

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Ivana Kadlecová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Spolupráce sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce
Mgr. Věra Stasková

Autor práce
Bc. Ivana Kadlecová

2010

Cooperation of nurses and physicians from the perspective of nursing management

Master's thesis was focused on the cooperation of nurses and physicians from the perspective of nursing management. Nursing care and nursing management has an irreplaceable role in health care. The world of medicine, nursing care and health care is an extremely complex organizational system, which is not surely represented only by physicians and nurses, but these, however, are still the dominant persons on the scene. The first objective of this thesis was to make a survey of cooperation between nurses and physicians during the nursing process in the care of patients from the perspective of nursing management in departments of surgery and internal medicine. The second objective was to identify problem areas in cooperation between nurses and physicians from the perspective of nursing management in departments of surgery and internal medicine, and the third objective was to find out the way the nursing management tackles problem situations in cooperation between nurses and physicians in departments of surgery and internal medicine. To meet these objectives four research questions were stated: 1. In what areas do nurses and physicians cooperate during the nursing process while providing care for patients from the perspective of nursing management in their respective departments? 2. How do nurses assess and perceive cooperation with physicians from the perspective of nursing management in their respective departments? 3. Are there problem areas in cooperation of nurses and physicians from the perspective of nursing management in their respective departments? 4. How does nursing management tackle problem situations in cooperation between nurses and physicians in their respective departments? The research was conducted in the hospital, where I was given information under the condition of anonymity of the respondents interviewed. The responders were chief nurses and senior staff nurses working in departments of surgery and internal medicine. The investigation conducted is a qualitative research. Interviews with the structure of questions to non-standardized interviews were conducted with the respondents according to question structures of the non-standardized interview. Subsequently, transcripts of interviews and data categorization in tables according to the Ritchie and Spencer's framework analysis were made. The survey suggests the following conclusions. Nurses and physicians cooperate within the nursing process in providing care for patients from the perspective of nursing management in departments of surgery

and internal medicine at the stage of problem solving. Nurses appreciate cooperation with physicians on the basis of mutual respect, but they still feel the prevailing dominance of physicians. From the perspective of nursing management there are problematic areas in cooperation between nurses and physicians. Nursing management tackles problem situation in cooperation between nurses and physicians by seeking common solutions. It will be possible to provide the health care facilities, where the research was conducted, with the outcomes of the research. Thinking about the possible improvement in mutual cooperation as early as during physicians' and nurses' studies, to introduce various measures to improve cooperation between nurses and physicians by organizing joint seminars and cultural events could lead to meeting the purpose. It is necessary to raise physicians' awareness of nursing process and to carry out further research on this topic.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Spolupráce sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Věře Staskové, která mi pomohla svými odbornými a zkušenými radami při vedení mé diplomové práce.

Děkuji také všem ochotným vrchním a staničním sestřám z interních a chirurgických oborů za jejich laskavost a čas, který mi věnovaly.

Zvláštní poděkování patří také celé mé rodině za jejich podporu při psaní diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Současné ošetřovatelství	5
1.1.1 Pojetí ošetřovatelství.....	5
1.1.2 Ošetřovatelský proces	6
1.1.2.1 Definice ošetřovatelského procesu	8
1.1.2.2 Fáze ošetřovatelského procesu.....	8
1.2 Postavení sestry ve společnosti	10
1.2.1 Vývoj sesterské profese	10
1.2.2 Profesionální role	11
1.2.3 Vzdělávání sester	12
1.2.4 Kompetence sester	14
1.2.5 Činnosti sester	15
1.2.6 Ošetřovatelský personál	16
1.3 Postavení lékaře ve společnosti	18
1.3.1 Vývoj lékařské profese	18
1.3.2 Profese lékaře.....	19
1.4 Ošetřovatelský management	20
1.4.1 Definice managementu	20
1.4.2 Manažeri	21
1.4.3 Úrovně managementu	22
1.4.4 Vztah mezi ošetřovatelskou a manažerskou odborností	23
1.4.5 Sestry v procesu řízení	23
1.5 Spolupráce sester a lékařů	24
1.5.1 Charakteristika týmu	24
1.5.2 Spolupráce jako proces	25
1.5.3 Předpoklady úspěšné spolupráce	26
2. CÍLE PRÁCE	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Výzkumné otázky	29

3. METODIKA	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	31
4. VÝSLEDKY	32
4.1 Přepisy rozhovorů respondentek - sester	32
4.2 Základní grafy a tabulky	55
4.3 Kategorizace dat v tabulkách	58
5. DISKUSE	72
6. ZÁVĚR	82
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	84
8. KLÍČOVÁ SLOVA	88
9. PŘÍLOHY	89
9.1 Seznam příloh	89

ÚVOD

Ošetrovatelství a ošetrovatelský management má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. V terénní i nemocniční péči si ošetrovatelství vytvořilo vlastní pole působnosti, v němž sestra pracuje výrazně samostatněji. Charakteristickými znaky pokrokového ošetrovatelství jsou jednak individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb nemocného člověka a jednak samostatná práce sester zaměřená především na prevenci. Tato mnohem náročnější práce si vyžádala vytvoření nové, lépe kvalifikované kategorie sester a řadu změn v dosavadní organizaci ošetrovatelské péče.

Každý z nás se někdy dostal do nemocnice, ať již jako pacient, nebo když navštívil své blízké. Pro některé z nás je nemocnice či jiné zdravotnické zařízení místem výkonu povolání. Pro nemocné a zraněné je nemocnice místem, které představuje kontakt s lidmi, jejichž odborností a snad i posláním je kvalifikovaně a citlivě pomáhat v takto těžkých životních situacích. Tak jako ostatní obory a odvětví jsou i medicína a ošetrovatelství světem společných akcí, vyžadujících souhru jedinců za účelem dosahování zamýšlených cílů. Svět medicíny, ošetrovatelství a zdravotnictví je mimořádně složitým organizačním celkem, který není zcela jistě reprezentován pouze lékaři a sestrami, nicméně právě oni a ony jsou stále dominantními postavami na této scéně. Každá profese není jen řadou úkonů technických a pracovních metod, ale každé povolání má svou ideovou a morální náplň, které se říká duch povolání. Zdálo by se, že sestra a lékař, jejichž hlavním a společným cílem je pečovat o pacienta, budou spolu na pracovištích v dobrých vztazích, neboť jim jde o jeden společný cíl, kterým je nemocný člověk. Avšak řada problémů ve vztahu sestry a lékaře vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a poskytované ošetrovatelské péče. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. Sestry nejsou často spokojeny s nižším respektem k vykonávanému povolání ze strany lékařů. Někteří lékaři i dnes vnímají sestru pouze jako jim odborně podřízenou pracovníci, která plně respektuje jejich ordinace a příkazy.

V současné době se vytvářejí podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich spolupráce a na kvalitu profesionálního chování. Spolupráce sester a lékařů by měla být na úrovni rovnoprávných vztahů. Respekt, úcta, uznání,

spokojenost, to vše by mělo ve spolupráci mezi lékařem a sestrou přispívat ke kvalitě poskytované péče nemocným. S tím souvisí i vytvářející se příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry. Tyto podmínky jsou zakotveny v zákonech a vyhláškách s kterými souvisí také registrace sester.

Vzhledem k tomu, že sama ze své osobní zkušenosti považují spolupráci sestry a lékaře za velice důležitou, rozhodla jsem se zmapovat současnou situaci, týkající se spolupráce sester a lékařů v chirurgických a interních oborech z pohledu ošetrovatelského managementu.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Současné ošetřovatelství

1.1.1 Pojetí ošetřovatelství

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (32, s. 8)“. Ošetřovatelství je především zaměřeno na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného, důstojného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitační péči. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivcům, rodinám a také skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebezpečí, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, nebo neumějí pečovat, zajišťuje ošetřovatelství profesionální ošetřovatelskou péči. Ošetřovatelství úzce spolupracuje i s ostatními obory a vědami, kterými jsou především medicína, dále psychologie, sociologie, antropologie, ekonomie a spousta dalších odvětví (29).

Ošetřovatelství je moudrost, láska a pomoc. Ošetřovatelství je povolání především žen. Žena se identifikuje ve vztahu k druhému člověku a v péči o něj. V tomto je její podstata, velikost, ale i zranitelnost. Žena, jejíž podstatou je starat se o druhé lidi a zároveň se profesionálně jako sestra starat o jednotlivce i skupiny, musí být ženou v podstatě dvakrát. „Sestra představuje ve společnosti určitý model a svým rozhledem, praktickým působením, odbornými vědomostmi a lidskou ochotou jednu z nejzdravějších součástí sociálního prostředí. Právě sestra je tou osobou, která má příležitost být při zrodu života i při jeho ukončení (7, s.11-12)“. V současnosti se ošetřovatelství začíná utvářet jako věda, která sestře poskytuje moudrost, ale i umění, které má v sestře rozvinout cit, lásku, vloh, vůli a schopnosti pomáhat člověku ve zdraví i v době nemoci, zajistit mu lidské jistoty i v těch nejbolestnějších, nejsmutnějších, ale zároveň i nejradostnějších chvílích života. Ošetřovatelství má velký význam nejen pro pokrok a úspěšnost jednotlivých medicínských oborů, ale má nesmírnou morálně etickou hodnotu pro člověka jako individuum, a to především pro jeho spokojenost, aby mohl žít bez obav o sebe, aby se nebál, že zůstane sám v bolestech, utrpení a umírání. Aby neměl obavy o své blízké v nejkritičtějších chvílích jejich života. Vlastní význam ošetřovatelství každý člověk úplně

pochozí až tehdy, ocitne-li se v kritickém zdravotním stavu nebo na nemocničním lůžku. Specifičnost ošetrovatelství spočívá v tom, že se týká každého člověka od narození až do konce života, proto plní jednu z nejdůležitějších a nezákladnějších úloh zdravotní péče.

Cílem ošetrovatelství je všestranně a systematicky uspokojovat jednotlivé potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Současně ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky (32).

Charakteristickým rysem ošetrovatelství je poskytování aktivní ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče je poskytována individualizovaně prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Poskytování ošetrovatelské péče je založeno na vědeckých poznacích podložených výzkumem. K nemocnému člověku přistupuje jako k holistické bytosti. Ošetrovatelská péče v rámci holismu pohlíží na člověka po stránce tělesné, psychické, sociální a duchovní. Ošetrovatelská péče je poskytována ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků a její charakter je především preventivní (35).

Mezi hodnoty, na nichž se zakládá moderní ošetrovatelství, patří uznání a respektování každé lidské bytosti, chápání člověka v jeho celistvosti, uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci, uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život a přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči (28).

1.1.2 Ošetrovatelský proces

„Moderní ošetrovatelská péče klade hlavní důraz na podporu a udržení zdraví. Toho lze dosáhnout pouze tehdy, stane-li se centrálním elementem ošetrovatelského procesu aktivní účast každého člověka v rozhodování o své péči. Skupiny nebo jednotlivci spolu se sestrou zhodnotí své potřeby, sestaví plán péče, společně se podílejí na jeho plnění a zhodnocení dosažených výsledků (41, s.15)“. Sestra by se měla aktivně podílet a získávat zkušenosti v rámci ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je moderní metodou poskytování ošetrovatelské péče. Je to způsob, kterým sestra vykonává péči o člověka. Tato péče musí být uvážená a založená na organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. Principy, které jsou výchozí myšlenkou ošetrovatelského procesu, zahrnují rozpoznání potřeb lidí vyžadujících

ošetřovatelskou péči. Člověk je chápán jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci, včetně sociálního a ekologicky pojatého prostředí, které nás obklopuje (23, 25, 36).

Ošetřovatelská péče poskytovaná metodou ošetřovatelského procesu je zaměřena na holistický (celistvý) přístup v péči o nemocné a proniká i do léčebného procesu. Předpokladem holistického přístupu je respektování přání a nedirektivní jednání s nemocným člověkem a demokratický přístup. Demokratický přístup se projevuje v odpovědnosti k sobě i k druhým, souvisí s právy a dodržováním práv pacientů a s oboustrannou účastí na rozhodování. V moderním ošetřovatelství jsou pacienti chápáni jako aktivní účastníci poskytované péče (41).

Tento systematický přístup využívá mnoho profesionálů ke zhodnocení potřeb nebo problémů, k plánování, k uskutečňování plánu a k zhodnocení práce. Mnoho lidí se však naučí tyto logické kroky až při řešení problémů v různých životních situacích. Moderní ošetřovatelství vyžaduje takové změny v organizaci a poskytování ošetřovatelské péče, které povedou k poskytování plánovité ošetřovatelské péče vycházející z individuálních problémů a potřeb každého pacienta, který bude v centru zájmu a činnosti celého ošetřovatelského týmu (28).

Jako hlavní funkce a cíle ošetřovatelství, tak i současná role a postavení sester v ošetřovatelství mají své kořeny v minulosti. Rychlý technologický vývoj a pokrok v medicíně, které ovlivňovaly ošetřovatelskou praxi po roce 1945, vedly často k potlačení základní funkce ošetřovatelství - péče o potřeby druhých. Pod vlivem medicíny ošetřovatelství stále více reagovalo na potřeby lékařů a sestry přebíraly úkony, které dříve nebyly v jejich kompetenci, a ošetřovatelství se rozvíjelo především instrumentálním směrem. Ošetřovatelství se tak orientovalo více na jednotlivé výkony, než na člověka samotného. To vedlo ke stále naléhavější potřebě změnit stávající zdravotnické systémy, které byly zaměřeny více na léčbu onemocnění než na podporu a udržení zdraví na systémy, které byly humánní, v jejichž středu by byl člověk se svými potřebami, od nichž se odvíjí veškerá zdravotní péče (29, 36).

„Z Koncepce ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky vyplývá, že ošetřovatelské profesionálové jsou povinni pracovat podle metody ošetřovatelského procesu (28, s. 33)“.

1.1.2.1 Definice ošetrovatelského procesu

„Do současnosti bylo vypracováno několik definic ošetrovatelského procesu. Jejich společným jmenovatelem je systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet na individuální potřeby ošetrovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim (41, s.16)“. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb klientů. Je racionální metodou poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelské praxi používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, ke stanovení ošetrovatelských problémů neboli ke stanovení ošetrovatelských diagnóz, k plánování, realizaci a vyhodnocování ošetrovatelské péče. Pojem ošetrovatelský proces souvisí s akceptováním vědeckého, systémového přístupu a východisek v ošetrovatelství. Jedná se o systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu pacienta. Série vzájemně propojených činností při individualizované ošetrovatelské péči provádíme ve prospěch nemocného sami, nebo je-li to možné, i za aktivní spolupráce pacienta. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl (35, 36, 42).

1.1.2.2 Fáze ošetrovatelského procesu

Jeho prvním krokem je posouzení, zhodnocení klienta neboli ošetrovatelská anamnéza. Zahrnuje získávání informací o potřebách lidí pro ošetrovatelskou péči. V této fázi sestra provádí sběr informací a hodnocení zdravotního stavu pacienta, přičemž hledá patologické procesy a rizikové faktory, které mohou negativně ovlivňovat jeho zdravotní stav. Sestra zjišťuje i silné stránky pacienta. To předpokládá profesionální všímavost, pozorovací dovednosti sestry a schopnost systematického vyhledávání dat. Informace se zaznamenávají v ošetrovatelské anamnéze a plánu tak, jak postupuje interakce s pacientem (28, 41).

V jeho návaznosti probíhá ošetrovatelská diagnostika. Sestra musí využít profesionálních dovedností v pozorování, komunikaci, schopnosti analýzy a interpretace získaných dat a stanovit ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou hlavní problémy ošetrovatelské péče v pořadí jejich naléhavostí. S diagnostikou se v souvislosti s rozvojem

stavu lidských potřeb klienta provádí opakovaně. Průběžná diagnostika je vždy podkladem k úpravám nebo k doplnění plánu. Ošetrovatelské diagnózy dokumentujeme také v denních záznamech neboli v hlášení sester, v hodnocení péče a v překladové či propouštěcí ošetrovatelské zprávě. Lze tedy říci, že výstupy diagnostiky využíváme ve všech krocích ošetrovatelského procesu (28).

Ihned po stanovení diagnostického závěru je třeba vytvořit plán individuální ošetrovatelské péče. Plánem ošetrovatelských zákroků se rozumí specifické ošetrovatelské ordinace zahrnující celkový výsledek navržených ošetrovatelských aktivit. Obsahuje cíle ošetrovatelské péče, včetně kritérií pro jejich hodnocení, a specifické ošetrovatelské činnosti potřebné k dosažení stanovených cílů.

Čtvrtým krokem ošetrovatelského procesu je realizace ošetrovatelského plánu. Jde o zajištění navržených ošetrovatelských činností, které sestra provádí pro klienta a s klientem a za účelem dosažení ošetrovatelských cílů. Patří sem také dokumentace specifických ošetrovatelských činností v ošetrovatelském plánu.

Posledním, pátým krokem ošetrovatelského procesu je hodnocení. Znamená sledování a hodnocení účinnosti péče s ohledem na specifická kritéria vztahující se k ošetrovatelským cílům a činnostem. Hodnocení je provázeno zpětnou vazbou, jež je potřebná pro identifikaci dalších potřeb klienta. Hodnocení se také týká dokumentace toho, jak se péče odráží na nemocném v oblasti tělesné, psychické a sociální, ve vztahu k předem stanoveným cílům a ošetrovatelským zákrokům zaznamenaným v ošetrovatelském plánu. Posoudí se reakce pacienta na ošetrovatelské zásahy a tyto reakce se pak porovnají se stanovenými normami. Poté dojde buď k ukončení ošetrovatelské diagnózy, v případě nesplnění nebo jen částečného splnění cílů, nebo k revizi plánu péče. Ošetrovatelský proces dále pokračuje. Realizace ošetrovatelského procesu je možná pouze při aktivní ošetrovatelské péči, neboť proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne, na základě hlubšího poznání nemocného (28).

K přesnému rozlišení, zda posuzovaná osoba, rodina nebo komunita má či nemá nějaké ošetrovatelské problémy, je možné využít diagnostický systém NANDA. Při diagnostice aktuálních diagnóz se opíráme o nalezení určujících znaků a souvisejících faktorů. K potvrzení přítomnosti potenciální diagnózy hledáme výskyt rizikových faktorů. Diagnózy ke zlepšení zdraví nalézáme podobným způsobem jako diagnózy aktuální.

Úkolem kompetentních sester je u uživatele ošetrovatelské péče potvrdit nebo vyloučit přítomnost ošetrovatelských diagnóz. K tomu je vhodné postupovat podle diagnostického algoritmu. Algoritmus je využitelný v rámci vstupní diagnostiky při příjmu do ošetrovatelské péče, ale i v jejím průběhu, a je aplikovaný také v diagnostice ošetrovatelských problémů rodiny nebo komunity (41).

1.2 Postavení sestry ve společnosti

1.2.1 Vývoj sesterské profese

Zpočátku se povolání sestry formovalo na základě charitativních institucí, středověkých hospitálů, které byly určeny k poskytnutí útulku a nejzákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat sama rodina. Pečovalo se současně o vdovy, sirotky a staré v jednom útulku. Jednalo se o činnost rázu charitativního, stojící výlučně na náboženském základě. O nemocné pečovali převážně příslušníci církevních řádů. Samotný charakter péče v hospitálech nevyžadoval odbornou přípravu personálu. Od první poloviny 19. století se začaly hospitály dělit na chudobince, nemocnice, dříve nazývané špitály, starobince, sirotčince. V těchto zařízeních i nadále neprobíhalo léčení za účasti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Později, v druhé polovině 19. století, proniká do nemocnice medicína a převažuje lékařská činnost, plynoucí z medicínského poznání (17).

Významnou osobností v rozvoji ošetrovatelství byla Florence Nightingalová. Její zásluhy o rozvoj ošetrovatelství jsou jednoznačné. Zasloužila se o vznik první ošetrovatelské školy v Londýně roku 1860, která se stala vzorem pro ostatní země. Díky F. Nightingalové se ošetrovatelství stalo z charitativní služby skutečným odborným a hluboce lidským povoláním. Domnívala se, že sestry musí být speciálně vyškoleny pro poskytování péče nemocným.

Za významné osobnosti ošetrovatelství v Čechách lze považovat dvě významné bojovnice za ženská práva, kterými jsou české spisovatelky, Eliška Krásnohorská a Karolína Světlá. Obě ženy společně se zástupcem lékařů doktorem Vítězslavem Janovským se podílely na zřízení první české ošetrovatelské školy v Praze roku 1874 (17).

Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní péči pacientům. Nepochybně to je a bude i nadále hlavní funkcí ošetrovatelství. Vznikly však a stále vznikají nové odpovědnosti. Vycházejí z orientace profesní činnosti sester

na lidské zdraví jako celek. Do popředí se dostávají činnosti ve vztahu k mentální hygieně, kdy jde o pomoc, kterou sestra poskytuje pacientovi při zdolávání nemoci, nebo mu pomáhá se s ní vyrovnat, dále činnosti spojené s funkcí vychovatele, neboť nejjednodušší léčení se může stát zdrojem napětí a stresů, a konečně spojené s rozšiřováním odborné funkce sestry ve zvyšování úrovně léčebné péče i v její účasti na rozvoji ošetrovatelské teorie (17, 37).

1.2.2 Profesionální role

V západním světě mají zdravotnické profese své kořeny v 19. století a přenesly některé aspekty kultury té doby do své dnešní práce. To se týká obzvláště sester. Tradičně byli lékaři muži a sestry ženy. V 19. století převažovali muži ve všech důležitých politických, ekonomických a sociálních institucích. Kromě výjimek, z nichž byla i Florence Nightingalová, měly ženy málo zákonných práv, neočekávalo se, že budou působit jinde než v domácnosti a že si budou nárokovat volební právo. S rozvojem nemocnic vznikla potřeba sester, které by na jedné straně prováděly pokyny lékařů a současně dělaly i pomocné práce v nemocnici. Jako sestry pracovaly většinou ženy, výjimkou byly chudobince a azylové domy pro duševně choré. Podle kulturních tradic ženy měly poslouchat muže, proto se sestry snadno podřizovaly lékařům (17).

Středem zájmu je vždy samotný klient. Lékaři, sestry a jiní zdravotničtí pracovníci musí spolupracovat jako tým. V úsilí o zvyšující se kvalitu ošetrovatelské péče získávají sestry větší sebedůvěru a dokážou jednat s lékaři jako rovný s rovným. Na pozadí společenských změn, které se zaměřují na rovnost mezi pohlavími, je stále více vidět, že sestry své postavení klíčových poskytovatelů zdravotní péče trvale upevňují. Definování specifických rolí každé profese má být zakotveno v legislativních normách. Ty jsou v každé zemi jiné. Každý člen ve zdravotnické profesi však musí mít jasnou představu o svých povinnostech a kompetencích a také představu o povinnostech a kompetencích druhých. Péče o pacienta je vždy komplexní, proto se mohou některé oblasti v určitých situacích překrývat. Obecně by se však měly překrývat minimálně a neměly by zasahovat do hlavní funkce té které profese (3).

Nejčastější rolí sester je *sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče*. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, vytváří nové vztahy a holistické chápání jedince a skupiny. V další oblasti působí jako *sestra manažerka*, zde se podílí na řízení

a organizaci na různých úrovních. Jedná se o státní a regionální úroveň zdravotnického zařízení. Sestra také *řídí ošetrovatelský proces a edukuje* (vzdělává a vyučuje) klienty v rámci ošetrovatelského procesu. Sestra je *obhájkyní klienta*, reprezentuje jeho práva a vysvětluje mu je, překládá a tlumočí jeho názory a požadavky, obhájí jeho zájmy. Sestra je především *nositelka změn*, je hnací a neodporující silou změn v ošetrovatelství, přináší nové poznatky a dále se vzdělává. V neposlední řadě je *sestra výzkumnicí*. Její postavení v oblasti vzdělávání je velice aktuální. Sestra je také *mentorkou*, která zodpovídá za klinický dohled nad studenty praktikujícími na ošetrovací jednotce. Pro tuto roli je nutná adekvátní klinická a pedagogická způsobilost a zejména zralá osobnost. A v neposlední řadě sestra řídí sama sebe (32).

1.2.3 Vzdělávání sester

Vzdělávání pro pracovníky v ošetrovatelství zaznamenalo těsně před vstupem České republiky do Evropské unie zásadní změny, a to hlavně z důvodu nutnosti naplnění směrnic Evropské unie, které regulují vzdělávání tak, aby bylo umožněno uznání kvalifikace a tak umožněn volný pohyb po jednotlivých zemích Evropské unie. V současnosti sestra získává odbornou způsobilost k výkonu svého povolání formou tzv. kvalifikačního studia. Toto studium trvá nejméně tři roky a probíhá na vysokých školách jako bakalářský studijní obor pro přípravu všeobecných sester nebo na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Oba typy studijních oborů jsou v souladu s příslušnými směrnicemi Evropské unie (32, 47).

Kvalifikované všeobecné sestry mají ze zákona povinnost zapojit se do celoživotního vzdělávání, jehož cílem je zvyšovat, prohlubovat a doplňovat své vědomosti a dovednosti pro poskytování ošetrovatelské péče a to v souladu s jeho rozvojem a nejnovějšími vědeckými poznatky. Vyhláška č. 39/2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, zapracovává příslušné předpisy Evropských společenství a upravuje minimální požadavky na studijní programy, jejichž studiem se získává odborná způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Tyto minimální požadavky jsou seznamem teoretických a praktických oblastí nezbytných pro výkon regulované činnosti (49, 51).

Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a plnění povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému, který slouží k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Výši kreditních bodů za konkrétní vzdělávací aktivitu stanovuje vyhláška č. 423/2004 Sb. Osvědčení vydává MZ ČR (Ministerstvo zdravotnictví České Republiky) zpravidla na dobu čtyři až šest let, podle délky praxe a pracovník může ke svému označení odbornosti připojit také označení „Registrovaná či Registrovaný“. Zákonem č. 96/2004 Sb. je poprvé definován pojem celoživotního vzdělávání a jsou vyjmenovány aktivity, které jsou za celoživotní vzdělávání považovány. Do celoživotního vzdělávání patří i specializační vzdělávání, které je koncipováno modulově a je rozděleno do tří etap. V první etapě je nutné absolvovat modul základní, ve druhé etapě moduly odborné a ve třetí etapě moduly speciální. Celková délka vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti je stanovena minimálně na 36 měsíců. Z tohoto období 12 měsíců po zařazení do studia pracuje studující v úseku práce, ve kterém se specializuje. Přihlášku o specializační vzdělávání může podat pracovník na základě doporučení vrchní sestry nebo vedoucího pracovníka, a to po třech letech odborné praxe a vydaného osvědčení k výkonu zdravotnického povolání (48, 49, 51).

V průběhu aktivního výkonu ošetrovatelské profese se zdravotničtí pracovníci registrují v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Registr 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. Zápis v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu motivuje sestry k celoživotnímu vzdělávání, usnadní jejich profesní uplatnění v rámci Evropské unie. Dokladem o registraci zdravotnických pracovníků je osvědčení, které se vydává na období 6 let. Osvědčením se získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu a oprávnění k vedení praktického vyučování. Průkaz odbornosti slouží k průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělání a vykonávaných činností při výkonu povolání zdravotnických pracovníků, vykonaných zkoušek, celoživotního vzdělávání (31, 32).

1.2.4 Kompetence sester

Významnými kroky pro současnou roli sester v systému péče bylo přijetí některých zákonných úprav. Transformace ve vzdělávání sester nastala po přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání i k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který určuje mimo jiné podmínky pro získání odborné způsobilosti všeobecné sestry a zaručuje její celoživotní vzdělávání. Důležitým mezníkem pro současnou roli sestry je zákonné ustanovení kompetence sestry Vyhláškou č. 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všeobecná sestra, která získala osvědčení k výkonu povolání, má dle této vyhlášky stanoveny kompetence. Kompetence znamená schopnost, vykonávat určité výkony a být za ně odpovědná, pokud hovoříme o kompetencích sestry (48, 50).

Postavení dnešní všeobecné sestry se vytvářelo během několika staletí. Výraznou změnu však zaznamenalo v posledních několika desetiletích. V minulosti byla sestra brána téměř jako pomocný personál, dnes jí přisuzujeme větší pravomoci a je také zpravidla více respektována jako kvalifikovaný pracovník. Sestra je nepostradatelnou součástí zdravotního multidisciplinárního týmu. Pracuje samostatně ve třech oblastech, které vymezuje Vyhláška 424/2004 Sb. a to: pod odborným dohledem, bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, a bez odborného dohledu na základě indikace lékaře (48).

Bez odborného dohledu sestra bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti, projevy onemocnění, dále sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce, také pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav klienta, zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu, provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, provádí rehabilitační ošetrovatelství a nácvik sebeobsluhy, provádí edukaci o ošetrovatelských postupech a připravuje informační materiály, orientačně hodnotí sociální situaci klienta, provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých.

Pod odborným dohledem sestra se specializovanou způsobilostí poskytuje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči (48).

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře poskytuje preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči. Dále připravuje klienty k diagnostickým a léčebným postupům, které sama provádí nebo při nich asistuje a následně zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich. Také podává léčivé přípravky (s výjimkou radiofarmak a nitrožilních injekcí a infúzí u klientů do 3 let), zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová a depistážní vyšetření, provádí katetrizaci močového měchýře u žen a dívek nad 10 let, provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy a provádí výplach žaludku u klientů při vědomí starších 10 let a další jiné činnosti.

Pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty a spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků. Dále bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře ošetřuje klienta v průběhu i po ukončení aplikace transfuzních přípravků (48).

1.2.5 Činnosti sester

„Ze sociologického hlediska lze profesi sestry nazvat jako povolání, odbornost nebo odbornou přípravu na požadované povolání. Pojem profese se vztahuje především k plnění pracovních rolí (1, s. 29)“.

Sestra je osobou, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován. Úspěšně ukončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou, nebo sestrou s právoplatnou licencí k výkonu ošetrovatelské praxe. Sestry potřebují kompetence k rozvíjení a podpoře faktorů podporujících a udržujících zdraví a předcházení nemocem (49).

Pojmem primární sestra rozumíme označení profesionála, který má podle zákona 96/2004 Sb. kompetenci vést ošetrovatelskou diagnostiku a pracovat metodou ošetrovatelského procesu. Tento pojem je v České republice stanoven také Konceptí ošetrovatelství, jež je závazným dokumentem. Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces. Je racionální metodou plánování, poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Podrobněji v kapitole 1.1.2 Ošetrovatelský proces (2, 32).

Činnost sester v nepřetržitém provozu je při aplikaci ošetrovatelského procesu organizována systémem skupinové péče. Skupinová sestra během směny pečuje o určenou

skupinu nemocných a odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Každého nemocného osobně předá příslušné skupinové sestře z další směny. Dalším systémem je systém primárních sester. Po přijetí je nemocnému přidělena primární sestra, která odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu po celou dobu hospitalizace klienta a také za vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Plán péče zajišťuje za pomoci dalších ošetrovatelských pracovníků. Není-li ve službě, nemocného předá sestřím další směny, po návratu do služby své nemocné přebírá zpět. Primární sestra se současně podílí také na ošetřování nemocných, jimž primární sestrou není. Uvedené organizační systémy vyžadují pravidelnou a kvalitní výměnu informací o nemocných, která se provádí formou krátkých porad ošetrovatelského týmu a předáváním služby za přítomnosti nemocného. Do ošetrovatelského procesu jsou aktivně zapojeni i studenti, kteří se připravují na zdravotnické povolání. Ošetrovatelskou péči u nemocného plánuje primární nebo skupinová sestra. V terénu provádí sestra ošetrovatelský proces v úzké spolupráci s příslušným lékařem primární péče (29).

Sestry také hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost (invaliditu) a umírání. Praxi mohou vykonávat v nemocnicích a komunitách. Jsou oprávněny pracovat samostatně a jako členky zdravotnického týmu. Za určitých okolností mohou delegovat péči na asistenty zdravotnické péče, odpovědné za svá rozhodnutí a jednání. Sestra podporuje vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovala k sebedůvěře a samostatnému rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí (47).

1.2.6 Ošetrovatelský personál

Za organizaci práce ošetrovatelského personálu a kvalitu ošetrovatelské péče v nemocnici odpovídá náměstek ošetrovatelské péče, který je přímým podřízeným řediteli nemocnice. Náměstkyně ošetrovatelské péče (hlavní sestra) metodicky vede a řídí ošetrovatelský personál, plánuje rozvoj vzdělání, podílí se na efektivitě ošetřování a ekonomickém výsledku nemocnice pravidelnými kontrolami kvality péče a hospodaření se zdroji potřebnými k provádění ošetrovatelského procesu, podílí se na tvorbě standardů ošetrovatelské péče. Je přímou nadřízenou nutričnímu terapeutovi, sociální sestře,

vrchní laborantce, vrchnímu radiologickému asistentovi, vrchní fyzioterapeutce, logopedům a všem vrchním sestřám lůžkových i ambulantních oddělení (Příloha 2) (28).

Vrchní sestra spolupracuje a veškeré své činnosti konzultuje s primářem oddělení, který je její přímý nadřízený. Je zodpovědná za provoz celého oddělení, řídí a vede ošetrovatelskou péči na oddělení, provádí pravidelné kontroly kvality a hospodaření, plánuje vzdělávání ošetrovatelského personálu, zajišťuje doplňování potřebného zdravotnického i všeobecného materiálu a její požadavky musí být vždy odsouhlaseny podpisem primářem oddělení. Vyhledává rizika v provozu a ošetrovatelské péči, provádí preventivní opatření, dbá na organizaci a bezpečnost práce. Její povinnosti jsou uvedeny v náplni práce vrchní sestry, která vychází z Vyhlášky 424/2004 Sb. (20).

Staniční sestra je odpovědná za dodržování kvality ošetrovatelské péče v provozu příslušné stanice. Je přímou podřízenou vrchní sestry, zajišťuje kontrolami kvalitu ošetrovatelské péče na stanici, doplňuje potřebný materiál a sleduje hospodaření s ním. Je nadřízená ošetrovatelskému personálu u lůžka, nižšímu a pomocnému zdravotnickému personálu na stanici. Vede ošetrovatelský tým stanice. Její povinnosti jsou uvedeny v náplni práce staniční sestry, která vychází z Vyhlášky 424/2004 Sb. (20).

Sestra u lůžka spolupracuje s lékařem na oddělení, aplikuje ošetrovatelský proces, aktivně vyhledává, plánuje a řeší ošetrovatelské problémy u skupiny nemocných jí svěřených staniční sestrou během pracovní směny. Minimalizuje rizika, pracuje podle platných standardů, dodržuje hygienické a epidemiologické zásady. Provádí edukaci nemocných, je pro ni závazný Etický kodex zdravotnického pracovníka.

Sanitářka (sanitář), ošetrovatelka (ošetrovatel), spolupracují se sestrou na oddělení dle potřeb, provádí nižší odborné rutinní práce při ošetrování pacientů v toaletě a polohování, vypomáhá při příjmu a uložení pacientů, zajišťuje transport nemocných na požadovaná vyšetření, při akutních případech spolupracuje s ostatními sanitáři dle potřeb, spolupracuje s fyzioterapeutem a provádí jednoduché rehabilitační úkony, transport biologického materiálu do laboratoře, zajišťuje transport materiálu ke sterilizaci a zpět na oddělení, rozvoz čistého a odvoz špinavého prádla (16, 32).

1.3 Postavení lékaře ve společnosti

1.3.1 Vývoj lékařské profese

Z hlediska společenské dělby práce patří lékařská profese k nejstarším. Její základy je možné nalézt již ve starověkých kulturách. Lékařská, neboli léčitelská role byla vždy rolí výjimečnou s velkým akcentem na osobnostní schopnosti lékařů. I když se lékařské působení ve starověku neopíralo o podrobné znalosti lidského těla, přece jen v mnohém naplňovalo svůj hlavní záměr, jímž bylo ulevit trpícím a pomoci těm, kteří pomoc potřebují. „Oddělení medicíny od náboženství ovlivnilo klíčové charakteristiky, z nichž čerpala i moderní západní medicína ve svém rozvoji. Jsou jimi otevřenost, upřímnost, dialog, systematické studium fyziologie, oddémonizování zdraví a nemoci, racionalita a empirie (26, s. 14)“.

V řecké medicíně byl zachován rozdíl mezi lékaři a felčary, kteří napravovali vykloubeniny, zlomeniny, vyháněli zlé duchy a zaříkávali. Obojí bylo přípustné prakticky komukoli a medicínu proto často provozovali bývalí otroci.

V křesťanském středověku byl zájem o systematické poznávání světa a kosmu utlumen. Toto poznání vedlo k tomu, že v péči o nemocné bylo namísto léčby zdůrazňováno především milosrdenství a soucit s trpícím. Lidské tělo patřilo Bohu a utrpení a nemoci tak jednak mohly být zkouškou víry, či trestem za špatnost, jednak také příležitost, na níž se mohly zjevit skutky Boží milosti.

V období renesance nejprve tajně, později veřejně, byly prováděny pitvy zemřelých. Další rozvoj medicíny jako vědy byl na počátku novověku spojen s mohutnými epidemiemi infekčních chorob a šířením nových filosofických výkladů světa. Na počátku 19. století se základem moderní medicíny stávají přírodní vědy. S rozvojem přírodních věd, industrializací a vznikem národních států se objevuje nezbytnost zorganizovat systém poskytování a financování zdravotní péče. Od lékařů najímaných státem, městem, obcemi či panstvím se očekávalo, aby v zájmu individuální léčby nemocného kladli důraz na prevenci epidemií, očkování a hygienická opatření, dozor nad porodními bábami, nemocnicemi a jinými zdravotními ústavy. Součástí lékařovy práce bylo také ohledávání zemřelých a bezplatné léčení chudých. Nadále trvá požadavek humánního přístupu k nemocným. Za dobrého lékaře je považován ten, kdo léčí nemocného s maximální pozorností, solidností a humánností (26, 44).

1.3.2 Profese lékaře

Profese lékaře představuje mezi řadou zdravotnických profesí rozhodující pozici. Činnosti lékaře jsou obecně zaměřeny na ochranu, upevňování, na diagnostiku, odstraňování a záchranu ohroženého života. V současném zdravotnictví zastávají lékaři konkrétní pracovní role, které mají odlišné kompetence k provádění odborné činnosti, postavením ve vztazích nadřazenosti a podřazenosti a dalšími faktory (3).

Lékaři v současné době stále více pocítují konflikt rolí. Na jedné straně mají povinnost pečovat o zdraví a život pacientů a k tomu používají širokou škálu prostředků, diagnostických a terapeutických postupů a na druhé straně jsou omezeni množstvím veřejných finančních prostředků, které mají k dispozici. Činnosti lékaře mají mnohé stránky, které ho odlišují od ostatních povolání. Nejzákladnější pramení ze skutečnosti, že předmětem jeho činnosti je člověk a pokud lékař zvolí nesprávné, nevhodné nebo chybné postupy mají většinou nezvratné následky. Tato zodpovědnost lékařské profese je zvláště závažná. Lékař musí rozhodovat, jednat a konat, i když nezná pravou příčinu poruchy zdraví, nebo nemá o ní jistotu, protože často rozhodují pouze minuty. Parsons popsal znaky role lékaře, ke kterým zařadil funkční specifitu, emocionální neutralitu, universalismus a kolektivní orientaci (1).

Funkční specifita vyjadřuje nutnost formální i faktické odborné kompetence pro výkon povolání. V nemocnicích je kompetence omezována jednak druhem oddělení, kde lékař působí, a dále diagnostikou a léčbou určité skupiny nemocných. Lékař spolupracuje s dalšími členy týmu, s nimiž společně plánuje postup léčby u nemocných a rozhoduje o něm. Jiné rozhodovací právo má primář, jiné vedoucí oddělení a jiné řadový – ošetřující lékař. Na nemocničního lékaře jsou kladeny požadavky na ochotu, laskavost, vstřícnost a především schopnost komunikace s ostatními lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky, kteří se podílejí na péči o nemocné.

Emocionální neutralita znamená, že lékař musí na jedné straně jednat odborně a na druhé straně je nutný přiměřený poměr empatie a současně i sebezáchovná asertivita, protože žádný člověk nedokáže unést stovky nářků a bolestí nemocných. Jeho jednání musí být vyvážené, bez ohledu na světonázorové či náboženské přesvědčení.

Univerzalismus vyjadřuje skutečnost, že potenciální vztahová oblast lékaře zahrnuje všechny členy společnosti. Do popředí se dostávají otázky, zda je lékař povinen orientovat se na jednotlivce a poskytnout tomuto pacientovi vše, co je v jeho silách,

bez ohledu na ostatní, nebo poskytnout mu průměrnou péči s ohledem na ostatní potřebné (1).

1.4 Ošetrovatelský management

„Nejvyšším metodickým článkem oboru je Ministerstvo zdravotnictví. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetrovatelství v České republice. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče. V jeho kompetenci je zřizovat a ustanovovat pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí (39, s. 13)“.

V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízena náměstkyní nebo náměstkem pro ošetrovatelskou péči, neboli hlavní sestrou. Struktura řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení (32).

1.4.1 Definice managementu

Pod pojmem management rozumíme vedení neboli řízení. Vedení lze popsat jako využití vlastních dovedností k ovlivnění druhých, aby podali podle svých schopností co nejlepší výkon. Vedení sester je proces, kdy sestra ovlivňuje jiné, aby dosáhli specifických cílů při poskytování péče o klienty (8).

Jako vedoucí uplatňuje moc a vliv ve snaze změnit chování jiných jedinců. Pojem řízení je zpravidla používán pro usměrňování, ovládání něčeho vně člověka, to znamená, že člověk řídí někoho druhého nebo něco, například technické zařízení, které bývá spojeno s uplatněním moci. Obecně je možné řízení definovat jako cílevědomou činnost, využívající poznatky, doporučení, metody, nástroje vedoucí k dosažení stanovených cílů společnosti, podniků, institucí, skupin a člověka. V posledních letech je u nás pojem řízení nahrazován pojmem management, kterým je označována též skupina řídicích pracovníků, řízení určité složky organizace, například finanční management nebo personální management (38).

V rámci módní vlny používání slova management je přiřazováno k různým procesům a činnostem. V užším chápání řízení člověk neusměřňuje procesy kolem sebe, někoho, ale i sám sebe, aby dosáhl svých cílů, uspokojoval své potřeby. Jde o sebeřízení, sebeovládání. Je důležité vědět, že sebeřízení i řízení druhých lidí spolu bezprostředně souvisí, vzájemně se podmiňuje. Nejednotné chápání pojmu řízení je vyjádřeno desítkami definic. Je to zapříčiněno interdisciplinárním charakterem řízení. Předmět řízení vychází z mnoha vědních oborů, které přinášejí svůj obsah a terminologii (moderní metody řízení). Věda jsou organizované znalosti, praxe v řízení je umění. Management je většinou označován jako věda a umění současně. Věda a umění se nemohou vzájemně nahradit, ale musí se vzájemně doplňovat. Management je předmět interdisciplinární. To znamená, že na jeho obsahu se podílí více vědních oborů. Na jeho vývoj měla vliv také praxe (11).

1.4.2 Manažeři

Manažery se stávají zpravidla lidé, kteří mají vrozenou potřebu někoho řídit, stát v čele skupiny a současně mají potřebu moci a silného vlivu na ostatní. Jedná se o rys dominance osobnosti, který by se však neměl projevat v jejich nadřazenosti, povýšenosti a neomylnosti. Tato dominance by měla vyzařovat ve schopnosti táhnout ostatní k cíli, v ukazování směru a cesty dopředu, v dynamice a kreativitě chování a optimismu. Směr stanovených osobních cílů manažera by měl korespondovat s cíli organizace, ve které manažer působí. Manažeři musí být silnou osobností, působit přesvědčivě a se sebedůvěrou a zároveň si uvědomovat, že jsou středem pozornosti a každý jejich projev je předmětem hodnocení ostatních. Převládající autoritativní jednání a rozkazování je znakem životní nezkušenosti a zakrývá nízkou odbornost a neschopnost. Dnešní management klade větší důraz na měkké metody řízení, které více otevírají prostor lidskému potenciálu a umožňují efektivněji dosáhnout cíle podniku před tvrdými metodami založenými na plnění příkazů a kontrole jejich plnění (18).

Existuje několik typů vedení. Jedním z nich je autokrat. Ten je zaměřený především na úkoly, využívá svého postavení a osobní moci autoritativně, ponechává si odpovědnost za stanovení cílů a rozhodování. Podřízení jsou motivováni pochvalou, výtka a odměnou.

Druhým typem je demokrat. Vedoucí si cení vlastností a schopností podřízených, využívá své osobní moci a postavení k tomu, aby zjistil jejich názory, motivuje je ke stanovení vlastních cílů, rozvinutí svých plánů a řízení své vlastní praxe.

Třetím typem je participativní vůdce. Tento typ vedení je kompromisem autokratickým a demokratickým vedením. Vedoucí předloží své vlastní analýzy problémů a návrhy k jednání a vyzve podřízené ke kritice a komentářům. Pro zvážení těchto komentářů učiní vedoucí konečné rozhodnutí.

Čtvrtým typem je typ benevolentní. Je to styl vedení, kdy se jmenovaný vedoucí vzdá odpovědnosti za vedení a ponechá personál bez řízení, dohledu a koordinace.

Dobrý vůdce musí mít celý soubor vhodných vlastností. Především musí mít dobré interpersonální dovednosti, důvěryhodnost a autoritu. Musí mít dobré intelektuální schopnosti řešit problémy, schopnost volit vhodné kompromisy a schopnost podnitit druhé jít za vytčeným cílem. Vůdce zase potřebuje, aby jeho podřízení byli loajální, zaujatí pro věc, bezúhonní a ochotní klást zájmy supiny před svoje vlastní zájmy (18, 27).

Dále mají mít vůdci předvídavost a autoritu, smysl pro perspektivu, musí umět vznést zásadní otázky a identifikovat všechny okolnosti, které ovlivňují konkrétní organizaci i společnost všeobecně. Typ vůdčí role se liší podle typu organizace. Například vůdčí styl v armádě se liší od stylu vedoucího oddělení ve výrobní firmě, vedoucího pracovníka v reklamní agentuře nebo staniční sestry. Je však možné určit jisté vůdčí vlastnosti, které jsou společné všem dobrým vedoucím (18).

1.4.3 Úroveň managementu

Špičkoví řídicí pracovníci (ředitelé, náměstci, hlavní sestra) jsou pracovníci, kteří se nacházejí na vrcholu řídicí pyramidy a kteří se zaměřují na takové úkoly, jako jsou strategické, dlouhodobé plánování, organizování celé struktury organizace, obsazování nejvyšších míst ve struktuře, plánování motivačních programů.

Střední řídicí pracovníci (primáři, vrchní sestry) musí řešit některé koncepční plány, těžiště jejich práce je však sestavování spíše krátkodobých plánů, v organizování jim podřízených úseků, provádění motivačních programů, stanovení konkrétních cílů. Vývoj úlohy managementu v ošetrovatelství v rovině středního managementu byla podstatně zeštíhlena. Často se slučuje funkce vrchní sestry se staniční a strategická rovina je přímo zodpovědná za mnoho jednotek v síti (9).

Operativní řídicí pracovníci, jimiž jsou staniční sestry, vykonávají činnosti, které vyplývají z řešení každodenních problémů, krátkodobě plánují, např. zajišťují zapracování nových absolventek. Čím je úroveň řízení nižší, tím více je u řídicího pracovníka důležitá operativní práce. Čím je úroveň řízení vyšší, tím větší požadavek je kladen na koncepční práci a schopnost strategického rozhodování. V každé úrovni hierarchie managementu je odlišné zaměření kompetentnosti práce manažerů. Na každém oddělení existují různé úrovně pravomoci a odpovědnosti (Příloha 3).

Cíle managementu v ošetrovatelství jsou plnění cílů organizace nebo oddělení ošetrovatelské péče, udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních omezení organizace, zvyšování motivace zaměstnanců a pacientů, zvyšování schopnosti podřízených a kolegů přijímat změny, budování týmového ducha a zvyšování morálky, další profesní rozvoj personálu (18).

1.4.4 Vztah mezi ošetrovatelskou a manažerskou odborností

Jednou z často diskutovaných otázek je poměr ošetrovatelské a manažerské odbornosti, který je potřebný pro úspěšné vykonávání práce manažera první úrovně. Existují názory, že manažer by měl být především prvotřídním specialistou ve svém oboru, vždy připravený zastoupit kteréhokoliv člena týmu. Dnešní chápání manažera je takové, že manažer je zodpovědný za řízení personálu způsobem, který vede ke splnění společných cílů. Například staniční sestra je zodpovědná za úroveň ošetrovatelské péče na oddělení, za dostatek kvalifikovaného i pomocného personálu s potřebnými vědomostmi, zručnostmi a zkušenostmi, ale i za dostatečné množství materiálu a pomůcek potřebných na splnění pracovních úloh. Organizuje práci, koordinuje lidi i jejich činnosti. Bezprostřední zodpovědnost za poskytovanou ošetrovatelskou péči však nese sestra. Na základě ošetrovatelské odbornosti staniční sestra pozná osobitost ošetrovatelské profese a manažerská odbornost jí umožňuje tato specifika spojit s principem řízení. Výsledkem by měl být odborný, profesionální management sester poskytujících vysoce kvalifikovanou ošetrovatelskou péči (19, 27).

1.4.5 Sestry v procesu řízení

Se změnami struktur řízení zdravotní péče se mění i role a funkce sester ve vedoucím postavení, které musí stále více rozumět širším zdravotnickým službám

a stávat se jejich součástí. Podle ICN (mezinárodní rada sester) vznikají nové typy rolí a postavení sester, které odpovídají novým strukturám zdravotnických služeb tak, aby se zachovala samostatná kontrola sester sestrami manažerkami nad odbornou ošetrovatelskou praxí. Řídící role a funkce sestry ve vedoucím postavení primárně souvisejí s ošetrovatelstvím a ošetrovatelskými službami. V řízení zdravotnictví jako takového řídící role a funkce sestry primárně souvisejí s širší oblastí řízení zdravotní péče a i sestra může být v postavení, kde není základním předpokladem sesterská kvalifikace. Jedná se především o kvalifikaci sestry v oblasti managementu. Zkušenosti z ošetrovatelské praxe však mohou řídící roli prospět. Obě řídící role sestry mají profesionální i společenskou složku, i když proporce těchto složek se liší podle postavení a typu zdravotnické organizace (27).

Společenská složka manažerské role sestry zahrnuje strategické zdravotní plánování, rozvoj zdravotní politiky, přidělování zdrojů a jiné obecné řídící funkce v rámci organizace. Profesionální složka manažerské role sestry zahrnuje řízení sester, doporučení pro ošetrovatelskou péči a vedení sester.

Správný manažer potřebuje informace z klinické praxe stejně jako řadová sestra. Z těchto informací vycházejí jeho ošetrovatelská rozhodnutí a kroky. Vedoucí musí plánovat, organizovat a řídit tu část organizace, za kterou je odpovědný. Aby mohl správně rozhodovat, musí mít spolehlivé informace, dostupné v pravý čas a v použitelné formě. K tomu slouží různé informační systémy (11).

1.5 Spolupráce sester a lékařů

1.5.1 Charakteristika týmu

Tým v obecném slova smyslu chápeme jako skupinu lidí. Každý člověk vyhledává v průběhu svého života určité skupiny. Ideální je mít pozitivní vztah ke svému pracovnímu týmu, kde můžeme plně rozvinout své schopnosti. Týmy většinou tvoří pilíře dobře fungujících organizací. Tým je definován podle Katzenbacha a Smithe ve většině organizací jako základní pracovní jednotka. Spojuje v sobě dovednosti, zkušenosti a pohledy několika lidí (22).

Tým je skupina lidí s rozdílným profesním nebo kvalifikačním pozadím, kteří společně a koordinovaně pracují na splnění určitého cíle. Ošetrovatelství je jednou z profesí, které si bez týmové spolupráce není možné představit, Členové ošetrovatelského

týmu vykonávají činnosti, které na sebe úzce navazují, tím mezi nimi vzniká značný stupeň závislosti. Navíc pracují v malém prostoru a v bezprostřední blízkosti. To si vyžaduje nejen pasivní spolupráci, ale i určitou úroveň vzájemných vztahů (27).

Týmová práce představuje soubor hodnot, které povzbuzují jisté způsoby chování, například naslouchání druhým, kooperativní odezvu, názory ostatních, vyjadřování pochybností ve prospěch ostatních i ve prospěch plnění úkolů, pomoc potřebným členům a uznávání zájmů a úspěchů ostatních. Týmy jsou vytvářeny za účelem plnění významných a náročných úkolů. Podávají větší výkon než jednotlivci pracující osaměle, a to zejména tam, kde práce vyžaduje širší škálu dovedností, úsudků a zkušeností. Týmy jsou pružné a reagují na měnící se události a požadavky, umějí se přizpůsobovat novým informacím a úkolům rychleji, přesněji a efektivněji než ostatní (10, 22).

V úspěšných týmech jednotlivci intenzivně pracují na svém růstu a úspěšném vedení týmu. Pokud je tým pro splnění jasného konkrétního cíle správně sestaven, pak zcela jistě vzájemná spolupráce, možnost konzultace a prostor pro více úhlů pohledu na danou problematiku přispějí k dokonalejšímu řešení. Dalším kladem je osobní růst každého jedince při možnosti týmové spolupráce. Vidět a zažít různorodý styl práce, přizpůsobit se či prosadit v diskusi, mít možnost naučit se hledat kompromis, vychutnat si příležitost pomáhat druhým, to vše tvoří nesmírný přínos práce v týmu. Zdravotnický tým má jeden společný cíl a tím je pomoci pacientovi dosáhnout jeho nejvyššího potenciálu a pokud možno v co nejkratší době. Týmová práce je jednou ze základních podmínek efektivní lékařské i ošetrovatelské péče. Pracovníci jsou daleko úspěšnější, když pracují jako tým. Jejich energie je nasměrovaná ke společnému cíli. Předpokladem týmové práce ve zdravotnictví je především ochota pracovníků spolupracovat v odborných otázkách jako rovný s rovným (33, 34).

1.5.2 Spolupráce jako proces

Předpokladem pro kvalitní a úspěšnou týmovou práci je i zaujetí správné role v týmu a jejich obsazení v plné šíři. V rámci týmu se určují četné role, které se zaměřují na splnění úkolu nebo udržení optimálních mezilidských vztahů. Týmová spolupráce je proces, který je založen na vzájemné důvěře a profesních vazbách. V rámci vývoje procesu týmové spolupráce nenastane jen pozitivní a příjemná atmosféra, ale přijdou i chvíle hádek, nervozity a menšího nasazení. Mohou se objevit pocity vzájemné

nedůvěry, konkurence a podezřívavosti. Zde pomůže humor, pozitivní myšlení a tvůrčí klima, které si týmy většinou oblíbí a ty pak používají. Aplikace týmové práce je na mnoha pracovištích již samozřejmostí. Sestry jsou lékaři vnímány jako samozřejmá součást zdravotnického týmu. Toto pravidlo bohužel na některých pracovištích stále ještě neplatí. Je možné se setkat s odděleními, kde je využívání týmové práce sester a lékařů dosud neřešenou otázkou (14, 21, 24).

Efektivní týmová práce není na žádném pracovišti ani ve zdravotnictví spontánní. K týmové práci musí být sestry i lékaři motivováni, je nutné zajistit a podporovat jejich hlavní předpoklady a těmi jsou kvalitní interpersonální vztahy. Týmová práce se nemusí v organizaci hned dařit, zvláště pak tam, kde je dosud zažitý jiný způsob vedení. K týmové práci je nutná změna myšlení všech zúčastněných osob, kterými jsou sestry, lékaři i management (11, 32).

Vztah mezi sestrou a lékařem posuzují sestry mnohdy dle své vlastní zkušenosti. Pokud je vedoucím lékařem jedinec, který má otevřený a vřelý vztah se sestrami a totéž požaduje i po svých podřízených, bývá na pracovišti přívětivá atmosféra. Ke konfliktům nedochází a problémy bývají řešeny se všemi zúčastněnými sestrami. Tento pozitivní stav dle jejich mínění vnímají i pacienti (3).

1.5.3 Předpoklady úspěšné spolupráce

Vzhledem k vývoji společnosti a v důsledku sociálních změn se postupně měnil tradiční vztah mezi lékařem a sestrou. Mění se role nemocného vede k tomu, že se mění vztah paternalistický - autoritativní mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský. Tento pozitivní vztah se prolíná i do vztahu lékaře a sestry. Tímto se utvářejí podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce mezi lékařem a sestrou by měla být rovněž na úrovni těchto rovnoprávných vztahů. Zdálo by se v podvědomí veřejnosti, ale i mimo ni, že vztah lékařů a sester, jejichž hlavním cílem je pečovat o pacienta, budou dobré partnerské vztahy, neboť jejich společným cílem je pacient. Řada problémů ve vzájemné spolupráci však vyplývá ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor,

že by ošetřovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. V některých zemích se lékaři cítí ohroženi vysokoškolskými ošetřovatelskými profesemi (1, 4, 8, 15).

Sestry nejsou často spokojeny s nižším respektem k ošetřovatelství ze strany lékařů. Ale mnohdy i lékaři dnes vnímají sestru pouze jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Vztah mezi sestrami a lékaři je jeden z významných prvků celkové atmosféry na pracovišti, a proto vyžaduje mnohostranný přístup. V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry. Je proto vhodné, aby dřívější vztahové stereotypy mezi lékaři a sestrami byly zrušeny. „V profesní vazbě sestra - lékař lze sledovat následující typy interakcí: bezproblémové podřízení se, neformální skryté rozhodování, neformální neskryté rozhodování, formální neskryvané rozhodování (1, s. 50)“.

V současné době se hovoří o problémových vztazích mezi sestrami a lékaři. Tyto změny vyplývají především ze změn v systému zdravotní péče. Na druhé straně však mezi převážnou většinou lékařů a sester stále existuje velice dobrá spolupráce, přátelská atmosféra zainteresovanosti a angažovanosti na společném cíli, jasné úkoly a postupné kroky, otevřená komunikace, umění si naslouchat, tolerance a možnost bez obav vyjádřit svůj názor, vymezené kompetence a zodpovědnost. Konstruktivní kritika je vítaná, nikdo si ji nebere osobně. Členové přijímají různé názory a diskutují o nich. Pracovníci si vychutnávají úspěch, pokud sdílí radost, jedná se o dvojnásobnou radost. Dalšími předpoklady kvalitní a úspěšné týmové spolupráce jsou uvolněná nebyrokratická atmosféra, pracovní nálady, zainteresovanost, angažovanost, zřetelný, všemi přijatý cíl, jasné úkoly, diskuse o sporných bodech a hledání řešení. Otevřená spontánní komunikace, naslouchání druhým je předpokladem pro úspěšnou spolupráci. Každý nápad najde odezvu. Nikdo se nebojí vyjádřit svůj názor, přičemž rozdílné názory jsou přijímány. Rozhodnutí jsou pak respektována všemi členy týmu. Nadřazenost v týmu není, využívá se schopností všech členů týmu (6, 40, 45, 46).

V současné době se sestra stává stále více rovnocennou partnerkou ostatních členů zdravotnického týmu a je schopna samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se pak samozřejmě i obsah její práce a profese sestry se tak stává samostatnější (5, 8, 39).

Jak multidisciplinárním tým pracuje, záleží právě na pracovní atmosféře, kterou tvoří dominantní, pasivní, agresivní či autoritativní jedinci. Svým projevem

tak ovlivňují pracovní atmosféru plnou napětí, strachu nebo atmosféru klidnou, tvůrčí, vstřícnou, vyjadřující vzájemný respekt, posilující sebevědomí, profesionalitu a vzájemnou pomoc (21).

Na osobnosti či způsobu chování člověka závisí schopnost přijmout změnu. Změna ve smyslu akceptace ošetrovatelství jako multidisciplinárního týmu především lékaři, ale i sestrami. To znamená porozumění a vytvoření prostoru pro naplnění rolí sestry nejen ošetrovatelky, ale také obhájkyň, manažerky, edukátorky a rozhodovatelky, které využívá k saturaci potřeb klientů a zkvalitňování péče (43).

Také věk může sehrát různou roli a to pozitivní i negativní. Stejná věková kategorie lékaře a sestry nemůže automaticky zajistit dobré profesní vztahy ve smyslu pozitivního dopadu na kvalitu péče, protože tento faktor může být ovlivněn profesním projevem. Každý člověk má právo necítit se dobře ať z důvodů tělesných či psychických. Pak je na jedinci, jak je schopen tento stav zpracovat a zvládnout v profesionální roli a profesním vztahu tak, aby nenarušoval dobrou pracovní atmosféru (5, 6).

Každý člen zdravotnického týmu, ať je to sestra, lékař, fyzioterapeut a další mají odlišné schopnosti, dovednosti, zkušenosti, svůj způsob myšlení a vidění světa. Při společné práci, která spočívá v péči o pacienta, se zkušenosti a dovednosti jednotlivých členů kombinují. Vztah mezi sestrami a lékaři je velice podstatný a tvoří základ spolupráce mezi nimi. Týmová práce zvyšuje efektivitu práce a spojuje lidi, kteří se vzájemně doplňují, obohacují a učí se od sebe navzájem. Žádný člen týmu se nepokouší druhým práci narušovat či ztěžovat. Tím se zvýší nejen celkový výkon skupiny, ale i výkon každého člena. Správně fungující tým vyrovnává kompromisy, vylučuje krajní postoje a názory, čímž se ve skupině udržuje stabilita. V týmu se budují pozitivní vztahy mezi lidmi. Tým zlepšuje komunikaci svých členů, učí se respektu a úctě k druhým. Poskytuje svým členům uznání (12).

Některé z faktorů vztahu sestry a lékaře jsou hluboce zakořeněny ve vedoucích lékařských strukturách, kde dominují převážně muži. U některých vedoucích lékařů je ošetrovatelství bráno jako pomocná role při péči o nemocné. Vzhledem k tomu je jimi někdy tolerováno i problematické chování lékařů ve vztahu k ošetrovatelství. Sestra, která je nespokojena se svým pracovním prostředím, nebude motivována k tomu, aby se angažovala v oblasti kvalitní ošetrovatelské péče (30, 44).

2. CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

Cíl 1:

Zmapovat spolupráci sester a lékařů v rámci ošetrovatelského procesu v péči o nemocné z pohledu ošetrovatelského managementu.

Cíl 2:

Identifikovat problémové oblasti ve spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu.

Cíl 3:

Zjistit, jakým způsobem ošetrovatelský management řeší problémové situace ve spolupráci sester a lékařů.

2.2 Výzkumné otázky

1. V jakých oblastech spolupracují sestry a lékaři v rámci ošetrovatelského procesu při poskytování péče nemocným z pohledu ošetrovatelského managementu?
2. Jakým způsobem sestry hodnotí a vnímají spolupráci s lékaři z pohledu ošetrovatelského managementu?
3. Které problémové oblasti existují ve spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu?
4. Jakým způsobem řeší ošetrovatelský management problémové situace ve spolupráci sester a lékařů?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

V empirické části diplomové práce bylo použito kvalitativního šetření. Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazování, technika nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly individuální, anonymní a probíhaly se souhlasem respondentek, kterými byly vrchní a staniční sestry z interních a chirurgických oborů ve věkové kategorii 33 - 57 let.

Metodou nestandardizovaného rozhovoru byly získány informace o spolupráci jednotlivých sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu. Při jednotlivých rozhovorech byly použity rámcové otázky (Příloha 1), které byly připraveny na základě prostudování odborné literatury zabývající se problematikou spolupráce sester a lékařů a na základě vlastní zkušenosti z ošetrovatelské praxe. Otázky vycházející z cílů diplomové práce byly stanoveny pro získání odpovědí na čtyři výzkumné otázky.

Důvodem pro stanovení témat byla potřeba zjistit a zmapovat zkušenosti sester se spoluprací s lékaři na příslušných odděleních. Otázky byly v některých případech v průběhu rozhovoru rozšířeny o tzv. doplňující otázky, k nimž došlo na základě předvýzkumu, který proběhl metodou dotazování s vybranou staniční sestrou z interních oborů a s vrchní sestrou z chirurgických oborů (listopad 2009).

Ke zpracování získaných dat od sester byla zvolena metoda rámcové analýzy autorů *Ritchieho a Spencera (13)*. Bylo postupováno podle jednotlivých kroků rámcové analýzy. Nejprve byly se sestrami vedeny individuální, anonymní nestandardizované rozhovory podle předem připravených otázek (Příloha 1).

Odpovědi byly anonymně zaznamenávány písemně do záznamových archů. Respondentky si nepřály, aby jednotlivé rozhovory byly nahrávány. Rozhovory trvaly přibližně jednu hodinu s každou respondentkou. Rozhovory byly přepisovány a následně analyzovány podle rámcové analýzy.

Po prostudování odpovědí na jednotlivé otázky byl sestaven seznam témat a poté navrhnout kódovací rámec, který pokryl účel šetření. V následujícím kroku byly vytvořeny grafy a tabulky, do kterých byly přehledně včleněny jednotlivé kategorizované odpovědi respondentek podle jednotlivých témat. Výsledky rozhovorů jsou pak následně interpretovány v tabulkách (kapitola 4.3).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Z pohledu ošetrovateľského managementu byly dotazovanými respondentkami dvě vrchní a čtyři staniční sestry z chirurgických oborů a tentýž počet sester z interních oborů. Z chirurgických oborů byly osloveny respondentky z chirurgického oddělení - aseptické i septické chirurgie, traumatologického oddělení, ortopedického oddělení. Z interních oborů byly osloveny respondentky z interního oddělení, nervového oddělení, oddělení následné péče, kardiologického oddělení. Celkový počet respondentek byl 12. O povolení šetření byla oslovena náměstkyně pro ošetrovateľskou péči. Na přání TOP managementu zdravotnického zařízení je respektováno zachování anonymity, jak zdravotnického zařízení, tak i oslovených respondentek.

Jedním z kritérií společného rozhovoru byla ochota a čas ze strany sester pro nestandardizovaný rozhovor a druhým kritériem byla odlišnost jednotlivých oborů, chirurgických a interních, kde sestry pracují. Rozhovory byly hloubkové a každá z oslovených sester byla ochotna vést tento rozhovor za podmínky, že si nepřejí být nahrávány na audio-záznam. Jejich přání i anonymita oslovených respondentek byly respektovány. Všechny sestry, byly předem seznámeny s tím, že jejich názory a udaná fakta budou použity pouze k této práci a nebudou jiným způsobem zneužity.

Výzkumné šetření probíhalo v období únor - březen 2010.

4. VÝSLEDKY

4.1 Přepisy rozhovorů respondentek - sester

Rozhovor 1

Respondentka č.1 je sestra ve věku 52 let, svou profesní dráhu zahájila studiem na střední zdravotnické škole. V průběhu praxe si dodělala specializaci v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně, jednalo se o pomaturitní specializační studium v anesteziologicko - resuscitační a intenzivní péči. V kombinované formě bakalářského studia dosáhla vysokoškolského kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra. V současné době dále pokračuje v navazujícím magisterském programu v kombinované formě studia.

Respondentka pracuje v chirurgických oborech, v současné době vykonává funkci vrchní sestry. Povolání všeobecné sestry vykonává již 35 let.

Při položení otázky, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla jednoznačně dobře. Za dobu jejího působení v tomto oboru se však také setkala i s občasnými neshodami, nepochopením ze strany lékařů, ale vždy se vše vhodným způsobem vyjasnilo a atmosféra na oddělení byla opět příznivá. *Pozitiva ve spolupráci s lékaři spatřuje* v jejich důvěře k sestrami. „Jelikož toto oddělení obnáší velkou samostatnost sester a jejich rychlé jednání a rozhodování po dobu, kdy lékaři nejsou přítomni na oddělení, protože právě operují. Lékaři provedou ranní vizitu, která je poměrně časně ráno, pak následuje hlášení pro lékaře a poté se přesouvají na operační sály, kde operují celé dopoledne.“

Problémy ve spolupráci spatřuje respondentka v negativním postoji lékařů k ošetřovatelskému procesu. „Lékaři respektují a váží si ošetřovatelské péče, kterou sestry vykonávají, ale nedokážou pochopit a hlavně neuznávají ošetřovatelské diagnózy. Se sestrami spolupracují při plánování ošetřovatelské péče, v některých situacích i prodiskutují se sestrami možnosti řešení ošetřovatelské péče, ale ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský proces zkrátka nerespektují, tudíž ani nemají zájem o nahlížení do ošetřovatelské dokumentace,“ jak uvádí respondentka.

„Pokud dojde k nějakým problémům mezi sestrami a lékaři, snažíme se tyto problémy vyřešit na úrovni nejlépe mezi s sebou, pohovořit si o problému a najít společná řešení. V případě, kdy to touto cestou nejde, jsou do problému zapojené i staniční sestry, které získávají adekvátní informace a snaží se pomocí vyřešit konfliktní situace

ve spolupráci sester a lékařů“. Respondentka dále uvádí: „Nerada zasahuji do problémů, které si myslím, že je lepší a účinnější vyřešit v rámci dotyčných osob na daném oddělení, v případě neúspěchu pak zasahuji z mé pozice.“ Takto to vnímá respondentka z pohledu vrchní sestry.

Na otázku, jaké způsoby řešení situace navrhují sami lékaři, respondentka sdělila, že problémové situace ve spolupráci sester a lékařů se snaží lékaři vyřešit na místě s konkrétní sestrou anebo se přímo obrací na respondentku – vrchní sestru.

Respondentka uvádí, že za dobu jejího působení v tomto oboru se rozhodně postoj lékařů vůči sestrám změnil a to ve smyslu pozitivním. „Lékaři k nám zaujímají větší důvěru a tím je posílen i více partnerský vztah mezi námi a lékaři.“

Jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných. respondentka uvedla, že nejčastěji slovně a pozorováním.

„Na našem oddělení je snaha *poskytovat nemocným skupinovou péči,* ale z některých důvodů, kterými jsou především vysoká kapacita lůžek s nemocnými a méně sester na směně, než by mělo být, je vykonáván spíše funkční systém péče.“

„Na našem oddělení *se sestry snaží pracovat metodou ošetrovatelského procesu.*“ Respondentka vnímá zavádění ošetrovatelského procesu do praxe za velice složité, obtížné, ale nicméně velice přínosné a komplexní. Nyní studuje navazující magisterské studium - s ošetrovatelským procesem se již podrobně seznámila, má s ním určité zkušenosti a dokáže ho v praxi aplikovat a využít. Ale problém spatřuje u některých svých kolegyně - vrstevnic, které o ošetrovatelském procesu téměř nic nevědí a ani nemají snahu se v tomto směru dále vzdělávat.

Na otázku, jaký postoj zaujímají lékaři na navazující vzdělání respondentka odpověděla takto: „Tentýž negativní postoj zaujímají lékaři i k našemu navazujícímu vzdělání v oboru ošetrovatelství. Z jejich pohledu je to zbytečné, domnívají se, že čtyřleté studium na střední zdravotnické škole je dostačující pro vykonávání ošetrovatelské péče.“ V tomto směru respondentka spatřuje také problémovou oblast. „Z mého pohledu jsem velice ráda, že sestry na našem oddělení se dále vzdělávají v ošetrovatelství. Na každé stanici nejméně dvě sestry studují kombinovanou formu bakalářského nebo magisterského studia. Je zde vidět snaha sester po dalším vzdělání v našem oboru a to mě velice těší.“

Interpersonální vztahy s lékaři hodnotí takto: „Lékaři budou vždy dominantní a nepřijmou ošetřovatelství za rovnoprávný obor s medicínou, ale váží si práce sester.“

„Myslím si, že by bylo dobré, aby si lékaři uvědomili, že ošetřovatelství je stejně důležitý obor jako je medicína a snažili se pochopit nás sestry, že máme zájem dále se vzdělávat a zdokonalovat ošetřovatelskou péči – vždyť našim společným cílem je především spokojený pacient.“

Rozhovor 2

Respondentka č.2 je sestra ve věku 54 let. Po střední zdravotnické škole se během praxe v chirurgických oborech dále vzdělávala v pomaturitním specializačním studiu v Brně. V kombinované formě bakalářského studia dosáhla vysokoškolského kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra.

Respondentka pracuje v chirurgických oborech, v současné době vykonává funkci vrchní sestry. Povolání všeobecné sestry vykonává již 31 let.

Při položení otázky, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla, že na základě respektu a většinou dobře. Jak respondentka uvádí: „Bez vzájemného respektování a slušného jednání, to zkrátka nejde. Snažíme se vycházet společně v podstatě dobře i přes některé obtíže, se kterými se setkáváme, ale to k naší práci neodmyslitelně patří. Každý jsme individuální a na věci máme různé názory. Řekla bych, že naši lékaři důvěřují práci sester.“

Problémy ve spolupráci respondentka sdělila takto: „Lékaři nemají čas řešit problémy, které přímo nesouvisí s momentálním zdravotním stavem pacienta. Vykonají jen to nejnutnější a zbytek ponechávají na sestrách.“

Problémové oblasti ve spolupráci řeší respondentka podle okolností, uvádí, že není žádná „šablona“, podle které by se problémy řešily. Lékaři podle slov respondentky navrhnou: „Aby sestry méně úradovaly a více se věnovaly pacientům.“ Respondentka ze své pozice řeší problémy s konkrétními osobami a popřípadě i s primářem oddělení.

Na otázku, zda se změnil postoj lékařů k sestram za dobu jejího působení v praxi, odpovídá, že nezměnil.

Jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných respondentka uvedla, že nejčastěji slovně. Veškeré údaje pečlivě zapisují do ošetrovatelské dokumentace.

Na tomto oddělení je *snaha poskytovat nemocným prostřednictvím systému skupinové péče*, ale z některých důvodů, kterými jsou především vysoká kapacita lůžek, s nemocnými sestry vzájemně spolupracují.

„Na našem oddělení *se sestry snaží pracovat metodou ošetrovatelského procesu*.“ Respondentka vnímá zavádění ošetrovatelského procesu do praxe za velice obtížné, nicméně velice přínosné a komplexní. Podle názoru respondentky: „Bude ještě dlouho trvat, než se tato metoda plně zaběhne do praxe. I z pohledu sester, ne všechny sestry metodu ošetrovatelského procesu znají a v některých případech jí ani nechtějí poznat. Ale chce to čas a věřím, že se tato metoda v ošetrovatelské praxi osvědčí. *Lékaři spolupracují, až když nastane nějaký problém*.“

Na otázku, *jaký postoj zaujímají lékaři na ošetrovatelský proces* respondentka uvádí, že negativní: „Nechápou, proč tolik administrativy. Do ošetrovatelské dokumentace nemají zájem nahlížet, ale práce sester si cení i z pohledu jejich organizace práce na ošetrovací jednotce.“

Na otázku, *jaký postoj zaujímají lékaři k celoživotnímu vzdělávání*, respondentka odpověděla takto: „Tentýž negativní postoj, považují další vzdělávání sester za zbytečné. Z toho vyplývá, že lékaři nepřijmou ošetrovatelství jako rovnoprávný obor z medicínou.“

Dále *hodnotila respondentka interpersonální vztahy s lékaři* takto: „Je to individuální, každý lékař se chová podle svého přesvědčení, ale stále převládá dominance některých lékařů.“

„*Přála bych si, aby si lékaři plnili veškeré své povinnosti a nespoléhal se na sestry, že to za ně vyřeší*. A samozřejmě i nadále dobrou spoluprací v našem týmu a někdy více vstřícnosti.“

Rozhovor 3

Respondentka č.3 je žena ve věku 46 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a v kombinované formě bakalářského studia dosáhla vysokoškolského kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra. V průběhu praxe se dále specializovala v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně, v oboru

anesteziologicko - resuscitační a intenzivní péče. Po několika letech od ukončení bakalářského studia se rozhodla pro navazující magisterské studium Ošetrovatelství v chirurgických oborech v kombinované formě studia.

Respondentka pracuje v chirurgických oborech, v současné době zastává funkci staniční sestry. Práci všeobecné sestry vykonává již 28 let.

Při položení otázky, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla, že spolupráci s lékaři vnímá pozitivně. „*Pozitiva ve spolupráci s lékaři spatřuji především v jejich důvěře k sestřám. Vzhledem k tomu, že většinu času tráví na operačním sále, sestřám delegují úkoly a očekávají jejich zodpovědnost, pohotovost a důkladnost při plnění jimi zadaných ordinací.*“

„Pro nás sestry je sice pozitivní, že nám lékaři vkládají důvěru a váží si naší samostatnosti, ale na druhé straně spatřujeme *problém ve spolupráci s lékaři v tom smyslu,* že nám lékaři delegují i úkoly, které nejsou plně v naší kompetenci,“ uvádí respondentka. Toto oddělení podle slov respondentky obnáší velkou samostatnost sester, jejich rychlé jednání a rozhodování po dobu, kdy lékaři nejsou přítomni na oddělení, jelikož právě operují. Sestry musí zajistit u pacientů veškeré jim určené ordinace, převazy ran a vše ostatní. Lékaři provedou ranní vizitu, která je poměrně časně ráno, pak následuje hlášení pro lékaře a poté se přesouvají na operační sály, kde operují celé dopoledne.

Respondentka uvádí, že nepociťuje, že by se nějak výrazně *změnil postoj lékařů k sestřám* za dobu jejího působení na tomto oddělení. „Nemám pocit, že lékaři v současné době změnili postoj a sestry uznávají jako rovnocenné partnery. Jsem toho názoru, že lékaři jsou stále dominantní, tudíž o rovnocennosti sester s lékaři se nedá hovořit.“

Jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných respondentka sdělila, že nejčastěji slovně a pozorováním. Veškeré údaje pečlivě zapisují do ošetrovatelské anamnézy, která je součástí ošetrovatelské dokumentace. „Lékaři na našem oddělení do ošetrovatelské dokumentace vůbec nenahlízejí, spoléhají na ústní informace o pacientech.“

„Na našem oddělení je *poskytována skupinová péče nemocným,* ale z některých důvodů, kterými jsou především vysoká kapacita lůžek s nemocnými a méně sester na směně, si sestry vzájemně pomáhají.“

„Sestry na našem oddělení *pracují metodou ošetrovatelského procesu.*“ Problém spatřuje v rozdílných postojích jednotlivých sester, které zaujímají k ošetrovatelskému procesu, nejvíce jsou to však postoje z jejího pohledu negativní.

Další problém spatřuje v *negativním postoji samotných lékařů k ošetrovatelskému procesu a tentýž negativní postoj i k celoživotnímu vzdělávání sester v ošetrovatelství:* „Samozřejmě, že ne každý lékař, ale někteří spíše znevažují studium týkající se ošetrovatelství. Z jejich pohledu je to zbytečné studium, domnívají se, že sestra získá nejvíce zkušeností v praxi.“ V tomto směru respondentka spatřuje problémovou oblast a nejenom v tomto směru, ale i jak uvádí, tak podle jejího názoru lékaři nepřijmou ošetrovatelství jako rovnoprávný obor s medicínou.

„V rámci ošetrovatelského procesu spolupracují lékaři se sestrami až ve *fázi řešení ošetrovatelského problému.* Lékaři na našem oddělení do ošetrovatelské dokumentace nenahlíží. Pokud nastane nějaký problém, dělám svou práci pro ošetrovatelství většinou podle svého nejlepšího vědomí, snažím se poradit si sama,“ uvádí respondentka.

„*Nejčastější interpersonální problém na našem oddělení spatřuji ve vzájemné spolupráci na základě nedostatečné a neúplné komunikace.* Nedokážu zhodnotit, jak toto vnímají lékaři, ale mám pocit, že to vnímáme pouze my sestry, že komunikace v naší vzájemné spolupráci opravdu někdy vážne. Mám pocit, že lékaři to takto nevnímají, tudíž ani *nenavrhují žádný způsob řešení v této oblasti.*“

„*Velice bych si přála, aby v naší spolupráci s lékaři bylo více komunikace, porozumění,* týkající se našeho dalšího vzdělávání a zejména bych si přála, aby si lékaři a sestry hleděli svých kompetencí.“

Rozhovor 4

Respondentka č.4 je sestra ve věku 33 let. Po střední zdravotnické škole absolvovala také vyšší zdravotnickou školu. Nejvyšší dosažené vzdělání získala na vysoké škole v bakalářském studijním programu ošetrovatelství, ve studijním oboru všeobecná sestra.

Respondentka pracuje v chirurgických oborech a zastává funkci staniční sestry. Práci všeobecné sestry vykonává doposud 11 let.

Při položení otázky, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla, že spolupráci s lékaři vnímá průměrně. „*Pozitiva ve spolupráci s lékaři spatřuji*

v získávání nových informací, které se týkají chirurgických výkonů, postupů a péče o chirurgické pacienty. Dalším pozitivem ve spolupráci s lékaři je důvěra v poctivou práci našich lékařů a v určitých oblastech i spolehlivost. A naopak, i lékaři vkládají důvěru nám sestřím. V některých případech nám však lékaři důvěřují natolik, že se spoléhají i na to, že vykonáme za ně některé výkony, které ale bohužel nejsou v našich kompetencích. To je sice lichotivé a příjemné, ale pokud by došlo k nějakým potížím, nejsem si jista, zda by se za nás postavili.“ Jak respondentka podotýká: „Vzhledem k tomu, že většinu času lékaři tráví na operačním sále, tak sestřím nezbyvá nic jiného než plně zajistit chod oddělení.“

Po položení otázky, jaké problémy spatřujete ve spolupráci, respondentka uvedla v podstatě totéž: „Na jedné straně vidím, jak jsem již říkala pozitivum ve spolupráci v tom, že nám lékaři důvěřují, ale na druhé straně spatřuji problém v provádění výkonů, které nejsou v naší sesterské kompetenci, ale které nám lékař naordinuje a odejde na sál operovat.“ Další problémovou oblast ve spolupráci s lékaři spatřuje respondentka také v nedostatku času na řešení problémů v péči o pacienty v rámci oddělení. Respondentka to vnímá jako uspěchanost. „Největší problémovou oblastí je nedostatečná komunikace mezi lékaři a sestrami, plynoucí z nedostatku času. Podle mého názoru lékaři nenavrhují žádné způsoby řešení situace a nechávají to opět na nás - na sestřích. Já se přikláním k větší spolupráci a hlavně efektivnější oboustranné komunikaci.“

Respondentka uvádí, že nepocituje, že by se nějak výrazně změnil postoj lékařů k sestřím za dobu její praxe na tomto oddělení. Nesdílí pocit, že lékaři v současné době změnili postoj a sestry uznávají jako rovnocenné partnery. Sdílí pocit, že lékaři nepřijmou ošetřovatelství za rovnoprávný obor s medicínou, tudíž ani rovnocennost sester s lékaři.

Jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných, respondentka sdělila, že nejčastěji slovně. Údaje zapisují do ošetřovatelské dokumentace, jejíž součástí je i ošetřovatelská anamnéza. „Lékaři na našem oddělení nejeví zájem o ošetřovatelskou dokumentaci, vůbec se do ní nekoukají.“

„Na našem oddělení je poskytována skupinová péče nemocným, ale zejména při ranní směně si kolegyně vzájemně pomáhají. Pouze skupinovou péči nelze úplně zajistit, neboť na oddělení je přibližně třicet pacientů. Směnné sestry jsou v ranní službě převážně ve třech, každá sestra se stará o skupinku přidělených pacientů. Ale ne vždy jsou

pacienti v takovém stavu, aby je byla schopna zvládnout pouze jedna sestra, proto si sestry pomáhají, a tudíž se nedá vyhranit pouze systém skupinové péče.“

Na otázku, zda sestry pracují na oddělení metodou ošetrovatelského procesu, odpovídá: „Ano, snažíme se pracovat touto metodou, ale ne každá sestra tomuto rozumí.“ Respondentka udává, že s ošetrovatelským procesem se již setkala při studiu na vyšší škole a následně na bakalářském studiu ošetrovatelství, dokáže tedy uplatňovat získané zkušenosti v praxi. Dokonce, jak sdělila, tak se na ni obracejí i některé starší kolegyně o radu a pomoc při formulaci ošetrovatelských problémů.

„Lékaři se sestrami nejvíce spolupracují při řešení ošetrovatelských problémů. Jinak celkově k ošetrovatelskému procesu se lékaři staví negativně, vnímají to jako zbytečné papírování a zastávají názor, že by raději měly sestry více času věnovat nemocným, než dokumentaci. Také k celoživotnímu vzdělávání sester zaujímají lékaři spíše negativní postoj. K poskytované ošetrovatelské péči se lékaři staví spíše kladně.“

Na otázku, která měla zhodnotit vzájemné vztahy, sestra odpověděla: Vnímám to tak, že lékaři budou vždy dominantní nad sestrami a ošetrovatelství nepřijmou za rovnoprávný obor s medicínou.“

„Myslím si, že by bylo ideální více spolupracovat a ve vzájemné spolupráci hlavně zlepšit oboustrannou komunikaci.“

Rozhovor 5

Respondentka č.5 je sestra ve věku 36 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. Během praxe zahájila bakalářské studium ošetrovatelství, studijní obor všeobecná sestra. V současné době studuje v kombinované formě navazující magisterské studium ošetrovatelství.

Respondentka pracuje v chirurgických oborech a zastává funkci staniční sestry. Práci všeobecné sestry vykonává celkem 15 let.

Na otázku, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla: „Spolupráci s lékaři vnímám ve většině případů většinou dobře, s některými lékaři se spolupracuje lépe, s některými naopak hůře.“

„Pozitiva ve spolupráci s lékaři spatřuji v jejich důvěře k sestram, dále mám pocit, že se v určitých oblastech zlepšila komunikace, ale opět pouze u některých lékařů. Další pozitivum vnímám také v lepší spolupráci, která pramení z dlouhodobých

pracovních vztahů. Některé lékaře znám již dlouhou dobu a vím, že se na ně mohu spolehnout. Horší spolupráce je pak s mladými lékaři, kteří u nás praktikují. Jsou na oddělení poměrně krátkou dobu, a pokud si tu již zvyknou a my také, tak odcházejí na další oddělení. Pro nás sestry je náročné, zvykat si na stále nové lékaře, jejich zaučování a na jejich individuální přístupy.“

Jaké problémy spatřuje ve spolupráci s lékaři, respondentka sdělila: „Vnímám problém především v nedostatku času, který lékaři věnují nemocným. Další problém spatřuji v zápisu do dekurzu. Konkrétně se jedná o ordinace, které jsou špatně čitelné a v některých případech nesrozumitelné. Někdy mám pocit, že musím hlídat a chodit za lékaři s dokumentací, aby ordinaci zaznamenali. Často ordinují pouze slovně, ale zápis do dekurzu neprovedou.“ Zde to vnímá respondentka jako střet kompetencí, na jedné straně má pacient bolesti, ale pokud mu lékař řádně nenapíše medikaci do dekurzu, není možné, aby sestra tento výkon provedla. „Vzniklou situaci řešíme tím, že usilovně sháníme lékaře, kteří právě operují. Je to obtížné, často se nám stává, že lékaři ordinují po telefonu a v tom spatřuji opět problém.“ Podle odpovědi respondentky většinou lékaři žádné způsoby řešení nenavrhují: „Nechávají to na sestřích.“ Jak již respondentka zmínila, ordinaci samozřejmě splní, ale musejí dohlédnout na lékaře, aby zápis do dokumentace skutečně provedl.

Na otázku, *zda se změnil postoj lékařů na oddělení během jejího působení v praxi*, odpovídá: „Nepociťuji výraznou změnu, ale opět podotýkám, že někteří lékaři se chovají vstřícně, jiní naopak – arogantně a nadřazeně.“

Na otázku, *jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných*. Respondentka sdělila, že nejčastěji slovně, pozorováním a také v některých případech od rodinných příslušníků nebo zákonných zástupců. Veškeré údaje pečlivě zapisují do ošetřovatelské anamnézy, která je součástí ošetřovatelské dokumentace. „*Lékaři na našem oddělení do ošetřovatelské dokumentace nenahlízejí*, sesterská dokumentace je vůbec nezajímá, spoléhají na ústní informace, které jim o pacientech předáváme.“

„Na našem oddělení je *poskytována skupinová péče nemocným*, ale vzhledem k velké kapacitě lůžek na ošetřovací jednotce si sestry vzájemně pomáhají“. Respondentka tedy uvádí oba dva způsoby - jak systém skupinové péče, tak systém týmové spolupráce.

„Na našem oddělení *sestry pracují metodou ošetrovatelského procesu.*“ Ale jak respondentka uvádí, je to podle jejího názoru náročné - zároveň vést řádně ošetrovatelskou dokumentaci a plně se věnovat pacientům a jejich potřebám. Problém spatřuje v nedostatku ošetrovatelského personálu a ve velkém počtu nemocných na ošetrovací jednotce. Sama respondentka vzhledem k bakalářskému studiu ošetrovatelský proces ovládá a předává informace a rady ostatním kolegyním v ošetrovatelském týmu.

Na otázku, *jak se staví lékaři k poskytované ošetrovatelské péči*, respondentka odpověděla: „Mám pocit, že někdy je jim to jedno, hlavně, že není žádný problém, ale v podstatě si naši práce určitě cení. *Lékaři nejvíce spolupracují, až když nastane nějaký ošetrovatelský problém. Lékaře ošetrovatelská dokumentace, ani ošetrovatelský proces nezajímají*, je to prý zbytečné papírování, ani nemají potřebu do ošetrovatelské dokumentace nahlížet, se sestrami vše vyřeší verbálně.“

Na otázku, *jaký postoj zaujímají lékaři k celoživotnímu vzdělávání sester* respondentka odpověděla, že z jejího pohledu to vnímá neutrálně.

Interpersonální vztahy s lékaři na tomto oddělení vnímá tak že: „Lékaři budou vždy dominantní nad sestrami, ošetrovatelství nepřijmou za rovnoprávný obor s medicínou, ale věřím, že naši - sesterské práce si váží.“

„*Přála bych si, aby si lékaři plnili svoji práci, tak jak mají.* Řádně zapisovali ordinace a více času věnovali komunikaci s pacienty i s námi sestrami.“

Rozhovor 6

Respondentka č.6 je sestra ve věku 49 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu. V průběhu praxe se dále specializovala v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně, v oboru anesteziologicko - resuscitační a intenzivní péče. Respondentka plánuje zahájit bakalářské studium - studijní program všeobecná sestra.

Respondentka pracuje v chirurgických oborech a zastává funkci staniční sestry. Práci všeobecné sestry vykonává celkem již 30 let.

„*Spolupráci s lékaři během vykonávající praxe v nemocnici vnímám dobře.* Pokud nastane problém, snažím se, aby byl co nejdříve vyřešen. Spolupráce sestry společně s lékařem musí být založena na důvěře, protože lékaři na našem oddělení ráno vykonají vizitu a potom jdou na sály, kde operují až do odpoledne. Z této situace vyplývá,

že zkušené sestry mají kompetence, které by měl vykonávat lékař. Je to dané tím, že lékaře od operace zavolat na oddělení nemůžeme. Myslím si, že sestry, které pracují na odděleních, kde se neprovádějí operace, ale kde se léčí pouze konzervativní metodou, to mají v tomto směru jednodušší.“

Na otázku, jaká pozitiva vnímá ve spolupráci s lékaři, odpověděla: „Opět použiji slovo důvěra. Jak jsem se již zmínila, sestra, která má službu, musí být především samostatná, hbitá a pohotová při rozhodování v péči o pacienta. Na oddělení je sestra sama a než přijde přivolaný lékař musí zvolit správný postup při záchraně života pacienta.“

Problémové oblasti hodnotila takto: „Jsme u problému, kdy lékař, který není na oddělení a sestra vykoná činnosti určené jemu, tak od této doby přebírá odpovědnost sestra. A kde je hranice našich kompetencí?“

„Pokud k nějakému konfliktu dojde, snažím se, aby byl co nejdříve vyřešen. Do problému nezasahuji pokud vidím, že se sestra s lékařem dohodli. Snažíme se spory vyřešit rozhovorem a získáním informací o daném problému. Pokud problém není vyřešen, potřebuji vrchní sestru, která mi pomůže, ale to v krajním případě. Jaké postupy navrhuji lékaři, nevím, ale myslím si, že jejich snahou je také spor vyřešit co nejrychleji a v rámci oddělení.“

„Nemyslím si, že by se změnil postoj lékařů k sestrám. Dle mého názoru lékař nikdy neuzná sestru jako rovnocenného partnera, z toho vyplývá, že lékaři nepřijmou ošetřovatelství za rovnoprávný obor s medicínou, tudíž ani rovnocennost sester s lékaři. Opačný názor někteří lékaři mají, ale je jich tak malé procento, které je zanedbatelné, aby mohlo dojít ke změně názoru.“

„Anamnézu odebíráme od nemocných slovně, pozorováním, od rodiny nebo známých nemocného. Všechny získané informace zapisujeme do ošetřovatelské dokumentace.“

„Na naší ošetrovací jednotce od letošního roku preferujeme systém skupinové péče, který je založen na principu zvýšené odpovědnosti sestry za určitou skupinu nemocných během směny na ošetrovací jednotce. Zajišťujeme ošetrovatelský proces, který je přínosný a komplexní. U nemocného se tak střídá určitá skupina ošetrovatelského personálu, která je schopna při tomto systému práce nemocného lépe poznat, navázat s ním bližší kontakt, a snadněji tak vyhledávat potřeby nemocného. Problém vidím v rozdílných

postojích jednotlivých sester, které mají k ošetrovatelskému procesu. Nejvíce jsou to sestry, které nemají vystudovanou vysokou školu, což je i můj případ a nikdy neměly možnost se s touto problematikou seznámit. Tím, že jsme ve fázi získávání zkušeností a plnění ošetrovatelských intervencí, snažíme si vzájemně předávat zkušenosti, které by vedly ke spokojenosti našich pacientů.“

„Lékaři se k ošetrovatelskému procesu staví jako ke zbytečné administrativě, často nám pokládají otázky typu, jaký to má vlastně význam a podobně.“

Na otázku, jaký postoj lékaři zaujímají k ošetrovatelské péči, sestra odpovídá: „Myslím si, že vážných výhrad vůči práci sester nemají a doufám, že ji vnímají pozitivně.“ V rámci ošetrovatelského procesu *spolupracují lékaři se sestrami až ve fázi řešení ošetrovatelského problému* podle odpovědi respondentky.

Na otázku typu celoživotní vzdělávání sester respondentka uvádí: „Lékaři naše další vzdělávání ve většině případů neuznávají, myslí si, že nám stačí pouze střední škola a praxe.“

„Interpersonální vztahy mezi lékaři a sestrami vnímám tak, že lékař bude vždy dominantní nad sestrou, nepřijme ošetrovatelství jako rovnoprávný obor s medicínou, přesto, že sestra bude mít vystudovanou vysokou školu - jak bakalářské tak i magisterské studium.“

Na otázku, co by bylo ideální změnit ve spolupráci s lékaři, respondentka uvedla: „Jak již bylo řečeno důležitá je komunikace mezi sestrou a lékařem, která vede ke spokojenosti pacientů. Sestry by určitě potěšilo, kdyby lékař více uznával jejich další vzdělávání na vysokých školách. V současné době, pokud k nám přijde mladá sestra po škole, tak většinou je to již bakalářka. Má více teoretických znalostí i praktických dovedností o ošetrovatelském procesu než sestra, která má pouze vystudovanou střední školu, v současné době se jedná o obor zdravotnický asistent.“

Rozhovor 7

Respondentka č.7 je žena ve věku 47 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, poté se dále specializovala v rámci PSS (pomaturitního a specializačního studia). Dále studovala v kombinované formě vyšší zdravotnickou školu. Po několika letech se rozhodla pro vysokoškolské studium - bakalářský studijní obor všeobecná sestra a nyní pokračuje opět v kombinované formě v magisterském studiu.

Povolání všeobecné sestry vykonává celkem 28 let. V současné době pracuje v interních oborech a zastává funkci vrchní sestry.

Při položení otázky, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla: „Spolupráci s lékaři vnímám celkem dobře. Občas je spolupráce obtížná, ale v převážné většině se s lékaři na tomto oddělení spolupracuje dobře.“

„Pozitiva ve spolupráci s lékaři spatřuji v jejich vzájemné důvěře. Pokud panuje mezi lékaři a sestrami důvěra, velice se to odráží v příjemné spolupráci při péči o pacienta, pro pacienta to přináší větší efektivnost a rychlejší řešení jeho potíží.“

„Problémy ve spolupráci s lékaři spatřuji v některých bezmyšlenkových ordinacích lékařů. Jedná se především o ordinaci léků, kterých je v některých případech mnoho. Starší pacienti těžko polykají a často mívají i nauzeu a zvracení. Tyto ordinace jsou samozřejmě sestrami splněny, i když jsou pro pacienta, podle našeho mínění bez efektu.“

Na otázku jakým způsobem vzniklou situaci řešíte, respondentka odpověděla: „Snažíme se o vzájemnou kooperaci, spolupráci a nalezení vhodné možnosti řešení. K řešení problémových situacích ze své pozice vrchní sestry potřebuji své podřízené, ale i nadřízené, vždy je naším společným snažením problém co nejrychleji vyřešit.“

Na otázku, zda se změnil postoj lékařů k sestram za dobu jejího působení v tomto oboru, sestra odpovídá, že nezměnil.

„Na našem oddělení sestry odebírají anamnézu slovně, pozorováním a od rodinných příslušníků nebo příbuzných. Veškeré informace pečlivě zapisují do ošetřovatelské dokumentace, která je nezbytnou součástí ošetřovatelského procesu.“

„Nemocným na našem oddělení je poskytován systém týmové spolupráce.“ Respondentka uvádí, že snahu o systém skupinové péče by jistě měly, ale není tolik sester na směně, aby mohla každá sestra pečovat o skupinu svých nemocných.

„Sestry na našem oddělení pracují metodou ošetřovatelského procesu.“ Ale jak respondentka uvádí, je to podle jejího názoru náročné, zároveň vést řádně ošetřovatelskou dokumentaci a plně se věnovat pacientům a jejich potřebám. Snaží se předávat zkušenosti z bakalářského studia svým kolegyním. Problém také spatřuje v nedostatku ošetřovatelského personálu a ve velkém počtu nemocných na ošetřovací jednotce. Respondentka poznamenává: „Pacient a jeho ošetřování je prioritou, pak se teprve vše zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace.“ Na otázku, jak se staví lékaři

k poskytované ošetrovatelské péči, respondentka odpověděla: „Je pro ně důležitá a sledují ji společně se sestrami.“

Podle respondentky prý lékaři nejvíce *spolupracují při řešení ošetrovatelských problémů a někdy i při sběru anamnézy*. „Do ošetrovatelské dokumentace nahlíží, ale pouze jen malá část lékařů. Jsou to většinou ti, kteří i uznávají ošetrovatelství a studium sester v ošetrovatelství. Chápou, že studium je v současné době nutností. Ale největší důraz kladou především na osobnost sestry či zdravotnického asistenta. *Ošetrovatelské péče si jistě váží.*“

Interpersonální vztahy s lékaři na tomto oddělení vnímá takto: „Lékaři nesou odpovědnost za léčbu, jejíž součástí je i ošetrovatelská péče, bez které to nejde. Někdy je důležitější než ordinace léků a vyšetření, proto je nutné pracovat v dobré atmosféře, v dobře fungujícím a tolerujícím se týmu.“

„Ve vzájemné spolupráci bych si přála, abychom si dokázali ještě více vzájemně naslouchat a respektovat se navzájem.“

Rozhovor 8

Respondentka č.8 je žena ve věku 47 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, poté se dále specializovala v rámci PSS (pomaturitního a specializačního studia). Dále studovala v rámci PSS i ARIP (anesteziologicko – resuscitační péči). Po několika letech vystudovala vysokoškolské bakalářské studium - studijní obor všeobecná sestra.

Povolání všeobecné sestry vykonává celkem 28 let. V současné době pracuje v interních oborech a zastává funkci vrchní sestry.

Jak vnímá spolupráci s lékaři na oddělení, respondentka uvádí: „Někdy je to obtížné, ale celkem je spolupráce dobrá. Někdy ke konfliktu mezi sestrami a lékaři dochází, ale většinou to bývá výjimečné. Pokud se tento problém vyskytl, vždy byla a je snaha o co nejrychlejší nápravu. Sama si neumím představit, že bych měla spolupracovat s lékařem, který se mnou nepromluví nebo bude svoje požadavky přenášet na jinou sestru. Určitě by nastal během krátké doby mezi mnou a dotyčnou sestrou problém.“

„Pozitiva ve spolupráci s lékaři vidím především v důvěře a dobré spolupráci, která plyne z dlouhodobých pracovních vztahů.“

„Problémy spatřuji v některých bezmyšlenkových ordinacích, zejména se jedná o velice časté a opakované krevní odběry i několikrát za den u konkrétního pacienta.

Další problém spatřuji v provádění ošetrovatelské péče, která je v kompetencích sester, ale ordinovat ji musí lékař. V tomto směru je těžké oponovat lékařům, který je naším nadřízeným, ale snažíme se s nimi nutnosti jednotlivých ordinací prokonzultovat, zvláště jedná-li se o pacienty starších ročníků. Záleží na přístupu jednotlivých lékařů, s některými se domluvíme, s některými je komunikace obtížnější.“

Tato respondentka hodnotí změnu postoje lékařů takto: „Ano, změnil se postoj ve smyslu nesamostatnosti lékařů, někdy i nezájmu a hlavně chybí kolegiálnost, která byla dříve.“

„Na našem oddělení získáváme anamnézu od nemocných slovně a pozorováním. Veškeré údaje zapisujeme do ošetrovatelské anamnézy, která je součástí ošetrovatelské dokumentace. Lékaře na našem oddělení ošetrovatelská dokumentace nezajímá, ale respektují ji. Spíše spoléhají na ústní informace o pacientech.“

K otázce, jakým způsobem poskytujete péči nemocným, respondentka uvádí: „Během denní služby poskytujeme skupinovou péči u pacientů, která je zajištěna třemi až čtyřmi sestrami a staniční sestrou. Máme rozděleny pokoje podle počtu směnných sester a tam vykonáváme veškeré výkony, které jsou naordinovány u pacienta. Noční službu zde vykonávají pouze dvě sestry, které přebírají zodpovědnost za celé oddělení. Vytvoří se jim dvě velké skupiny pacientů, za které zodpovídají, ale vzájemně si samozřejmě pomáhají.“

„Sestry na našem oddělení pracují metodou ošetrovatelského procesu. Problém spatřuji v názorech starších sester, které ošetrovatelský problém nerady přijímají, myslí si, že je to zbytečné papírování, stejně jako názor některých našich lékařů. Já osobně tento názor nesdílím, protože na vysoké škole jsem byla s touto metodou seznámena a vidím tento systém pro praxi přínosný, ale bude to ještě delší dobu trvat. Lékaři k naší ošetrovatelské péči nemají výhrad. Pokud by nastal problém, ihned je informována staniční sestra, která v rámci svých kompetencí hledá nápravu.“

„Lékař se sestrou spolupracuje při řešení ošetrovatelského problému. Anamnézu si získává sám, stanovení a plánování ošetrovatelské péče nechává na sestřích.“

Další z otázek se týkala postoje lékařů na celoživotní vzdělávání sester v oboru ošetrovatelství: „Lékaři další vzdělávání sester nepovažují za důležité. Jsou spokojeni, když má sestra dlouholetou praxi a dobře vykonává svoji sesterskou profesi.“

Respondentka hodnotí interpersonální vztahy takto: „Lékaři budou vždy dominantní nad sestrami.“

Z pohledu respondentky by bylo ideální změnit ve spolupráci s lékaři následující: „Na tuto otázku bych odpověděla, že je to v lidech, v jejich přístupu k práci, v jejich zájmu o práci a hlavně, aby lékaři více pozornosti věnovali sestram a jejich vyjádření.“

Rozhovor 9

***Respondentka č.9** je žena ve věku 42 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a v kombinované formě bakalářského studia dosáhla vysokoškolského kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra. V průběhu praxe se dále specializovala v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně, obor anesteziologicko - resuscitační a intenzivní péče. Po několika letech od ukončení bakalářského studia zahájila navazující magisterské studium Ošetrovatelství v interních oborech v kombinované formě studia.*

Povolání všeobecné sestry vykonává celkem 21 let. V současné době pracuje v interních oborech a zastává funkci staniční sestry.

Na otázku, jak vnímá spolupráci s lékaři na tomto oddělení odpověděla: „Je to velmi individuální, s některými lékaři je spolupráce velmi dobrá, respektují sestry, jejich znalosti i názory, a naopak, někdy je to boj. Spolupráci s lékaři vnímám především na základě vzájemného respektu, který je předpokladem úspěšné spolupráce.“

Při položení otázky, jaká pozitiva vnímá ve spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla: „Někteří lékaři si váží práce sester a dokáží ji ocenit.“

„Problémy ve spolupráci spatřuji v aroganci některých lékařů, v jejich záporném chování k sestram, v jejich neznalosti, nerozhodnosti a neschopnosti, kterou zakrývají povýšeným chováním, které hraničí s ponižováním sester i žen.“ Blíže problém specifikuje takto: „Bohužel je to téměř veškerá odbornější a odborná péče o pacienta, konkrétně zavádění sondy počínaje a nově nabytou kompetencí cévkování muže sestrou s PSS (pomaturitní specializační studium), někteří lékaři nedokážou přijmout, že se sestra v dnešní době vzdělává a usiluje o posílení svých kompetencí.“

Jakým způsobem vzniklou situaci řeší, respondentka odpověděla: „Jak s kým, tam, kde není s lékaři problém v komunikaci, se lze bez problémů domluvit. Někteří se rádi také zapojí i do spolupráce se sestrou, dokážou poradit, diskutovat,

s některými je ovšem domluva problematická. Ale po čase se třeba postupně domluvíme a s těmi, co se nelze domluvit, neuznají, že sestra je schopná pracovat samostatně, nemá cenu diskutovat, ale lepší je jim ustoupit a pak si udělat věci po svém.“

Na otázku co a koho potřebujete k řešení problémových situací a jaké způsoby řešení situace navrhují sami lékaři, respondentka sdělila: „Záleží na problému, něco se vyřeší v mé přítomnosti, z pozice staniční sestry, dotyčné sestry a lékaře, někdy je třeba vrchní, někdy primář, ale to pouze ve výjimečných případech. Snažíme se problémovou situaci vyřešit a v klidu vyjasnit v rámci kolektivu našeho oddělení.“

Respondentka uvádí, že *postoj lékařů na oddělení za dobu jejího působení* v tomto oboru se rozhodně změnil s nárůstem sebevědomí, s vyššími znalostmi a kompetencemi sester. Ale podotýká, že takto to vnímají opět ne všichni lékaři.

Jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných respondentka uvedla, že nejčastěji slovně a pozorováním. Veškeré údaje pečlivě zapisují do ošetrovatelské anamnézy, která je součástí ošetrovatelské dokumentace. „Lékaři na našem oddělení *do ošetrovatelské dokumentace vůbec nenahlížíjí*, spoléhají na ústní informace o pacientech.“

„Na našem oddělení sestry odebírají anamnézu slovně, pozorováním a veškeré informace pečlivě zapisují do ošetrovatelské dokumentace, která je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu.“ Nemocným na tomto oddělení je poskytována skupinová péče. Sestry zde pečují o dva až tři pacienty, takže se dokáží plně věnovat uspokojování potřeb nemocných a realizovat jednotlivé ošetrovatelské činnosti metodou ošetrovatelského procesu. *Lékaři na tomto oddělení se staví k ošetrovatelskému procesu* podle slov respondentky takto: „Jako k velkému nesmyslu, co zbytečně odtrhuje pozornost sester od věnování pozornosti lékařům, to znamená, že ošetrovatelská dokumentace je vůbec nezajímá. Práce sester, se domnívám, si váží a oceňují naši samostatnost, ale opět jen někteří.“ Respondentka uvádí, že lékaři se sestrami nespolupracují v jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu, ale uvedla, že spolupracují při jiných příležitostech a činnostech.“

Na otázku, jaký postoj zaujímají lékaři na tomto oddělení na celoživotní vzdělávání sester v oboru ošetrovatelství, respondentka odpověděla: „Vzdělávání jako takové jim asi nevádí, zejména semináře a podobné aktivity, ale na vysokoškolské studium mají převážně názor negativní, protože sestra ho nepotřebuje, je pak příliš samostatná

a už se nechce slepě podřizovat příkazům lékaře. Stále zažitou představu, že sestra je podřízená lékaři nelze vymýtit.“

Co se týká otázky hodnocení interpersonálních vztahů, tak respondentka zastává názor, že lékaři nepřijmou ošetřovatelství jako rovnoprávný obor z medicínou.

Takto respondentka reagovala na otázku, *co by bylo ideální změnit ve spolupráci sester a lékařů takto:* „Myšlení asi těžko změníme, jejich sebestřednost taky. Bohužel už mladí lékaři po škole přichází s chováním, které nemají někteří lékaři po třiceti letech praxe, neumí se chovat k sestřám a bohužel ani k pacientům. Mají pocit, že oni jsou lékaři a kdo je víc. Sebevědomí jim jistě nechybí. Asi už ve škole by je měl někdo směřovat ve výuce komunikace, tak jak je tomu při studiu ošetřovatelství.“

Rozhovor 10

Respondentka č.10 je žena ve věku 53 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a v průběhu praxe dále absolvovala PSS (pomaturitní specializační studium) v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně.

Respondentka vykonává povolání všeobecné sestry již 34 let. Pracuje v interních oborech, nyní ve funkci staniční sestry.

Při položení otázky, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla: „Spolupráci s lékaři vnímám dobře a pozitivně. Občas by bylo třeba více vstřícnosti.“

„Pozitiva ve spolupráci s lékaři spatřuji v jejich důvěře k sestřám. Za poslední dobu mám pocit, že se zlepšila i do určité míry komunikace a také možnost otevřeně řešit vzniklé problémy.“

Jaké problémy spatřuje ve spolupráci s lékaři uvedla: „V některých případech malá spolupráce, komunikace u některých jedinců a některé ordinace, kterých je v některých případech zbytečně mnoho, zejména neustále ordinované krevní odběry i několikrát denně. Problémy řeší vzájemným hledáním společného řešení, diskutují nad problémem.“

Na otázku, zda se změnil postoj lékařů na oddělení během jejího působení, odpovídá: „Někteří lékaři více se sestrami diskutují o ošetřovatelské péči.“

Jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných, respondentka uvedla, že nejčastěji slovně a pozorováním. Veškeré údaje pečlivě zapisují do ošetřovatelské anamnézy, která je součástí ošetřovatelské dokumentace.

„Na našem oddělení je *poskytován nemocným systém týmové spolupráce*, vzhledem k velké kapacitě lůžek si sestry vzájemně pomáhají.“

„*Na našem oddělení sestry pracují metodou ošetřovatelského procesu*“. Respondentka uvádí, že je to pro ni zcela nové - vedení ošetřovatelské dokumentace, ošetřovatelské diagnózy a celkově ošetřovatelský proces, ale má snahu se novým postupům naučit a také zavádění ošetřovatelského procesu do praxe respektuje. Tato respondentka, i přes její dlouhou dobu působení v tomto oboru, je stále otevřena a ochotna se učit novým metodám, postupům a všemu, co s rozvojem ošetřovatelství souvisí.

Na otázku, jak se staví lékaři k poskytované ošetřovatelské péči, respondentka odpověděla: „Podle mého názoru velice kladně. Určitě si naší péče o nemocné váží a věřím, že i v některých situacích obdivují naši trpělivost a obětavost v naší často nelehké práci.“

Lékaři se sestrami nejvíce spolupracují, když nastane nějaký ošetřovatelský problém. „Lékaři na našem oddělení do ošetřovatelské dokumentace nahlízejí, pokud potřebují konkrétní informace o ošetřování nemocných. Naši lékaři kladou velký důraz na ošetřovatelskou péči a úzce se sestrami spolupracují a naopak. I sestry s lékaři v některých případech konzultují ošetřovatelskou péči.“

Na otázku, jaký postoj zaujímají lékaři k celoživotnímu vzdělávání sester, odpověděla, že nedokáže posoudit. Vzhledem k jejímu věku udává, že dále vzdělávat by se zřejmě již nešla, ale ráda navštěvuje různé semináře a konference. Respondentka uvádí: „Studovat se má, když je člověk mlád, ale dnešní doba to po sestřích požaduje, a tak by se tomu neměly rozhodně bránit.“

Tato respondentka udává: „*Myslím si, že lékaři v současné době vnímají sestry jako rovnocenné partnery a týmové spolupracovnice. Určitě si váží naší práce.*“

„*Přála bych si, aby si nově nastupující lékaři vytvořili pozitivní a vstřícný vztah k sestrami*, takový jaký mají zkušení lékaři, a aby si mladí lékaři nechali občas poradit i od nás, v některých případech zkušenějších sester v oblasti ošetřovatelské péče o nemocné.“

Rozhovor 11

Respondentka č.11 je žena ve věku 52 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a v průběhu praxe dále absolvovala PSS (pomaturitní specializační studium) v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně. Dále vystudovala vyšší zdravotnickou školu v kombinované formě studia. Během praxe dále vystudovala vysokoškolské bakalářské studium - studijní obor všeobecná sestra.

Respondentka vykonává povolání všeobecné sestry již 33 let. V současné době pracuje v interních oborech a zastává funkci staniční sestry.

Při položení otázky, jak vnímá spolupráci s lékaři na jejím oddělení, odpověděla: „Spolupráci s lékaři vnímám celkem dobře.“

„Pozitiva ve spolupráci s lékaři spatřuji ve zlepšení komunikace u většiny z nich. Dalším pozitivem je možnost otevřeně řešit s lékaři vzniklé problémy, které souvisejí s ošetrovatelskou péčí.“

Jaké problémy spatřuje ve spolupráci s lékaři, sdělila toto: „V některých případech malá spolupráce, nedostatečná komunikace u některých lékařů, zejména mladých lékařů, kteří praktikují na našem oddělení a mnohdy neberou ohledy na názory jiných. Dále některé ordinace, kterých je v některých případech zbytečně mnoho, zejména neustále ordinované krevní odběry i několikrát za den. Vzniklou situaci se snažíme vyřešit vzájemným rozhovorem. Někdy je zapotřebí více času na přesvědčování mladších lékařů.“

Na otázku, zda se změnil postoj lékařů na oddělení během jejího působení, odpovídá: „Někteří lékaři více se sestrami diskutují o ošetrovatelské péči. Například konzultují se sestrami hojení ran, výživu nemocných a podobně.“

Jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu od nemocných. Respondentka sdělila, že nejčastěji slovně a pozorováním. Vzhledem ke stáří pacientů a v některých obtížnějších situacích, kdy od nemocných nezískají potřebné informace, konzultují vše s rodinnými příslušníky. Veškeré údaje pečlivě zapisují do ošetrovatelské anamnézy, která je součástí ošetrovatelské dokumentace. „Lékaři na našem oddělení do ošetrovatelské dokumentace většinou nenahlízejí, ale respektují, že pro sestry je přínosná.“

„Na našem oddělení je poskytována péče nemocným systémem skupinové péče, ale vzhledem k velké kapacitě lůžek na oddělení si sestry vzájemně pomáhají.“

„Na našem oddělení *se sestry snaží pracovat metodou ošetrovatelského procesu*. Je to náročné, vzhledem k neznalosti některých sester, ať již jsou to starší sestry, nebo absolventky zdravotnického asistenta. Sama respondentka ošetrovatelský proces uznává, snaží se sestry na svém oddělení touto metodou vést.“

Na otázku, jak se staví lékaři k poskytované ošetrovatelské péči, sestra odpověděla: „Podle mého názoru celkem pozitivně.“ Podle respondentky lékaři nejvíce se sestrami spolupracují při plánování ošetrovatelské péče a dále při řešení ošetrovatelských problémů.

Na otázku, jaký postoj zaujímají lékaři k celoživotnímu vzdělávání sester, odpověděla: „Lékaři se o vzdělávání sester moc nezajímají. Dále podotýká, že hlavně mladí lékaři nejeví zájem v podstatě vůbec.“

Tato respondentka udává: „Lékaři v současné době vnímají sestry jako rovnocenné partnery a váží si jejich práce. To se týká především našich služebně starších lékařů, se kterými se známe dlouho a oni znají nás a můžeme se jeden na druhého spolehnout. Opakem jsou však mladí lékaři, jejichž chování je někdy nepochopitelné, ale opět ne všichni jsou stejní. Najdou se mezi nimi i snaživí a slušní lékaři.“

„Přála bych si, abychom si ještě více důvěřovali, oboustranně se chápali a aby lékaři dokázali vyslechnout i opačný názor - názor nás sester.“

Rozhovor 12

Respondentka č.12 je žena ve věku 57 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, poté se dále specializovala v rámci PSS (pomaturitního a specializačního studia) v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně.

Povolání všeobecné sestry vykonává celkem 37 let. V současné době pracuje v interních oborech a zastává funkci staniční sestry.

Spolupráci s lékaři během vykonávající praxe v nemocnici vnímá takto: „Z mého pohledu bych spolupráci s lékaři ohodnotila známkou výborně, respektujeme se navzájem, důvěřujeme si, doplňujeme se, diskutujeme rovnocenně o problémech.“

Na otázku, jaká pozitiva vnímá ve spolupráci s lékaři, odpověděla: „Lékaři se nám snaží pomoci v organizaci jednotlivých výkonů u nemocných, například časově, přizpůsobí se sestram, berou v úvahu nízký počet registrovaných sester na oddělení.“

„Na druhé straně spatřuji problém ve spolupráci s lékaři v nepravidelně prováděné vizitě z časového hlediska. Vizita pak zasahuje do oblasti oběda pacientů. Dalším problémem ve spolupráci s lékaři je stálý boj o počítač, jelikož administrativy je stále více i pro nás sestry. Dále nás obtěžuje neustálé přepojování telefonátů a shánění lékařů po celém oddělení, nebo dokonce po celé budově.“

„Pokud k nějakému konfliktu na oddělení dojde, snažím se, aby byl co nejdříve vyřešen. Do problému nezasahuji, pokud vidím, že se setra s lékařem dohodli. Na druhé straně si lékaři na našem oddělení stěžují na mladé začínající zdravotnické asistentky, že neznají některé výkony, často zapomínají anebo jsou nepřiměřeně suverénní. Snažíme se spory vyřešit rozhovorem, kompromisem, domluvou, častější kontrolou, získáním informací o daném problému. Pokud problém není vyřešen, potřebuji vrchní sestru, eventuálně primáře oddělení, kteří pomohou problému vyřešit, ale to pouze v krajním případě. Naši lékaři se přiklání také k rozhovoru a diskuzi, vždy je oboustranná snaha o vyřešení problémů.“

Respondentka udává změnu postoje lékařů ve smyslu pozitivním. Tvrdí, že lékaři uznávají fyzicky i psychicky náročnou práci nejen sester, ale i ošetřovatelek, sanitárek či sanitářů. „Při problému se nás lékaři i zastanou. Dokážou ocenit dobře provedenou ošetřovatelskou péči.“

„Anamnézu odebíráme od nemocných slovně, pozorováním, nebo od rodinných příslušníků. Všechny získané informace zapisujeme do ošetřovatelské dokumentace.“

„Na naší ošetrovací jednotce pacientům poskytujeme systém týmové spolupráce, vzhledem k velké kapacitě lůžkového oddělení.“

„Na našem oddělení se snažíme pracovat metodou ošetrovatelského procesu. Pro mě osobně je to metoda zcela nová, ale jsem ochotná se učit novým věcem, a tak je tomu i s ošetrovatelským procesem. Lékaři na našem oddělení akceptují ošetrovatelský proces i ošetrovatelské diagnózy. Nemají k tomu žádný komentář, prostě to respektují. Vnímají to jako součást ošetrovatelské péče. V některých případech i do ošetrovatelské dokumentace nahlíží. Nejvíce s námi spolupracují při stanovení ošetrovatelského problému a při řešení ošetrovatelských problémů.“

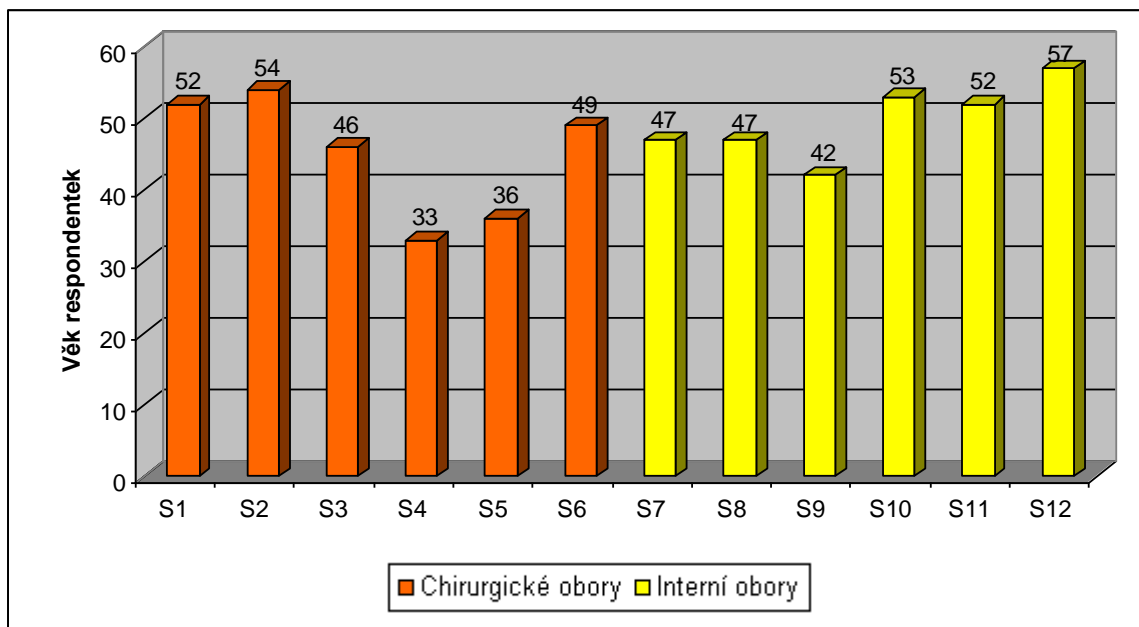
„K celoživotnímu vzdělávání sester lékaři nemají žádné připomínky, nebo je jim to jedno.“

Tato respondentka hodnotí interpersonální vztahy takto: „Lékaři v současné době vnímají sestry jako rovnocenné partnery a váží si jejich péče o nemocné.“

„Ve spolupráci s lékaři bych změnila časový rozvrh vizit, administrativu, která přísluší lékařům a ne sestřím a ošetrovatelskou péči o nemocné nechat plně na organizaci sester. Jinak nemám žádných dalších připomínek, ani námitek.“

4.2 Základní grafy a tabulky

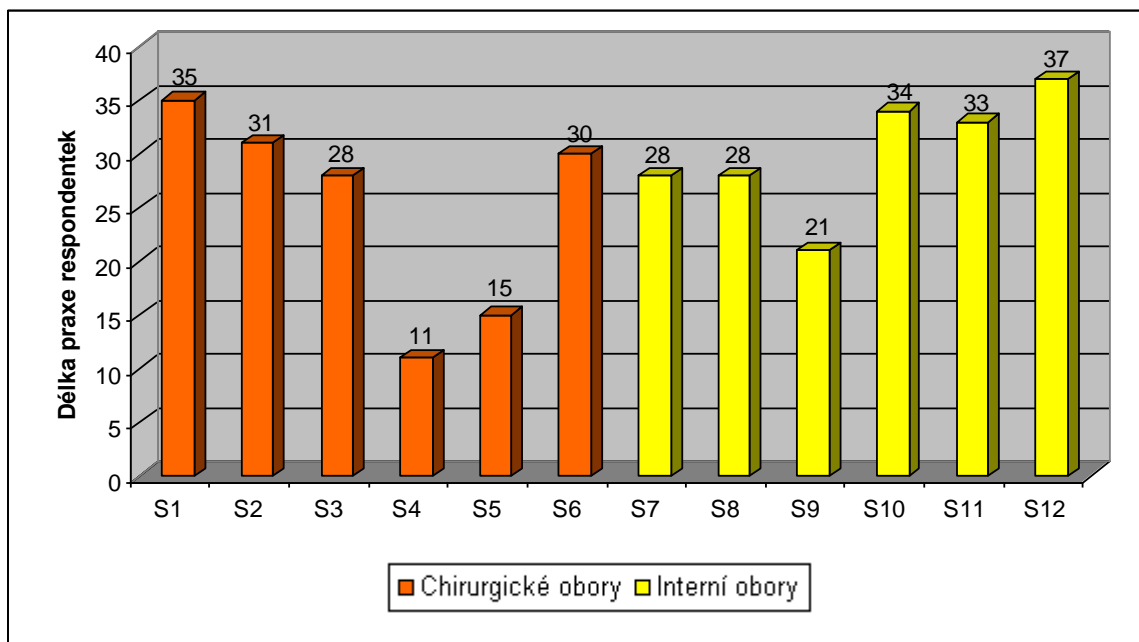
Graf 1 - Věk respondentek



Graf 1 znázorňuje věk respondentek.

Respondentky byly sestry z chirurgických oborů ve věku 52 let (S1), 54 let (S2), 46 let (S3), 33 let (S4), 36 let (S5), 49 let (S6) a sestry z interních oborů ve věku 47 let (S7), 47 let (S8), 42 let (S9), 53 let (S10), 52 let (S11), 57 let (S12). Průměrný věk respondentek je 47 let.

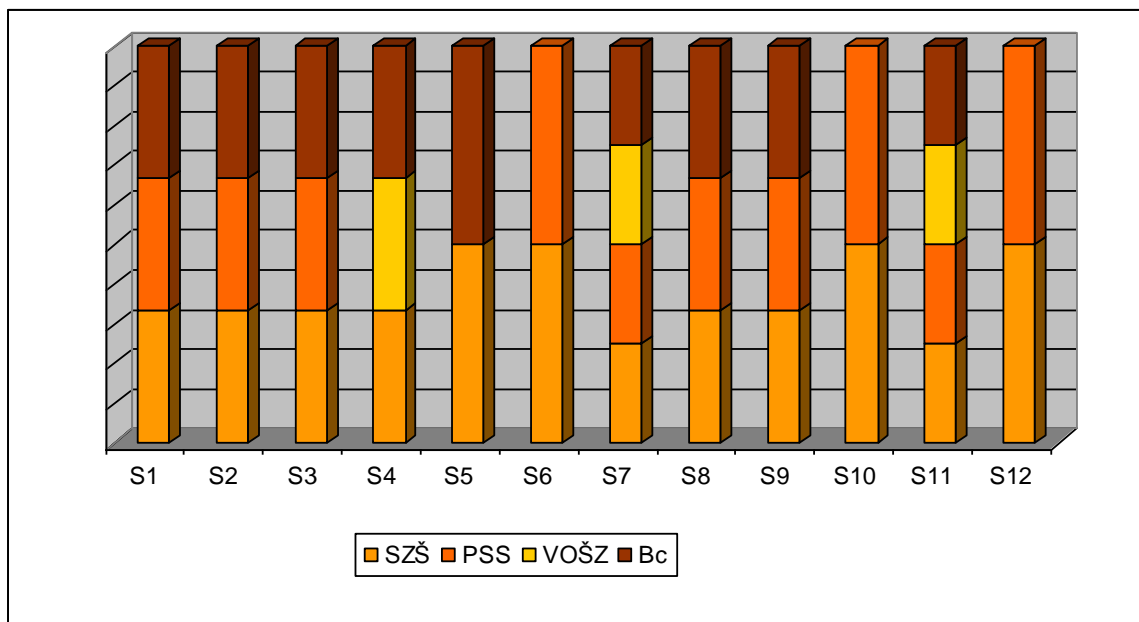
Graf 2 - Délka praxe respondentek



Graf 2 znázorňuje délku praxe respondentek.

Z chirurgických oborů je délka praxe 35 let (S1), 31 let (S2), 28 let (S3), 11 let (S4), 15 let (S5), 30 let (S6) a z interních oborů je délka praxe 28 let (S7), 28 let (S8), 21 let (S9), 34 let (S10), 33 let (S11), 37 let (S12). Průměrná délka praxe respondentek je 28 let.

Graf 3 - Dosažené vzdělání respondentek



Graf 3 popisuje dosažené vzdělání respondentek.

Rozšiřující tabulka ke grafu 3:

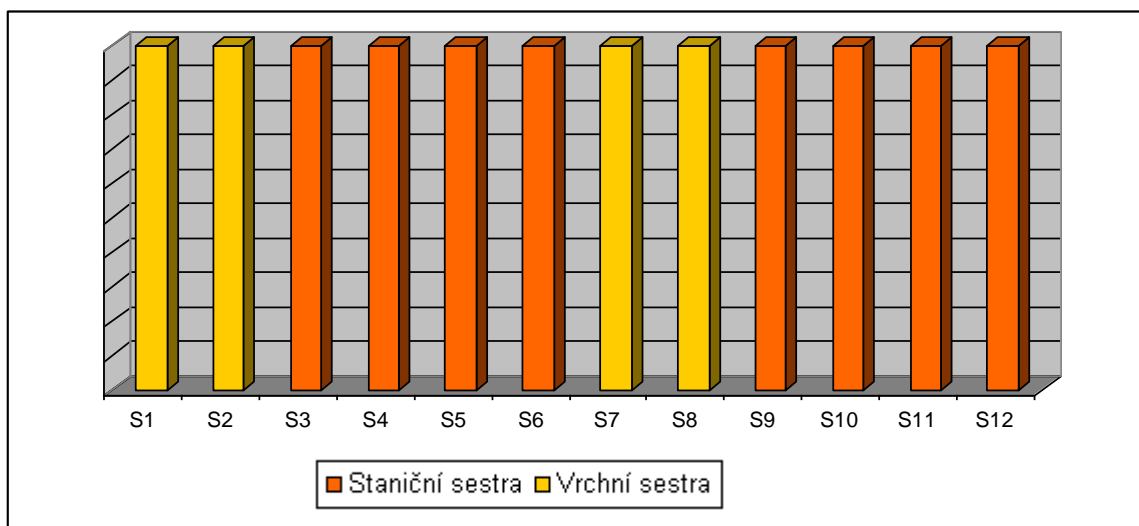
OBORY	CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
S = sestra respondentka	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Bc - Vysokoškolské bakalářské studium	1	1	1	1	1		1	1	1		1	
VOŠZ - Vyšší odborná škola zdravotnická				1			1				1	
PSS - Pomaturitní specializační studium	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1
SZŠ - Střední zdravotnická škola	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Graf 3 s rozšiřující tabulkou znázorňuje dosažené vzdělání respondentek v chirurgických a interních oborech.

Z chirurgických oborů je nejvyšším dosaženým vzděláním sester *vysokoškolské bakalářské studium* zastoupené 5x (S1, S2, S3, S4, S5), *vyšší odborná škola zdravotnická* 1x (S4), *pomaturitní specializační studium* 5x (S1, S2, S3, S4, S5) a *střední zdravotnická škola* u všech oslovených respondentek 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6).

Z interních oborů je nejvyšším dosaženým vzděláním sester *vysokoškolské bakalářské studium* zastoupené 4x (S7, S8, S9, S11), *vyšší odborná škola zdravotnická* 2x (S7, S11), *pomaturitní specializační studium* 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6) a *střední zdravotnická škola* u všech oslovených respondentek také 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6).

Graf 4 - Profesní zařazení respondentek



Graf 4 popisuje profesní zařazení respondentek.

Rozšiřující tabulka ke grafu 4:

OBORY	CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Vrchní sestry	1	1					1	1				
Staniční sestry			1	1	1	1			1	1	1	1

Graf 4 s rozšiřující tabulkou znázorňuje profesní zařazení respondentek v chirurgických a interních oborech.

Z chirurgických oborů jsou oslovenými respondentkami dvě vrchní sestry (S1), (S2) a čtyři staniční sestry (S3), (S4), (S5), (S6).

Z interních oborů jsou oslovenými respondentkami dvě vrchní sestry (S7), (S8) a čtyři staniční sestry (S9, (S10 (S11 (S12). Z celkového počtu respondentek jsou zastoupeny 4 vrchní sestry a 4 staniční sestry.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 1 - Vnímání spolupráce s lékaři na oddělení z pohledu respondentek

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Dobrá</i>	5	1					1	1		1	1		
<i>S občasnými neshodami</i>	1	1											
<i>Celkem dobrá</i>	4		1			1			1			1	
<i>Pozitivní</i>	2			1							1		
<i>Průměrná</i>	1				1								
<i>Na základě respektu</i>	2		1							1			
<i>Jak s kterým lékařem</i>	1					1							
<i>Velmi individuální</i>	1									1			
<i>Obtížná</i>	1									1			
<i>Výborná</i>	1												1
Celkový výskyt	19	2	2	1	1	2	1	1	1	4	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jak vnímáte spolupráci s lékaři na oddělení z Vašeho pohledu?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *dobrá*, uvedena 2x (S1, S6), odpověď *celkem dobrá* se vyskytla 2x (S2, S5). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *s občasnými neshodami* (S1), *pozitivní* (S3), *průměrná* (S4), *na základě respektu* (S2), *jak s kterým lékařem* (S5), a to 1krát.

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *dobrá*, uvedena 3x (S7, S9, S10), odpověď *celkem dobrá* se vyskytla 2x (S8, S11). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *pozitivní* (S10), *na základě respektu* (S9), *velmi individuální* (S9), *obtížná* (S9), *výborná* (S12), a to 1krát.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 19.

Tabulka 2 - Vnímání pozitiv ve spolupráci s lékaři na oddělení z pohledu respondentek

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Vzájemná důvěra</i>	10	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1
<i>Vzájemný respekt</i>	2		1	1									
<i>Zlepšení komunikace</i>	2					1					1		
<i>Ocenění samostatnosti sester</i>	3			1			1			1			
<i>Váží si sester</i>	1									1			
<i>Ocenění zodpovědnosti</i>	1			1									
<i>Otevřené řešení problémů</i>	1											1	
<i>Získání nových informací od lékařů</i>	1				1								
<i>Společná konzultace problémů</i>	1												1
<i>Dlouhodobá spolupráce</i>	2					1			1				
<i>Ochota pomoci od lékařů</i>	1												1
Celkový výskyt	25	1	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jaká pozitiva vidíte ve spolupráci s lékaři na Vašem oddělení?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *vzájemná důvěra*, uvedena 5x (S1, S2, S4, S5, S6), odpověď *vzájemný respekt* se vyskytla 2x (S2, S3) a odpověď *ocenění samostatnosti sester* se vyskytla také 2x (S3, S6). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *zlepšení komunikace* (S5), *ocenění zodpovědnosti* (S3), *získání nových informací od lékařů* (S4), *dlouhodobá spolupráce* (S5), a to 1krát.

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi respondentek *vzájemná důvěra*, uvedena 5x (S7, S8, S10, S11, S12). Odpovědi zastoupené 1krát byly: *zlepšení komunikace* (S10), *ocenění samostatnosti sester* (S9), *váží si sester* (S9), *otevřené řešení problémů* (S11), *společná konzultace problémů* (S12), *dlouhodobá spolupráce* (S8) a *ochota pomoci od lékařů* (S12).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 25.

Tabulka 3 - Vnímání problémů ve spolupráci s lékaři na oddělení z pohledu respondentek

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Občasné neshody</i>	1	1											
<i>Nedostatek času ze strany lékařů</i>	2		1		1								
<i>Nepřítomnost lékařů na oddělení</i>	1			1									
<i>Delegace nekompetentních úkolů</i>	3			1	1		1						
<i>Střet kompetencí</i>	3						1		1	1			
<i>Nedostatečná komunikace s pacienty</i>	1					1							
<i>Nadměrné ordinace lékařů</i>	4							1	1		1	1	
<i>Nesrozumitelné ordinace</i>	1					1							
<i>Ordinace po telefonu</i>	1					1							
<i>Uspěchanost</i>	1				1								
<i>Velká fluktuace začínajících lékařů</i>	1					1							
<i>Arogance některých lékařů</i>	1									1			
<i>Snížená spolupráce</i>	2										1	1	
<i>Komunikace mladých lékařů</i>	1											1	
<i>Nepravidelné vizity</i>	1												1
<i>Nedostatečná komunikace lékařů</i>	2			1							1		
Celkový výskyt	26	1	1	3	3	4	2	1	2	2	3	3	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jaké problémy spatřujete ve spolupráci s lékaři na Vašem oddělení?*

U respondentek z **chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *delegace nekompetentních úkolů*, uvedena 3x (S3, S4, S6), odpověď *nedostatek času ze strany lékařů* se vyskytla 2x (S2, S4). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *občasné neshody* (S1), *nepřítomnost lékařů na oddělení* (S3), *střet kompetencí* (S6), *nedostatečná komunikace s pacienty* (S5), *nesrozumitelné ordinace* (S5), *ordinace po telefonu* (S5), *uspěchanost* (S4), *velká fluktuace začínajících lékařů* (S5), *nedostatečná komunikace lékařů* (S3) a to 1krát.

U respondentek z **interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *nadměrné ordinace lékařů*, uvedena 4x (S7, S8, S10, S11), odpověď *střed kompetencí se vyskytla 2x* (S8, S9), taktéž odpověď *snížená spolupráce* se vyskytla 2x (S10, S11). Nejméně zastoupené

kategorie odpovědí byly: *arogance některých lékařů (S9), komunikace mladých lékařů (S11), nepravdivé vizity (S12), nedostatečná komunikace lékařů (S10)*, a to 1krát.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 26.

Tabulka 4 - Způsob řešení problémových situací sestrami

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Hledání společného řešení</i>	5	1				1		1			1		1
<i>Podle okolností</i>	1		1										
<i>Řešení s nadřízenými</i>	4		1						1	1			1
<i>Práce podle vlastního úsudku</i>	2			1						1			
<i>Rozhovor mezi dotyčnými osobami</i>	6	1			1		1	1	1			1	
<i>Vyjasnění „svých“ kompetencí</i>	1					1							
<i>Získání potřebných informací</i>	1						1						
<i>Vzájemná kooperace</i>	1							1					
<i>Řešení s podřízenými</i>	2								1	1			
<i>Diskuse o daném problému</i>	2									1	1		
<i>Čas a prostor pro řešení</i>	2				1							1	
<i>Ustoupení lékaři</i>	1									1			
<i>Kompromis</i>	1												1
<i>Řešení problému v rámci oddělení</i>	1									1			
Celkový výskyt	30	2	2	1	2	2	2	3	3	6	2	2	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jakým způsobem vzniklou situaci řešíte?*

U respondentek z **chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi rozhovor mezi dotyčnými osobami, uvedena 3x (S1, S4, S6), odpověď *hledání společného řešení* se vyskytla 2x (S1, S5). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *podle okolností (S2), řešení s nadřízenými (S2), práce podle vlastního úsudku (S3), vyjasnění „svých“ kompetencí (S5), získání potřebných informací (S6), čas a prostor pro řešení (S4)*, zastoupeny 1krát.

U respondentek z **interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *hledání společného řešení*, uvedena 3x (S7, S10, S12), odpověď *řešení s nadřízenými* byla uvedena 3x (S8,

S9, S12) a také 3x zazněla odpověď *rozhovor mezi dotyčnými osobami* (S7, S8, S11). Odpověď *řešení s podřízenými* byla uvedena 2x (S8, S9). Také 2x byla uvedena *diskuse o daném problému* (S9, S10). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *práce podle vlastního úsudku* (S9), *vzájemná kooperace* (S7), *čas a prostor pro řešení* (S11), *ustoupení lékaři* (S9), *kompromis* (S12), *řešení problému v rámci oddělení* (S12), a to 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 30.

Tabulka 5 – Návrhy lékařů pro řešení problémových situací z pohledu sester

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Vzájemný rozhovor</i>	7	1					1	1		1	1	1	1
<i>Řešení s vrchní sestrou</i>	2	1					1						
<i>Řešení se staniční sestrou</i>	1	1											
<i>Méně administrativy</i>	1		1										
<i>Lékaři žádná řešení nenavrhují</i>	3			1	1	1							
<i>Sestra nedokáže posoudit</i>	2			1			1						
<i>Řešení ponechávají na sestrách</i>	2			1		1							
<i>Vzájemná diskuse</i>	5							1	1	1	1		1
<i>Řešení na úrovni oddělení</i>	1						1						
Celkový výskyt	24	3	1	3	1	2	4	2	1	2	2	1	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jaké způsoby řešení situace navrhnou sami lékaři?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *lékaři žádná řešení nenavrhují*, uvedena 3x (S3, S4, S5), odpověď *vzájemný rozhovor* se vyskytla 2x (S1, S6), *řešení s vrchní sestrou* se vyskytla 2x (S1, S6), *sestra nedokáže posoudit* se vyskytla 2x (S3, S6), *řešení ponechávají na sestrách* se vyskytla 2x (S3, S5). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *řešení se staniční sestrou* (S1), *méně administrativy* (S2), *řešení na úrovni oddělení* (S6), a to 1krát.

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *vzájemný rozhovor*, uvedena 5x (S7, S9, S10, S11, S12) a 5x byla také uvedena *vzájemná diskuse* (S7, S8, S9, S10, S12).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 24.

Tabulka 6 - Postoj lékařů k sestřám za dobu jejich působení v praxi v jednotlivých oborech

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Změna postoje ve smyslu pozitivním</i>	4	1									1	1	1
<i>Sestra nepociťuje změnu v postojích</i>	4		1		1		1	1					
<i>Sestra je stále podřízena lékaři</i>	1			1									
<i>Je to individuální</i>	2					1				1			
<i>Postoj lékařů je přívětivý</i>	1					1							
<i>Postoj lékařů nadřazený</i>	2					1			1				
<i>Chybí kolegiální</i>	1								1				
<i>Vyšší kompetence sester</i>	1									1			
<i>Větší diskuse se sestrami</i>	2										1	1	
<i>Více konzultují oš. péči</i>	2										1	1	
<i>Ocení dobrou oš. péči</i>	1												1
Celkový výskyt	21	1	1	1	1	3	1	1	2	2	3	3	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Změnil se postoj lékařů na oddělení za dobu Vašeho působení v tomto oboru?*

U respondentek z **chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *sestra nepociťuje změnu v postojích*, uvedena 3x (S2, S4, S6), 1krát uvedené odpovědi byly: *změna postoje ve smyslu pozitivním* (S1), *sestra je stále podřízena lékaři* (S3), *je to individuální* (S5), *postoj lékařů je přívětivý* (S5), *postoj lékařů nadřazený* (S5).

U respondentek z **interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *změna postoje ve smyslu pozitivním*, uvedena 3x (S10, S11, S12). 2x byla uvedena odpověď *větší diskuse se sestrami* (S10, S11). 1krát uvedené odpovědi byly: *sestra nepociťuje změnu v postojích* (S7), *je to individuální* (S9), *postoj lékařů nadřazený* (S8), *chybí kolegiální* (S8), *vyšší kompetence sester* (S9), *více konzultují oš. péči* (S11), *ocení dobrou oš. péči* (S12).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 21.

Tabulka 7 - Způsob sběru anamnézy od nemocných na daném oddělení

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Slovně</i>	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Pozorováním</i>	10	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Od rodinných příslušníků</i>	5					1	1	1				1	1
<i>Od přátel</i>	2						1	1					
<i>Od zákonných zástupců</i>	1					1							
Celkový výskyt	30	2	1	2	1	4	4	4	2	2	2	3	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jakým způsobem odebíráte od nemocných na Vašem oddělení anamnézu?*

U respondentek z **chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *slovně*, uvedena 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6), kategorie *pozorováním* byla uvedena 4x (S1, S3, S5, S6), kategorie *od rodinných příslušníků* byla uvedena 2x (S5, S6). Kategorie *od přátel* byla uvedena 1x (S6) a *od zákonných zástupců* také 1x (S5).

U respondentek z **interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *slovně*, uvedena 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6), kategorie *pozorováním* byla uvedena také 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6) a 2x byla uvedena kategorie *od rodinných příslušníků* (S11, S12).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 30.

Tabulka 8 - Systém poskytované péče nemocným na daném oddělení

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Systém skupinové péče</i>	9	1	1	1	1	1	1		1	1		1	
<i>Systém týmové spolupráce</i>	7	1		1	1	1		1			1		1
<i>Sestry si vzájemně pomáhají</i>	5			1			1		1	1		1	
Celkový výskyt	21	2	1	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1

Tabulka 8 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jakým způsobem poskytujete péči nemocným na Vašem oddělení?*

U respondentek z **chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *systém skupinové péče*, uvedena 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6), kategorie *systém týmové spolupráce*

byla uvedena 4x (S1, S3, S4, S5), kategorie *sestry si vzájemně pomáhají* byla uvedena 2x (S3, S6).

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *systém skupinové péče*, uvedena 3x (S8, S9, S11), kategorie *systém týmové spolupráce* byla uvedena 3x (S7, S10, S12), kategorie *sestry si vzájemně pomáhají* byla uvedena také 3x (S8, S9, S11).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 21.

Tabulka 9 - Využití metody ošetrovatelského procesu na daném oddělení

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Přítomnost oš. procesu na oddělení</i>	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Sestra zná metodu oš. procesu</i>	9	1	1	1	1	1		1	1	1		1	
<i>Sestra uznává obtížnost oš. procesu</i>	6		1		1		1		1		1	1	
<i>Nedostatečné znalosti sester</i>	6		1		1		1		1		1	1	
<i>Sestra předává zkušenosti kolegyním</i>	5				1	1		1		1		1	
<i>Obtížnost pro nedostatek personálu</i>	1					1							
<i>Snaha poznat metodu blíže</i>	3						1				1		1
<i>Respektování metody oš. procesu</i>	1							1					
Celkový výskyt	43	2	4	2	5	4	4	4	4	3	4	5	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Pracujete na Vašem oddělení metodou ošetrovatelského procesu?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *přítomnost oš. procesu na oddělení* uvedena 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6), kategorie *sestra zná metodu oš. procesu* byla uvedena 3x (S1, S3, S5), kategorie *sestra uznává obtížnost oš. procesu* byla uvedena 3x (S2, S4, S6). Kategorie *nedostatečné znalosti sester* byla uvedena také 3x (S2, S4, S6). Kategorie *sestra předává zkušenosti kolegyním* byla uvedena 2x (S4, S5). 1krát byla uvedena kategorie *obtížnost pro nedostatek personálu* (S5) a 1krát uvedena odpověď *snaha poznat metodu blíže* (S6).

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *přítomnost oš. procesu na oddělení* uvedena 6x (S7, S8, S9, S10, S11, S12), kategorie *sestra uznává obtížnost oš. procesu* byla uvedena 3x (S8, S10, S11). Kategorie *nedostatečné znalosti sester* byla uvedena také 3x (S8, S10, S11). Kategorie *sestra předává zkušenosti*

kolegyním byla uvedena 3x (S7, S9, S11). 2x byla uvedena kategorie *sestra zná metodu oš. procesu* (S9, S11) a 2x uvedena odpověď *snaha poznat metodu blíže* (S10, S12). 1krát byla uvedena kategorie *respektování metody oš. procesu* (S7). Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 43.

Tabulka 10 - Postoj lékařů k ošetrovatelskému procesu na daném oddělení

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Negativní</i>	4	1	1	1	1								
<i>Nerespektují</i>	1	1											
<i>Nepovažují za důležitý</i>	4	1				1			1	1			
<i>Zbytečné dokumentování</i>	4		1		1	1	1						
<i>Nechápou význam</i>	2						1			1			
<i>Respektují</i>	3							1			1	1	
<i>Neutrální postoj</i>	1											1	
<i>Akceptují a uznávají</i>	1												1
Celkový výskyt	20	3	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jak se staví lékaři na Vašem oddělení k ošetrovatelskému procesu?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *negativní*, uvedena 4x (S1, S2, S3, S4), odpověď *zbytečné dokumentování* se vyskytla 4x (S2, S4, S5, S6). 2x uvedeny odpovědi *nepovažují za důležitý* (S1, S5) a 1x uvedena odpověď *nerespektují* (S1).

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *respektují*, uvedena 3x (S7, S10, S11), odpověď *nepovažují za důležitý* se vyskytla 2x (S8, S9). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *nechápu význam* (S9), *neutrální postoj* (S11), *akceptují a uznávají* (S12), a to 1krát.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 20.

Tabulka 11 - Postoj lékařů k poskytované ošetrovatelské péči na daném oddělení

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Váží si péče sester</i>	6	1				1		1		1	1		1
<i>Cení si práce sester</i>	1		1										
<i>Váží si organizace práce sester</i>	1		1										
<i>Oceňují samostatnost sester</i>	2			1						1			
<i>Postoj spíše kladný</i>	6				1		1		1		1	1	1
<i>Postoj neutrální</i>	1					1							
Celkový výskyt	17	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jak se staví lékaři na Vašem oddělení k poskytované ošetrovatelské péči?*

U respondentek z **chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *váží si péče sester*, uvedena 2x (S1, S5), odpověď *postoj spíše kladný* se vyskytla 2x (S4, S6) a 1x uvedeny odpovědi *cení si práce sester* (S2), *váží si organizace práce sester* (S2), *oceňují samostatnost sester* (S3), *postoj neutrální* (S5).

U respondentek z **interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *váží si péče sester*, uvedena 4x (S7, S9, S10, S12), odpověď *postoj spíše kladný* se vyskytla 4x (S8, S10, S11, S12) a 1x uvedena odpověď *oceňují samostatnost sester* (S9).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 17.

Tabulka 12 - Spolupráce s lékaři v rámci ošetrovatelského procesu

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Při stanovení oš. problému</i>	2										1		1
<i>Při řešení oš. problému</i>	11	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
<i>Při sběru oš. anamnézy</i>	1							1					
<i>Při plánování oš. péče</i>	2										1	1	
<i>V jiných případech</i>	1									1			
Celkový výskyt	17	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2

Tabulka 12 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Kdy s Vámi lékaři nejvíce spolupracují v rámci ošetrovatelského procesu?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *při řešení oš. problému*, uvedena 6x (S1, S2, S3, S4, S5, S6), a 1x uvedena odpověď *při stanovení oš. problému* (S1).

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi také *při řešení oš. problému*, uvedena 5x (S7, S8, S10, S11, S12), 2x *při plánování oš. péče* (S10, S11) a nejméně zastoupeny byly kategorie odpovědí: *při stanovení oš. problému* (S12), *při sběru oš. anamnézy* (S7), *v jiných případech* (S9).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 17.

Tabulka 13 - Sledování ošetrovatelské dokumentace lékaři na daném oddělení

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Nesledují oš. dokumentaci</i>	5	1	1	1						1		1	
<i>Upřednostňují slovní předání</i>	4			1	1	1			1				
<i>Nemají zájem o oš. dokumentaci</i>	2					1	1						
<i>Sledují oš. dokumentaci částečně</i>	3							1			1		1
<i>Kladou důraz na osobnost sestry</i>	2							1		1			
<i>Za účelem konkrétních informací</i>	2										1		1
Celkový výskyt	18	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Nahlíží a sledují lékaři na Vašem oddělení ošetrovatelskou dokumentaci?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *nesledují oš. dokumentaci*, uvedena 3x (S1, S2, S3), 3x uvedena odpověď *upřednostňují slovní předání při stanovení oš. problému* (S3, S4, S5) a 2x uvedena odpověď *nemají zájem o oš. dokumentaci* (S5, S6).

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *sledují oš. dokumentaci částečně*, uvedena 3x (S7, S10, S12). 2x byly uvedeny odpovědi: *nesledují oš. dokumentaci* (S9, S11), *kladou důraz na osobnost sestry* (S7, S9), *za účelem konkrétních informací* (S10, S12) a 1x uvedena odpověď *upřednostňují slovní předání* (S8). Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 18.

Tabulka 14 - Postoj lékařů k celoživotnímu vzdělávání sester v oboru ošetrovatelství

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Negativní postoj</i>	4	1	1	1			1						
<i>Vzdělávání není důležité</i>	4	1	1				1		1				
<i>Znevažují studium</i>	1			1									
<i>Upřednostňují praktické schopnosti</i>	2						1		1				
<i>Upřednostňují organizaci práce</i>	2						1		1				
<i>Spíše negativní</i>	2				1					1			
<i>Neutrální postoj</i>	2						1					1	
<i>Respektují</i>	1							1					
<i>Studium je nutností pro sestry</i>	1							1					
<i>Sestra nedokáže posoudit</i>	1										1		
<i>Lékaři nemají připomínky</i>	1												1
<i>Nezájem mladých lékařů</i>	1											1	
Celkový výskyt	22	2	2	2	1	1	4	2	3	1	1	2	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jaký postoj zaujímají lékaři na Vašem oddělení na navazující vzdělávání sester v oboru ošetrovatelství?*

U respondentek z **chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *negativní postoj*, uvedena 4x (S1, S2, S3, S6). Kategorie *vzdělávání není důležité* byla uvedena 3x (S1, S2, S6) a 1x byly uvedeny odpovědi: *znevažují studium* (S5), *upřednostňují praktické schopnosti* (S6), *upřednostňují organizaci práce* (S6), *spíše negativní* (S4), *neutrální postoj* (S5).

U respondentek z **interních oborů** byly uvedeny veškeré odpovědi 1krát: *vzdělávání není důležité* (S8), *upřednostňují praktické schopnosti* (S8), *upřednostňují organizaci práce* (S8), *spíše negativní* (S9), *neutrální postoj* (S11), *respektují* (S7), *studium je nutností pro sestry* (S7), *sestra nedokáže posoudit* (S10), *lékaři nemají připomínky* (S12), *nezájem mladých lékařů* (S11).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 22.

Tabulka 15 - Hodnocení interpersonálních vztahů s lékaři z pohledu respondentek

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Převládá dominance lékařů</i>	6	1	1			1	1		1	1			
<i>Ocenění samostatnosti sester</i>	1	1											
<i>Nerovnoprávnost oše. s medicínou</i>	5		1	1	1	1	1						
<i>Chování podle svého přesvědčení</i>	3		1					1				1	
<i>Sestry rovnocenné partnerky lékaře</i>	5			1	1						1	1	1
<i>Lékaři si váží práce sester</i>	1					1							
<i>Povýšené chování mladých lékařů</i>	2									1		1	
Celkový výskyt	23	2	3	2	2	3	2	1	1	2	1	3	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jak hodnotíte interpersonální vztahy s lékaři na Vašem oddělení?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *nerovnoprávnost oše. s medicínou*, uvedena 5x (S2, S3, S4, S5, S6). Kategorie *převládá dominance lékařů* byla uvedena 4x (S1, S2, S5, S6). Kategorie *sestry rovnocenné partnerky lékaře* byla uvedena 2x (S3, S4). 1krát byly uvedeny odpovědi: *ocenění samostatnosti sester* (S1), *chování podle svého přesvědčení* (S2), *lékaři si váží práce sester* (S5).

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *sestry rovnocenné partnerky lékaře*, uvedena 3x (S10, S11, S12). 2x byly uvedeny kategorie: *převládá dominance lékařů* (S8, S9), *chování podle svého přesvědčení* (S7, S11), *povýšené chování mladých lékařů* (S9, S11).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 23.

Tabulka 16 - Návrhy možných změn ve spolupráci s lékaři z pohledu respondentek

OBORY		CHIRURGICKÉ						INTERNÍ					
S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
<i>Větší pochopení ze strany lékařů</i>	1	1											
<i>Větší vstřícnost</i>	1		1										
<i>Dodržování „svých“ kompetencí</i>	3		1	1									1
<i>Zlepšení komunikace</i>	5			1	1	1	1			1			
<i>Intenzivnější spolupráce</i>	2			1	1								
<i>Důsledné zápisy ordinací</i>	1					1							
<i>Respektování studia sester</i>	1						1						
<i>Větší respekt</i>	1							1					
<i>Více zájmu</i>	1								1				
<i>Změna přístupu k sestřím</i>	1								1				
<i>Větší tolerance mladých lékařů</i>	2									1	1		
<i>Více důvěry</i>	1											1	
<i>Vyslechnutí názoru sester</i>	2							1				1	
<i>Oboustranné pochopení</i>	1											1	
Celkový výskyt	23	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	3	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Co si myslíte, že by bylo ideální změnit ve spolupráci s lékaři z Vašeho pohledu?*

U respondentek **z chirurgických oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *zlepšení komunikace* (S3, S4, S5, S6). 2x byly uvedeny odpovědi *dodržování „svých“ kompetencí* (S2, S3) a 2x uvedena *intenzivnější spolupráce* (S3, S4). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *větší pochopení ze strany lékařů* (S1), *větší vstřícnost* (S2), *důsledné zápisy ordinací* (S5), *respektování studia sester* (S6), uvedeny 1krát.

U respondentek **z interních oborů** je nejčastější kategorií odpovědi *větší tolerance mladých lékařů*, uvedena 2x (S9, S10) a 2x *vyslechnutí názoru sester* (S7, S11). Nejméně zastoupené kategorie odpovědí byly: *dodržování „svých“ kompetencí* (S12), *zlepšení komunikace* (S9), *větší respekt* (S7), *více zájmu* (S8), *změna přístupu k sestřím* (S8), *více důvěry* (S11), *oboustranné pochopení* (S11), uvedeny 1x.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 23.

5. DISKUSE

Předmětem výzkumného šetření bylo zmapovat spolupráci sester a lékařů v rámci ošetrovatelského procesu v péči o nemocné z pohledu ošetrovatelského managementu. Dále identifikovat problémové oblasti ve spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu a zjistit, jakým způsobem ošetrovatelský management řeší problémové situace ve spolupráci sester a lékařů. Výsledky našeho výzkumného šetření plně vycházejí z rozhovorů s vrchními a staničními sestrami. Výsledky šetření jsou obsaženy v kategorizovaných skupinách v kapitole - výsledky výzkumu. Získané informace byly zpracovány pomocí rámcové analýzy Ritchieho a Spencera přehlednou kategorizací dat v tabulkách a grafech. V této diskusi budeme pracovat s nejzajímavějšími sumarizovanými výsledky kategorizovaných skupin.

Již na začátku výzkumu nás zajímalo, jak sestry celkově vnímají spolupráci s lékaři z jejich pohledu (tabulka 1). V odborné literatuře Bártlová (6) uvádí, že předpokladem dobré spolupráce sester a lékařů je shoda na společném poslání. V nemocničním prostředí je společným cílem a posláním sester i lékařů pacient. Sestry a lékaři mají široké společné znalosti, cíle, ale také rozdílná stanoviska, při kterých se střetávají zájmy a očekávání ve vzájemné spolupráci v péči o pacienta. Z pohledu respondentek je na spolupráci s lékaři nazíráno jako na v podstatě pozitivní a pro většinu sester je dobrá spolupráce s lékaři důležitá pro jejich spokojenost v práci. Respondentky také uváděly, že spolupráci s lékaři vnímají na základě respektu (S2, S9). Respondentka (S2) uvádí, že bez vzájemného respektování a slušného jednání je spolupráce velice náročná. Většina respondentek se v rámci svých oddělení snaží společně s lékaři vycházet dobře, ale přiznávají, že někdy se setkávají i s občasnými neshodami, kdy spolupráce se stává obtížnou. Respondentka (S9) zase vnímá spolupráci s lékaři jako velmi individuální - jak s kterým lékařem a uvádí: „Každý jsme individuální a na věci tudíž máme různé názory. S některými lékaři je spolupráce velmi dobrá, respektují sestry, jejich znalosti i názory, a s některými lékaři naopak obtížná.“ Odpovědi respondentek se ztotožňují s Bártlovou (3), která uvádí, že pokud je vedoucím lékařem jedinec, který má otevřený a vřelý vztah se sestrami a totéž požaduje i po svých podřízených, bývá na pracovišti přívětivá atmosféra, ke konfliktům nedochází a problémy bývají řešeny se všemi zúčastněnými stranami.

Dále nás zajímalo vnímání pozitiv ve spolupráci s lékaři (tabulka 2). Velice mile nás překvapilo, že téměř všechny respondentky (S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12) vnímají pozitivum ve spolupráci s lékaři ve vzájemné důvěře. Respondentka (S1), je sestra z chirurgických oborů a shoduje se s většinou sester z tohoto oboru, že chirurgická oddělení obnášejí velkou samostatnost sester, jejich rychlé jednání a rozhodování po dobu, kdy lékaři nejsou přítomni na oddělení, protože právě operují. V tomto směru vnímají respondentky pozitivně důvěru a ocenění samostatnosti po dobu nepřítomnosti lékařů na oddělení. Respondentka (S5) vnímá pozitivum v lepší spolupráci, která pramení z dlouhodobých pracovních vztahů. Uvádí, že některé lékaře zná již dlouho a ví, že se na ně může za léta spolupráce plně spolehnout. Naopak horší spolupráci uvádí respondentky s mladými lékaři. Někteří se chovají povýšeně, arogantně a to i ve spolupráci se sestrou, která má několik let praxi (S9). Věk tedy může hrát roli různou a to buď pozitivní i negativní. Bártlová a Trešlová (5) uvádějí, že stejná věková kategorie lékaře a sestry nemůže automaticky zajistit dobré profesní vztahy ve smyslu pozitivního dopadu na kvalitu péče. Především záleží, zda je sestra či lékař zručný, jaké má vlastnosti a jak je dovede v praxi využít. Další odpovědi respondentek se týkaly možnosti otevřeně řešit problémy (S11), společně konzultovat problémy (S2) a získávat nové informace od lékařů, týkající se nových léčebných postupů a péče o pacienty (S4) a ochota lékařů pomoci sestrám v rámci ošetrovatelské péče (S12).

Vzájemná spolupráce sester a lékařů je proces, který se jistě neobejde i bez problémových oblastí (tabulka 3). Nejvíce zastoupenou kategorií odpovědí v této oblasti u respondentek z chirurgických oborů byla delegace nekompetentních úkolů (S3, S4, S6). Sestry a lékaři se od sebe odlišují kompetencemi, které jsou zakotveny v zákonech (48, 51). Jsou ovlivňovány i charakterem profesí a zvyklostmi na daných odděleních. Kompetence každého ze zdravotnických pracovníků by měly být jasné. Avšak Bártlová a Hajduchová (6) se shodují s názorem respondentek, že sestry jsou 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 vést ke vzniku problémové spolupráce.

S tímto souvisí také střet kompetencí, který uváděly respondentky (S6, S8, S9). Respondentka (S9) uvádí, že téměř veškerá odbornější a odborná péče o pacienta,

konkrétně zavádění sondy počínaje a nově nabytou kompetencí cévkování může sestrou s PSS (pomaturitní specializační studium), někteří lékaři nedokážou přijmout. I to, že se sestra v dnešní době vzdělává a usiluje o posílení svých kompetencí.

Na základě výše uvedených výsledků doporučujeme zvýšit povědomí lékařů a vyjasnit si patřičné kompetence všeobecných sester, které jsou ustanoveny ve Vyhlášce 424 (48). Zvyšování kompetencí sester neznamena ohrožení lékařů, a to z důvodů, že sestra neléčí, ale její činnost je zaměřena na saturaci potřeb člověka, které byly nemocí porušené a které si pacient není schopen, neumí nebo nemůže uspokojit samostatně, jak uvádí autorka Staňková (37). Sestrám z chirurgických oborů chybí více komunikace ze strany lékařů (S3), chybí jim nepřítomnost lékařů na oddělení (S3) a celkově více času (S2, S4), který by měli lékaři věnovat sestrám a zejména pacientům. Pramení to z uspěchanosti, jak popisuje (S4). Lékaři provedou ranní vizitu, která je poměrně časně ráno, pak následuje hlášení pro lékaře a poté se přesouvají na operační sály, kde operují celé dopoledne. Z toho vychází i další problémová oblast, kterou je nedostatečná komunikace, plynoucí z nedostatku času. U respondentek z interních oborů byla nejvíce zastoupena odpověď nadměrné ordinace lékařů (S7, S8, S10, S11), v některých situacích i snížená spolupráce (S10, S11) a nepravidelné vizity (S12). Respondentka (S7) problém ve spolupráci s lékaři spatřuje v některých bezmyšlenkových ordinacích lékařů. Jedná se především o ordinaci léků, kterých je v některých případech mnoho a navíc se stále opakují. Starší pacienti těžko polykají a často mívají i nauzeu a zvracení. Lékaři jsou na tyto příznaky upozorněni. Ordinace jsou samozřejmě sestrami splněny, i když jsou pro pacienta, podle jejich mínění, bez efektu. Respondentka (S11) spatřuje problém v některých případech v nedostatečné spolupráci a komunikaci u některých lékařů, zejména mladých lékařů, kteří praktikují na tomto oddělení a mnohdy neberou ohledy na názory jiných. Křivohlavý (21) uvádí, že komunikace je vztah a dále podotýká, že komunikace se řadí k dovednostem, kterým není stále věnována nejen dostatečná pozornost, ale především praktický nácvik, pro běžné používání v každodenní praxi. Ani vysokoškolské vzdělání zatím negarantuje ovládnutí profesionálních komunikačních dovedností, kterých se absolventům i lékařských fakult medicíny nedostává. Vzniklou situaci se snaží vyřešit vzájemným rozhovorem. Někdy je zapotřebí více času na přesvědčování mladších lékařů, uvádí respondentka. Co se týká ordinací lékařů,

tak respondentka z chirurgických oborů uvádí, že v některých případech jí vadí nesrozumitelné ordinace a zejména ordinace po telefonu (S5).

Následně nás zajímalo, jakým způsobem sestry vzniklou situaci řeší (tabulka 4) a jaké způsoby řešení navrhnou sami lékaři (tabulka 5). Respondentky nejčastěji uvedly, že se snaží vzniklou problematickou situaci řešit hledáním společného řešení (S1, S5, S7, S10, S12), rozhovorem mezi dotyčnými osobami (S1, S4, S6, S7, S8, S11) a diskusí o daném problému (S9, S10). Respondentky (S8, S9, S10) potřebují pro řešení problémových situací vzájemnou kooperaci se svými nadřízenými i podřízenými. V opačném případě zazněla i odpověď respondentky (S9), že v některých případech je lépe lékaři ustoupit a respondentky (S3, S9) se přiklánějí k řešení a práci podle vlastního úsudku.

Podle respondentek (S1, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12) se lékaři ztotožňují nejvíce se sestrami ve vzájemném rozhovoru a vzájemné diskusi, kterými nejčastěji řeší problémové situace. Nejradyji tyto situace řeší na úrovni oddělení, v některých situacích ve společnosti vrchní nebo staniční sestry. Zazněly i odpovědi respondentek z chirurgických oborů (S3, S4, S5, S6), že lékaři žádná řešení nenavrhují a řešení ponechávají víceméně na sestřích, dvě respondentky odpověděly, že nedokážou posoudit, jaké konkrétní způsoby lékaři navrhnou.

Poměrně zajímavý výsledek se týkal oblasti změny postoje lékařů k sestram za jejich působení v oboru ošetrovatelství (tabulka 6). Respondentky (S2, S4, S6) z chirurgických oborů převážně uváděly, že nepociťují výrazné změny v postojích a naopak nejvíce zastoupené odpovědi u respondentek (S5, S10, S11, S12) z interních oborů zněly, že došlo ke změně postoje ve smyslu pozitivním. Respondentky (S3, S5, S8) přesto stále vnímají nadřazenost lékařů. To, že lékař je nadřízený sestram, je respondentkami samozřejmě respektováno, ale nadřazenost lékaře nad sestrami respondentky neuznávají. Podle autorek Bártlové a Trešlové (5) záleží na osobnosti a na tom, jak dotyčná osoba prezentuje svoje znalosti, schopnosti a zkušenosti v pracovních vztazích. Může se to týkat jak lékařů, tak i sester nebo manažerů. S tímto se ztotožňují odpovědi respondentek (S5, S9), které uvádějí: je to individuální, záleží na osobnosti dotyčného lékaře. Z interních oborů dále respondentky (S10, S11) pociťují změnu v tom, že lékaři více se sestrami diskutují, více konzultují ošetrovatelskou péčí, dokážou ocenit dobře provedenou práci (S12). Respondentka (S9) uvádí, že vnímá

změnu postoje v souvislosti s vyššími kompetencemi sester. Na základě odpovědí respondentek lze usoudit, že změnu v postojích celkově pozitivněji vnímají respondenty z interních oborů.

Naším prvním cílem bylo zmapovat spolupráci sester a lékařů v rámci ošetrovatelského procesu v péči o nemocné z pohledu ošetrovatelského managementu. Proto jsme považovali za vhodné zjistit, jakým způsobem sestry odebírají na svých odděleních anamnézu, jakým způsobem poskytují péči nemocným a v neposlední řadě, zda pracují v rámci svého oddělení metodou ošetrovatelského procesu. Anamnézu od nemocných (tabulka 7) respondenty nejčastěji odebírají slovně, na tom se shodly všechny respondenty. Převážná většina respondentek také pozorováním, dále od rodinných příslušníků (S5, S6, S7, S11, S12) a od přátel či zákonných zástupců (S5, S6, S7). Co se týká systému poskytované péče (tabulka 8), tak nejvíce byl zastoupen systém skupinové péče (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S11) a u některých respondentek se překrýval i se systémem týmové spolupráce a se vzájemnou pomocí sester (S1, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S11). Respondentka (S3) z chirurgických oborů uvádí, že na jejich oddělení je poskytována skupinová péče nemocným, ale z některých důvodů, kterými jsou především vysoká kapacita lůžek s nemocnými a méně sester na směně, si sestry vzájemně pomáhají. Respondentka (S7) z interních oborů uvádí, že nemocným na jejich oddělení je poskytován systém týmové spolupráce. Dále uvádí, že snahu o vytvoření systému skupinové péče by jistě měly, ale není tolik sester na směně, aby mohla každá sestra pečovat o skupinu svých nemocných. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že žádná z respondentek neuvedla, že by na svých odděleních poskytovaly systém primární péče, přičemž D. Mastiliáková (29) dále uvádí ve své publikaci, že je vhodné nemocnému přidělit primární sestru, která bude odpovídat za zajištění ošetrovatelského procesu po celou dobu hospitalizace klienta a také za vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Následovala oblast přítomnosti ošetrovatelského procesu na oddělení (tabulka 9). Všechny respondenty uvedly, že na jejich odděleních je přítomen ošetrovatelský proces. Respondenty (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S11) uvedly, že tuto metodu znají. S metodou ošetrovatelského procesu se již setkaly při bakalářském studiu ošetrovatelství (graf 3), mezi nimi jsou i respondenty, které i přesto, že se s touto metodou setkaly, tak uznávají její obtížnost a přiznávají nedostatečné znalosti, související s ukončením studia před několika lety a s tím, že bezprostředně po studiu tato metoda v praxi ještě

nebyla praktikována. Příjemným zjištěním bylo, že respondentky, které i přesto, že nestudovaly bakalářské studium, respektují a mají zájem a snahu poznat metodu ošetrovatelského procesu blíže. Snaha sester se ztotožňuje s Tóthovou (41), která uvádí ve své publikaci, že moderní ošetrovatelství vyžaduje takové změny v organizaci a poskytování ošetrovatelské péče, které mají vycházet z centra zájmů a činností celého ošetrovatelského týmu. Marečková (28) uvádí, že z Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky vyplývá, že ošetrovatelští profesionálové jsou povinni pracovat podle metody ošetrovatelského procesu.

Nejvíce nás zajímalo, jak se k ošetrovatelskému procesu podle respondentek staví lékaři (tabulka 10). Nejvíce zastoupené odpovědi respondentek (S1, S2, S3, S4), především z chirurgických oborů uvedly, že postoj lékařů k ošetrovatelskému procesu je negativní, nerespektující a považují jej za zbytečné dokumentování. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že lékaři v podstatě nechápou význam ošetrovatelského procesu, neznají jeho přednosti, výhody a proto v podstatě takto reagují, jak uvádějí respondentky. Odpovědi respondentek z interních oborů se mírně odlišovaly. Respondentky (S7, S10, S11, S12) uvedly, že lékaři na jejich odděleních ošetrovatelský proces respektují, akceptují a uznávají. Ostatní respondentky (S1, S5, S8, S9) uvedly, že lékaři akceptují, ale nepovažují ošetrovatelský proces za důležitý, nebo zaujímají neutrální postoj. Myslíme si, stejně jako Staňková (35), že ošetrovatelský proces neproniká pouze do ošetrovatelství, ale promítá se i do léčebného procesu, proto by s ním měli být seznámeni i lékaři. Navrhovali bychom proto odborné semináře společné pro sestry a lékaře, zabývající se problematikou ošetrovatelského procesu a jeho aplikací do praxe.

Poměrně zajímavý a potěšující výsledek přinesla oblast, kterou bylo zjišťováno, jak se staví lékaři na oddělení k poskytované ošetrovatelské péči (tabulka 11). Nejvíce zastoupené kategorie odpovědi uvedly, že lékaři si péče sester váží a zaujímají k poskytované ošetrovatelské péči spíše kladný postoj a to jak i chirurgických, tak v interních oborech. Respondentka (S2) uvádí, že lékaři si práce sester cení a váží si jejich organizace práce. Respondentky (S3, S9) uvádí, že lékaři oceňují samostatnost sester. Jedna respondentka (S5) vyjádřila, že lékaři k ošetrovatelské péči zaujímají postoj neutrální. Je zajímavé z výše uvedených výsledků, že k poskytovanému ošetrovatelskému procesu se staví lékaři v podstatě negativně, ale ošetrovatelské péče poskytované sestrami si váží a oceňují jejich samostatnost.

Dále jsme zjišťovaly, zda kdy a v jakých oblastech lékaři se sestrami nejvíce spolupracují (tabulka 12). Jednoznačně nejvíce zastoupené odpovědi u respondentek z obou oborů byly při řešení ošetrovatelského problému. Výjimečně respondentky uvedly (S10, S12), že lékaři spolupracují při stanovení ošetrovatelského problému. Toto uvedly respondentky, které zároveň výše uvádí, že lékaři na jejich odděleních ošetrovatelský proces respektují a uznávají, z tohoto vyplývá, že lékaři zde určité povědomí zřejmě o ošetrovatelském procesu mají, když spolupracují se sestrami v této fázi procesu, nebo spolupracují v jednotlivých v fázích, aniž by věděli o návaznosti a jednotlivých fázích procesu více. Stejně je to i u respondentky (S7), která uvádí, že lékaři spolupracují při sběru anamnézy. Respondentky (S10, S11) uvádějí při plánování ošetrovatelské péče. Z výše uvedených výsledků je také zajímavé, že většina lékařů se nepodílí na plánování, ale spolupracují ve většině případů až ve fázi řešení problémů. Odpověď na výše uvedené výsledky nám poskytuje Tóthová (41), když uvádí, že ošetrovatelský proces využívá mnoho profesionálů ke zhodnocení potřeb nebo problémů, k plánování, k uskutečňování plánu a k zhodnocení práce. Mnoho lidí, mezi které můžeme zahrnout i lékaře se však naučí tyto logické kroky až při řešení problémů v různých životních situacích.

Následující oblast byla zaměřena na sledování ošetrovatelské dokumentace lékaři (tabulka 13). Z odpovědí respondentek z chirurgických oborů vyplývá, že lékaři na těchto odděleních do ošetrovatelské dokumentace nenahlíží a upřednostňují slovní předání informací od sester. Z interních oborů doplnily respondentky (S6, S9) informace tím, že lékaři sledují ošetrovatelskou dokumentaci částečně, respondentky (S7, S10) uvedly odpovědi, že lékaři kladou především důraz na osobnost sestry a respondentky (S10, S12) uvedly, že lékaři nahlíží do ošetrovatelské dokumentace za účelem konkrétních informací. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že více sledují ošetrovatelskou dokumentaci lékaři v interních oborech.

Zajímavé byly výsledky, týkající se postoje lékařů na navazující vzdělávání sester v oboru ošetrovatelství (tabulka 14). Na základě odpovědí respondentek (S1, S2, S3, S4, S6) z chirurgických oborů vyplývá, že lékaři zaujímají negativní postoj, následné vzdělávání sester nepovažují za důležité. Přičemž Věstník MZ ČR (49) uvádí, že kvalifikované všeobecné sestry mají ze zákona povinnost zapojit se do celoživotního vzdělávání, jehož cílem je zvyšovat, prohlubovat a doplňovat své vědomosti a dovednosti pro poskytování ošetrovatelské péče a to v souladu s jeho rozvojem a nejnovějšími

vědeckými poznatky. Lékaři na těchto typech oddělení upřednostňují spíše praktické a organizační zkušenosti a schopnosti sester před celoživotním vzděláváním sester. Z interních oborů respondentka (S7) poznamenala že lékaři chápou, že studium je nutností pro sestry. Další respondentky (S7, S12) uvedly, že lékaři nemají připomínky a respektují následné vzdělávání. Respondentka (S11) uvádí kromě neutrálního postoje, nezájem ze strany mladých lékařů. Tyto výsledky poukazují na vstřícnější postoj lékařů z interních oborů na vzdělávání sester.

Interpersonální vztahy s lékaři na odděleních respondentky hodnotily rozmanitě (tabulka 15). Nejvíce se respondentky (S1, S2, S5, S6, S2, S3) z obou oborů shodly na odpovědi, že lékaři budou vždy dominantní. Bártlová (2) uvádí, že sestry nejsou často spokojeny s nižším respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů. Mnohdy i lékaři dnes vnímají sestru pouze jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. S tímto tvrzením se ztotožňují i oslovené respondentky. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí respondentek (S2, S3, S4, S5, S6) bylo, že lékaři nepřijmou ošetrovatelství za rovnoprávný obor z medicínou, vyplývá to ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti, jak opět uvádí Bártlová (1). Ale naopak zazněly i odpovědi, že lékaři vnímají sestry jako rovnocenné partnery a váží si poskytované péče sester. Respondentky (S2, S7, S11) zastávají názor, že každý lékař se chová podle svého přesvědčení. Některé respondentky (S8, S10) se shodly na povýšeném a arogantním chování některých mladých lékařů. Za výstižnou odpověď lze považovat slova respondentky (S7), která vychází z toho, že každý lékař se chová podle svého přesvědčení a podotýká, že lékaři nesou odpovědnost za léčbu, jejíž součástí je i ošetrovatelská péče, bez které to nejde. Někdy je důležitější než ordinace léků a vyšetření, proto je nutné pracovat v dobré atmosféře, v dobře fungujícím a tolerujícím se týmu. Respondentka se ztotožňuje s názorem Krivohlavého (21), že se setkáváme sice ojediněle, ale přeci, se vztahy, které naopak vzájemně posilují sebevědomí, profesionalitu, vyjadřují vzájemný respekt a jsou schopny si vzájemně pomáhat. Tak napomáhají pozitivní, tvůrčí atmosféře, která umožňuje překonat pracovní zátěž i pracovní krizové situace.

Důležité jsou také návrhy možných změn ve spolupráci s lékaři z pohledu respondentek (tabulka 16). Z uvedených odpovědí respondentky (S1, S2, S3, S4) z chirurgických oborů navrhují, aby lékaři měli větší pochopení a více vstřícnosti pro sestry, dále sestry navrhují dodržování svých kompetencí. Některé respondentky (S3, S4) navrhují intenzivnější komunikaci a spolupráci. Další respondentky by si přály, aby lékaři prováděli důsledné zápisy ordinací a respektovali vysokoškolské studium sester. Z interních oborů respondentky navrhovaly více možností. Jedná se o dodržování svých kompetencí, zlepšení komunikace ze strany lékařů, v některých i větší respekt. Respondentky očekávají více zájmu a navrhují více si naslouchat, větší vstřícnost, toleranci a důvěru ze strany mladých lékařů. Respondentky si přejí vyslechnout jejich názory a být akceptovány. I Kopřiva (19) uvádí, že týmová spolupráce představuje soubor hodnot, které povzbuzují jisté způsoby chování, například naslouchání druhým, kooperativní odezvu, názory ostatních, vyjadřování pochybností ve prospěch ostatních i ve prospěch plnění úkolů, pomoc potřebným členům a uznávání zájmů a úspěchů ostatních. Na základě analýzy z výše uvedených výsledků odpovědí odpovídáme na výzkumné otázky:

Z výzkumné otázky 1, vztahující se k cíli 1, vyplynula odpověď 1: *Sestry a lékaři spolupracují v rámci ošetrovatelského procesu při poskytování péče nemocným z pohledu ošetrovatelského managementu nejvíce ve fázi řešení problému, stanovení problému a při jeho plánování.*

Z výzkumné otázky 2, vztahující se k cíli 1, vyplynula odpověď 2: *Sestry hodnotí a vnímají spolupráci s lékaři pozitivně, individuálně, záleží na osobnosti lékaře, pro většinu sester je dobrá spolupráce s lékaři provázena vzájemným respektem a důvěrou, které jsou důležité pro jejich spokojenost v práci*

Z výzkumné otázky 3, vztahující se k cíli 2, vyplynula odpověď 3: *Ve spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu existují u sester z chirurgických oborů nejčastěji problémy v oblasti střetu kompetencí, v nedostatečné komunikaci a v nedostatku času věnovanému sestrám a pacientům. Sestry z interních oborů spatřují největší problém v nadměrných, opakujících se ordinacích, ve spolupráci zejména s mladými lékaři a v komunikaci s nimi.*

Z výzkumné otázky 4, vztahující se k cíli 3, vplynula odpověď 4: *Ošetrovatelský management řeší problémové situace ve spolupráci sester a lékařů nejčastěji vzájemným rozhovorem, vzájemnou diskusí a hledáním společného řešení.*

6. ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu. Prvním cílem diplomové práce bylo zmapovat spolupráci sester a lékařů v rámci ošetrovatelského procesu v péči o nemocného z pohledu ošetrovatelského managementu. Druhým cílem práce bylo identifikovat problémové oblasti ve spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu a třetím cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem ošetrovatelský management řeší problémové situace ve spolupráci sester a lékařů. Pro dosažení cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: 1. V jakých oblastech spolupracují sestry a lékaři v rámci ošetrovatelského procesu při poskytování péče nemocným z pohledu ošetrovatelského managementu? 2. Jakým způsobem sestry hodnotí a vnímají spolupráci s lékaři z pohledu ošetrovatelského managementu? 3. Které problémové oblasti existují ve spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu? 4. Jakým způsobem řeší ošetrovatelský management problémové situace ve spolupráci sester a lékařů? Výzkum byl proveden v nejmenovaném nemocničním zařízení, kde respondentkami byly vrchní a staniční sestry z chirurgických a interních oborů. Provedený výzkum je výzkumem kvalitativním. Zvolenou metodou bylo dotazování.

Na základě analýzy výsledků odpovědí odpovídáme na výzkumné otázky:

Z výzkumné otázky 1, vztahující se k cíli 1, vypsala odpověď 1: *Sestry a lékaři spolupracují v rámci ošetrovatelského procesu při poskytování péče nemocným z pohledu ošetrovatelského managementu nejvíce ve fázi řešení problému, stanovení problému a při jeho plánování.*

Z výzkumné otázky 2, vztahující se k cíli 1, vypsala odpověď 2: *Sestry hodnotí a vnímají spolupráci s lékaři pozitivně, individuálně, záleží na osobnosti lékaře, pro většinu sester je dobrá spolupráce s lékaři provázena vzájemným respektem a důvěrou, které jsou důležité pro jejich spokojenost v práci*

Z výzkumné otázky 3, vztahující se k cíli 2, vypsala odpověď 3: *Ve spolupráci sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu existují u sester z chirurgických oborů nejčastěji problémy v oblasti střetu kompetencí, v nedostatečné komunikaci a v nedostatku času věnovanému sestrám a pacientům. Sestry z interních oborů spatřují*

největší problém v nadměrných, opakujících se ordinacích, ve spolupráci zejména s mladými lékaři a v komunikaci s nimi.

Z výzkumné otázky 4, vztahující se k cíli 3, vyplynula odpověď 4: Ošetrovatelský management řeší problémové situace ve spolupráci sester a lékařů nejčastěji vzájemným rozhovorem, vzájemnou diskusí a hledáním společného řešení.

Závěrem této práce lze konstatovat, že cíle práce byly naplněny a na výzkumné otázky diplomové práce bylo odpovězeno. V průběhu šetření vyvstala řada podnětů, které mohou být předmětem dalšího zkoumání:

- Spolupráce sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu je intenzivnější u sester z interních oborů.*
- Lékaři v interních oborech akceptují a uznávají ošetrovatelský proces.*
- Častým problémem ve spolupráci sester a lékařů je delegace nekompetentních úkolů na sestry.*
- Problematická spolupráce a komunikace z pohledu ošetrovatelského managementu je zejména s mladými lékaři.*
- Postoj lékařů k sestrám se změnil v souvislosti s vyššími kompetencemi sester.*
- Lékaři upřednostňují praktické dovednosti a zkušenosti sester před kontinuálním vzděláváním.*
- V rámci interpersonálních vztahů mezi sestrou a lékařem převládá dominantní postavení lékaře.*
- Předpokladem úspěšné spolupráce mezi sestrou a lékařem je efektivní komunikace.*

Výsledky práce bude možné poskytnout zdravotnickému zařízení, ve kterém byl výzkum realizován. Navrhovali bychom možnost zamýšlení se nad zlepšením vzájemné spolupráce již při studiu lékařů i sester, zavést opatření ke zlepšení spolupráce sester a lékařů například pořádáním společných seminářů nebo kulturních akcí. Bylo by třeba zvýšit povědomí lékařů o ošetrovatelském procesu a celkovém postavení sester v moderním ošetrovatelství. A především bude nutné zvýšit povědomí nejen lékařů, ale i samotných sester o jejich kompetencích. Za vhodné považujeme i nadále realizovat další výzkumy, týkající se této problematiky.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1194-4.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. roč. 17, č. 3, 2007. 14 – 17 s. ISSN 1210 – 0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. Vztah sestry - lékař. *Sestra*. roč. 14, č. 2, 2004. 11 s. ISSN 1210-0404.
4. BÁRTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. České Budějovice: 2007, roč. 9, č. 2, s. 254-259. ISSN 1212-4117.
5. BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M. Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři. *Kontakt*. České Budějovice: 2010, roč. 12, č. 1, s. 7-19. ISSN 1212-4117.
6. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*. České Budějovice: 2010, roč. 12, č. 1, s. 20-33. ISSN 1212-4117.
7. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
9. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd.Praha: Grada, 2003. 320s. ISBN 80-247-0267-3.
10. GRUN, A. *Pracovat i žít. Napětí mezi profesním i osobním životem*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. 127s. ISBN 80-7195-039-4.
11. HALÍK, J. *Vedení a řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2475-1.
12. HAYES, N. *Psychologie týmové práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 192 s. ISBN 80- 7178-983-6.
13. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
14. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

15. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
16. JÁCHYMOVÁ, A., SVATOŠOVÁ, Z. Vrchní sestry-velmi cenný management. *Zdravotnické noviny*, roč. 55, č. 17, 2006. 28-29s. ISSN 0044 – 1996.
17. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
18. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
19. KHELEROVÁ, V. *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1677-1.
20. KILÍKOVÁ, M. JAKUŠOVÁ, V. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2008. 146 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.
22. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
23. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.161 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
24. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1764-6.
25. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 0-1304-5529-6.
26. KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vyd. Praha: Slon, 2006. 142 s. ISBN 80-86429-57-1.
27. LEPIEŠOVÁ, E. *Manažment v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1996. 145 s. ISBN 80-217-0352-0.
28. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
29. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

30. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.
31. PAVLICOVÁ, J. a kol. *České ošetřovatelství 2. Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
32. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1. Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
33. PREKOP, J. *Empatie. Vcítění v každodenním životě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0672-5.
34. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-312-9.
35. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3. Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
36. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4. Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
37. STAŇKOVÁ, M. *Sestra reprezentant profese. Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s. 80-7013-368.
38. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
39. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.
40. ŠTĚPANIK, Š. *Umění jednat s lidmi 2. Komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0844-2.
41. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 147 s. ISBN 92-890-1312-5.
42. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
43. TREŠLOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S. Faktory ovlivňující profesní vztahy. *In Ošetřovatelství 21. století v procese změn III*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, 2009, s. 326-331. ISBN 978-80-8094-554-1.

44. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
45. VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
46. VITOŠOVÁ, M. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra*. Praha: 2007. roč. 17, č. 5, s. 22. ISSN 1210-0404.
47. WHO. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2)*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
48. Vyhláška č. 424, kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (*Autorský zákon*), Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096- 8099.
49. Věstník MZ ČR *Koncepce ošetrovatelství (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČR, č. 9, 2004. s. 2-6.
50. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních v praxi. In: *Zdravotnické noviny*, 2007, roč. 56, č. 7, s. 22-23. ISSN 0044-1996.
51. Zákon č. 96 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 (*Autorský zákon*), Sbírka zákonů MZ ČR, č. 30, 2004. s. 1452-1479.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetrovatelství

Ošetrovatelský proces

Management

Sestra

Lékař

Spolupráce

Kompetence

Vzdělávání

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Rámcové otázky k nestandardizovanému polostrukturovanému rozhovoru pro vrchní a staniční sestry z interních a chirurgických oborů

Příloha 2 - Úsek ošetrovatelské péče

Příloha 3 - Pyramida úrovně managementu

Příloha 1

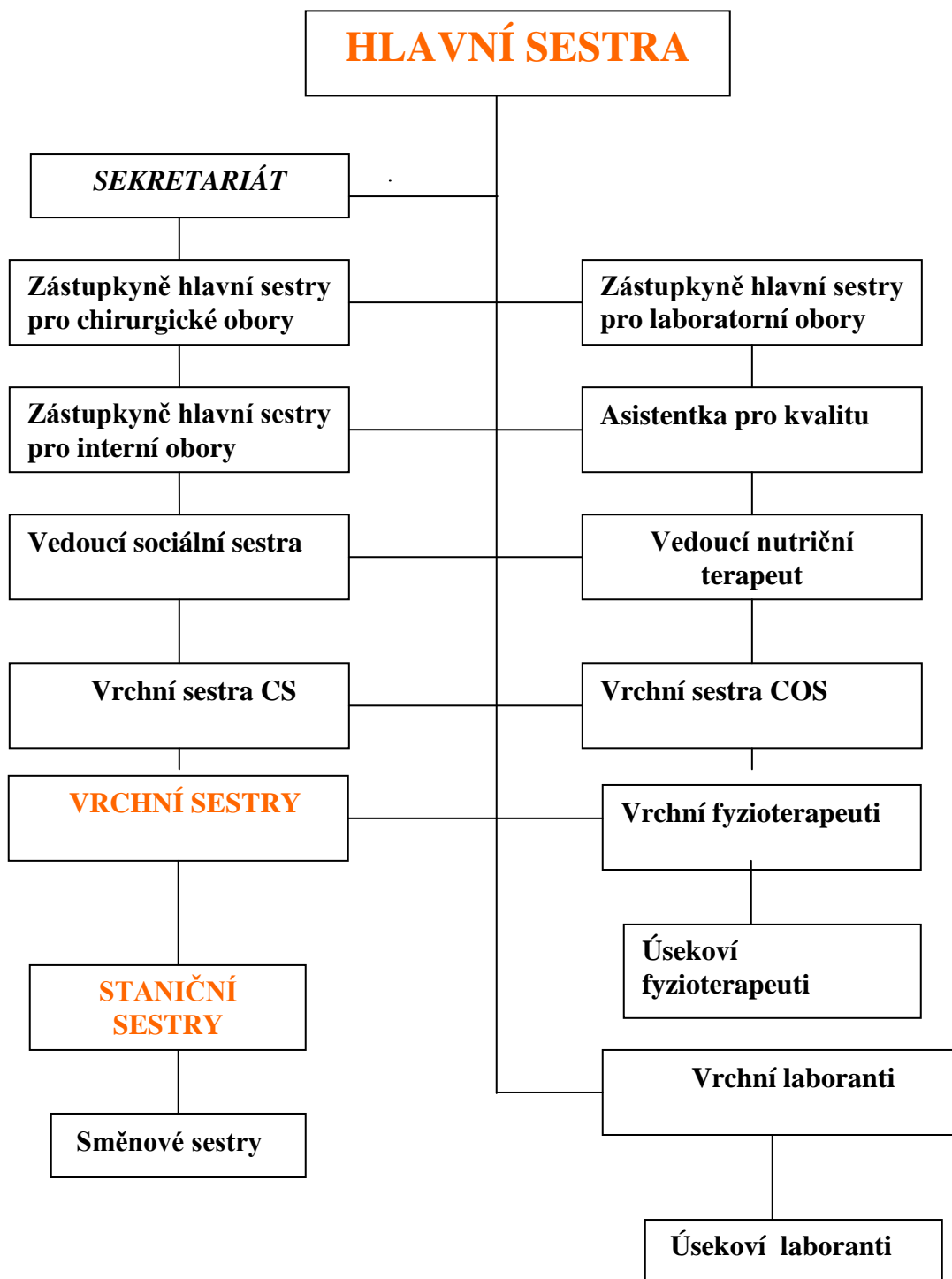
RÁMCOVÉ OTÁZKY K NESTANDARDIZOVANÉMU POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU PRO VRCHNÍ A STANIČNÍ SESTRY Z INTERNÍCH A CHIRURGICKÝCH OBORŮ

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetřovatelství?
3. Kolik let vykonáváte toto povolání?
4. Jakou funkci vykonáváte?
5. Jak vnímáte spolupráci s lékaři na oddělení z Vašeho pohledu?
6. Jaká pozitiva vidíte ve spolupráci s lékaři na Vašem oddělení?
7. Jaké problémy spatřujete ve spolupráci s lékaři na Vašem oddělení?
8. Jakým způsobem vzniklou situaci řešíte?
9. Jaké způsoby řešení situace navrhnou sami lékaři?
10. Změnil se postoj lékařů za dobu Vašeho působení v praxi v jednotlivých oborech?
11. Jakým způsobem odebíráte od nemocných na Vašem oddělení anamnézu?
12. Jakým způsobem poskytnete péči nemocným na Vašem oddělení?
13. Jaký postoj zaujímají lékaři k ošetřovatelskému procesu na Vašem oddělení?
14. Jak se staví lékaři na Vašem oddělení k ošetřovatelskému procesu?

15. Jak se staví lékaři na Vašem oddělení k poskytované ošetrovatelské péči?
16. Kdy s Vámi lékaři nejvíce spolupracují v rámci ošetrovatelského procesu?
17. Nahlíží a sledují lékaři na Vašem oddělení ošetrovatelskou dokumentaci?
18. Jaký postoj zaujímají lékaři na Vašem oddělení na celoživotní vzdělávání sester v oboru ošetrovatelství?
19. Jak hodnotíte interpersonální vztahy s lékaři na Vašem oddělení?
20. Co si myslíte, že by bylo ideální změnit ve spolupráci s lékaři z Vašeho pohledu?

Příloha 2

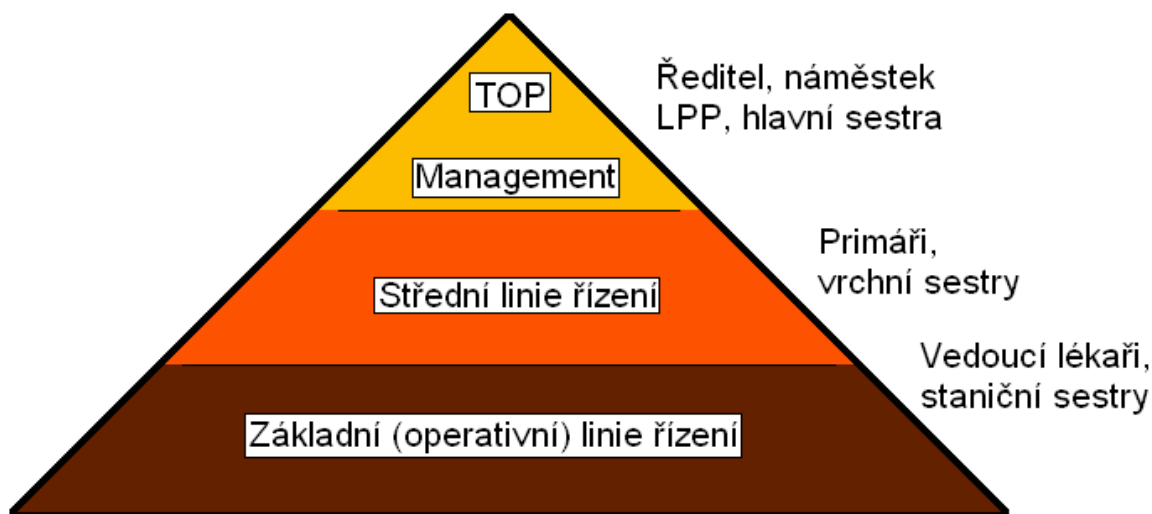
ÚSEK OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – ukázka struktury



Zdroj: KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.

Příloha 3

MANAŽERSKÁ PYRAMIDA



Top management (ředitelé, náměstci, **hlavní sestry**) jsou pracovníci, kteří se nacházejí na špičce řídicí pyramidy a kteří se zaměřují na takové úkoly, jako jsou strategické, dlouhodobé plánování, organizování celé struktury organizace, obsazování nejvyšších míst ve struktuře, plánování motivačních programů.

Střední linie řízení (primáři, **vrchní sestry**) musí řešit některé koncepční plány, těžiště jejich práce je však sestavování spíše krátkodobých plánů, v organizování jim podřízených úseků, provádění motivačních programů, stanovení konkrétních cílů.

Vývoj úlohy managementu v ošetrovatelství – rovina středního managementu byla podstatně zeštíhlena (často se slučuje funkce vrchní sestry se staniční) a strategická rovina je přímo zodpovědná za mnoho jednotek v síti.

Operativní linie řízení (vedoucí lékaři, **staniční sestry**) vykonávají činnosti, které vyplývají z řešení každodenních problémů, krátkodobě plánují, např. zajišťují zapracování nových absolventek.

Zdroj: KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2006.

137 s. ISBN 80-7040-852-9.