zmíněno, spokojený a klidný člověk je schopen případné konfliktní situace řešit daleko efektivněji. (8, 20)

Spokojenost sester je jedním ze základních aspektů dobrých tedy i nekonfliktních vztahů. K dosažení optimální sociální a psychologické pohody sester jsou nutné určité prvky, označeny jako Kristensenův model sociální a psychické pohody. Jedna z oblastí tohoto modelu jsou pracovní požadavky, které odpovídají možnostem pracovníka, tak aby na něj nebyl kladen stres. V takovém pracovním prostředí by měla převládat úroveň jistoty, podpora ze strany kolegů i nadřízených, možnost dalšího vzdělávání atd. Bylo dokázáno, že sestry, které pracují v takovém prostředí, poskytují kvalitnější péči a méně často trpí stresem, neboť jsou spokojené. Spokojenost je také ovlivněna faktory, jako je podpora vlády, fyzická podpůrná infrastruktura a podpora služeb sester ze strany zaměstnavatele. Nízká spokojenost sester v zaměstnání je problémem, s kterým se můžeme setkat i České republice. (8, 25)

V negativním pracovním prostředí jsou na sestry kladeny vysoké nároky, jejímž následkem pak může být právě nespokojenost sester a lékařů a tudíž i následné zvýšení konfliktního prostředí. Sestry následkem toho odcházejí buď za lepšími podmínkami např. do zahraničí, anebo od tohoto povolání odcházejí úplně. Vlivem všech negativ, které působí na sestry v negativním pracovním prostředí, je na sestry kladena jednak nadměrná fyzická zátěž, která je způsobena velkým počtem klientů na jednu sestru, větším počtem směn atd. Tyto nedostatky pociťuje sestra jako samostatně působící osoba, ale následky se odráží ve vztazích celého kolektivu pracovníků, jejich výsledcích práce apod. (8)

1.4.1.4 Komunikace jako základ spolupráce

Spolupráce plná důvěry mezi zdravotníky je možná pouze tehdy, jsou-li všechny vznikající problémy vyjasněny. Komunikace odráží a spoluutváří vzájemné vztahy i osobnost. Bez ní nelze spolupracovat, neboť spojuje všechny členy multidisciplinárního týmu a na její kvalitě záleží úspěch všech ošetrovatelských činností. (23, 36)

Efektivní řešení konfliktních situací je neproveditelné bez vhodné komunikace. Správné jednání ve zdravotnické profesi vyžaduje, aby zdravotníci dokázali přístup k lidem obměňovat a přizpůsobovat se jejich zvláštnostem, to klade nároky na pohotovost v přístupu k nemocným. Od zdravotníků je vyžadován individuální přístup ke všem klientům, ale také profesionálnost ve vzájemných vztazích mezi sebou. Ve sféře vzájemného nekonfliktního vztahu mezi sestrou a lékařem je správná komunikace nezbytná. (56)

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací, nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Komunikační proces označuje soubor informací, komunikačních dovedností a aktivit, které probíhají v určitém prostředí (viz příloha 1). Komunikace probíhá pouze za předpokladu, že příjemce rozumí přijímanému sdělení. Komunikační dovednosti jsou naučené nebo vrozené způsoby, které činí komunikaci efektivní. Kdykoliv dochází mezi sestrou a lékařem k interakci, dochází tak k jisté komunikaci. Je to veškerý základ spolupráce nejen sestry a lékaře, ale všech členů ošetrovatelského týmu. Je to dovednost, kterou je nutno neustále rozvíjet. (23, 56)

Při řešení problémů mezi sestrou a lékařem by se měla uplatňovat určitá tolerance a respekt obou zdravotníků. Lékař by měl zůstat odborníkem v medicínské oblasti a sestra v oblasti ošetrovatelské a vzájemně by se měli respektovat. Nevhodně zvolené slovo, nedůvěra či náznaky nadřazenosti pak vedou ke vzniku konfliktních situací, nebo již vzniklé ještě vyostřuje. (56)

1.4.1.5 Vztah sestra lékař

Důležitým faktorem dobrých vztahů na pracovišti je míra reciprocit a komplementarity. Každý člověk má své silné i slabé stránky, a to je příležitost pro vzájemnou podporu, která může posilovat pozitivní vztahy a spolupráci. Pokud jsou rozdíly mezi spolupracovníky využívány k atakům, kdy se snaží někteří udržet svou dominantní pozici, nastávají konfliktní situace. Mezi spolupracovníky, tedy i mezi sestrou a lékařem, mohou kromě vztahů formálních vznikat i vztahy přátelské. Avšak někdy tomu tak být nemusí a pak může docházet ke střetům v různých konfliktech. (36)

Tradiční vztah sestra-lékař se v souvislosti s historickým vývojem postupně měnil a to především v rámci sociálních změn. V současné době se vyvíjejí nové podmínky pro samostatnou práci sestry, která je podložena jejím vzděláním, a proto je nutné, aby i zastaralé a tradiční názory lékařů na sestry prošly změnou. Sestra už není jen pomocnicí lékaře, ale vysokoškolsky vzdělaná sestra je samostatný odborník a asistence lékaři je pouze část její práce. (12)

Ovlivňujícím faktorem pro vztah mezi sestrou a lékařem je organizační struktura v nemocnici, sestry jsou podřízeny jednak lékařům a jednak sesterskému managementu, což může vést k narušení vztahů. Dalším významným faktorem je měnící se role nemocného, neboť se vytváří podmínky pro vznik partnerského, rovnocenného vztahu ve zdravotní a ošetrovatelské péči. Spolupráce mezi sestrou a lékařem by pak z těchto vztahů měla vycházet, protože vyvážený vztah nepochybně přispívá i k lepší kvalitě poskytované péče. (5)

Názory lékařů na sestru můžeme rozdělit do dvou kategorií. Někteří už sestru vnímají jako plnohodnotného spolupracovníka a berou její názor na vědomí, neboť právě sestra je ten důležitý spojovník mezi pacientem a lékařem, bez kterého by práce na oddělení nebyla možná. Ona je ten, kdo zůstává v neustálém kontaktu s pacienty, ví o nich všechno a on může čerpat z jejich poznatků. Druhý názor lékařů je takový, že sestra je podřízenou pracovnící, která se svými znalostmi nemůže lékaři konkurovat a má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Lékaři si často neuvědomují, že sestra k výkonu své práce nepotřebuje znalosti lékaře, ale přesto má takové vzdělání a znalosti, které jí v jejím oboru umožní vykonávat svou práci jako plnohodnotnému

profesionáloví. Důvodem může být i to, že ošetrovatelství jako věda má kratší historii než lékařství a má také nižší společenský status. (12)

Na vzájemné působení mezi sestrou a lékařem můžeme pohlížet také z pohledu gendrové problematiky. Termín gender se používá k označení kulturně vytvořených rozdílů mezi muži a ženami. Pojem se začal užívat ve společenských vědách ve druhé polovině 20. století v rámci feministického paradigmatu. Kultura i společnost ovlivňuje muže a ženy různým způsobem, což vede k sociálně konstruovaným rozdílům v jejich chování, očekávání nebo postojích. Tyto rozdíly nejsou jednotné, v různých společnostech a v různých dobách se významně liší. Nelze přesně říci do jaké míry je naše chování určováno přírodou či procesem učení v průběhu života. Příslušnost k určitému pohlaví je důležitým bodem při vysvětlování postavení sester v systému zdravotnictví. V medicíně jsou stále na vedoucích pozicích uváděni především muži-lékaři. Sestry pak mohou být znevýhodněny kvůli své gender identitě, kterou společnost vytváří, což může být jako příčina vzniku konfliktních situací. Feminizace lékařských oborů však s sebou přináší určité změny mezi spoluprácí mezi lékařem a sestrou. Přestože jsou lékařky i lékaři vychováváni stejným způsobem, dochází k vymizení obvyklých stereotypů jako je mužská dominance a ženská submisivita. (5)

1.4.2 Řešení konfliktních situací

Většina lidí touží po bezproblémovém pracovním prostředí a kladném vztahu s kolegy. Výhodami pokojné atmosféry je nejen vyšší produktivita a kvalita poskytované péče, ale též i spokojenost sester a lékařů ve své práci. A právě konfliktní situace mezi sestrou a lékařem tuto atmosféru narušují. (51)

Efektivní řešení konfliktů mezi sestrou a lékařem je základem dobrých vztahů. Neřešené problémy mohou narůstat a narušit stabilitu celého oddělení. Jisté nebezpečí spočívá i v tom, že lidé mají sklon vnímat především negativní rysy konfliktů a podceňovat rysy pozitivní. Je-li konflikt zvládnut vhodným způsobem má dobrý vliv na vztahy mezi sestrou a lékařem, druhotně podporuje kreativitu zúčastněných, umožňuje vývoj atd. Při řešení konfliktů je podstatným faktorem mít pod kontrolou emoce a nenechat se ovlivnit rivalitní a nepřátelskou atmosférou, která by je mohla orientovat na snahu spor vyhrát na úkor druhého. Sebekontrola sestry i lékaře neoddelitelně patří k jejich profesi, proto by ji měli být schopni využít dostanou-li se do konfliktních situací mezi sebou a to jim umožní racionální náhled na věc. Sestra i lékař by si měli uvědomit vzájemné pozice obou stran, ujasnit si postoje, zájmy a cíle a v neposlední řadě by si měli vzájemně naslouchat. Tam kde by situaci nezvládali vyřešit sami, mohou se obrátit na někoho třetího. Třetí osoba musí být nezávislá k danému problému, může to být staniční či vrchní sestra nebo jiný lékař či primář oddělení. (22, 40)

Řešení konfliktních situací má svá pravidla. V první fázi by oba zúčastnění měli mít možnost, rozebrat problém ze svého pohledu. Jak sami problém vnímají, jak je ovlivňuje, jak se cítí v důsledku jednání toho druhého a jaké jsou fakta a argumenty z jeho pohledu, ale neměli by vyvozovat závěry. V druhé fázi by měla sestra i lékař situaci posoudit společně a uvědomit si rozdíly ve vnímání. Nezbytné je pozorně naslouchat a dát druhému zpětnou vazbu o tom, jak to chápe on. V konfliktních situacích jsou i pocity důležitou součástí, tudíž by si je sestra i lékař měli mezi sebou sdělit. Když se účastníci shodnou na faktech, je potřeba ujasnit si názorovou a postojoovou shodu. Tam kde ke shodě nedošlo, je třeba hledat cestu k možným řešením, ústupkům na obou stranách. Další fází je znovu zaměření na přání a potřeby každého z účastníků a v tomto směru hledat možnosti při kompromisech, neboť kompromisy jsou v konfliktních situacích nezbytnou součástí. V poslední fázi se zhodnotí řešení a

spokojenost obou stran. Aby nedošlo k tomu, že konflikt bude přetrvávat v latentní podobě, je možné s odstupem času tuto fázi opakovat, případně přehodnotit. (36)

Lze rozlišit tři základní strategie řešení konfliktu.

- První jsou pasivní a nepřímé strategie, ty nevedou k přímému řešení a diskuzi o problému.
- Do druhých patří individuálně zaměřené strategie, jde o výslovné potvrzení střetu a komunikace s očekáváním ústupků druhého.
- Třetí strategie je integrační, kdy se jedná o potvrzení konfliktu a respektování partnera jako rovnocenného.

Všechny konfliktní situace řešit nelze např. pokud některý z účastníků je konfliktním člověkem a v takových to situacích nachází zalíbení. Je potřeba brát v úvahu charakterové vlastnosti jednotlivců. Obtížně se konfliktní situace řeší s příliš dominantním člověkem, neboť nerad ustupuje, ale také s egoisty a výbušnými lidmi, kteří jednají impulzivně a bez rozvahy. V takových situacích návody a modelové situace mohou selhat. Pro úspěšné řešení je nedílným předpokladem dodržování pravidel, která zvyšují pravděpodobnost pozitivního výsledku. (36, 40)

1.4.3 Následky konfliktů mezi sestrou a lékařem

Přestože jsou konflikty lidmi vnímány spíše jako něco negativního a stresujícího, mají i své pozitivní rysy. Diference a názorové odlišnosti ukazují na problémy a odhalují nejasnosti, dávají podnět k lepší komunikaci mezi sestrou a lékařem, podporují kreativitu a vývoj zúčastněných. Nové názory mohou vystřídat staré a zažité, mají-li dostatečnou sílu argumentů, což pak může být krokem vpřed. (20, 36)

Důsledky častých konfliktních situací a špatných vztahů na oddělení, v sobě zahrnují celý soubor psychických i fyzických potíží, které se časem neustále zhoršují. Přítomnost patologických jevů na pracovišti má za následek častější fluktuaci. Schopní lidé odcházejí, protože nechtějí setrvat na konfliktním pracovišti. Následkem toho může docházet až ke snížení kvality poskytované ošetrovatelské péče a výkonu sester či lékařů, tudíž trpí i pacient. (9)

Jsou-li konflikty nasazovány cíleně, ve snaze poškodit někoho z kolegů (sester či lékařů), lze to označit jako mobbing. Termín pochází z angl.slova a znamená to někoho napadnout, pustit se do někoho, zahrnovat ho výčitkami. Mobbing označuje nejrůznější formy znepríjemňování působení na pracovišti. Charakteristická je pro ně skrytost, rafinovanost a zákeřnost. Přesto že je mobbing agresivním chováním, jen zřídka se setkáváme přímo s fyzickým napadením, častěji se jedná o psychický útok. Specifickou formou mobbingu je tzv. bossing, což je systematické šikanování ze strany nadřízeného pracovníka. Problematika násilí se pro mnoho sester stává bohužel skutečností. Násilníky většinou bývají sestry spolupracovnice, nebo jiní zdravotničtí pracovníci, jindy to mohou být pacienti nebo dokonce rodinní příslušníci. Existuje program, který je přímo zaměřen na násilí v zdravotnickém sektoru, jedná se o tzv. ILO/ICN/WHO/PSI. Výsledkem tohoto programu byl vypracován instruktážní manuál, který se zabývá právě násilím ve zdravotnických zařízeních. (8, 9)

Existence dobrých vzájemných vztahů mezi sestrou a lékařem, vzájemná tolerance a důvěra, jsou hodnoty, které jsou nedílnou součástí jejich kvalitní spolupráce. Konfliktní prostředí mezi sestrou a lékařem odvádí pozornost od jejich práce a péče o zdraví klienta, což vyžaduje neustálou pozornost, a proto je důležité, aby si lékař i sestra uvědomovali, že jeden bez druhého se neobejdou a negativním konfliktům se snažili vyhnout. (27, 35)

Závěrem této kapitoly lze tedy říci, že konfliktní situace se v pracovních týmech objevují neustále, aby nenarušovaly kladné vztahy mezi sestrou a lékařem, je nutné si nejprve uvědomit jejich existenci a naučit se je řešit tak, aby přinesly pozitivní výsledek. Prvním krokem je poznání a uvědomění si vlastních nedostatků a omezení, což nám následně může pomoci k lepšímu pochopení toho druhého a ke změně našeho postoje. (51)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit nejčastější konflikty v nemocnici z pohledu sestry ve spolupráci s lékařem.
- 2) Zjistit, jaký vliv mají konflikty mezi sestrou a lékařem na práci sestry.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou nejčastější příčiny konfliktů v nemocnici z pohledu sestry ve spolupráci s lékařem?
- 2) Jaký mají konflikty mezi sestrou a lékařem dopad na práci sester?

2.3 Hypotézy

- 1) Nejčastější konflikty mezi sestrou a lékařem z pohledu sestry pramení z chybné komunikace.
- 2) Konflikty mezi sestrou a lékařem vyplývají se zvyšování kompetencí sester.
- 3) Konflikty mezi sestrou a lékařem vycházejí ze vzájemného nepochopení rolí.
- 4) Konflikty mezi sestrou a lékařem mají negativní vliv na práci sestry.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro zpracování empirické části diplomová práce byla zvolena kvantitativní i kvalitativní metoda výzkumného šetření. V první fázi šetření byla použita kvalitativní metoda, byl proveden polostrukturovaný rozhovor s osmi respondentkami pracujícími na lůžkových typech oddělení. Respondenti odpovídali na 23 otázek, v průběhu vlastního rozhovoru bylo možno pokládat doplňující otázky. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně zpracovány. Z rozhovorů byly vytvořeny kasuistiky, z kterých vycházejí kategorizované tabulky, ty obsahují nejdůležitější výsledky šetření. Na základě těchto rozhovorů byly stanoveny hypotézy, které sloužily jako podklad pro druhou fázi šetření. Pro sběr dat byla využita výzkumná technika dotazníkového šetření s respondenty z náhodně vybraných nemocnic. Dotazník byl vytvořen pouze pro účely tohoto šetření.

K vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program SPSS 16.0 a Microsoft Office Excel 2003. Pro výpočty byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. Pro četnostní část bylo použito početní zastoupení (Frequency), absolutní procentní část ze 100 % respondentů (Percent), validní procentní zastoupení (Valid percent) značí respondenty, kteří neodpověděli na danou otázku a byli tudíž vyřazeni z validního procentuálního zastoupení. Dále byla využita funkce pro kumulativní procentní četnost (Cumulative percent). Ke zjištění významných vztahů mezi vybranými proměnnými byly použity kontingenční tabulky (Crosstest), ty sloužily pro zjištění vztahu dvou kategorizovaných proměnných. Získaná data byla v souvislosti s relativně malým výzkumným vzorkem zaokrouhlena na jedno desetinné místo.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro kvalitativní část šetření byl proveden rozhovor se čtyřmi řadovými sestrami, dvěmi staničními a dvěmi vrchními sestrami, jednalo se o záměrný výběr a byla použita technika sněhové koule.

Výzkumný vzorek pro kvantitativní šetření je tvořen sestrami pracujícími v náhodně vybraných nemocničních zařízeních v Českých Budějovicích, Praze, Brně a Plzni. Sběr dat byl realizován od března do května 2009. Sestry se šetření zúčastňovaly zcela anonymně a dobrovolně. Se svolením hlavních sester bylo rozdáno 260 dotazníků. Navráčeno bylo 186 (71,5 %) dotazníků, z čehož bylo 11 vyřazeno pro neúplné či chybné vyplnění. K vyhodnocení bylo použito 175 (67,3 %) dotazníků. Výzkumný soubor tedy představuje 175 (100 %) respondentů.

4. Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

Veškeré údaje v kasuistikách a tabulkách vycházejí z informací získaných prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

Respondentka č. 1

Respondenta č. 1 je vrchní sestra ve věku 46 let, zdravotnickou praxi vykonává přes dvacet let. V současné době zastává funkci vrchní sestry na chirurgickém oddělení. Vzdělání získala absolvováním střední zdravotnické školy a v nedávné době úspěšně dokončila dálkové bakalářské studium na vysoké škole.

Ve svém zaměstnání je poměrně spokojená a práce, kterou vykonává, jí naplňuje. Vztahy na pracovišti vnímá spíše jako přátelské. Přestože se s konfliktními situacemi na svých odděleních setkává poměrně často, sama se do konfliktních situací s lékaři spíše nedostává. Dobré vztahy se společně se svými spolupracovníky snaží udržet hlavně mimonemocničními společnými akcemi, které podle ní jsou velmi účinné. Domnívá se, že primární příčinou konfliktních situací jsou chyby v komunikaci a vzájemném přístupu zdravotnického týmu. Řešení pak vidí v eliminaci příčin, podpoře dobrých vztahů a ve společné domluvě. Myslí si, že předcházet konfliktním situacím se do určité míry jistě dá a že způsob je v podstatě totožný s řešením, vždy to záleží jak na sestrách tak i na lékařích. Nepociťuje, že by konfliktní situace mezi ní a lékaři měly významný vliv na její práci. Jako pozitivum na konfliktech mezi sestrami a lékaři vidí skutečnost, že pomáhají upozornit na problémy, které se na oddělení mohou vyskytovat.

Respondentka č. 2

Respondentkou č. 2 je čtyřicetiletá řadová sestra pracující na chirurgickém oddělení. Po ukončení střední zdravotnické školy nastoupila do nemocnice, a jako sestra u lůžka pracuje 15 let. Ve své práci je dlouhodobě nespokojená, ráda by se věnovala něčemu jinému, ale obává se, že na změnu už je příliš stará. Podle jejích slov nespokojenost pramení např. z nárůstu sesterské administrativy, která jí odvádí od přímého kontaktu s pacientem. Dalším důvodem je skutečnost, že většina lékařů

přistupuje k sestřám jako ke služkám a jejich práci neocení. Na druhou stranu na ně předávají spoustu své práce, která nespadá do sesterských kompetencí. Tato tvrzení jsou i příčinnou konfliktních situací mezi respondentkou a lékaři. Výskyt takových to konfliktů respondentka udává jako velmi častý. Pod pojmem konflikt si představuje vyostřenou výměnu názorů. Konfliktní situace mezi ní a lékařem řeší téměř vždy sama a to diskuzí či hádkou. Podle jejích slov nelze takovým to konfliktům předcházet, dokud se nezmění přístup lékařů k sestřám. Tudíž se jim sama předcházet nesnaží. Tvrdí, že vzniklé konflikty značně odvádějí pozornost sestry od práce a způsobují nechuť a pocit neuspokojení z výkonu povolání sestry. Dobré vztahy mezi sestrou a lékařem jsou naprostým základem pro kvalitní spolupráci. Ke konfliktním situacím zaujímá negativní postoj.

Respondentka č. 3

Respondentka č. 3 je sestra bakalářka, jako řadová sestra pracuje na interním oddělení. Je jí 36 let a povolání sestry vykonává sedmnáctým rokem. Ve své práci je poměrně spokojená.

Vztahy s lékaři označuje jako přátelské, přestože se setkává s lékaři, se kterými se spolupracuje obtížněji. Důvodem jsou jednak jejich osobnostní charakteristiky, ale hlavně časté předávání jejich kompetencí na sestru. To je pak příčinnou konfliktních situací, s kterými se u takovýchto lékařů setkává. Pod pojmem konflikt si představuje rozdílný názor na věc a následnou rozepři. Vzniklé konflikty negativně ovlivňují její náladu a následně odvádějí pozornost od její práce a někdy snižují i kvalitu poskytované péče. Tvrdí, že některé konfliktní situace efektivně řešit neumí a uvádí to na příkladu, kdy při noční službě lékař odmítá přijít na oddělení vyšetřit pacienta a po telefonu žádá sestru, aby zhodnotila pacientův stav a následně ho poslala na jiné oddělení či podala nějaký lék. Přestože ví, že to překračuje její kompetence, úkol se obává odmítnout. Konflikty si raději chce vyřešit sama, kdyby se měla obrátit na pomoc třetí osoby, požádala by o pomoc jinou řadovou nebo staniční sestru. Domnívá se, že předcházet konfliktním situacím by se dalo dostatečnou komunikací a lepší znalostí lékařů sesterských kompetencí. Dobré vztahy mezi sestrou a lékařem jsou pro respondentku

důležité, neboť ovlivňují celkovou atmosféru na pracovišti. Konfliktní situace vnímá jen jako negativní a demotivující záležitost.

Respondentka č. 4

Respondentka č. 4 je dvaceti sedmiletá řadová sestra s vysokoškolským titulem Mgr., která tři roky pracuje na gastroenterologickém oddělení. Povolání sestry vykonává ráda, ale na svém pracovišti je spíše nespokojená, neboť svými nadřízenými a většinou lékařů není uznávána jako sestra s vysokoškolským titulem Mgr.. Cítí se být tedy omezená i ve svém osobnostním růstu.

Vztahy mezi sestrami a lékaři na svém pracovišti označuje jako napjaté, a to hlavně z důvodu velké náročnosti práce a nedostatečného personálního obsazení na tomto pracovišti. Pod pojmem konflikt si představuje rozdílnost názorů a přístupu k nějaké situaci. V současnosti se do konfliktních situací s lékaři dostává poměrně často. Hlavní příčinu vidí v nedostatečné a neefektivní komunikaci a v častém předávání lékařských kompetencí na sestry. Vzniklé konfliktní situace se snaží řešit diskuzí, případně o pomoc žádá staniční sestru. Domnívá se, že konfliktním situacím se podle teoretických poznatků předcházet dá např. efektivní komunikací, ujasněním kompetencí apod., avšak v praxi téměř vždy selže lidský faktor („v klidu si domluvit a dodržovat určitá pravidla, musí chtít oba zúčastnění, a tomu tak většinou není“). Vzniklé konflikty odvádějí respondentčinu pozornost od její práce a vzniklé napětí je pro ni stresující a demotivující. Dobré vztahy nejen mezi sestrou a lékařem jsou pro ni při výkonu povolání nesmírně důležité. Ke konfliktům přistupuje spíše jako k negativní záležitosti, za pozitivní je lze považovat pouze v případě, chtějí-li je oba zúčastnění objektivně a v klidu vyřešit. Pak se rozvíjí spolupráce a předchází se opakování stejné chyby.

Respondenta č. 5

Respondentkou č. 5 je vrchní sestra, je jí 51 let a pracuje na interním oddělení. Po ukončení střední zdravotnické školy nastoupila jako řadová sestra do nemocnice, kde své povolání vykonává již 26 let. Ve své práci je spokojená.

Vztahy mezi ní a lékaři označuje jako profesionální a do konfliktních situací se s lékaři dostává pouze minimálně. Do konfliktů s lékaři se dostává většinou jen, řeší-li

problémy svých podřízených. Jako hlavní příčinu pak označuje špatnou komunikaci mezi lékaři a sestrami. Takovéto situace řeší analýzou problému a případným postihem viníků vzniklého konfliktu. Jedná-li se o konflikty přímo mezi ní a lékařem, obrací se na primáře oddělení. Domnívá se, že konfliktním situacím se dá předcházet ujasněním si postavení a kompetencí jednotlivých zdravotnických pracovníků. Tvrdí, že konfliktní situace jí v práci nijak výrazně neovlivňují neboť jejich řešení do náplně její práce. Dobré vztahy zdravotnického týmu jsou pro ni důležité, hlavně kvůli zajištění kvalitně poskytované zdravotní péče.

Respondentka č. 6

Respondentka č. 6 je třiapadesátiletá staniční sestra interního oddělení. Má středoškolské vzdělání a jako sestra pracuje již třicátým rokem. Ve své práci je spokojená.

Vztahy sester a lékařů na svém pracovišti by označila jako dobré ve smyslu kvalifikačního známkování ve škole. Do konfliktních situací s lékaři se dostává docela často a pod pojmem konflikt si představuje nějaký spor či rozepří. Příčinou bývá například nedodržování pravidel zavedených na oddělení (čas vizit, doba držení dokumentace, zápisy ordinací apod., nebo předávání lékařských úkolů na sestry). Takové to problémy se respondentka snaží řešit neustálým opakováním zavedených pravidel a důvodu jejich zavedení a objasňováním sesterských kompetencí lékařům. Když není nějaký problém schopna vyřešit sama, obrací se na vrchní sestru nebo primáře oddělení. Důsledkem konfliktních situací mezi sestrami a lékaři je podle jejího názoru špatná atmosféra na pracovišti a jí samotnou to demotivuje k další práci. Domnívá se, že se dá takovýmto konfliktům předcházet dodržováním již zmíněných pravidel. Jako pozitivum na konfliktních situacích vidí skutečnost, že jí vzniklé konflikty ukazují na jakou oblast se má více zaměřit v jejím působení.

Respondentka č. 7

Respondentka č. 7 je řadová sestra na chirurgickém oddělení. Je jí 27 let a praxi vykonává sedmým rokem. Vzdělání získala na střední zdravotnické škole. Ve své práci je spíše spokojená.

Vztahy mezi sestrami a lékaři označuje jako dobré. Pojmem konflikt by označila nějaký spor. Do konfliktních situací se dostává jen někdy a příčinou je nečitelnost ordinací, povýšenecké chování lékařů a hlavně z toho vyplývající špatná komunikace s lékaři. Respondentka se dostává i do situací, kdy ji lékaři pověřují výkony převyšující rámec jejích kompetencí. Tuto skutečnost vnímá sice jako znak důvěry, ale také jí to odvádí od její základní náplně práce. V obecné rovině se ve vzniklém konfliktním prostředí necítí dobře a kvůli napjaté atmosféře není tak pozorná. Při řešení konfliktních situací často žádá o pomoc jinou řadovou sestru a v některých případech se obrací na staniční sestru. Myslí si, že konfliktům mezi sestrami a lékaři se předcházet dá, ale že je to spíše záležitostí vedoucích pracovníků, tedy sama se předcházet nesnaží. Pozitivum v konfliktních situacích nevidí žádné.

Respondentka č. 8

Osmá respondentka je staniční sestra s titulem bakalář. Je jí 48 let a sesterské povolání vykonává dvacátým čtvrtým rokem. Nyní pracuje na interním oddělení. Přestože práce sestry jí připadá každým rokem náročnější, své povolání by neměnila.

Vztahy sester a lékařů se dle jejího názoru liší v závislosti na osobnostech jak lékařů tak sester, ale obecně lze říci, že jsou „profesionálně-přátelské“. Uvádí, že ke konfliktním situacím mezi sestrami a lékaři samozřejmě občas dochází, jako ve všech větších skupinách pracovníků. Podle jejích slov je konfliktních situací mezi sestrami a lékaři celá řada, ať už je prvopočátek u sester nebo u lékařů, příčina je v nedokonalé, špatné komunikaci. Neboť správná komunikace je základním kamenem veškeré spolupráce. Tedy i při řešení a v prevenci problémů se spoléhá na dostatečnou komunikaci a pomocí ní se snaží problém vyjasnit a dojít k nějakému závěru. Konflikty zneprůjemňují atmosféru na pracovišti a komplikují spolupráci mezi všemi členy zdravotnického týmu. Dobré vztahy na pracovišti pomáhají překonávat i současné problémy, se kterými se sestry ve své náročné práci setkávají. Respondentka se domnívá, že pokud jsou konflikty vhodně řešeny, mohou rozvíjet spolupráci mezi sestrou a lékařem.

Tabulka 1 základní informace

R=respondent	Věk	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání	Oddělení	Pozice sester
R1	46	20	VŠ Bc.	CHO	Vrchní sestra
R2	40	15	SZŠ	CHO	Řadová sestra
R3	36	7	VŠ Bc.	INT	Řadová sestra
R4	27	4	VŠ Mgr.	GASTRO	Řadová sestra
R5	51	26	SZŠ	INT	Vrchní sestra
R6	53	30	SZŠ	INT	Staniční sestra
R7	27	7	SZŠ	CHO	Řadová sestra
R8	48	24	VŠ Bc.	INT	Staniční sestra

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 8 respondentek pracujících na různých lůžkových odděleních, nejvíce z nich pracuje na pozici řadových sester (4), dále pak 2 pracují jako staniční sestry a stejný počet sester působí na pozici vrchní sestry. Z respondentek mají 4 vysokoškolské vzdělání a 4 středoškolské vzdělání. Délka jejich praxe je od 4 do 30 let a věk respondentek je od 27 let do 53 let.

Tabulka 2 Spokojenost sester v jejich práci

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spokojená	3					1	1		1
Spíše spokojená	3	1		1				1	
Spíše nespokojená	1				1				
Nespokojená	1		1						
Celkem	8		1	1	1	1	1	1	1

Z celkového počtu 8 respondentek je převážná většina (6) ve své práci spokojená, 3 jsou zcela spokojené a 3 jsou spíše spokojené. 2 dotazované sestry jsou ve své práci nespokojené, 1 se cítí spíše nespokojená a jedna zcela nespokojená.

Tabulka 3 Vztahy sester a lékařů

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Přátelské	3	1		1					1
Profesionální	1					1			
Dobré (průměrné)	2						1	1	
Napjaté	1				1				
Povýšenecké ze strany lékaře	1		1						
Celkem	8		1	1	1	1	1	1	1

Největší počet dotazovaných sester (3) vnímá vztahy mezi sestrami a lékaři na jejím pracovišti jako přátelské. Dále 2 dotazované sestry tyto vztahy označují jako dobré (průměrné), 1krát jsou vztahy mezi sestrami a lékaři respondentkami považovány za povýšenecké ze strany lékaře, napjaté a profesionální.

Tabulka 4 Uznání lékařů za práci sester

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Ano	1	1							
Spíše ano	3			1		1			1
Spíše ne	3				1		1	1	
Ne	1		1						
Celkem	8		1	1	1	1	1	1	1

Z celkového počtu 8 dotazovaných sester se polovina z nich setkává s uznáním lékařů za jejich práci a druhá polovina se s uznáním spíše či vůbec neseťkává.

Tabulka 5 Pojem konflikt

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Rozdílnost názorů a přístupů k určité situaci	4	1		1	1				1
Vyostřená výměna názorů	1		1						
Spor, rozepře	3					1	1	1	
Celkem	8		1	1	1	1	1	1	1

Nejvíce dotazovaných sester (4) si pod pojmem konflikt představuje rozdílnost názorů a přístupů k určité situaci. 3 dotazované sestry se domnívají, že konflikt je spor či rozepře a 1 respondentka pojem konflikt definuje jako vyostřenou výměnu názorů.

Tabulka 6 Práce v konfliktním prostředí

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spíše ano	1		1						
Spíše ne	6			1	1	1	1	1	1
Ne	1	1							
Celkem	8		1	1	1	1	1	1	1

Naprostá většina dotazovaných sester (7) udává, že spíše nebo vůbec nepracují v konfliktním prostředí. Pouze jedna dotazovaná sestra uvádí, že spíše pracuje v konfliktním prostředí.

Tabulka 7 Častost konfliktů mezi sestrami a lékaři

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Velmi často	1		1						
Často	3	1			1		1		
Někdy	3			1				1	1
Málokdy	1					1			
Celkem	8		1	1	1	1	1	1	1

Z 8 dotazovaných sester 3 přichází do konfliktních situací s lékaři často, stejný počet dotazovaných sester se do konfliktních situací dostává jen někdy. 1 dotazovaná sestra uvádí, že se konfliktními situacemi mezi ní a lékaři setkává velmi často a poslední respondentka uvádí, že jen málokdy přichází do takových to konfliktních situací.

Tabulka 8 Příčiny konfliktních situací

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Špatná, neefektivní komunikace	6	1			1	1	1	1	1
Předávání lékařských kompetencí na sestry	4		1	1	1		1		
Nadřazené chování lékaře	2		1					1	
Náročnost práce	1		1						
Osobnostní charakteristiky	1			1					
Celkem	14		3	2	2	1	2	2	1

Za nejčastější příčinu konfliktních situací mezi sestrou a lékařem dotazované sestry považují špatnou a neefektivní komunikaci mezi sestrami a lékaři, tato příčina byla vyjadřována nejčastěji (6krát). Dalším častým důvodem vzniku takovýchto konfliktních situací je předávání lékařských kompetencí na sestry, tuto skutečnost dotazované sestry zvolily celkem 4krát. Dále pak 2 dotazované sestry považují za příčinu konfliktních situací mezi sestrami a lékaři nadřazené chování lékaře. Náročnost

práce a osobnostní charakteristiky lékaře byly jako příčina konfliktních situací mezi sestrami a lékaři označeny 1krát.

Tabulka 9 Řešení konfliktních situací

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Diskuze	5	1	1		1		1		1
Hádka	1		1						
Analýza problému + postih viníka	1					1			
Objasnění kompetencí sester lékařům	1						1		
Pomoc třetí osoby	2			1				1	
Celkem	10	1	2	1	1	1	2	1	1

Diskuze je nejčastější a 5krát zvolený způsob řešení konfliktních situací mezi sestrami a lékaři. 2 dotazované sestry se při řešení konfliktů obracejí na pomoc třetí osoby. Hádka, analýza problému+ postih viníka či objasnění kompetencí sester lékařům bylo dotazovanými sestrami jako způsob řešení zvoleno 1krát.

Tabulka 10 Pomoc při řešení konfliktů mezi sestrami a lékaři

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Pouze sama	1		1						
Jiná řadová sestra	2			1				1	
Staniční sestry	3	1		1	1			1	
Vrchní sestra	2						1		1
Primář oddělení	3	1				1	1		
Celkem	12	2	1	2	1	1	2	2	1

Hledají-li dotazované sestry pomoc při řešení konfliktních situací mezi nimi a lékařem nejčastěji se obrací na staniční sestru (3krát) nebo na primáře oddělení (3krát). Dotazované sestry se dále obracejí na jinou řadovou sestru (2krát) či na vrchní sestru

(2krát). 1 respondentka konfliktní situace mezi ní a lékaři řeší sama bez pomoci třetí osoby.

Tabulka 11 Předcházení konfliktním situacím mezi sestrami a lékaři

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Předcházet nelze	1		1						
Efektivní komunikace	5	1		1	1		1		1
Objasnění kompetencí sester lékařům	4			1	1	1	1		
Kompetence vedoucích pracovníků	1							1	
Celkem	11	1	1	2	2	1	2	1	1

Nejvíce dotazovaných sester se domnívá, že vhodným způsobem prevence konfliktních situací je efektivní komunikace, toto tvrzení bylo uvedeno 5krát. Dále byl 4krát udán názor, že objasnění kompetencí sester lékařům, je též vhodný způsob, jak předcházet konfliktním situacím. 1 respondentka se domnívá, že takovým to situacím předcházet nelze a 1 respondentka uvádí, že předcházení konfliktních situací mezi sestrou a lékařem spadá do kompetencí vedoucích pracovníků.

Tabulka 12 Snaha sester předcházet konfliktním situacím mezi nimi a lékaři

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Ano	5	1		1		1	1		1
Ne	3		1		1			1	
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Z celkového počtu 8 respondentek se 5 z nich snaží konfliktním situacím předcházet a 3 respondentky konfliktním situacím s lékaři nepředcházejí.

Tabulka 13 Vliv konfliktních situací na práci sester

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Nemají vliv	2	1				1			
Odvádějí pozornost od práce	3		1		1			1	
Pocit nespokojenosti v práci	1		1						
Demotivují	3			1	1		1		
Špatná pracovní atmosféra	4				1		1	1	1
Celkem	13	1	2	1	3	1	2	2	1

4krát byla zmíněna skutečnost, že konfliktní situace mezi sestrou a lékařem způsobuje špatnou atmosféru na pracovišti. Dále dotazované sestry uvádějí, že tyto konfliktní situace odvádějí pozornost od jejich práce a že je značně demotivují, což bylo uvedeno 3krát. 2 respondentky udávají, že je přítomnost konfliktních situací neovlivňuje při výkonu jejich práce a dvakrát byl zmíněn pocit nespokojenosti v práci jako důsledek konfliktních situací.

Tabulka 14 Pozitivum na konfliktních situacích

R=respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Pozitivum nemá	3		1	1				1	
Ukazují na problémy	4	1			1	1	1		
Rozvíjí spolupráci	2				1				1
Celkem	9	1	1	1	2	1	1	1	1

Převážná většina respondentek se domnívá, že konfliktní situace mohou mít i pozitivní účinek, 4krát se objevuje tvrzení, že konfliktní situace mezi sestrou a lékařem ukazují na problémy a 2krát že konfliktní situace mohou rozvíjet spolupráci. 3 respondentky se domnívají, že konfliktní situace mezi sestrami a lékaři jsou pouze negativní záležitostí.

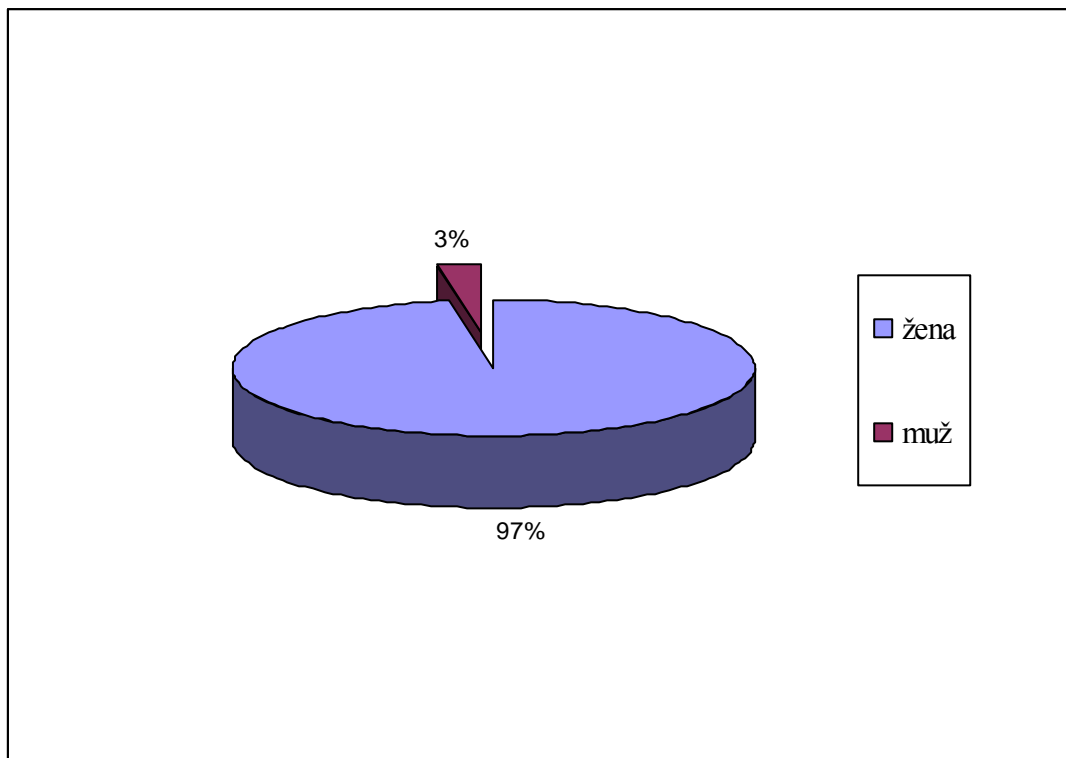
4.2 Výsledky kvantitativního šetření

Tabulka 1 Věková skupina sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-24 let	39	22,3	22,3	22,3
25-30 let	16	9,1	9,1	31,4
31-40 let	48	27,4	27,4	58,9
41-50 let	47	26,9	26,9	85,7
51-60 let	23	13,1	13,1	98,9
61 a více let	2	1,1	1,1	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Z celkového počtu 175 respondentů je nejvíce zastoupena věková kategorie 31-40 let, obsahuje 27,4 % dotazovaných sester. Další početní věková kategorie zahrnuje 26,9 % dotazovaných sester ve věku 41-50 let. Méně rozsáhlou skupinu tvoří 22,3 % dotazovaných sester ve věku 18-24 let. V kategorii 51-60 let je 13,1 % respondentů. Nejmenší zastoupení má věková kategorie 25-30 let, do níž patří 9,1% dotazovaných sester a v kategorii 61 let a více je pouze 1,1% respondentek.

Graf 1 Pohlaví sester



Z celkového počtu 175 respondentů výzkumný soubor tvořilo 97, % žen a 3 % mužů.

Tabulka 2 Délka praxe ve zdravotnictví

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-5 let	51	29,1	29,1	29,1
6-10 let	11	6,3	6,3	35,4
10-15 let	40	22,9	22,9	58,3
16-20 let	10	5,7	5,7	64,0
21 a více let	63	36,0	36,0	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Nejvíce dotazovaných sester 36 % vykonává praxi 21 a více let. Dále je nejvíce zastoupena skupina s délkou praxe od 0 do 5 let, která obsahuje 29,1 % dotazovaných sester, následující skupinu tvoří 22,9 % dotazovaných sester jejichž délka praxe je od 10 do 15 let. Nejmenší zastoupení zde mají dotazované sestry s délkou praxe od 6 do 10 let, kterých je 6,3 % a 5,7 % respondentů s délkou praxe od 16 do 20 let.

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Středoškolské	100	57,1	57,1	57,1
Vyšší odborné	19	10,9	10,9	68,0
Vysokoškolské-Bc.	51	29,1	29,1	97,1
Vysokoškolské – Mgr.	5	2,9	2,9	100,0
Total	175	100,0	100,0	

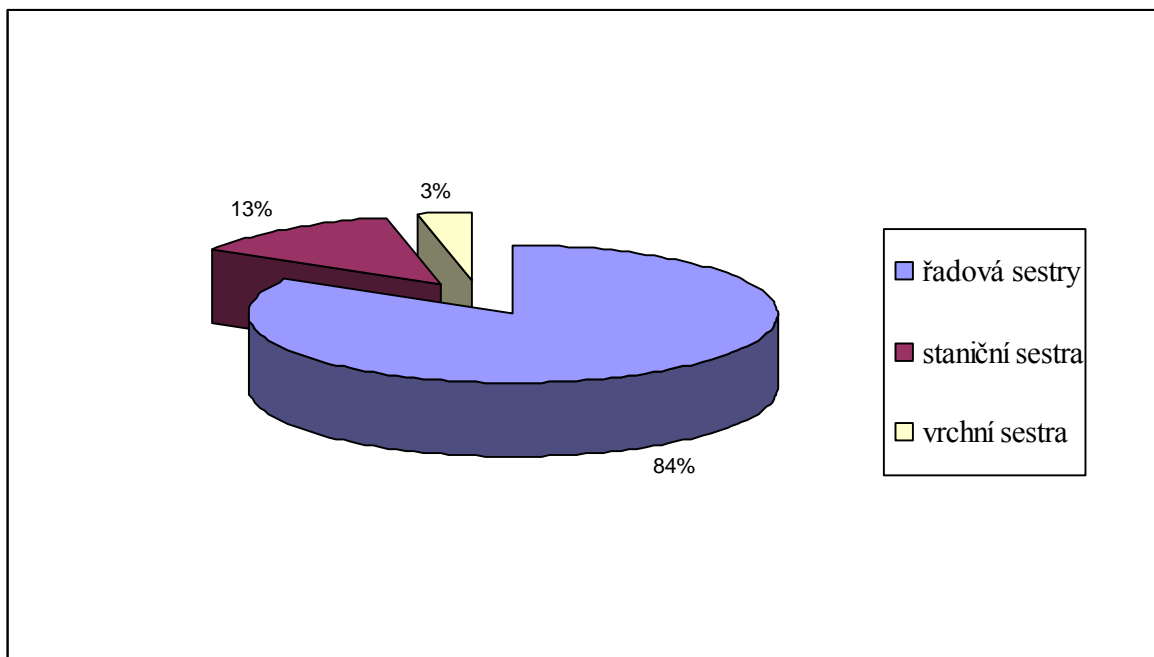
Nejvíce dotazovaných sester (57,1 %) vystudovalo střední zdravotnickou školu. Dále pak 29,1 % dotazovaných sester absolvovalo vysokoškolské bakalářské vzdělání a vyšší odborné vzdělání má 10,9 % dotazovaných sester. Nejmenší skupinu zde tvoří 2,9 % respondentů s vysokoškolským magisterským vzděláním.

Tabulka 4 Oddělení sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Standardní-interní	50	28,6	28,6	28,6
Standardní- chirurgické	48	27,4	27,4	56,0
JIP	32	18,3	18,3	74,3
ARO	8	4,6	4,6	78,9
Jiné	37	21,1	21,1	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Nejvíce dotazovaných sester 28,6 % pracuje na standardních interních odděleních a 27,4 % dotazovaných sester pracuje na standardních chirurgických odděleních. Početnou skupinu tvoří 18,3 % respondentů pracujících na jednotkách intenzivní péče, nejmenší zastoupení mají 4,6 % dotazovaných sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Dále 21,1 % sester vykonává své povolání na jiných odděleních.

Graf 2 Pracovní pozice sester



Nejpočetnější skupinu dotazovaných respondentů tvoří 83 % řadových sester, dále je zde zastoupeno 13 % staničních sester a nejméně početnou skupinu tvoří 3 % vrchních sester.

Tabulka 5 Vztahy na pracovišti mezi lékaři a sestrami

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Výborné	8	4,6	4,6	4,6
Velmi dobré	37	21,1	21,1	25,7
Dobré	92	52,6	52,6	78,3
Uspokojivé	36	20,6	20,6	98,9
Neuspokojivé	2	1,1	1,1	100,0
Total	175	100,0	100,0	

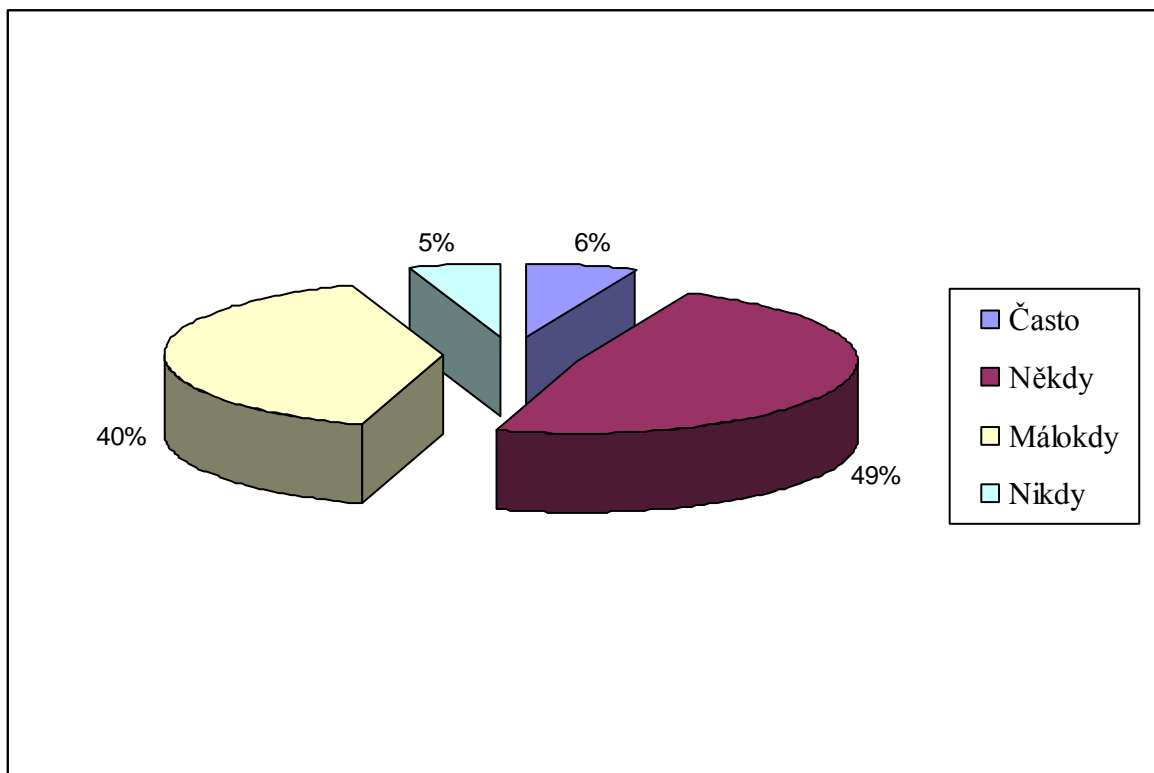
Největší počet a to 52,6 % dotazovaných sester označilo vztahy mezi nimi a lékaři jako dobré, 21,1 % dotazovaných sester označilo vztahy jako velmi dobré. Dále pak 20,6 % dotazovaných sester vnímá vztahy mezi nimi a lékaři jako uspokojivé a 4,6 % dotazovaných sester je označilo za výborné. Pouze 2 respondenti označili vztahy mezi nimi a lékaři jako neuspokojivé.

Tabulka 6 Vnímání lékařů-rovnocenné partnerství mezi nimi a sestrami

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ano	1	0,6	0,6	0,6
Spíše ano	90	51,4	51,4	52,0
Spíše ne	74	42,3	42,3	94,3
ne	10	5,7	5,7	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Nejvíce dotazovaných sester a to 51,4 % označilo možnost spíše ano, kdežto 42,3 % dotazovaných sester se domnívá, že je lékař jako rovnocenného partnera spíše nevnímá. 5,7 % respondentů označilo možnost, že pro lékaře nejsou rovnocenným partnerem. Pouze 1 dotazovaná sestra se jednoznačně domnívá, že ji lékař jako rovnocenného partnera vnímá.

Graf 3 Četnost uznání lékařů za práci sester



Nejvíce (49 %) dotazovaných sester uvádí, že lékaři vyjadřují uznání za jejich práci jen někdy, 40 % dotazovaných sester udává že lékaři vyjadřují uznání málodký. Dále pak 6 % respondentů pociťuje uznání často a 5 % dotazovaných sester uvádí, že lékař níkdý nevyjádřil uznání za jejich práci.

Tabulka 7 Sestra očima lékaře

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Rovnocenný partner	1	0,6	0,6	0,6
	Nepostradatelný člen týmu	102	58,3	58,3	58,9
	Člen, bez kterého se lze obejít	23	13,1	13,1	72,0
	„Služka“	31	17,7	17,7	89,7
	Jiné	18	10,3	10,3	100,0
	Total	175	100,0	100,0	

Z celkového počtu 175 respondentů se 58,3 % dotázaných sester domnívá, že k nim lékař přistupuje jako k nepostradatelnému členu týmu, 17,7 % dotazovaných sester odpovědělo, že k nim lékař přistupuje jako ke „služce“. 13,1 % respondentů se domnívá, že jsou pro lékaře členem týmu, bez kterého se lze obejít. 10,3 % dotazovaných sester zvolilo odpověď jiné a pouze jeden respondent zvolil odpověď rovnocenný partner.

Tabulka 8 Výskyt konfliktních situací mezi sestrou a lékařem

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Často	10	5,7	5,7	5,7
	Někdy	47	26,9	26,9	32,6
	Málokdy	93	53,1	53,1	85,7
	Nikdy	25	14,3	14,3	100,0
	Total	175	100,0	100,0	

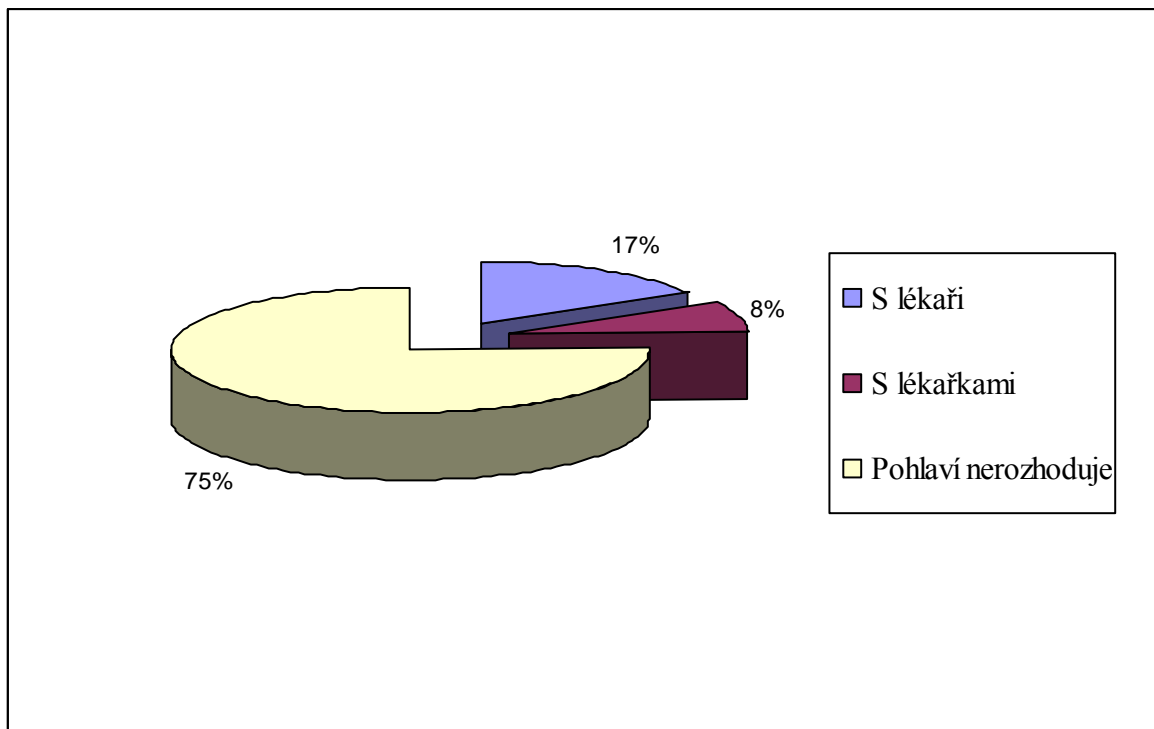
Nejvíce respondentů a to 53,1 % odpovědělo, že se do konfliktních situací dostávají málokdy, 26,9 % se v konfliktních situacích ocitá někdy a 14,3 % dotazovaných sester se do konfliktních situací s lékaři nikdy nedostalo. Možnost odpovědi často zvolilo 5,7 % dotazovaných sester.

Tabulka 9 Lékař očima sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rovnocenný partner	1	0,6	0,6	0,6
	Nadřízený	104	59,4	59,4	60,0
	Člen týmu	55	31,4	31,4	91,4
	Jiné	15	8,6	8,6	100,0
	Total	175	100,0	100,0	

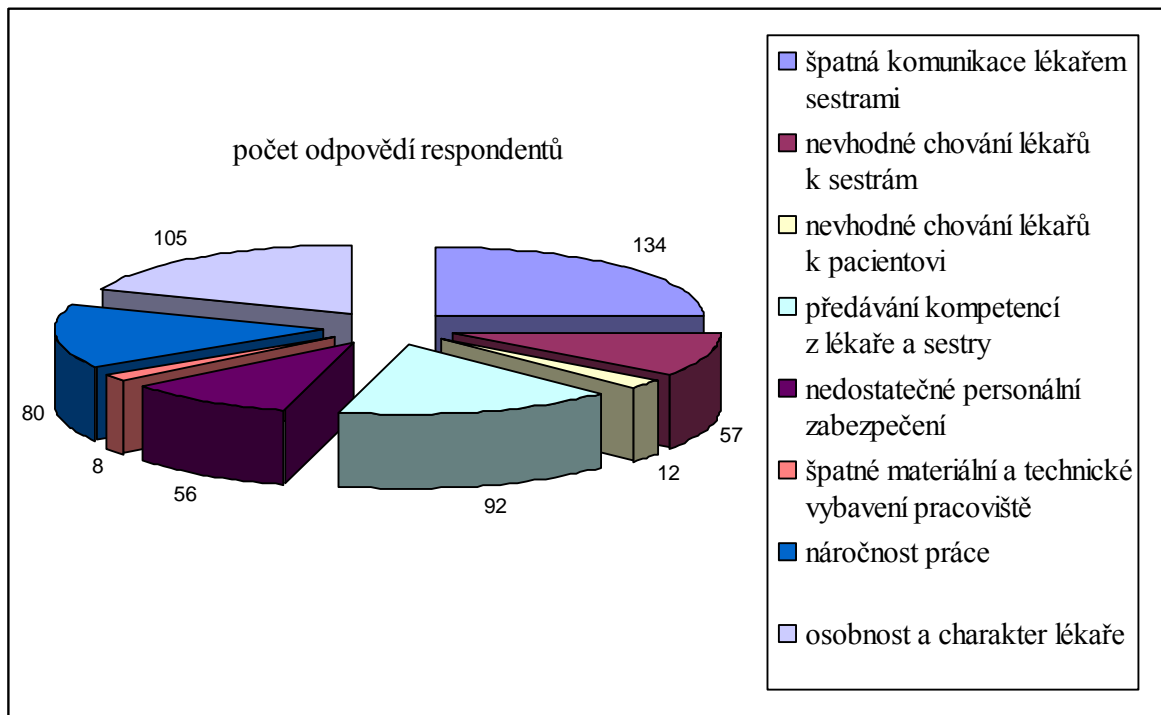
Nejvíce dotazovaných sester 59,4 % vnímá lékaře jako svého nadřízeného, 31,4 % dotazovaných sester přistupuje k lékaři jako ke členovi týmu. 8,6 % respondentů zvolilo kategorii jiné a jen 1 dotazovaná sestra vnímá lékaře jako rovnocenného partnera.

Graf 4 Vliv pohlaví lékařů na konfliktní situace



75 % dotazovaných sester uvádí, že pohlaví lékařů nemá vliv na vznik konfliktních situací. 17 % dotazovaných sester se dostává do konfliktů více s lékaři a 8 % dotazovaných sester se dostává do konfliktů více s lékařkami.

Graf 5 Příčiny konfliktních situací mezi respondenty a lékaři



Nejčastější příčinou konfliktních situací je špatná komunikace mezi sestrou a lékařem, tato možnost byla označena 134krát. Respondenti považují jako další častou příčinu konfliktů osobnostní charakteristiky lékaře, což bylo zvoleno 105krát. 92krát se objevila jako příčina konfliktních situací předávání kompetencí z lékaře na sestry. Dále je to skutečnost, že v 80-ti případech je příčinou konfliktů náročnost práce respondentů, v 57 případech jde o nedostatečné personální zabezpečení a 56 odpovědí ukazuje příčinu v nevhodném chování lékařů k sestřám. 12krát dotazované sestry zvolily možnost nevhodného chování lékaře k pacientovi a nejméně a to 8krát respondenti označili jako příčinu konfliktních situací špatné materiální a technické vybavení pracoviště.

Tabulka 10 Žádost o splnění úkolu nad rámec kompetencí respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	167	95,4	95,4	95,4
	Ne	8	4,6	4,6	100,0
	Total	175	100,0	100,0	

Z celkového počtu 175 respondentů bylo lékařem požádáno o splnění výkonu nad rámec kompetencí 95,4 % dotazovaných sester a 4,6 % dotazovaných sester o splnění takového výkonu požádáno nebylo.

Tabulka 11 Odmítnutí úkonu nad rámec kompetencí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	119	68,0	68,0	68,0
	Ne	56	32,0	32,0	100,0
	Total	175	100,0	100,0	

Z výsledků vyplývá, že úkol převyšující rámec sesterských kompetencí někdy odmítlo splnit 68 % dotazovaných sester a nikdy úkol lékaři neodmítlo 32 % dotazovaných sester.

Tabulka 12 Postoj respondentů k předávání kompetencí z lékaře na sestry

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Neodpovědělo	8	4,6	4,6	4,6
Vadí mi to, ale přesto úkol splním	86	49,1	49,1	53,7
Vadí mi to, splnění takového úkolu odmítám	33	18,9	18,9	72,6
Nevadí mi to, necítím v tom žádné omezení	11	6,3	6,3	78,9
Vnímám to jako znak důvěry	32	18,3	18,3	97,1
Jiné	5	2,9	2,9	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabulka navazuje na předchozí tabulku, 4,6 % respondentů neodpovídalo neboť, jak vyplývá z předešlé tabulky, nebyli lékaři požádáni o splnění úkolu nad rámec jejich kompetencí.

Nejvíce dotazovaných sester (49,1 %) plnění úkolu nad rámec jejich kompetencí vadí, ale přesto ho splní. 18,8 % dotazovaným sestrám takový úkon vadí a odmítají ho splnit a 18,3 % respondentů vnímá předávání lékařských kompetencí jako znak důvěry. Dotazovaných sester, kterým nevadí, a které necítí žádné omezení ve splnění úkonu nad rámec jejich kompetencí, je 6,3 %. Možnost jiné zvolilo nejméně (2,9 %) respondentů.

Tabulka 13 Reakce lékaře na odmítnutí úkolů převyšující kompetence sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Neodpovědělo	56	32,0	32,0	32,0
Po vysvětlení důvodu, úkol bez výhrad vykonal sám	52	29,7	29,7	61,7
S výhradami úkol vykonal sám	55	31,4	31,4	93,1
I přes odmítnutí trval na splnění úkolu	7	4,0	4,0	97,1
Výrazně se na Vás ohradil	2	1,1	1,1	98,3
Jiné	3	1,7	1,7	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabulka navazuje na předchozí informace, 32 % dotazovaných sester neodpovídalo, neboť takový to úkon nikdy neodmítly. V 31,4 % případů dotazované sestry uvedly, že po odmítnutí lékař s výhradami úkol vykonal sám, v 29,7 % případech lékař po vysvětlení důvodu, úkol bez výhrad splnil sám. 4 % dotazovaných sester se setkalo s lékařem, který i přes odmítnutí trval na splnění úkolu a 1,7 % respondentů se setkalo s jinou reakcí a 2 dotazované sestry odpověděly, že se na ně lékař výrazně ohradil.

Tabulka 14 Důvody předávání lékařských kompetencí na sestry

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Neznají rozsah kompetencí sester	38	21,7	21,7	21,7
Usnadňují si tím práci	133	76,0	76,0	97,7
Jiné	4	2,3	2,3	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Největší počet dotazovaných sester se domnívá, že si lékaři předáváním kompetencí usnadňují práci, toto tvrzení zastává 76 % dotazovaných sester. 21,7 % dotazovaných sester vidí příčinu v tom, že lékaři neznají rozsah kompetencí sester a 2,3 % respondentů se domnívá, že příčina je jiná.

Tabulka 15 Způsob řešení konfliktů mezi sestrami a lékaři

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Neřeším	11	6,3	6,3	6,3
Snažím se je ignorovat	18	10,3	10,3	16,6
Hádkou	7	4,0	4,0	20,6
Diskuzí	119	68,0	68,0	88,6
Pomocí třetí osoby	20	11,4	11,4	100,0
Total	175	100,0	100,0	

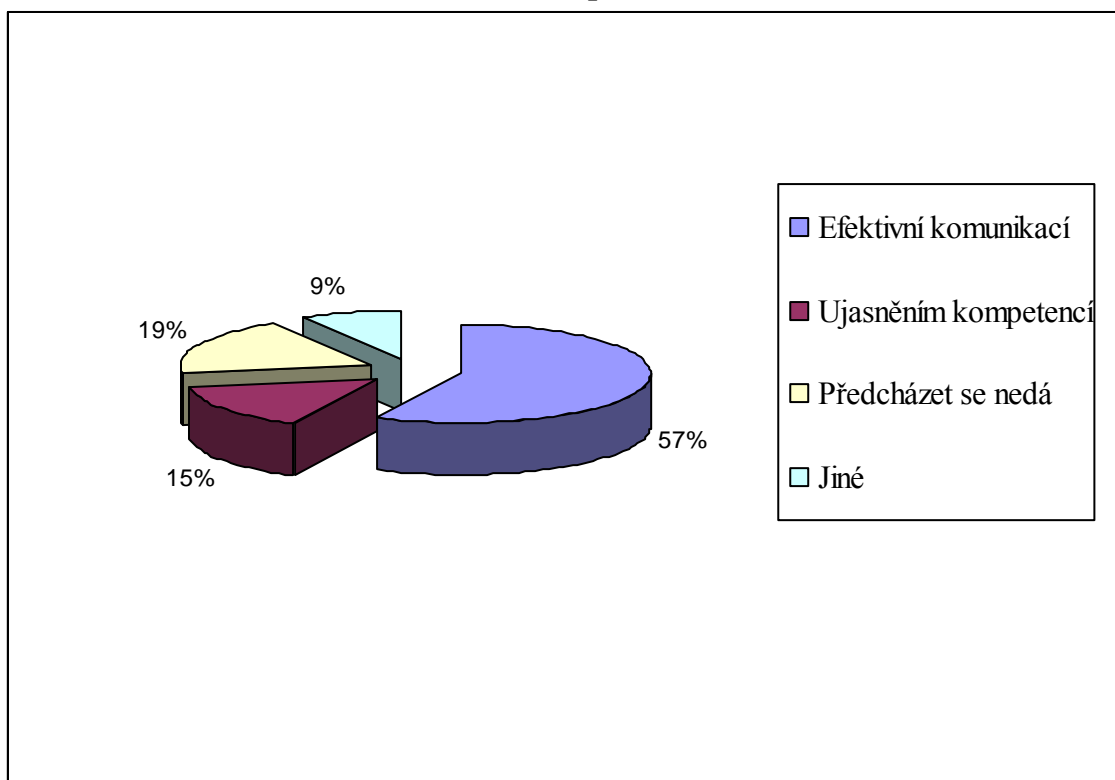
Nejčastější způsob řešení konfliktních situací představuje diskuze, kterou volí 68 % dotazovaných sester. 11,4 % se při řešení konfliktů obrací na třetí osobu. Vzniklé konfliktní situace se snaží ignorovat 10,3 % dotazovaných sester, 6,3 % dotazovaných sester konflikty neřeší žádným způsobem a 4 % respondentů je řeší hádkou.

Tabulka 16 Pomoc v řešení konfliktů mezi sestrami a lékaři

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Řeším je sama	85	48,6	48,6	48,6
Na jinou sestru	9	5,1	5,1	53,7
Na staniční sestru	49	28,0	28,0	81,7
Na vrchní sestru	14	8,0	8,0	89,7
Na lékaře	3	1,7	1,7	91,4
Na primáře oddělení	3	1,7	1,7	93,1
Jiné	12	6,9	6,9	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Nejvíce dotazovaných sester a to 48,6 % řeší konfliktní situace sama. Na staniční sestru se obrací při řešení konfliktů 28 % dotazovaných sester, pomoc vrchní sestry vyhledává 8 % dotazovaných sester. Na jinou sestru se obrací 5,1 % respondentů. Nejméně dotazovaných sester se obrací na jiného lékaře a to 1,7 %, stejný počet dotazovaných sester vyhledává pomoc u primáře oddělení.

Graf 6 Předcházení konfliktním situacím z pohledu sester



Efektivní komunikaci považuje 57 % respondentů za možnost prevence vzniku konfliktních situací. 19 % dotazovaných sester se domnívá, že konfliktním situacím se předcházet nedá, 15 % dotazovaných sester vidí možnost předejití konfliktům v ujasnění kompetencí a nejmenší počet respondentů (9 %) zvolilo možnost jiné.

Tabulka 17 Snaha sester předejít konfliktním situacím mezi nimi a lékaři

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ano	133	76,0	76,0	76,0
Ne	42	24,0	24,0	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Konfliktním situacím se z celkového počtu 175 dotazovaných sester snaží předcházet 76 % respondentů a 24 % dotazovaných sester se konfliktním situacím předcházet nesnaží.

Tabulka 18 Vliv konfliktů mezi sestrami a lékaři na jejich práci

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Neovlivňují	41	23,4	23,4	23,4
Odvádějí pozornost od mé práce	53	30,3	30,3	53,7
Častěji chybují	7	4,0	4,0	57,7
Demotivují mě	57	32,6	32,6	90,3
Motivují mě k lepším výkonům	5	2,9	2,9	93,1
Jiné	12	6,9	6,9	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Skutečnost, že konfliktní situace mezi sestrou a lékařem jsou demotivující uvedlo 32,6 % dotazovaných sester, 30,3 % dotazovaných sester odvádějí konflikty pozornost od jejich práce. 23,4 % dotazovaných sester konfliktní situace neovlivňují a variantu jiné zvolilo 6,9 % respondentů. U 4 % dotazovaných sester vedou konflikty k častějším chybám a 2,9 % respondentů konflikty mezi nimi a lékařem motivují k lepším výkonům.

Tabulka 19 Spokojenost sester s úrovní komunikace mezi nimi a lékaři

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Velmi spokojená	5	2,9	2,9	2,9
Spíše spokojená	119	68,0	68,0	70,9
Spíše nespokojená	51	29,1	29,1	100,0
Velmi nespokojená	0	0	0	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabulka 19 udává spokojenost respondentů s úrovní komunikace mezi nimi a lékaři na jejich pracovištích. Spíše spokojených respondentů s úrovní komunikace mezi nimi a lékaři je 119 (68 %), kdežto spíše nespokojených se je 51 (29,1 %) dotazovaných sester. Možnost velmi spokojené zvolilo 5 (2,9 %) dotazovaných sester a velmi nespokojen není žádný respondent.

Tabulka 20 Úroveň komunikace mezi sestrami a lékaři v konfliktních situacích

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nedostačující	4	2,3	2,3	2,3
Dostačující	81	46,3	46,3	48,6
Jednostranná	13	7,4	7,4	56,1
Povýšenecká ze strany lékaře	50	28,6	28,6	84,5
Profesionální	25	14,3	14,3	98,9
Výborná	2	1,1	1,1	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Nejvíce tedy 46,3 % dotazovaných sester vnímá úroveň komunikace jako dostačující, 28,6 % dotazovaných sester ji označuje jako povýšeneckou ze strany lékaře. Variantu profesionální úroveň komunikace zvolilo 14,3 % dotazovaných sester, 7,4 % respondentů se domnívá, že komunikace mezi nimi a lékařem je jednostranná. 2,3 % respondenti úroveň komunikace v konfliktních situacích označují jako nedostatečnou a 1,1 % dotazovaných sester úroveň komunikace v konfliktních situacích označilo jako výbornou.

Odpovědi respondentů na otevřenou otázku č. 27

Poslední otázka v dotazníku umožňovala respondentům samostatně se vyjádřit či případně napsat připomínky k problematice konfliktů mezi sestrou a lékařem. Tuto možnost využilo 8 respondentů, jejich odpovědi jsou uvedeny v nezměněné podobě v zájmu zachování objektivnosti jejich vyjádření.

- „Jsem staniční sestra už řadu let a to co mi nejvíc vadí, je že za chyby lékařů téměř vždy dostanu vynadáno já.“
- „Nejhorší jsou ti lékaři, co si celý den škudlí u sebe dokumentaci a my pak nemůžeme pracovat.“

- ❑ „Myslím si, že naši doktoři jsou docela fanj. Když máme mezi sebou nějaký problém, tak to prostě nějak vyřešíme – v klidu.“
- ❑ „Doktoři by si měli uvědomit, že se bez naší práce neobejdou.“
- ❑ „Dneska je problém s dostatkem sester asi na většině oddělení, takže práce je pro nás dost náročná a často trávíme v práci více času než doma. Je pak smutné, když ani lékaři, kteří vidí jak je to náročné, naši práci neocení a mnohdy se k nám chovají bez špetky respektu.“
- ❑ „Kdyby lékaři tak neškrabali a jejich ordinace byly čitelné, tak by to celkem šlo.“
- ❑ „To jak se konflikty řeší, záleží na každém člověku, někteří lékaři jsou prud'asové a s nimi je to potom o něco těžší, ale když máte rozum, vyjdete s každým. Samozřejmě že to vždy není chyba lékaře i některé sestry jsou opravdové a pak to ani jinak nemůže dopadnout.“
- ❑ „ Jsme kolektiv více lidí, tak nějaké ty střety asi budou vždycky“

**Tabulka 21 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 4 a 10)
Vliv vzdělání sester na přístup lékařů k sestřám**

		Postoj lékařů k sestřám					Total
		Rovnocenný partner	Nepostradatelný člen týmu	Člen týmu, bez kterého se lze obejít	„Služka“	Jiné	
Vzdělání	SZŠ	1	58	12	19	10	100
	VZŠ	0	12	2	2	3	19
	VŠ	0	32	9	10	5	56
Total		1	102	23	31	18	175

Z celkového počtu 175 dotazovaných sester si pouze jedna středoškolsky vzdělaná respondentka myslí, že je pro lékaře rovnocenným partnerem. Nejvíce dotazovaných sester se středoškolským vzděláním 58 (58 %) se domnívá, že k nim lékař přistupuje jako k nepostradatelnému členu týmu a nejméně 10 (10 %) z nich zvolilo možnost jiné. Nejvíce a to 12 (63,2 %) dotazovaných sester s vyšším odborným vzděláním se cítí být nepostradatelným členem týmu, nejméně z nich označilo možnost člen, týmu bez kterého se lze obejít a variantu „služka“. Též z celkového počtu vysokoškolsky vzdělaných respondentů se nejvíce z nich 32 (57,1 %) domnívá, že jsou pro lékaře nepostradatelný člen týmu, nejmenší počet vysokoškolsky vzdělaných respondentů označilo možnost jiné.

**Tabulka 22 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 3 a 10)
Vliv délky praxe sester na přístup lékařů k sestřám**

		Postoj lékařů k sestřám					Total
		Rovnocenný partner	Nepostradatelný člen týmu	Člen týmu, bez kterého se lze obejít	„Služka“	Jiné	
Délka praxe	Do 10 let	1	37	10	11	3	62
	Do 20 let	0	28	8	11	3	50
	Více než 20 let	0	37	5	9	12	63
Total		1	102	23	31	18	175

Rovnocenným partnerem se cítí být 1 dotazovaná sestra s délkou praxe do deseti let. Nejčastěji se dotazované sestry cítí být nepostradatelným členem týmu a to ve všech třech kategoriích. Dotazované sestry s délkou praxe do 10 a do 20 let nejméně zvolily možnost jiné a dotazované sestry s praxí delší než 20 let si nejméně myslí, že jsou pro lékaře členem týmu, bez kterého se lze obejít.

Tabulka 23 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 11 a 23)

Vztah délky praxe sester a častosti vzniku konfliktů mezi sestrou a lékařem

		Častost vzniku konfliktů				Total
		Často	Někdy	Málokdy	Nikdy	
Délka praxe	Do 10 let	2	7	38	15	62
	Do 20 let	6	19	23	2	50
	Více	2	21	32	8	63
Total		10	47	93	25	175

V kategorii do deseti let praxe se dotazované sestry do konfliktních situací dostávají méně často a to v 38 (61,3 %) případech málokdy a v 15 (24,2 %) případech nikdy. Pouze 2 (3,2 %) dotazované sestry se v této kategorii dostává do konfliktních situací s lékaři často. U dotazovaných sester s délkou praxe do 20 let se je častost konfliktů vyrovnaná, 23 (46 %) dotazovaných sester se do konfliktů s lékaři dostává jen málokdy a 2 (4 %) vůbec nikdy. 19 (38 %) respondentů se pak do konfliktů s lékaři někdy dostává a 6 (12 %) dotazovaných sester se s konfliktními situacemi s lékaři setkává často. Dotazované sestry pracující déle než 20 let se do konfliktů dostávají nejméně a to v 32 (50,8 %) případech málokdy a v 8 (12,7 %) případech nikdy, jen 2 (3,2 %) dotazované sestry se s konflikty s lékaři setkává často.

Tabulka 24 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 11 a 23)

Vliv snahy předejít konfliktům a častosti vzniku konfliktů mezi sestrou a lékařem

		Snaha předejít konfliktů		Total
		Ano	Ne	
Vzniku konfliktů	Spíše dostávají	37	20	57
	Spíše nedostávají	96	22	118
Total		133	42	175

Z výsledků vyplývá, že 96 (72,2 %) dotazovaným sestrám, které se snaží předcházet konfliktním situacím, se daří tyto konflikty eliminovat, kdežto 37 (27,8 %) respondentů se přes tuto snahu s konfliktními situacemi setkávají. Dotazované sestry, které nepředcházejí konfliktům se do nich spíše nedostávají v 22 (52,4 %) případech a ve 20 (47,6 %) případech se do konfliktních situací spíše dostávají.

Tabulka 25 Crosstest proměnných hodnocených pro jejich vztah (otázky č. 5 a 11)
Vztah vzniku konfliktů a oddělení sester

		Oddělení			Total
		INT	CHO	Jiné	
Vznik konfliktů	Spíše dostávají	16	31	10	57
	Spíše nedostávají	42	49	27	118
Total		58	80	37	175

Z výsledků vyplývá, že se dotazované sestry na těchto odděleních do konfliktních situací s lékaři spíše nedostávají. Přesto lze říci, že se nejvíce do konfliktních situací dostávají dotazované sestry na chirurgických odděleních a to 31 (38,7 %) případech. Dále se konflikty nejčastěji vyskytují u 16 (27,6 %) dotazovaných sester z interních oddělení a téměř stejný počet 10 (27 %) konfliktů se objevuje na jiných odděleních.

5. Diskuse

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění nejčastějších konfliktů v nemocnici z pohledu sestry ve spolupráci s lékařem. Výsledky našeho šetření plně vycházejí z provedených rozhovorů a následného dotazníkového šetření.

Na základě kvalitativního šetření byly vytvořeny hypotézy, které jsme v druhé části výzkumu potvrdily. Kvalitativního šetření se zúčastnily dvě vrchní, dvě staniční a čtyři řadové sestry, které nám prostřednictvím poskytnutých rozhovorů pomohly splnit náš stanovený cíl.

K charakteristice výzkumného vzorku v kvantitativním šetření: Výzkumného šetření se zúčastnily především sestry ve středním věku. 54,3 % dotazovaných sester bylo ve věku od 31 do 50 let s převládající délkou praxe 21 a více let. Výzkumný vzorek tvořilo 97,1 % žen a pouze 2,9 % mužů, což je dáno skutečností, že mužů - všeobecných ošetřovatelů pracuje v nemocničních zařízeních mnohonásobně méně než žen. Více jak polovina dotazovaných sester měla středoškolské vzdělání (57,1 %) a nejmenší skupinu tvořily sestry s vysokoškolským titulem Mgr. Dotazované sestry nejčastěji pracovaly na standardních interních a chirurgických odděleních (56 %). Nejpočetnější skupinu respondentů (83,4 %) tvořily především řadové sestry, avšak bylo zde i zastoupení staničních (13,1 %) a vrchních sester (3,4 %).

Zajímalo nás, jak dotazované sestry vnímají vztahy s lékaři na svých odděleních. Respondenti mohli využít škálu hodnocení od stupně výborné po neuspokojivé, nejčastěji však vztahy označily jako dobré (52,6 %). Nejmenší procento dotazovaných sester (1,1 %) vnímá vztahy jako neuspokojivé a za výborné je považuje pouze 4,6 % respondentů. Tato skutečnost lze porovnat s Lajkovým výzkumem „Jak se žije českým sestrami“, kde se mimo jiné zaměřuje na spolupráci sester s lékaři z pohledu sestry. Přestože vztah a spolupráce nejsou totožnou záležitostí, domnívám se, že spolu úzce souvisí, tudíž data používáme ke srovnání. Lajkův výzkum ukazuje, že též nejvíce sester (41 %) označuje spolupráci jako dobrou (30). Naše výsledky jsou o něco vyšší, což může být podle mého názoru dáno právě malým rozdílem ve vztahu a spolupráci.

Dále jsme zjišťovaly zdali-li se dotazované sestry domnívají, že jsou pro lékaře rovnocenným partnerem. Více (52 %) dotazovaných sester uvedlo, že je lékaři jako

rovnocenného partnera vidí, avšak rozdíl od sester, které se domnívají, že tomu tak není, je nepatrný.

Respondentů jsme se dotazovaly na četnost uznání lékařů za práci sester. Nejvíce respondentů (48,6 %) se s uznáním lékařů někdy setkává, ale je to pouze o 8,6 % více respondentů než těch, kteří se s uznáním setkávají jen málokdy nebo nikdy. Pracovní vytíženost sester je v dnešní době maximální a náročnost i míra zodpovědnosti se při poskytování ošetrovatelské péče stále zvyšuje, proto si myslím, že by si tuto skutečnost měli uvědomit i lékaři. Podle mého názoru je pocit uznání a smysluplnosti práce značně motivujícím a uspokojujícím faktorem. Na druhou stranu je nutné si uvědomit, že i lékařské povolání je v dnešní době velice náročné a mnohdy značně zatěžující. Tuto skutečnost dokládá například L. Velev v článku „Lékaři zvedají kotvy“, kde na zatížení lékařů upozorňuje (54).

Nejvíce dotazovaných sester si myslí, že jsou pro lékaře nepostradatelným členem týmu (58,3 %) a pouze jedna dotazovaná sestra uvedla, že je pro lékaře rovnocenným partnerem. Podle mého názoru je znepokojující i fakt, že (13,1 %) dotazovaných sester uvedlo, že je lékař vnímá spíše jako služku a (10,3 %) respondentů, které jsou pro lékaře postradatelným členem týmu. Ani analýza třídění druhého stupně nepotvrdila naši domněnku, že by postoj lékařů mohlo ovlivnit vzdělání či délka praxe dotazovaných sester. Tento fakt si vysvětluji tím, že lékaři nemusejí mít přehled o délce praxe a vzdělání sester na jejich odděleních.

Na druhou stranu nás zajímalo, jak sestry vnímají lékaře. Opět pouze jedna dotazovaná sestra zvolila možnost rovnocenný partner. Pro 59,4 % dotazovaných sester je lékař nadřazený a možnost člen týmu zvolily dotazované sestry v 31,4 % případech. Osobně se domnívám, že sestra je bezpochyby nepostradatelným, nenahraditelným členem týmu a sestra s vysokoškolským vzděláním by s lékařem měla být v partnerském vztahu. Toto tvrzení podporuje i S. Bártlová, která říká, že se rovnocennost postavení zdravotníka a pacienta promítá i do rovnocennosti vztahu lékař-sestra(5). Skutečnost, že tomu tak v praxi vždy není, může být právě důvodem nespokojenosti sester na pracovišti a následným vznikem konfliktních situací. Důvod, proč někteří lékaři toto partnerství odmítají, by mohl být předmětem dalšího zkoumání.

Důležitou oblastí našeho šetření byla oblast výskytu konfliktních situací mezi sestrami a lékaři. Občasné konfliktní situace jsou v pracovních týmech běžnou a téměř každodenní záležitostí. Šetření ukazuje, že do takovýchto konfliktů se dotazované sestry v 67,4 % spíše nedostávají a tedy v 32,6% spíše dostávají. Ve výzkumu Brožové a Thótové necelých 50 % sester udává, že přichází do konfliktních situací s lékaři (11). Rozdíl v hodnotách může být dán rozdílnou kategorizací možných odpovědí.

V souvislosti s výskytem konfliktních situací mezi sestrou a lékařem nás zajímalo, zda-li má na vznik těchto konfliktů vliv, zda jde o lékaře či lékařku. To u převážné většiny (75,4 %) vznik konfliktů neovlivňuje. Analýzou třídění druhého stupně jsme se pokusily zjistit, zda-li je častost výskytu konfliktních situací ovlivněna typem oddělení. Z výsledků vyplývá, že se pouze o malé procento více konfliktů objevuje na chirurgických typech oddělení.

Pro nás nejvýznamnější oblastí jsou příčiny konfliktních situací, ke kterým dochází mezi sestrami a lékaři. Jako nejčastější důvod konfliktních situací dotazované sestry zvolily špatnou komunikaci mezi sestrou a lékařem. Tato skutečnost **potvrzuje naši první hypotézu**. Zdálo by se, že komunikace je základem veškeré týmové spolupráce ve všech oborech lidské činnosti a ani v ošetrovatelství se bez ní tedy nelze obejít, což je věc zcela zřejmá. Ale proč je tedy nejčastější příčinou konfliktních situací? Pro člověka je již od narození komunikace nepostradatelnou součástí správného vývoje a každý si její důležitost uvědomuje. Důraz se na ni klade i při přípravě sester a lékařů na jejich povolání, ale přesto v ní tak často dochází k chybám. Možnou příčinou je to, že se jedná o složitý, mnohvrstevný proces, který je závislý na mnoha proměnných, jako je např. individuální psychika, inteligence či vzdělání, což nacházíme v literatuře zabývající se komunikací (17). Nebo důvodem může být pouze to, že vlivem zvyšující se náročnosti obou povolání a stresové době ve které žijeme, se na komunikaci jako na základ dobrých vztahů zapomíná. Dotazované sestry jsou na svých pracovištích s úrovní komunikace spíše spokojeny, to uvádí 68 % respondentů, spíše nespokojených se cítí být 29,1 % dotazovaných sester a nejméně z nich (2,9 %) je s úrovní komunikace mezi nimi a lékaři velmi spokojeno. Jak už bylo uvedeno komunikace je nejen stavebním kamenem kvalitní spolupráce, ale také základem efektivního řešení konfliktních situací. Proto nás také zajímalo jaká je úroveň komunikace právě v konfliktních situacích.

Největší počet 46,3 % dotazovaných sester označuje úroveň komunikace v konfliktech s lékaři jako dostačující. Dle mého názoru i poměrně velké procento (28,6 %) dotazovaných sester vnímá tuto úroveň jako povýšeneckou ze strany lékaře. Pouze dvě dotazované sestry označily komunikaci v konfliktních situacích s lékaři jako výbornou.

Jako druhou nejčastější příčinu konfliktních situací zvolily sestry osobnostní charakteristiky lékaře, toto tvrzení podporuje i výzkum A. H. Rossensteina, který se zabýval vztahem sestra – lékař, zhodnocením atmosféry a určením vlivu nevhodného chování lékařů na spokojenost a pracovní začlenění sester. Výsledky potvrzují, že nevhodné chování lékařů jsou rušivým elementem a je tedy i podkladem pro vznik konfliktů (44).

Třetím nejčastějším důvodem vzniku konfliktů je předávání lékařských kompetencí na sestry, čímž se **potvrdila i druhá hypotéza**. Předávání lékařských kompetencí na sestry je poměrně často se objevujícím jevem. Dokládá to i řada jiných výzkumů, jako je například výzkum Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR, který realizovala S. Bártlová. Proto jsme této problematice věnovaly též větší pozornost a zajímalo nás kolik dotazovaných sester se s tímto problémem setkává. Šetřením bylo zjištěno, že 95 % dotazovaných sester bylo někdy lékařem požádáno o splnění úkolu, převyšující jejich kompetence. Proto nás dále zajímalo, jak k této skutečnosti sestry přistupují. Téměř 50 % dotazovaných sester uvedlo, že jim tato skutečnost vadí, ale přesto takovýto úkol splní. Domnívám se, že by to mohlo být způsobené buď obavou z reakce lékaře při odmítnutí, či pouze snahou předejít možným sporům. Dále jsme se dozvěděly, že 68 % dotazovaných sester někdy splnění výkonu převyšující jejich kompetence odmítlo. Nejčastější reakcí lékařů na toto odmítnutí pak bylo, že si s výhradami úkol vykonali sami (46,2 %), avšak ve 43,7 % případech si po vysvětlení důvodu, lékaři úkol bez výhrad splnili sami. Dvě respondentky se setkaly i s tím, že se na ně lékař výrazně ohradil. Nejvíce dotazovaných sester (76 %) se domnívá, že důvodem předávání lékařských kompetencí na sestru je usnadnění si své práce a 21,7 % respondentů si myslí, že příčina je v neznalosti rozsahu sesterských kompetencí. Zajímavé by bylo zjistit, jaký je pohled lékařů na tuto problematiku.

Každá konfliktní situace dříve či později vyžaduje řešení. Dotazované sestry, které se do konfliktních situací doslaly, se nejčastěji tento problém snažily vyřešit

diskuzí a to v 68 % případů. Dovolím si označit tento způsob řešení jako za správný, neboť i odborná literatura uvádí, že prostřednictvím rozhovoru a vhodné komunikace lze nejsnadněji dojít k nějakému závěru a rozhodnutí, které konflikt ukončí. Celkem 16,6 % dotazovaných sester vzniklé konflikty neřeší, nebo se je snaží ignorovat. V takových to případech, pak může dojít až k vystupňování konfliktní situace, což se může negativně promítnout nejen do dalšího rozhodujícího řešení, ale hlavně do kvality spolupráce, sekundárně tedy i do kvality poskytované péče. Myslím, že vystihující je tvrzení E. B. Fehlaa, které v podstatě říká, že čas hojí mnohé rány, neřeší však žádné problémy, tedy jen v nemnohých případech se konflikty vyřeší samy od sebe (20). Většinu sporů k pozitivnímu obratu přispěje jen zásah třetí osoby. 48,6 % dotazovaných sester vzniklé konflikty raději řeší samo a žádají-li o pomoc, nejčastěji se obrací dotazované sestry (28 %) na staniční sestru. Tato skutečnost je dána tím, že největší počet respondentů tvoří řadové sestry, a jak vyplývá z rozhovorů v kvalitativním šetření, sestry se při řešení profesních problémů nejčastěji obracejí na své přímé nadřízené.

Podkladem pro **hypotézu č. 3** byly otázky č. 10, 13 a 14. Domnívaly jsme se, že ze vzájemného nepochopení rolí pramení vznik konfliktů. Toto tvrzení se nám následně **potvrdilo**. Trend měnícího se profesního postavení sester s sebou přináší i počáteční nejistotu a nejasnosti v zavádění těchto změn. Jak se můžeme dočíst v mnohé literatuře sestry se z lékařského pomocníka mění na samostatnou jednotku se značně rozsáhlými kompetencemi, tedy se stává lékaří partnerkou. Myslím si, že většina lékařů si tento fakt neuvědomuje, nebo se cítí být ohrožení „novou sestrou“ ve svém často dominantním postavení. Avšak nejenom lékaři by tuto skutečnost měli přijmout za vlastní, ale hlavně kvalifikované sestry by si měly více důvěřovat a snažit se k lékaři jako partnerovi přistupovat. Z výzkumu bohužel vyplývá, že stále největší počet sester lékaře vidí spíše, jako svého nadřízeného.

Diskutabilní otázkou je, zda-li je možné profesním konfliktům předcházet. Na jedné straně stojí tvrzení, které říká, že jsou konflikty v pracovních týmech běžnou záležitostí a na druhé straně stojí názor, který tvrdí, že tam kde jsou pravidelně předávány informace, panuje důvěra a pro všechny platí stejná pravidla, tam už je jen málo živné půdy pro vznik konfliktních situací. Podle mého názoru do jisté míry platí

tvrzení obě, neboť i ve zdravotnictví jsou tyto situace velice individuální, proto by eliminace problémových situací měla být v zájmu jak sester, tak i lékařů. Největší počet (57,1 %) dotazovaných sester vidí vhodný způsob řešení v efektivní komunikaci a téměř 20 % jich si myslí, že jim předcházet nelze. 15,4 % respondentů by se konfliktům snažilo předejít tak, že by ujasnilo rozsah sesterských kompetencí. Dále nás zajímalo zda-li se dotazované sestry snaží těmto konfliktům předcházet, celkem 76 % odpovědělo, že ano. Analýzou třídění druhého stupně jsme zjistily, že 72 % z dotazovaných sester, které se snaží konfliktům předejít, se do nich spíše nedostává. U dotazovaných sester, které nepředcházejí konfliktům se přes to do konfliktních situací nedostává 52,4 % respondentů. Z tohoto tvrzení je zřejmé, že snaha sester předcházet konfliktním situacím má nepochybnou účinnost.

To že konfliktní situace mají nějaké následky je samozřejmé, proto nás zajímalo jak tuto skutečnost vnímají samy sestry. Největší počet (32,6 %) dotazovaných sester konfliktní situace mezi nimi a lékaři demotivuje a 30,3 % dotazovaných sester uvádí, že jim konflikty odvádějí pozornost od jejich práce, tedy péče o pacienta. Nejmenší počet 2,9 % respondentů uvedlo, že konflikty je motivují k lepším výkonům. Tato oblast nám tedy **potvrdila čtvrtou hypotézu**, jež tvrdí, že konflikty mezi sestrou a lékařem mají negativní vliv na práci sestry.

V poslední otázce našeho šetření byla nabídnuta dotazovaným sestřím možnost vyjádřit se k problematice konfliktů mezi sestrou a lékařem. Tuto možnost využilo pouze 4,6 % tedy 8 respondentů. V 5 případech jde spíše o kritiku lékařů, 2 respondentky zaujímají „racionálně-neutrální postoj“ a pouze 1 dotazovaná sestra lékaře spíše chválí. Z výsledků je zjevné, že možnost vyjádřit se byla dotazovanými sestrami použita spíše ke kritice lékařů.

Závěrem bychom chtěly poukázat na fakt, že jsme získaly mnoho informací vztahujících se k problematice konfliktních situací mezi sestrou a lékařem z pohledu sestry, avšak vzhledem k poměrně malému počtu respondentů a vybraných nemocnic nelze zcela zevšeobecňovat. Práce by měla být podkladem pro další případný výzkum této oblasti, ale i pro management zdravotnických zařízení, který by prostřednictvím svých pracovníků mohl tuto oblast do určité míry ovlivnit. Domníváme se, že by bylo vhodné obdobným šetřením, zjistit názor lékařů na tuto problematiku. Tedy přínosem

této práce je osvětlení problematiky konfliktů mezi sestrou a lékařem, poukázání na komunikační a pracovní problémy a nastínění jejich možného řešení.

6 Závěr

Jak už bylo v průběhu práce několikrát zmiňováno, konflikty se u členů pracovních týmů vyskytovaly, vyskytují a vyskytovat budou a jinak tomu není ani u sester a lékařů. Důležité je si uvědomit, že pokud se konflikty efektivně řeší mají i pozitivní vliv na vzájemnou spolupráci. Do ovlivňujících faktorů vzniku konfliktních situací je možno zařadit téměř cokoliv, příčinu vzniku jsme zjišťovaly v našem šetření a dozvěděly jsme se i jaké následky s sebou konfliktní situace mezi sestrou a lékařem přinášejí.

Cílem práce bylo zjistit jaké jsou nejčastější konflikty v nemocnici z pohledu sestry ve spolupráci s lékařem a jak tyto konflikty ovlivňují práci sester. Vzhledem k našim dvou stanoveným cílům jsme si v kvalitativním šetření nejprve vytvořily rámcové výzkumné otázky a na základě tohoto šetření jsme vytvořily čtyři hypotézy, které jsme následně ověřovaly. K hodnocení nejčastější příčiny konfliktů se vztahovala otázka č. 14, která tvořila podklad i pro další dvě hypotézy. Je tedy jasné, že nejčastější konflikty mezi sestrou a lékařem z pohledu sestry vycházejí ze špatné komunikace a též vyplývají ze zvyšování kompetencí sester. Základem pro potvrzení třetí hypotézy byla otázka č. 10, 13 a 14. Domnívaly jsme se, že vzájemné nepochopení rolí je též důvodem vzniku konfliktů, což bylo potvrzeno. Z výsledku vyvstala skutečnost, že druhou nejčastější příčinou je osobnostní charakteristika lékaře, jež jsme do svých hypotéz nezahrnuly.

V hypotéze č. 4 jsme předpokládaly, že konflikty mezi sestrou a lékařem mají negativní vliv na práci sestry. Pod negativní vliv zahrnujeme demotivaci, která byla zvolena jako nejčastější důsledek konfliktních situací, dále za negativní vliv považujeme častější pochybení v práci a odvádění pozornosti od práce.

Výsledky našeho šetření budou poskytnuty zdravotnickým zařízením, ve kterém šetření probíhalo a případným zájemcům, kteří by výsledky chtěli konfrontovat s obdobným šetřením provedeným u lékařů.

Na závěr jsme z našich získaných poznatků shrnuly doporučení (viz příloha č. 2), která by sestram i lékařům pomohly úspěšně a efektivně řešit konflikty, tak aby byly zvládnuty, co neefektivnějším způsobem a nenarušovaly přátelskou a kooperativní spolupráci.

7 Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Dny Marty Staňkové III. Celoživotní vzdělání sester*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 113 s. ISBN 80-7262-434-2.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice*. Zdravotnictví v České Republice. Praha: 2006, roč. 9, č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-5060.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice*. Zdravotnictví v České Republice. Praha: 2006, roč. 9, č. 4, s. 166-169. ISSN 1213-5060.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR*. Sestra. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
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., MATULAY., *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
7. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., THÓTOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
8. BAUMANN, A. *Advancing positive practice environments: quality workplaces = quality patient care*. Mezinárodní rada sester 2006.
9. BEŇO, P. *Můj šéf, můj nepřítel*. 1. vyd. Šlapanice: ERA, 2003. 181 s. ISBN 80-86517-34-9.
10. BLÁHOVÁ, I. *Konflikty na pracovišti: lékaři se bojí zveřejňovat problémy*. [online], [cit. 2009-04-14]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=163833>
11. BROŽOVÁ, L., THÓTOVÁ, 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.
12. BŘEZINOVÁ, J.: *Povolání sestra*, Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Sanoma Magazines, spol. s. r. o., 11/2006, 57 s. ISSN 1210-0404.

13. ČERVENKA, J. *Prestiž povolání z pohledu veřejného mínění*. [online], [cit. 2009-04-03]. Dostupné z:
http://www.cvvm.cas.cz/index.php?disp=nase_spolecnost&lang=0&r=1&offset=103&shw=100026
14. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Etický kodex*. [online], [cit. 2009-05-30]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>
15. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Předpisy a zákony*. [online], [cit. 2009-05-27]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/cz/1632-predpisy-a-zakony.html>
16. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16*. [online], [cit. 2009-04-14]. Dostupné z:
http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/vox_unor_2008_stred_celozivotni_vzdelavani.pdf
17. DE VITO, J., A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. a.s., 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8
18. FARKAŠOVÁ D. A KOL.: *Ošetrovatelství-Teorie*. 1 vyd. Osvěta: Martin, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
19. FARKAŠOVÁ, D., A KOL. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
20. FEHLAU, E., G. *Konflikty v práci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0533-8.
21. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE H. R.: *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267.
22. HOLÁ, L. *MEDIACE Způsob řešení mezilidských konfliktů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 192 s. ISBN 80-247-0467-6.
23. JANDA, P. *Vnitrofiremní komunikace : nástroje pro úspěšné fungování firmy*. 1.vyd Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 128 s. ISBN 80-247-0781-0.
24. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 57 s. ISBN 80-85866-52-2.

25. JURIŠ, P., MITERPÁKOVÁ, M. *Hygiena prostředí*. 1. vyd. Fakulta zdravotnictva a sociálnem práce. P. P. Gojdiča v Prešove: 2006. 88 s. ISBN -80-969449-5-9.
26. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. přepracované vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642.
28. KŘÍŽEVÁ, E., GRUNDOVÁ, D. *Identifikace s povoláním u začínajících lékařů a role sociálního kapitálu*. Zdravotnictví v České republice. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s vydavatelstvím ST, 3-4/2002. 40. s. ISSN 1213-6050.
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. *LEMON 3: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
32. LINET. *Vzdělání je pro sestry klíčové*. [online], [cit. 2009-04-14]. Dostupné z: <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-2-2006/27714/Vzdelani-je-pro-sestry-klicove>
33. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
34. MÁDLOVÁ, I.: *Vzdělávání všeobecných sester v České republice po vstupu do Evropské unie*, [online], [cit.2006-20-10].Dostupné z : <http://www.mpece.com/modules.php?name=Newsfile=articlesid'9>.
35. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. Díl Systémový přístup*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
36. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003.361 s. ISBN 80-247-0650-4.

37. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Platná znění právních z předpisů*. [online], [cit. 2009-05-26]. Dostupné z:
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Categories/961-platna-zneni-pravnich-predpisu.html>
38. NERUDOVÁ, I.: *Moderní sestra v moderní době*, [online], [cit. 2006-04-01]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=161>
39. PACOVSKÝ, V. *Úvod do medicíny*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0.
40. PLAMÍNEK, J. *Synergický management*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. 328 s. ISBN 80-7203-258-5.
41. PLEVOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.
42. POCHYLÁ K.: *České ošetrovatelství. Koncepce českého ošetrovatelství*, 2. vydání přepracované, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
43. *Registr (zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu)*, [online], [cit. 2007-04-05]. Dostupné z:<http://www.nconzo.cz/>
44. 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.
45. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
46. Sbíрка zákonů a mezinárodních smluv, [online], [cit. 2009-02-12]. Dostupné z:<http://www.mvcr.cz>
47. SCHREIBER, V. *Medicína na přelomu tisíciletí*. 1.vyd. Praha: Academia, 2000. 207 s. ISBN 80-200-0822-5.
48. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství : Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

49. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 11. Sestra reprezentant profese*, 1. vydání, Brno: IDV PZ, 2002. 41 s. ISBN 80-7013-368-6.
50. ŠIMEK, J.: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí, Image sestry-Sociálně psychologické aspekty sesterské profese*. 1. vyd. Velké Bystřice: Galén, 2000, 142 s. ISBN 80-86257-21-5.
51. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
52. THÓTOVÁ, V. *Všeobecná sestra vyšších odborných škol*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 310 s.
53. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
54. VELEV, L. *Lékaři zvedají kotvy*. [online], [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: http://www.lok-scl.cz/4_z_tisku/clanky/06_lekari_zvedaji_kotvy.pdf
55. ZÁBLESKÁ, V., KINDLOVÁ, M. *Nové trendy III. Motivace sester k celoživotnímu vzdělávání*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2004. 317 s. ISBN 80-7040-705-0.
56. ZACHAROVÁ, M., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Grada Publishing, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8 Klíčová slova

Kompetence

Komunikace

Konflikt

Lékař

Sestra

9 Přílohy

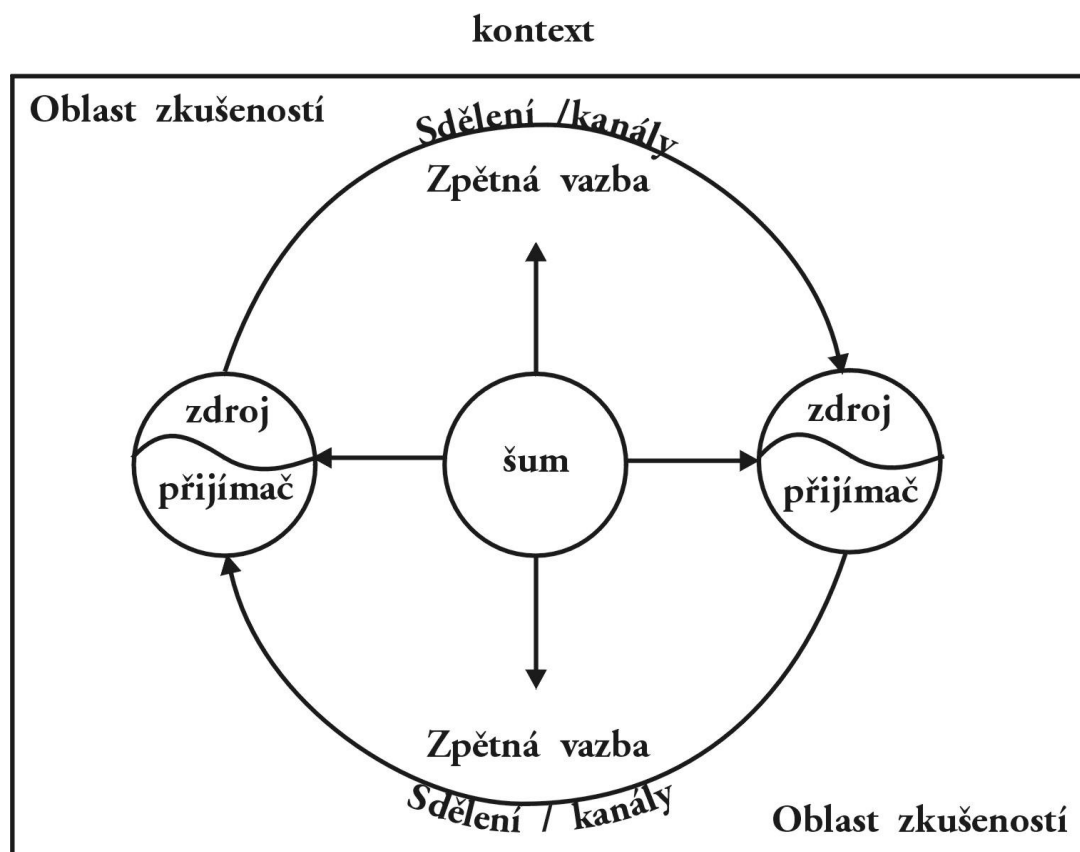
Příloha č. 1 Základní schéma interpersonální komunikace

Příloha č. 2 Zásady při řešení konfliktních situací

Příloha č. 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha č. 4 Dotazník

Příloha č. 1 Základní schéma interpersonální komunikace



Zdroj: DE VITO, J., A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. a.s., 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8

Příloha č. 2 Zásady při řešení konfliktních situací

1. Musíme si uvědomit a přijmout vlastní chyby a nedostatky.
2. Každý má právo říci svůj názor.
3. Musíme naslouchat i takovým názorům, se kterými nesouhlasíme. Potřeba je pochopit cíle druhé strany a objasnit své vlastní.
4. Konfliktní situace bychom měli řešit v klidu, bez zvyšování hlasu, urážení a ironizování. Neměli bychom ani hodnotit druhého, ale zaměřit se pouze na daný aktuální problém.
5. Pro lepší porozumění můžeme parafrázovat myšlenky druhého.
6. Vzniklé konflikty musíme řešit racionálně a bez emocí.
7. Měli bychom si uvědomit, že cílem není vítězství jedné strany, ale dosažení co nejefektivnějšího řešení s ohledem na pacienta i na celý tým multidisciplinární tým.
8. Důležité je najít cestu ke kompromisům např. tím že vyzvedneme alespoň něco pozitivního v názorech opozice a ve svém přístupu sebekriticky zhodnotíme alespoň nějakou část našeho jednání, neboť je to možná cesta, jak vyzvat k podobnému činu jednání účastníka sporu.
9. Pokud spor nejsme schopni sami vyřešit, neměli bychom se obávat obrátit se na pomoc jiné osoby, která však musí mít nezaujatý postoj.
10. Nejenom při řešení konfliktních situací bychom si měli uvědomit, že se staráme o to nejcennější, co naši klienti mají a to je jejich zdraví.

Příloha č. 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho pracujete v nemocničním zařízení?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Na jakém oddělení pracujete?
5. Jaká je pozice, na které pracujete?
6. Jste ve své práci spokojená?
7. Jak byste označila vztahy s lékaři na Vašem pracovišti?
8. Vyjadřují lékaři uznání za Vaši práci?
9. Co si představujete pod pojmem konflikt?
10. Myslíte si, že pracujete v konfliktním prostředí (hlavně co se týče konfliktů mezi sestrami a lékaři)
11. Dostáváte se do konfliktů s lékaři?
12. Jak často k nim dochází?
13. Jaká je příčina konfliktů mezi Vámi a lékaři?
14. Jakým způsobem případné konfliktní situace řešíte?
15. Když žádáte, nebo měla byste požádat někoho o pomoc při řešení konfliktů mezi Vámi a lékaři, kdo by to byl?
16. Myslíte, že se dá konfliktním situacím předcházet?
17. Jakým způsobem?
18. Snažíte se předcházet konfliktním situacím?
19. Myslíte si, že tyto konflikty mají vliv na Vaši práci?
20. Jak jí případně ovlivňují?
21. Myslíte si, že jsou dobré vztahy důležité pro spolupráci mezi Vámi a lékařem?
22. Myslíte, že je na konfliktních situacích i něco pozitivního?
- 23. Chtěla byste k tomuto tématu ještě něco říci?**

Příloha č. 4 Dotazník

Vážená sestro,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky nejčastějších konfliktů mezi sestrou a lékařem. Výsledky použiji pro svou diplomovou práci v rámci studia na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích - Zdravotně sociální fakultě v oboru ošetrovatelství.

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

Děkuji Bc.Schaffelhoferová Lucie

DOTAZNÍK:

1. Kolik je Vám let?

- 18- 24
- 25-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61 a více

2. Jste žena nebo muž?

- Žena
- Muž

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 10-15 let
- 16-20 let
- 21 a více..

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské – Bc.
- Vysokoškolské – Mgr.

5. Na jakém oddělení pracujete?

- Standardní – interní
- Standardní – chirurgické
- JIP
- ARO
- Jiné:

6. Jaká je pozice, na které pracujete?

- Řadová sestra
- Staniční sestra
- Vrchní sestra

7. Jak byste označila vztahy s lékaři na Vašem pracovišti?

- Výborné
- Velmi dobré
- Dobré
- Uspokojivé
- Neuspokojivé

8. Domníváte se, že Vás lékař vnímá jako rovnocenného partnera?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

9. Vyjadřují lékaři uznání za Vaši práci?

- Často
- Někdy
- Málokdy
- Nikdy

10. Myslíte si, že Vás lékaři vnímají jako:

- Rovnocenného partnera
- Nepostradatelného člena týmu
- Člena týmu, bez kterého se lze obejít
- „Služku“

Jiné:

11. Dostáváte se s lékaři do konfliktních situací?

- Často
- Někdy
- Málokdy
- Nikdy

12. Dostáváte se do konfliktů spíše s lékaři či lékařkami?

- S lékaři
- S lékařkami
- Pohlaví nerozhoduje

13. Vy vnímáte lékaře jako:

- Rovnocenného partnera
- Nadřízeného
- Člena týmu
- Jiné

14. Co si myslíte, že je příčinou konfliktních situací mezi Vámi a lékaři?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- špatná komunikace lékařem sestrami
- nevhodné chování lékařů k sestram
- nevhodné chování lékařů k pacientovi
- předávání kompetencí z lékaře a sestry
- nedostatečné personální zabezpečení
- špatné materiální a technické vybavení pracoviště
- náročnost práce
- osobnost a charakter lékaře

15. Požadoval na Vás lékař někdy výkon nad rámec vašich kompetencí?

- ANO NE

16. Jak vnímáte skutečnost, že na Vás lékař přenáší své kompetence?

- Vadí mi to, ale přesto úkol splním
- Vadí mi to, splnění takového úkolu odmítám
- Nevadí mi to, necítím v tom žádné omezení

- Vnímám to jako znak důvěry
- Jiné:

17. Odmítla jste někdy lékaři vykonat úkol, který nespadá do Vašich kompetencí?

- ANO
- NE

18. Pokud ANO, jakým způsobem na to lékař reagoval?

- Po vysvětlení důvodu, úkol bez výhrad vykonal sám
- S výhradami úkol vykonal sám
- I přes odmítnutí trval na tom, abyste úkol splnila
- Výrazně se na vás ohradil
- Jiné:

19. Z jakých důvodů podle Vás lékaři přenášejí své kompetence na sestry?

- Neznají rozsah kompetencí sester
- Usnadňují si tím práci
- Jiné:

20. Pokud se dostanete do konfliktní situace na Vašem pracovišti, uveďte, jak případné konflikty řešíte:

- Neřeším
- Snažím se je ignorovat
- Hádkou
- Diskuzí
- Pomocí třetí osoby

21. Na koho se obracíte při řešení konfliktů mezi Vámi a lékařem?

- Řeším je sama
- Na jinou sestru
- Na staniční sestru
- Na vrchní sestru
- Na lékaře
- Na primáře oddělení
- Jiné:

22. Jak myslíte, že by se dalo konfliktním situacím předcházet?

- Efektivní komunikací
- Ujasněním kompetencí
- Předcházet se nedá
- Jiné:

23. Snažíte se předcházet konfliktním situacím?

- ANO
- NE

24. Jak ovlivňují konflikty mezi Vámi a lékaři vaši práci?

- Neovlivňují
- Odvádějí pozornost od mé práce
- Dělán častěji chyby
- Demotivují mě
- Motivují mě k lepším výkonům
- Jiné:

25. Jak jste spokojena s úrovní komunikace s lékaři na Vašem pracovišti?

- Velmi spokojená
- Spíše spokojená
- Spíše nespokojená
- Velmi nespokojená

26. Jak byste zhodnotila úroveň komunikace mezi Vámi a lékařem v souvislosti s konfliktními situacemi?

- Nedostačující
- Dostačující
- Jednostranná
- Povýšenecká ze strany lékaře
- Profesionální
- Výborná

27. Pokud Vám v tomto dotazníku něco chybělo, nebo máte-li nějaké připomínky, napište je prosím zde:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....