

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Veronika Halamová, DiS.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

SPOLUPRÁCE SESTER A LÉKAŘŮ V INTENZIVNÍ PÉČI

Bakalářská práce

Mgr. František Dolák

Veronika Halamová, DiS.

2012

Abstrakt

Jako téma bakalářské práce jsme zvolili problematiku spolupráce sester a lékařů na jednotce intenzivní péče. Práce ve zdravotnictví není práce pro jednotlivce. Jedná se o týmovou spolupráci, kde každý člen týmu má svoje povinnosti, ale také práva a pravomoci. Sestry chtějí, aby byli v péči o klienty rovnocennými partnery, což se zatím na mnoha místech nedaří. Pro většinu lékařů je sestra stále ještě pomocnice, která pouze vykonává lékařské ordinace a její vlastní práce je považována za podřadnou a nedůležitou. Toto téma jsem si vybrala také z osobních důvodů, protože na pracovišti, kde pracuji, se bohužel setkávám se stejným postojem lékařů, o kterém jsem se zmiňovala výše. Pro sběr dat byla zvolena technika dotazníku. Byly vypracovány dotazníky jednak pro sestry a také pro lékaře, aby měly možnost se vyjádřit obě strany. Dotazník pro sestry obsahoval 25 položek. Pro lékaře byl vytvořen podobný dotazník, který obsahoval 19 položek. Dotazníky byly pro obě skupiny respondentů dobrovolné a anonymní. Výzkum probíhal v Nemocnici Na Homolce na jednotkách intenzivní péče s chirurgickým zaměřením. Byly zvoleny 3 hypotézy. První z nich byla, že lékaři a sestry na JIP spolupracují. K této hypotéze se vztahovalo více otázek z dotazníku. Jednalo se o různé oblasti spolupráce a hypotéza byla potvrzena. Druhá hypotéza se vztahovala ke vzdělání sester. Předpokládala jsem, že sestry s vysokoškolským vzděláním jsou z pohledu lékařů vnímány jako rovnocenní partneři. Tato hypotéza byla zamítnuta. Zjistila jsem, že pro lékaře není rozhodujícím kritériem pro spolupráci výše vzdělání, ale praktické dovednosti sestry. Třetí hypotéza se týkala kompetencí sester. Předpokládala jsem, že sestry na JIP provádějí výkony v rámci svých kompetencí. Tato hypotéza byla zamítnuta, protože 85,85 % sester souhlasí s tím, že lékaři vyžadují výkony, které nejsou plně v sesterských kompetencích. Druhým cílem bylo zjistit oblasti, ve kterých mohou vznikat problémy. Z šetření vyplynulo, že jde v podstatě o problémy ve slušném chování a to u obou skupin – jak u sester, tak u lékařů.

Abstrakt v anglickém jazyce

An issue of cooperation of nurses with doctors at an intensive care unit has been chosen as the theme of my Bachelor Thesis. Work in a health care branch is a team work, where each member of a team has its own duties, but also rights and powers. Nurses want to be equal partners in care for clients, what has not been attained yet at many places. For majority of physicians a nurse remains to be a helper who only performs their orders and her work is considered lower-ranking and unimportant. I have chosen the issue also for personal reasons, as at my work place I unfortunately encounter the attitude of physicians mentioned above. Data were collected by means of a questionnaire. Different questionnaires were prepared for nurses and for physicians, so that both sides are given an opportunity to express itself. The questionnaire for nurses contained 25 items, the questionnaire for physicians was similar and contained 19 items. The questionnaires were voluntary and anonymous for both groups of respondents. The research took place at the Na Homolce Hospital at intensive care units with focus on surgery. Three presumptions were chosen. The first one was that physicians and nurses at the Intensive Care Unit (ICU) cooperate. Several questions of the questionnaire related to this presumption. Several fields of cooperation were involved and the presumption was confirmed. The second presumption related to education of nurses. I presumed that nurses with university level education are perceived by physicians as equal partners. This presumption was rejected. I found out that the decisive criteria of physicians for cooperation is not a level of education, but practical skills of nurses. The third presumption related to professional competence of nurses. I presumed that nurses at the ICU perform their tasks according to their competences. This presumption was rejected, as 85.85% of nurses agree that physicians require performances that are not fully in the nurses' competencies. The second task was to ascertain areas of potential problems. It follows from the research that problems related to decent behavior are involved in both the group of nurses and the group of physicians.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Spolupráce sester a lékařů v intenzivní péči jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě / v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Praze 3. 5. 2012

Podpis.....

Poděkování

Velice děkuji Mgr. Františkovi Dolákovi za jeho cenné rady a pomoc při vedení méjí bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině a kolegům v zaměstnání za trpělivost. A v neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se mnou spolupracovali při vyplňování dotazníku.

Obsah

ÚVOD.....	3
1. Současný stav	5
1.1 Jednotka intenzivní péče	5
1.1.1 Definice JIP.....	5
1.1.2 Rozdělení jednotek intenzivní péče	6
1.1.3 Specifika práce sester na JIP	6
1.2 Sestra.....	8
1.2.1 Stručná historie vývoje role sester	8
1.2.2 Definice povolání a funkce sestry	9
1.2.3 Role sestry	13
1.3 Mezilidské vztahy na pracovišti	15
1.3.1 Tým a týmová spolupráce	16
1.3.2 Koncepce týmu	17
1.3.3 Problémové chování v týmu	19
1.4 Vztah sestra–lékař.....	20
1.4.1 Vztah sestra – žena lékařka.....	22
1.4.2 Vztah sestra–lékař a eticky sporné situace	23
1.4.3 Vztah sestra–lékař a konfliktní situace.....	23
1.4.4 Vztah sestra–lékař a nevhodné chování	24
1.4.5 Vztah sestra–lékař a kvalita lékařské a ošetrovatelské péče.....	25
2. Cíl práce a hypotézy	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Hypotézy	26
3. Metodika	27
3.1 Metodika práce	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
4. Výsledky	28
4.1 Výsledky sestry.....	28
4.2 Výsledky lékaři.....	44
5. Diskuse.....	63
6. Závěr.....	70
7. Seznam použitých zdrojů.....	72
8. Klíčová slova.....	76
9. Přílohy.....	77

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsme zvolili problematiku spolupráce sester a lékařů na jednotce intenzivní péče. Role sestry prodělala v průběhu vývoje profesionálního ošetřovatelství složitý vývoj a stále se ještě mění. Nejprve se vyvíjelo tzv. „charitativní ošetřovatelství“, kdy roli sestry zastávaly příslušnice církevních řádů, pro které bylo ošetřování nemocných posláním, až po vznik profesionálního ošetřovatelství, kdy sestry získávají stále větší kompetence. Pro české sestry nastal čas změny až v 90. letech, kdy dochází ke změně politické situace a sestry mají možnost získávat informace a zkušenosti ze západních zemí. Samozřejmě tím ale také dochází ke zvyšování nároků na vzdělání dovednosti sester, a proto je nutná změna ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. Je snaha o to, aby sesterská činnost byla nezávislá na lékaři a sestra a lékař fungovali jako tým.

Také došlo ke značnému posunu ve vztahu sestra versus lékař. Z počátku byla sestra pouze vykonavatelka lékařových ordinací, aniž by měla nějaké samostatné kompetence. Byla považována za pomocnici a také toto „povolání“ bylo velice podprůměrně hodnoceno. Je snaha o to, aby sesterská činnost byla nezávislá na lékaři a sestra a lékař fungovali jako tým.

V roce 2004 byla schválena upravená verze Koncepce českého ošetřovatelství, kde je jasně definován obor ošetřovatelství, jeho cíle, pracovníci ve zdravotnictví a také předmět zájmu ošetřovatelství jako vědní disciplíny.

Práce ve zdravotnictví není práce pro jednotlivce. Jedná se o týmovou spolupráci, kde každý člen týmu má svoje povinnosti, ale také práva a pravomoci. Sestry chtějí, aby byly rovnocennými partnery v péči o klienty, což se zatím na mnoha místech nedaří. Pro většinu lékařů je sestra stále ještě pomocnice, která pouze vykonává lékařské ordinace a jejich vlastní práce je považována za podřadnou a nedůležitou. Toto téma jsem si zvolila také z osobních důvodů, protože na pracovišti kde pracuji, se bohužel setkávám se stejným postojem lékařů, o kterém jsem se zmiňovala výše. Sestra je považována za nepřemýšlející bytost, která nemá právo na svůj vlastní názor. V každém

případě jsem ale chtěla dát možnost oběma stranám se k tomuto problému vyjádřit.
Proto jsem zvolila dotazníky jednak pro sestry a také pro lékaře.

1. Současný stav

1.1 Jednotka intenzivní péče

1.1.1 Definice JIP

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) je specializované oddělení nemocnice, kde je poskytována intenzivní zdravotnická péče. Je poskytována pacientům, kteří jsou v přímém ohrožení života z důvodu rizika selhání životních funkcí. Proto je nutné tyto pacienty intenzivně sledovat a intenzivně o ně pečovat. V současné době je přítomnost jednotek intenzivní péče pro většinu zdravotnických zařízení naprosto nepostradatelná.

Intenzivní péče je taková specifická zdravotní péče, která je poskytována vážně nemocným pacientům, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí nebo jim selhává jedna nebo i více životně důležitých orgánových funkcí. Péče o tyto pacienty zahrnuje intenzivní léčebné a diagnostické postupy, ošetřování, monitorování životních funkcí, případně jejich podporu. A to například napojením pacienta na ventilátor nebo na hemodialyzační přístroj apod. Tato péče je poskytována po dobu nezbytně nutnou k provedení vyšetření a ošetření, nebo po dobu, po kterou lze očekávat náhlou změnu stability zdravotního stavu. Délka intenzivní péče může být krátkodobá, počítaná na dny, nebo dlouhodobá, která trvá týdny a déle.

Jednotky intenzivní péče dělíme na:

1. Jednotky intenzivní péče I. stupně (nižší), které mají převahu monitorovacích funkcí. Na tomto typu JIP je zajištěno kontinuální monitorování, je zde poskytována zvýšená sesterská péče, je zde možnost okamžité resuscitace a také režim krátkodobé ventilace (do 24 hodin).
2. Jednotky intenzivní péče II. stupně (vyšší, resuscitační) s převahou funkce léčby orgánových selhání. Kromě základního monitorování je zde zajištěno i invazivní monitorování, měření srdečního výdeje nebo dlouhodobá plicní ventilace. Péči

zajišťuje stabilní lékařský tým nebo je vždy dostupný lékař. Na této jednotce je poskytována zvýšená sesterská péče.

3. Jednotky intenzivní péče III. stupně (nejvyšší), které jsou charakteristické poskytováním celého spektra intenzivní péče a to se zaměřením na kritické stavy různých etiologií. Jsou zde trvale dostupní specialisté, kteří se starají o kontinuitu péče po celých 24 hodin. Na těchto jednotkách je také kontinuální přístup ke komplexním vyšetřením, zobrazovací technice a také jsou rychle dostupné pro specialisty z jiných oborů.

Toto rozdělení je uzákoněno dle platné vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů. (29,31)

1.1.2 Rozdělení jednotek intenzivní péče

Mezi odborníky stále ještě není zcela jasné, jaké rozdělení JIP je nejvýhodnější. Diskutuje se o možnosti integrovaných JIP, kde je zajišťována péče o pacienty různých oborů, nebo o tzv. oborové JIP, kam jsou umisťováni pacienti dle klinického oboru a pak vysoce specializované JIP, kam jsou přijímáni pacienti podle stanovené diagnózy. K tomu, aby byl zvolen správný a nejvýhodnější typ jednotky, je nutné zvážit velikost nemocnice, personální obsazení a také počet nemocných. Výhodným řešením je multioborová jednotka intenzivní péče, kde je poskytována péče širokému spektru nemocných. Výhodou této jednotky je centralizace přístrojové techniky a také limitovaný objem standardizovaných postupů reakce na symptomy, které vyžadují rychlé rozhodování a jednání. Nevýhodou je pak to, že zodpovědnost za pacienta má více lékařů specialistů. (29, 31)

1.1.3 Specifika práce sester na JIP

Práce sester na JIP je velmi specifická. Na sestry jsou kladeny vysoké nároky a to jak psychické, tak i fyzické. Jsou nuceny pracovat s přístrojovou technikou, což není

zrovna jednoduché a určitě to vyžaduje profesní znalosti. Jedná se o ventilátory, infuzní pumpy, infuzní dávkovače, dialyzační přístroje, kardiostimulátory, defibrilátory atd.

Počet sester na JIP se liší dle typu jednotky. U těžce nemocných a imobilních pacientů, kteří jsou trvale napojeni např. na umělou plicní ventilaci, je vždy jedna sestra na jednoho pacienta. To ale není ve všech nemocnicích stejné. Pokud je provedena kalkulace personálu, stává se, že je počet vyhodnocen jako „nadbytečný“, což je ale pouze relativní a statistické. Sestry, které jsou zaměstnány na JIP jsou mnohem více ohroženy vznikem tzv. syndromu vyhoření. Jejich práce je velice náročná a ne vždy dostatečně oceněna. Sestry mají povinnost se neustále sebevzdělávat, navštěvují specializační kurzy a také jsou častěji školeny v oblasti první pomoci a kardiopulmonální resuscitace. (29,31)

Činnosti sester jsou definovány ve vyhlášce 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Sestry na JIP vykonávají specializovanou péči, která je výše jmenované vyhlášce definována v §2 jako: *„specializovaná ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péči se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kdy se nepředpokládá resuscitace.“* (29, 2011)

Dále je na jednotkách intenzivní péče poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče, která je ve vyhlášce 55/2011 Sb. popsána jako: *„vysoce specializovaná péče podle písmene a) poskytována pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí.“* (29, 2011)

1.2 Sestra

1.2.1 Stručná historie vývoje role sester

Role sestry prodělala v průběhu vývoje profesionálního ošetrovatelství složitý vývoj a stále se ještě mění. Nejprve se vyvíjelo tzv. „charitativní ošetrovatelství“. Role žen ve společnosti a v rodině byla více méně stejná. Posláním ženy byla péče o manžela, děti a domácnost. Z toho také vycházelo povolání sestry. Základem byla opět péče o potřebné a toto „povolání“ se jevilo jako jedna z poměrně nejvýhodnějších cest k osamostatnění žen. V této době již sice existovaly pečovatelky, většinou z řad řádových sester, ale podmínky, které pro ně byly vytvořeny, nebyly pro „civilní“ ošetrovatelky a pečovatelky přijatelné. Proto bylo nutné, aby se změnily podmínky pro poskytování péče. Rozvoj ošetrovatelství je také spojen s emancipací žen, které odmítají být ženami v domácnosti a také chtějí pracovat. Tuto úzkou souvislost vzniku povolání sestry a emancipačním hnutím dokládá také skutečnost, že v našich podmínkách zorganizoval první ošetrovatelský kurz Ženský výrobní spolek v Praze. Hlavní změny pak nastaly v 19. století v období Krymské války. V této době vznikla potřeba odborně vzdělaných žen, které by pečovaly o nemocné a raněné. Dříve ve válkách tuto péči poskytovali muži. Základy profesionálního ošetrovatelství položila Florence Nightingalová. Ta svoje zkušenosti získala na studiích v Evropě a roku 1860 založila první ošetrovatelskou školu v Londýně. Tímto začíná vzdělávání sester a jejich začlenění do ošetrovatelského týmu. Školy vznikaly poměrně pozdě a jejich provozovateli byly nemocnice, Červený kříž a také církve. Kapacita ale nestačila pokrýt potřebu sester v nemocnicích, a proto byly mnohé sestry zaškoleny až v nemocnici při pracovním procesu. V této době také vzniká názor lékařů, že není potřeba sestry odborně připravovat a že stačí, aby byla sestra schopna plnit pouze příkazy a ordinace lékaře. Ženy také začínají získávat větší vliv a postavení ve společnosti. To bylo umožněno zpřístupněním studia medicíny i ženám. To pak znamenalo ztrátu podřízenosti ženy v ošetrovatelském týmu. Na území Čech se o rozvoj ošetrovatelství zasloužily hlavně členky Ženského výrobního spolku, které založily na našem území první ošetrovatelskou školu. Byly to Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Škola

probíhala za spolupráce a podpory Spolku českých lékařů. Role sestry byla velmi ovlivněna tím, že se medicína zabývala hlavně biologickými potřebami nemocného, který byl považován za pasivního příjemce péče. Proto byly sestry vzdělávány především v praktických činnostech. (7, 17)

Velkou nevýhodou v dalším rozvoji ošetrovatelství byla politická situace v republice, která tehdejší Československo izolovala od západních zemí, kde ale rozvoj pokračoval. Ošetrovatelství se začalo zaměřovat i na další potřeby nemocného a nespočívalo jen v saturaci biologických potřeb. Pro české sestry nastal čas změny až v 90. letech, kdy dochází ke změně politické situace a sestry mají možnost získávat informace a zkušenosti ze západních zemí. Samozřejmě tím ale také dochází ke zvyšování nároků na vzdělání dovednosti sester, a proto je nutná změna ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. Je snaha o to, aby sesterská činnost byla nezávislá na lékaři a sestra a lékař fungovali jako tým. V roce 2004 byla schválena upravená verze Koncepce českého ošetrovatelství, kde je jasně definován obor ošetrovatelství, jeho cíle, dále pracovníci ve zdravotnictví a také předmět zájmu ošetrovatelství jako vědní disciplíny. (17, 28)

1.2.2 Definice povolání a funkce sestry

„Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“ (32,§5, odstavec 3)

Činnost zdravotních sester, které odpovídají za všeobecnou ošetrovatelskou péči, zahrnuje: péči o děti, dospívající, dospělé, staré lidi při akutních a chronických poruchách zdraví, při somatických a psychických potížích, přičemž péče je poskytována v nemocnici nebo mimo ni. Tyto sestry musejí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí, s přihlédnutím k psychologickým, sociálním, ekonomickým a kulturním odlišnostem způsobu života postižených osob. Při provádění těchto činností uplatňuje všeobecná sestra ošetrovatelský proces. Z hlediska výkonu

činností všeobecné sestry rozlišujeme funkci autonomní, kooperativní, výzkumnou a vývojovou v oblasti ošetrovatelské, plánovací, koordinační a řídicí. Autonomní funkce znamená, že se sestra zabývá podporou zdraví, prevencí vzniku onemocnění, poskytováním informací, zdravotní výchovou. V neposlední řadě se také podílí na podpoře a provázení osob v krizových situacích. Tuto funkci můžeme označit jako soubor činností, které provádí všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace, ale v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Při své práci využívá metodu ošetrovatelského procesu, při němž začleňuje do ošetrovatelského týmu i ostatní zdravotnické odborníky, klienta a jeho rodinu. Náplň práce sestry v této oblasti je zaměřena především na uspokojování potřeb klienta. Sestra diagnostikuje ošetrovatelské problémy v oblasti lidských potřeb klienta, užívá ošetrovatelskou terminologii a diagnostické pojmy, tvoří plány ošetrovatelské péče, stanovuje ošetrovatelské intervence, které vyplývají z předchozí ošetrovatelské diagnostiky, vede o realizované péči denní záznamy a vypracovává propouštěcí ošetrovatelské zprávy. Dále se také věnuje prevenci vzniku ošetrovatelských problémů, onemocnění a deficitu zdraví u svého klienta a samozřejmě poskytuje klientovi a jeho rodině informace, které jsou v rámci jejich kompetencí. Sestra také podporuje a doprovází klienta a jeho rodinu v kritických situacích a při změně zdraví klienta dopomáhá rodině se na tento stav dostatečně adaptovat. Kooperativní funkce popisuje společnou činnost několika osob nebo skupin, která je zaměřená k dosažení stejného cíle. Zahrnuje činnosti vztahující se k udržení a obnovení zdraví, poskytování informací, kontaktování a spolupráce s dalšími členy zdravotnického týmu při plánování, poskytování, rozvoji, koordinaci a hodnocení ošetrovatelské péče a také plnění závislých činností v práci všeobecné sestry, které provádí vždy na základě indikace lékaře. Sestra tedy spolupracuje na opatřeních zdravotnického týmu ve prospěch zdraví klienta. Tato funkce také zahrnuje účelnou komunikaci a spolupráci ve zdravotnickém týmu. Sestra by měla respektovat role profesionálů interdisciplinárního a multidisciplinárního týmu, ale také role vlastních ošetrovatelských kompetencí. Samozřejmě nemůžeme vynechat ani spolupráci s rodinou a blízkými každého klienta. Výzkum a vývoj v oblasti ošetrovatelství má základnu soustředěnou především na univerzitách, ve výzkumných ústavech,

vzdělávacích institucích, zdravotnických a sociálních zařízeních. Sestry se seznamují se základy výzkumné práce. Cílem je získávat nové poznatky a inovovat styly a způsob práce v oblasti ošetřovatelství. K výsledkům výzkumu v ošetřovatelství můžeme zařadit nově vyvinuté ošetřovatelské postupy v různých oblastech. Sestra by měla být vedena k zájmu o svůj obor a to zahrnuje zájem odbornou literaturu a o spolupráci nebo i vedení rozvojových či výzkumných projektů. Dále by se měla podílet na tvorbě standardů ošetřovatelské péče a na vývoji formulářů důsledné ošetřovatelské dokumentace. S tím dále souvisí využívání poznatků z elektronických databází oboru ošetřovatelství, vývoj terminologie ošetřovatelství a využívání ošetřovatelství založeného na důkazech (based nursing). Výzkum v oblasti vzdělávání vytváří vzdělávací programy zaměřené na metodiku vědeckovýzkumné práce, která je kompatibilní se směrnicemi Evropské unie a také na tvorbu edukačních materiálů. Výzkum v oblasti řízení a managementu je zaměřen na pracovní postupy, a to zejména na hodnocení kvality péče, zátěž ošetřovatelského personálu, vztahy mezi jednotlivými pracovníky a jejich efektivnost. Výzkum umožňuje poskytovat vysoce kvalitní ošetřovatelskou péči založenou na důkazech. Další funkcí je plánování, koordinace a řízení. Uplatňuje se zpravidla v pozici všeobecné sestry, která řídí a koordinuje poskytovanou ošetřovatelskou péči u konkrétních klientů a ostatních členů zdravotnického týmu a to v mezích svých kompetencí. Je využívána mezioborová spolupráce. Koordinace a řízení nespadá jen do náplně staničních a vrchních sester. Koordinaci ošetřovatelských činností provádí i všeobecná sestra pracující samostatně bez odborného ohledu, která pracuje ve směnném provozu. Plán ošetřovatelské péče si sestra stanovuje po získání vstupních informací o klientovi, následně koordinuje plán ošetřovatelské péče, deleguje činnosti na další členy ošetřovatelského týmu a získané informace předává ostatním členům zdravotnického týmu. Do této funkce také patří řízení či účast v ošetřovatelském auditu a využívání informačních a komunikačních technologií. (21, 28)

V přístupu ke klientovi a v práci všeobecné sestry se uplatňují tyto 4 typy funkcí: (1) navzájem se prolínají, doplňují a navazují na sebe, (2) jsou závislé na prostředí a době, kdy je péče poskytována, (3) na zdravotním stavu u jednotlivce či

skupiny a (4) na zdrojích, které jsou k dispozici. Všechny tyto činnosti musí být plněny v souladu se zákony, etickými principy a profesními standardy, které platí pro zdravotní sestry odpovídající za všeobecnou ošetrovatelskou péči v členských státech Evropské unie. (21)

Proto, aby byly funkce a jasné kompetence sester uznány, bylo zapotřebí přijmout zákony a právní normy, které by tyto činnosti jasně definovaly. Jedná se o zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. V tomto zákoně jsou popsány podmínky pro získání odborné způsobilosti všeobecné sestry, které jsou ve shodě s podmínkami v Evropské unii. V roce 2011 proběhla novelizace a tento zákon je dále uváděn pod číslem 105/2011 Sb.

Další změny znamenala vyhláška č. 424/2004 Sb., která byla změněna novelou 401/2006 Sb., ve které jsou stanoveny činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tímto předpisem je tedy jasně stanoveno, které činnosti, jež všeobecná sestra vykonává, jsou v rámci jejích kompetencí. Činnosti jsou rozděleny na jednak na ty, které sestra vykonává bez odborného dohledu a také bez indikace lékaře, pouze v souladu se stanovenou diagnózou. Do této skupiny patří zejména vyhodnocování potřeb klienta, odsávání sekretů pacienta, nácvik sebeobsluhy, edukace pacienta a jeho rodiny, orientačně hodnotí sociální situaci, atd. Další činnosti jsou pak všeobecnou sestrou poskytovány na základě indikace lékaře. Jedná se o poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Tyto činnosti vykonává sama pod dohledem lékaře, nebo mu při nich asistuje. Jedná se tedy o podávání léčebných přípravků, katetrizaci močového měchýře u dívek a žen nad 10 let, provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly atd. Poslední skupinou činností jsou ty, které vykonává pouze pod odborným dohledem lékaře. Je to např. podávání krevních derivátů. (30, 28)

1.2.3 Role sestry

Současně s tím, jak dochází ke změně postavení pacientů, dochází také ke změně postavení všeobecných sester. Společenské změny umožňují nový pohled na role sestry a lékaře a to jak na jejich kvality, tak na profesní chování. Tím, jak se Česká republika přibližuje vyspělým evropským zemím, je na zdravotnický personál vyvíjen tlak, aby změnil již zaběhnuté zvyky.(4)

Podle zahraničních výzkumů vyplývá, že se role sestry dají rozdělit do 3 skupin. Jedná se o kolektivní orientaci, univerzalismus a také emocionální neutralitu. Pod pojmem kolektivní orientace rozumíme to, že sestra poskytuje péči každému, kdo ji potřebuje. Při poskytování péče pak neklade důraz na svoje potřeby a hodnoty, ale řídí se tím, co potřebuje ten daný klient. Toto je pro sestru samozřejmé, ale také to vyžaduje od každé z nich notnou dávku sebekontroly. Znamená to, že to co dělá, dělá nezištně, a hlavně s nutnou motivací. Dalším požadavkem je povinná mlčenlivost. Sestra je k tomuto vázána zákonem. O poskytované péči a také o problémech klienta mlčí. Je také důležité, aby byla schopná zajistit klientovi dostatek soukromí a také, dle holistického přístupu k pacientovi, individuální potřeby a podmínky. (12, 21)

Role, která by neměla být opomenuta, je odbornost. Sestra je odborník v tom, co dělá. K tomu se po celou dobu výkonu svého povolání vzdělává, a prohlubuje tak svoje znalosti a vědomosti, které pak uplatňuje v praxi. Další role je univerzalismus. Znamená to, že by sestra měla být schopná zaujmout svou roli vůči klientovi, aniž by brala ohled na svůj osobní postoj. Znamená to, že poskytuje stejnou péči těm, kteří jsou jí sympatičtí i těm, kteří ne. Tento stav můžeme nazvat odosobněním. Poslední role je emocionální neutralita. Od sestry se očekává, že bude svoje emoce kontrolovat. Její činnost často vyvolává značné emoce a také napětí. Zdrojem napětí může být právě snaha o kontrolu svých emocí, ale také nepředvídatelné situace, které se mohou stát v průběhu ošetřování klienta. Tím se ale sestře samozřejmě nezakazují emocionální prožitky, jde pouze o to, aby měla svoje prožitky pod kontrolou a aby prožitky

neovlivňovaly její soustředění a koncentraci na výkon. Tím, že je sestra emocionálně neutrální, zajišťuje také to, že nedochází ke konfliktům. (12)

Mastiliaková (2002) uvádí ještě další profesionální role sestry. Jedná se o roli ošetřovatelky, pomocnice, komunikátora (zprostředkovatelky), učitelky, poradkyně a obhájkyně práv pacienta.

Pokud bychom to shrnuli, role sestry vychází z hlavního poslání ošetřovatelství. To znamená poskytovat pomoc jednotlivcům, rodinám a skupinám při dosažení jejich fyzického, duševního a sociálního potenciálu a to v prostředí, ve kterém žijí a pracují. Role sestry je vnitřně konfliktní, protože jsou sice dány jasné postupy, normy a intervence, ale situace, ve kterých by měly být použity, jsou silně individuální a odlišné. Na základě toho tvoří role sestry funkčně odlišné činnosti. Jedná se o činnost ošetřovatelskou, instrumentální, poradenskou, edukativní, pečovatelskou, výchovnou, preventivní a také roli výchovnou a roli výchovy ke zdraví. Dále je to role administrativní, organizační a manažerská.

V současné době jsou na sestru kladeny čím dál tím vyšší nároky. Požaduje se, aby sestra byla zodpovědná, samostatná, dala by se říci emancipovaná. Dále je vyžadováno akademické vzdělání a je vyžadováno kontinuální vzdělávání se v oboru. Sestra by měla být důvěryhodná, měl by být člověk s vysokým morálním kreditem. Své poznatky by měla být schopná také uplatnit do praxe, postupy, které vykonává, by měla být schopná obhájit a zdůvodnit. Také je nutné, aby uměla pracovat v týmu, komunikovat a naslouchat, ale také pracovat samostatně. Nejvyšším kritériem realizace role je pak vlastní výkon. Je také rozdíl v tom, jak dlouho sestra své povolání vykonává. Proto je následující rozdělení. Sestra s praxí do 1 roku ještě nemá dostatečné znalosti v oblasti interpersonálních vztahů, aby mohly vést k efektivnímu využití v praxi. Je ještě ochotná přijmout konstruktivní kritiku. Rozeznává stresové situace a své chování udržuje v normě, která odpovídá její profesionální roli. Ale ne vždy rozezná situaci, kdy vznikají problémy a není vždy schopná přizpůsobit se změnám situace. Dále je to sestra od 1 do 3 let praxe. Tato sestra má stále ještě omezené znalosti a zkušenosti s efektivním jednáním a komunikací. Na běžný rutinní stres stále ještě reaguje sebekontrolou a vhodným chováním, které se od ní jako od sestry očekává. Nevýhodou

je ale to, že se izoluje a nezapojuje se do řešení problémů. Následuje sestra od 3 do 5 let praxe. Sestra s takto dlouhou praxí již rozumí některým problémům, se kterými se setkává na svém pracovišti a také se dokáže zapojit do interakce s problémovými osobami anebo do řešení problémových situací. Ve stresových situacích stále reaguje profesionálně a také dokáže usměrňovat komunikaci mezi členy zdravotnického týmu. Je nutné ale podotknout, že na této úrovni zůstávají některé sestry po celou dobu výkonu své práce. Následuje sestra, jejíž praxe je do 5 let (středně pokročilá). Tato sestra prokazuje znalosti jak v práci s pacienty, tak se spolupracovníky a její komunikace je efektivní. Díky svým profesionálním komunikačním schopnostem působí profesionálně a taktně. Také dokáže zabránit vzniku krize a stresových situací. Z tohoto důvodu vzbuzuje respekt a to jak u kolegyň, tak u pacientů. A konečně sestra s praxí nad 5 let (expert). Pouze málo sester dosáhne této úrovně. Do této kategorie patří sestra, která má detailní znalosti a dovednosti v ošetrovatelských postupech. Je schopná vést kolektiv a převzít za ostatní odpovědnost a to i ve velmi vypjatých stresových situacích nebo při jednání s konfliktními osobami. Velice efektivně komunikuje, proto bývá využívána při řešení komunikačních problémů. Dokáže velmi dobře rozeznat potenciální stresory, a tak může zabránit rozvoji stresové reakce (12, 21)

1.3 Mezilidské vztahy na pracovišti

Vztahy mezi sestrami a lékaři jsou v posledních letech středem zájmu. Dochází k tomu, že se mění společenské postavení lékařů a všeobecných sester. Zatímco sestry získávají více kompetencí, lékaři své výsadní postavení ztrácejí. To by mohlo být příčinou nesvárů mezi oběma tábory, ale dosud neproběhl výzkum, který by to potvrdil, nebo vyvrátil.(4)

Problematika vztahů na pracovišti je celosvětově sledovaným problémem, a to zejména vztahů mezi sestrami a lékaři. Protože dobrá spolupráce je významným a důležitým aspektem atmosféry na pracovišti. Je totiž důležité, aby vztahy na pracovišti fungovaly, protože mají vliv nejen na spokojenost pracovníků, ale také na jejich pracovní výkon. (2)

Pro dobrou spolupráci na pracovišti je nezbytné, aby byly v pořádku nejen vztahy mezi sestrou a pacientem a mezi sestrami navzájem, ale také mezi sestrou a lékařem. Pokud dochází ke konfliktům mezi spolupracovníky na pracovišti, tak vzniká nepříjemná atmosféra, která značně ztěžuje práci. Je logické, že na každém pracovišti existují vztahy formální a také neformální. Pokud se zaměříme na ty formální, vznikají za účelem plnění úkolu na daném pracovišti. Lidé jsou spojeni na pracovišti společným úkolem a cílem. Jsou značně ovlivněni svou pracovní náplní a také funkcí, kterou na daném pracovišti zastávají. Co se týká neformálních skupin, vznikají v každém kolektivu. Pro člověka je důležité, aby měl pocit, že někam patří. Proto se na pracovišti neformální skupiny vytvářejí. Lidé mají pocit blízkosti těch ostatních. Může je spojoval věk, děti, stejné bydliště nebo třeba účast na společném školení. Je proto zcela přirozené, že lidé se na pracovišti rozdělí na malé neformální skupinky a také je jasné, že se skupiny do jisté míry separují. Distancování se od „těch ostatních“ je zcela přirozené a běžně se vyskytuje. Záleží potom na vedení takového kolektivu, jak ho dokáže stmelovat a zabránit tomu, aby se skupiny separovaly. Může se totiž stát, že to přeroste únosnou míru a do značné míry naruší mezilidské vztahy, a tím se sníží i výkonnost pracovníků. Kolektiv se pak dostává do situace, že si spolupracovníci sdělují jen nutné informace v rámci pracovního procesu. V takovém kolektivu vzniká prostor pro domněnky, pomluvy a neúmyslné zkreslování situací. Jde o běžné lidské vlastnosti. Vznikají intriky a dochází k tomu, že někteří pracovníci mají přímé informace a k některým se dostávají tzv. z druhé ruky, a nejsou proto až tak přesné. Proto se jedna skupina cítí jistě a samozřejmě to dává patřičně najevo a ti ostatní mají pocit křivdy a do jisté míry i diskriminace. Vyrůstají vzájemné antipatie, a tím i neochota ke spolupráci.(23, 18)

1.3.1 Tým a týmová spolupráce

Z definice týmu vyplývá, že tým jsou tři a více osob, které vzájemně spolupracují. Chtějí dosáhnout společného cíle. V této skupině jsou dodržována nepsaná, více či méně formální pravidla. Ta jsou dodržována dobrovolně a z vlastní vůle.(18)

Práce v týmu je pro člověka přirozená. Je mnohem efektivnější, povzbuzuje pracovníky k profesionalitě a hlavně k zodpovědnosti za svoji práci.(23, 15)

Ve zdravotnictví je týmová spolupráce nezbytně nutná. Cílem celého týmu je poskytnout co možná nejlepší péči nemocnému. Tým ve zdravotnickém zařízení je tvořen skupinou pracovníků, kteří mají rozdílnou kvalifikaci a také specializaci. Je nutná rovnováha mezi lékařskou a ošetrovatelskou péčí, pak je spolupráce efektivnější. Veškerá snaha by měla vést ke společnému cíli a to je spokojený klient. Jedna profese se neobejde bez druhé, proto je velice důležité, aby spolupracovaly. (22)

Bohužel na všech pracovištích to neplatí a sestry nebývají do pracovního týmu plně začleněny. K takovému chování je třeba oba tábory motivovat. K týmové práci je nutné motivovat i management. Pro týmovou práci je charakteristické, že úkoly jednotlivých členů jsou vzájemně provázány a navazují na sebe. Práce jednoho člena nemůže tedy začít, aniž by navázala na činnost jiného. (24)

1.3.2 Koncepce týmu

Týmové spolupráce se musí ale každý tým učit. Důležité je, aby každý člen týmu byl připraven spolupracovat. Znamená to, že musí vypořádat, jak on sám vystupuje v týmu a je také důležité, aby se zbavil určitých předsudků vůči členům týmu. Pro pochopení a správné budování týmu jsou klíčovými slovy komunikace, jednota poslání, ochota spolupracovat a odhodlání. Komunikace je v rámci týmu nepostradatelná. Je základním předpokladem úspěchu. V rámci ošetrovatelského týmu je nutné získávat informace o klientovi a umět je předávat dál. To jak funguje, nebo také nefunguje komunikace v týmu, vypovídá o jeho funkčnosti a také o úspěšnosti. Pokud nastane situace, kdy je nutné komunikaci zlepšit, musí se na tom podílet všichni. Proto je také důležité, aby byli členové schopni řešit vzniklé spory tak, aby spolupráci týmu neohrozili a také aby při společném rozhodování odsunuli eventuálně existující antipatie. Pozastavme se u výrazu poslání. Poslání bychom mohli vyjádřit také jako smysl, cíl anebo záměr. Čím je poslání smysluplnější, tím snáze a rychleji se s ním členové týmu ztotožní a také dojde k nárůstu jejich motivace nezbytné pro plnění tohoto

cíle. Ochota ovšem neznamená, že i když mají členové jasně definovány vzájemné vztahy, že tvoří tým a že spolupracují. V mnoha organizacích sice lidé zadané úkoly plní, ale jejich mezilidské vztahy již tak úspěšné nejsou. Na druhé straně to neznamená, že musí spolupracovníci navazovat osobní přátelství. Ve zdravotnickém týmu je ale bezpodmínečně nutné, aby spolupracovníci byli ochotni spolupracovat.(24)

Odhodlání je pohon. Pokud v týmu neprojevujeme dostatek nadšení pro danou věc, nejsme schopni svůj úkol plnit. Lidé, které jejich práce těší, jsou pro splnění úkolu odhodláni udělat maximum. (24)

Další nezbytná charakteristika týmu je dodržování skupinových norem. Normy jsou pravidla, která upravují chování jednotlivých členů týmu. Proto je nutné, aby všichni členové byli s těmito normami seznámeni. Protože pokud nejsou dána přesná pravidla, mají členové týmu tendenci chovat se, jak uznají za vhodné, a tím tedy není vyloučeno ani chování nevhodné a urážející. (15,18,24)

Tým a týmová spolupráce by nemohly bezproblémově fungovat, kdyby mezi jeho členy nebyla vzájemná důvěra a také respekt a uznání. Pokud se zaměříme na důvěru, tak ta je ve spolupráci sester a lékařů nezbytná. Jak lékař, tak sestra musí z chování a jednání toho druhého cítit důvěru a jistotu. Ovšem pokud došlo k narušení důvěry, je velmi těžké ji obnovit. Stejně jako důvěru, potřebuje každý člen cítit, že je ostatními respektován. Znamená to, že ostatní dokážou ocenit jeho dovednosti a schopnosti. To by si měl uvědomovat i management. (15, 18, 24)

V dobrém týmu je důležité umět se vzájemně podpořit. Je to podle pořekadla, nikdo nejsme dokonalý. Chyby děláme všichni, ale ne každý člověk je schopný přijmout kritiku. Kritice se ale v zaměstnání nevyhneme. Každá kritika je nepříjemná, ale je typické, že se pomocí kritiky snažíme uvádět věci na pravou míru, nebo se obhajovat, a zachraňovat tak situaci. Pokud někoho kritizujeme, musíme být konkrétní. Kritika se musí týkat jedné události, musí být včasná, opodstatněná, adresná, srozumitelná a konstruktivní. Neměla by být projevem nenávisti a nepřátelství. Pokud kritizujeme, mělo by to proběhnout v soukromí, abychom člena týmu nedegradovali před ostatními. To, co naopak chybí, je pochvala. Pokud chválíme, musíme to myslet

upřímně. A pochvala by měla být veřejná. Je to ocenění ať už jednotlivce nebo celého týmu. (23)

1.3.3 Problémové chování v týmu

Pokud se zaměříme na problémy ve vztahu sestry versus lékař, mnoho z nich vyplývá z nepochopení rozdílné role a odpovědnosti v rámci moderního ošetrovatelství a lékařství. Obě skupiny, tedy jak lékaři, tak sestry, kladou rozdílný důraz na zcela specifické oblasti léčebného procesu. S tím jak se rozvíjí ošetrovatelství, mají lékaři pocit, že jim sestry a její činnosti zasahují do oblasti jejich kompetencí, a to se pak stává ohniskem vzniku rozporů. Z tohoto vznikají neshody a rozepře, protože sestry nejsou spokojeny s nedostatečným respektem k jejich práci ze strany lékařů. Mnozí z nich totiž stále zastávají názor, že sestry je pouze jim podřízený pracovník a vyžadují, aby sestry plnily pouze jejich ordinace a příkazy. V žádném případě pak nesouhlasí s tím, aby sesterská činnost jakkoli zasahovala do léčebného procesu. Také není na místě, aby sestry pochybovaly či dokonce kritizovaly jejich kompetence, odbornost a znalosti.(4)

Mezi hlavní skupiny problémového chování v týmu patří všeobecně šikana. Pokud se na toto téma zaměříme podrobněji, můžeme šikany rozdělit podle toho, kdo je jejím „vykonavatelem“. Podle toho se pak setkáváme s mobbingem a bossingem. Mobbing je druh šikany na pracovišti. Pojmenování mobbing vzniklo z anglického „to mob“, což znamená obtěžovat nebo dotírat. O rozšíření tohoto pojmu se zasloužil švédský profesor psychologie Heinz Leymann. Mobbing popisuje šikanování ve skupině, kde se spolupracovník stává v podstatě soupeřem, který má zájem získat lepší postup v kariérním žebříčku. Často je tomuto vystaven nově příchozí zaměstnanec, který je z pohledu kolektivu nežádoucí. U nás se setkáváme i s označením teror na pracovišti nebo psychoteror. Je to souhrnné označení pro nejrůznější formy znepríjemňování života na pracovišti. Charakteristická je pro ně skrytost, rafinovanost a zákeřnost. Za mobbing považujeme chování, které se objevuje alespoň 1× týdně po dobu minimálně 6 měsíců. Mobbing můžeme rozdělit do 5 kategorií. Kategorie I je útok na možnost vyjádřit se nebo se svěřit, a sice neustálým přerušováním, bezbřehou kritikou nebo vyhrožováním. Kategorie II jsou útoky na sociální vztahy. Jedná

se o ignoraci. Dochází také k odloučení od ostatních kolegů. Kategorie III zahrnuje útoky na pověst, úctu a vážnost. Jsou to pomluvy, zesměšňování, znevažování národnosti nebo vyznání. Kategorie IV jsou útoky na kvalitu pracovního či osobního života. Patří sem například zadávání nesmyslných pracovních úkolů nebo nespelnitelných úkolů. Kategorie V zahrnuje útoky na zdraví např. práce poškozující zdraví, vyhrožování fyzickým násilím, sexuální obtěžování. Jsou popisovány čtyři fáze mobbingu. První fáze se projevuje prvními konflikty, schválnostmi, pomluvami nebo zadržováním informací. Ještě ale nejde o plánovité chování. Druhá fáze je pak přechod k systematickému teroru. Činnosti jsou již plánovány a vykonávány se záměrem poškodit druhého pracovníka. Třetí fáze je význačná konkrétním napadáním a útoky, obviňováním, pracovním přetěžováním. Oběť je před vedením označena za „černou ovci“ a to vede k dalším křivdám; zároveň je mobbing schvalován vedením společnosti. Čtvrtá fáze je poslední a pro oběť nejhorší. Dojde k poškození osobnosti a oběť obyčejně vykazuje znaky chování, které mu byly zpočátku neoprávněně vytýkány. S touto situací se musí zaměstnavatel vypořádat a postižený je např. propuštěn.(11,32)

Bossing je podskupina mobbingu. Je ale specifický tím, že se šikany na svém podřízeném dopouští nadřízený pracovník. Jedná se tedy o chování nadřízeného, které poškozují podřízeného před jeho kolegy, znesnadňuje či znemožňuje mu jeho práci. Toto chování se samozřejmě vyvíjí a stupňuje. Za bossing můžeme považovat přehnané kontrolování, arogantní chování, nedocení práce, častá a neoprávněná kritika, urážky, zadávání příliš složitých úkolů, vyhrožování výpovědí, zabraňování přístupu k informacím, přemíra přesčasů.(11)

1.4 Vztah sestra-lékař

Tradiční vztah sestra-lékař se také měnil s postupným rozvojem ošetrovatelství. Velkou roli hrály i sociální změny. V současné době je snaha vytvořit podmínky pro nezávislou činnost sestry.

Vztah mezi lékařem a sestrou je zkoumán na základě genderového přístupu, kdy sestry mohou být znevýhodněny pro svoji genderovou identitu (gender chápeme nejenom jako pohlaví ve smyslu biologickém, ale také ve smyslu kulturním,

psychologickém nebo společenském). Tento vztah je vytvářen společností, ve které jsou ve vedoucím postavení především muži. Vztah mezi sestrou a lékařem může být ovlivněn celou řadou faktorů. Jedním z nich může být komplikovanost organizačních struktur v nemocnici. Pro sestry zde existují dva druhy subordinace (podřízenosti). Je to nejprve podřízenost lékařům a pak podřízenost sesterskému managementu. Sestry tak přijímají příkazy jak od lékařů, tak od nadřízených sester. To může narušovat vztah mezi sestrou a lékařem. Ze strany některých vedoucích lékařů je ošetřovatelství považováno v péči o nemocné za pomocné, a tak se mnohdy setkáváme s tím, že tolerují problémové chování svých podřízených.(13)

Dalším faktorem, který ovlivňuje vztah mezi sestrou a lékařem, je to, že povolání sestry zastávají především ženy. Jelikož ženy odcházejí v průběhu let na mateřskou dovolenou anebo také úplně opouští sesterskou pozici z důvodu přetížení, rozčarování a ztráty iluzí, je jejich zaměstnání chápáno ze strany lékařů jako dočasná pozice, která nemá hlubší závazek, tím pádem není třeba vyššího vzdělání, a tím také nemají sestry nárok na vyšší finanční ohodnocení. Proto berou sestru jako pouhou vykonavatelku svých příkazů a ordinací. V současné době se vztah mezi lékařem a pacientem mění z autoritářského na partnerský a tato změna ovlivňuje i vztah mezi lékaři a sestrami. Vzniká nový náhled na jejich kompetence a činnosti, a proto by také měly být obě tyto pozice na stejné úrovni a měla by panovat rovnoprávnost. Vyvážený vztah mezi lékařem a sestrou přispívá i k lepší kvalitě poskytované péče.(7)

Dalo by se předpokládat, že jak sestra, tak lékař mají stejný cíl, kterým je kvalitní péče o pacienta (klienta) a že proto budou vztahy mezi nimi dobré. Ale většinou opak bude pravdou. Velká řada problémů vyplývá z toho, že obě skupiny nechápou role a odpovědnost toho druhého. Lékaři a sestry kladou rozdílný důraz na jednotlivé části ošetřovatelského procesu. Lékaři tak zastávají názor, že by ošetřovatelský proces neměl zasahovat do jejich oblasti léčby a také je u některých lékařů patrný strach z vysokoškolsky vzdělaných sester, které se nebojí uplatnit své dovednosti a znalosti a nemají obavy s lékařem diskutovat. Pro sestry je jedním z největších problémů to, že lékaři neberou ošetřovatelství a také ošetřovatelský proces vážně a značně je podceňují, a tím snižují práci sestry. Proto se i dnes můžeme setkat s tím, že lékaři chápou sestru

jako osobu jim podřízenou, která je povinna plnit jejich příkazy a ordinace. V současnosti, kdy dochází ke změnám společenských podmínek, vzniká příznivý stav pro nezávislou činnost sestry. Proto je třeba, aby byly zrušeny dřívější vztahové stereotypy. V profesní interakci lékař-sestra lze sledovat následující vztahy. Bezproblémová podřízenost. Tento způsob patří mezi tradiční interakci. Sestra je ta, která o ničem nerozhoduje, k ničem se nevyjadřuje a vykazuje absolutní poslušnost. Další možností je neformální skryté rozhodování, kdy sestra prokazuje lékaři respekt, nenabízí přímá doporučení, ale snaží se rozhodnutí lékaře nepřímou a nenápadně ovlivnit. Následuje neformální neskryté rozhodování, které probíhá tak, že sestra nabízí své zkušenosti a názory, nezakrývá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně s lékařem komunikuje a diskutuje. A jako poslední možnost je formální neskryvané rozhodování. Při něm využívá sestra při rozhodování o léčbě pacienta ošetrovatelský proces.(8, 9)

Problém komunikace mezi lékaři a sestrami je v posledních letech poměrně často zmiňovaným problémem. Odráží se v něm jak změny ve společnosti, tak i změny v poskytování péče nemocným. Ve zdravotnictví vyspělých zemí dochází k postupnému upevňování postavení sester, ale zároveň je kladen vyšší nárok na jejich odbornost a vzdělávání. Ze strany lékařů se pak ukazuje, že se cítí vysokoškolsky vzdělanými sestrami ohroženi, a proto jejich další vzdělávání snižují a vyjadřují se o něm jako o něčem zbytečném. Proto i u nás můžeme hovořit o jistém napětí mezi lékaři a sestrami. Je ale nutné zmínit to, že mnohé konflikty jsou vyvolávány jedinci, kteří mají potřebu upevňovat si své sebevědomí ponižováním druhých. Tyto konflikty jsou v kolektivní spolupráci považovány za rušivé a problematické. Dochází k tomu, že na pracovištích vzniká nepřátelské klima a dochází ke vzniku stresu.(25)

1.4.2 Vztah sestra – žena lékařka

Tento vztah stojí určitě také za zmínku. Dalo by se předpokládat, že žena lékařka bude mít se sestrami dobré pracovní vztahy a nebude se projevovat nadřazeně. Ale opak je pravdou. Právě díky historii, kdy ženy nesměly studovat a bylo pro ně těžké se jako lékařky prosadit, byly nuceny se naučit komunikovat jako muži, a tím i vyjadřovat svojí

nadřazenost. V některých případech jsou pak ženy dominantnější a vyjadřují sestrám méně respektu než mnozí lékaři. Ale dalo by se to také objasnit tím, že mnozí, hlavně starší lékaři se i přes svoji dominanci chovají k sestrám galantně, což ženy-lékařky nemají zapotřebí. Z výzkumů vyplývá, že asi 2/3 lékařek mají pocit, že k nim sestry přistupují s menší vážností a respektem a že si respekt musely vybojovat tvrdou prací a to hlavně v počátcích své kariéry. To by se také dalo vysvětlit tak, že pro sestru-ženu je vztah s lékařem-mužem atraktivnější. (24,10, 11)

1.4.3 Vztah sestra–lékař a eticky sporné situace

Mezi lékařem a sestrou dochází k eticky sporným situacím poměrně často. Sestry se velmi často setkávají s neprofesionálním a neetickým chováním lékařů. U těchto etických problémů záleží na sestře, jak je k lékaři loajální. Sestra je do jisté míry vázána dodržovat etický kodex, proto by loajalita s lékařem měla končit tam, kde je ohrožen pacient. Pak je již na samotné sestře, zda řešení konfliktní situace odloží, anebo zda bude vzniklý problém řešit jen s tím jedním určitým lékařem nebo zda to oznámí vedoucím pracovníkům. Velmi často se stává, že pokud sestra upozorní lékaře na jeho pochybení, setká se s arogantní odpovědí kolegy lékaře. Proto se objevují obavy ze strany sestry na lékařovo pochybení upozorňovat. (24, 12)

1.4.4 Vztah sestra–lékař a konfliktní situace

Slovo konflikt pochází z latinského slova conflictus – „srazit se spolu“. Konflikt je definován jako srážka, soutěž nebo vzájemný střet proti sobě stojících sil (vlastností, myšlenek, zájmů, postojů apod.). Jednodušeji řečeno nedorozumění mezi dvěma nebo více osobami. Konflikt může vyvstat v podstatě téměř ve všech oblastech. Konflikt znamená střetnutí protichůdných názorů a snah. Konflikt ale nemusí nastat jen v negativním směru. Může být i zcela konstruktivní. V každém případě dochází ke změně atmosféry na pracovišti. Rozhoduje se o tom, zda z jednoho problému jich vyvstane více, anebo zda se do dané situace zapojí více účastníků. (19, 22, 14)

1.4.5 Vztah sestra–lékař a nevhodné chování

Podle výzkumů se nevhodné chování ze strany lékaře vyskytovalo poté, co sestra vyřídila lékaři vzkaz, že ho někdo volá, dále po dotazu sestry nebo žádosti o vysvětlení ordinace. Následně také poté, kdy se lékaři domnívali, že jejich ordinace nebyla správně splněna a to hlavně při náhlých změnách stavu pacienta. Z pohledu lékařů je jejich nevhodné chování zapříčiněné tím, že jejich ordinace nejsou sestrami vykonány včas a správně, že sestra špatně načasuje volání lékaře nebo pokud se sestra neoprávněně dožaduje vysvětlení ordinace. Dalším předmětem sváru je to, když sestra zavolá lékaře, aniž by nejprve shromáždila všechny potřebné údaje, které on vyžaduje. Všechny tyto konfliktní situace mají opět negativní vliv na vzájemnou komunikaci a také na pracovní klima na daném pracovišti. Můžeme sem ještě zařadit sexuální obtěžování. Podle psychologů vyplývá z mnoha příčin. Jak z komplexů, tak z pocitu nadřazenosti anebo z pouhého pocitu jistoty, že sexuální chování tohoto typu nemůže být dokázáno. Sexuálního obtěžování se můžeme dočkat jak od zakomplexovaných, tak od osob, které mají příliš vysoké sebevědomí. Tohoto chování se mohou dopouštět jak ženy, tak muži. Sexuální obtěžování je typem pracovní šikany. V české společnosti je problém sexuálního obtěžování považován za zbytečně přeceňovaný. Záleží hlavně na jedinci, zda určitý způsob chování již za sexuální obtěžování považuje, či ne. Důležité pro obě strany pak je, určit si jasné hranice, a ty pak respektovat. Sexuální obtěžování lze definovat jako jednání sexuální povahy v jakékoliv formě, které je dotčeným zaměstnancem oprávněně vnímáno jako nevídané, nevhodné nebo urážlivé a jehož záměr nebo důsledek vede ke snížení lidské důstojnosti fyzické osoby nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího a zneklidňujícího prostředí na pracovišti. Za sexuální obtěžování můžeme považovat nejen osahávání a jiné nevhodné dotyky a to zejména na intimních místech těla, ale také nevhodné návrhy a komentáře. V zahraničí je tento problém označován jako sexual harassment. V překladu se tak jedná o nejpapné, lascivní a sexistické poznámky a vtipy.(16, 26, 27)

1.4.6 Vztah sestra–lékař a kvalita lékařské a ošetrovatelské péče

V současné době se jako hlavní problém také ukazují zvyšující se nároky na zdravotní péči a současně se snižující ekonomické zdroje. Proto je nutné vytvořit takový zdravotnický systém, který by byl schopný na tyto změny pružně reagovat. Kvalita péče je hodnocena tzv. indikátory. Dle výsledků výzkumů vyplývá, že existuje souvislost mezi nevhodným chováním lékařů a sester k sobě navzájem a výskytem mimořádných událostí a pochybení. Z výsledků je také evidentní spojitost mezi zvyšováním kvality ošetrovatelské péče a dokonalou spoluprací a partnerskými vztahy mezi sestrami a lékaři.(8, 9, 10, 12)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této práce bylo zmapovat spolupráci sester a lékařů na jednotkách intenzivní péče a také zjistit oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat problémy při spolupráci sester a lékařů.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry a lékaři na jednotce intenzivní péče spolupracují.

H2: Sestry s vysokoškolským vzděláním jsou z pohledu lékařů vnímány jako rovnocenní partneři.

H3: Sestry na JIP vykonávají výkony v rámci svých kompetencí.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Při zpracování empirické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumného šetření. Pro sběr dat byla zvolena technika dotazníku. Ten byl vytvořen zvlášť pro sestry a lékaře, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče. Dotazník pro sestry obsahoval 25 položek. Byly zvoleny polouzavřené a uzavřené otázky, dále pak otázky filtrační. Vytvořila jsem určitá tvrzení, se kterými měli respondenti buď souhlasit, nebo nesouhlasit. Pro lékaře byl vytvořen podobný dotazník, který obsahoval 19 položek. Byly zvoleny polouzavřené a uzavřené otázky, dále otázky filtrační a také tvrzení, se kterými respondenti buď souhlasí, nebo nesouhlasí.

Respondenti měli možnost k otázkám dopsat svůj komentář popřípadě názor na dané téma. U některých otázek bylo možné volit z více možností.

Dotazníky byly pro obě skupiny respondentů dobrovolné a anonymní. Výzkum probíhal v Nemocnici Na Homolce v měsících únor a březen 2012 a to na jednotkách intenzivní péče s chirurgickým zaměřením.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

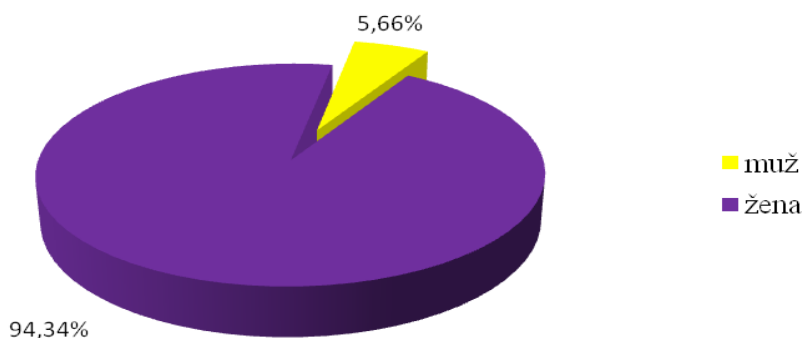
Jednu část výzkumného souboru tvořily sestry, které pracují na JIP s chirurgickým zaměřením, jmenovitě na oddělení kardiochirurgie, cévní chirurgie a neurochirurgie. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Navráceno bylo 126 (84 %) dotazníků a 20 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost. K vyhodnocení bylo použito 106 správně a úplně vyplněných dotazníků, což představuje 70,66 % oslovených respondentů. Výzkumný soubor byl vytvořen ze 106 (100 %) sester.

Druhá část výzkumného souboru byla tvořena lékaři, kteří také pracují na JIP výše zmiňovaných oddělení. Celkem bylo osloveno 54 lékařů. Z rozdaných dotazníků bylo vráceno 32 (59 %) dotazníků. Dále bylo vyřazeno 12 dotazníků, které nebyly úplně. K vyhodnocení bylo použito 20 (37,04 %) správně vyplněných dotazníků. Výzkumný vzorek byl tvořen 20 (100 %) lékaři.

4. Výsledky

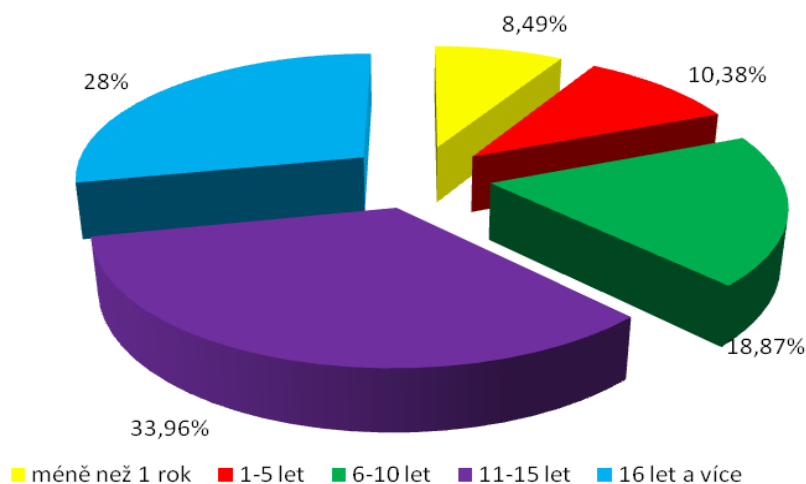
4.1 Výsledky sestry

Graf 1 – Pohlaví respondentů



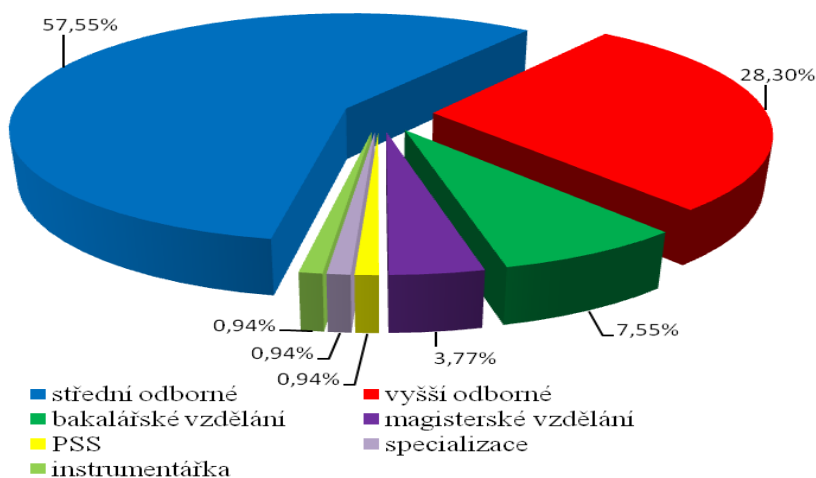
Z celkového počtu 106 respondentů (100 %) odpovědělo 100 žen, což představuje 94,34 % a 6 mužů, což je 5,66 %.

Graf 2 – Délka praxe respondentů



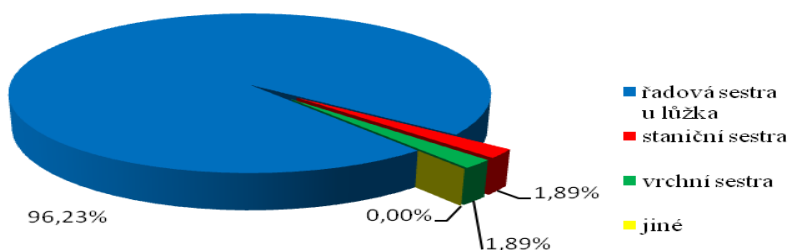
Na otázku týkající se délky praxe odpovědělo z celkového počtu 106 (100 %) sester 9 respondentů (8,49 %), že méně než 1 rok, 11 respondentů (10,38 %) zvolilo možnost 1–5 let; 20 (18,87 %) sester zvolilo možnost 6–10 let praxe, 36 respondentů (33,96 %) zvolilo možnost 11–15 let a 30 respondentů (28,30 %) vybralo odpověď 16 let a více.

Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání



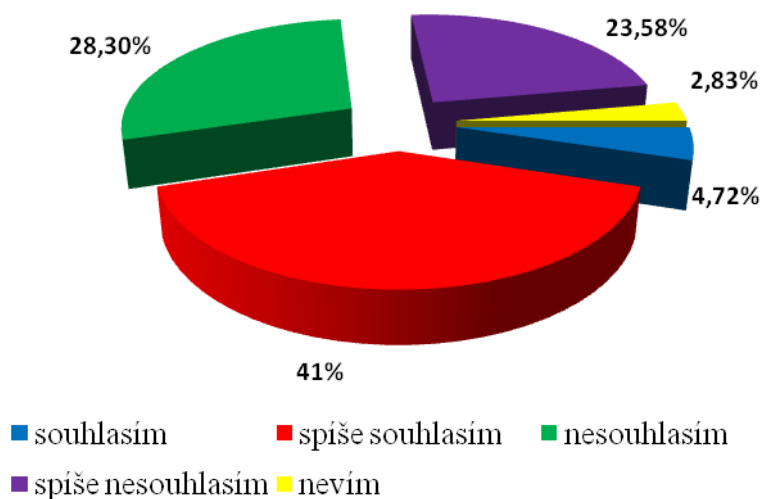
Na dotaz na délku praxe odpovědělo z celkového počtu 106 (100 %) 61 respondentů (57,55 %) středoškolské vzdělání, 30 respondentů (28,30 %) zvolilo možnost vyšší odborné vzdělání, 8 respondentů (7,55 %) vybralo odpověď bakalářské vzdělání a 4 respondenti (3,77 %) odpověděli magisterské vzdělání, 1 respondent (0,94 %) uvedl vzdělání PSS, 1 respondent (0,94 %) uvedl vzdělání specializační a 1 respondent (0,94 %) uvedl vzdělání instrumentářka.

Graf 4 – Pracovní zařazení



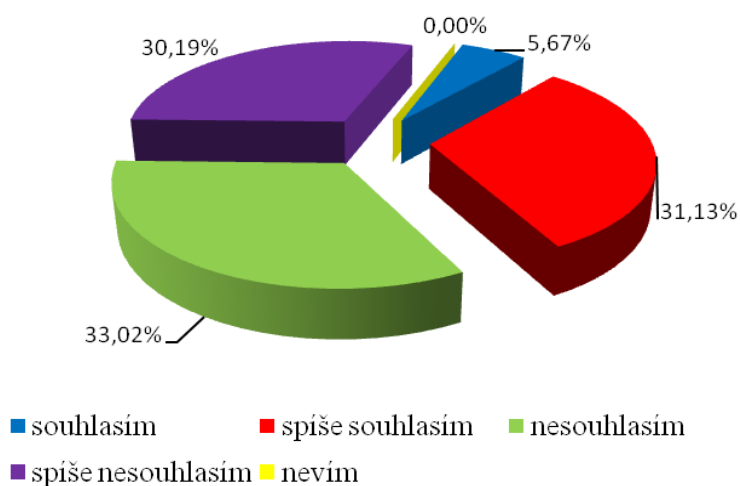
Na otázku 4 „Jaké je vaše pracovní zařazení“ odpovědělo z celkového počtu 106 (100 %) sester 102 respondentů (96,23 %) řadová sestra u lůžka, 2 repondenti (1,89 %) zvolili možnost staniční sestra, 1 (1,47 %) respondent odpověděl vrchní sestra. Možnost jiné zvolilo 0 (0,00 %) respondentů.

Graf 5 – Spolupráce je na dostatečně vysoké úrovni



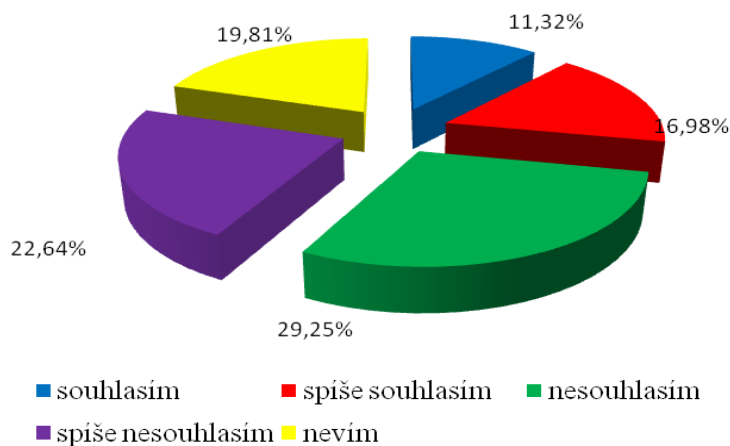
Z celkového počtu 106 (100 %) sester s tímto tvrzením 5 respondentů (4,72 %) souhlasí, 43 respondentů (40,57 %) spíše souhlasí, 30 respondentů (28,30 %) nesouhlasí, 25 respondentů (23,58 %) spíše nesouhlasí a 3 respondenti (2,83 %) zvolili možnost nevím.

Graf 6 – Vztahy na oddělení jsou striktně profesionální



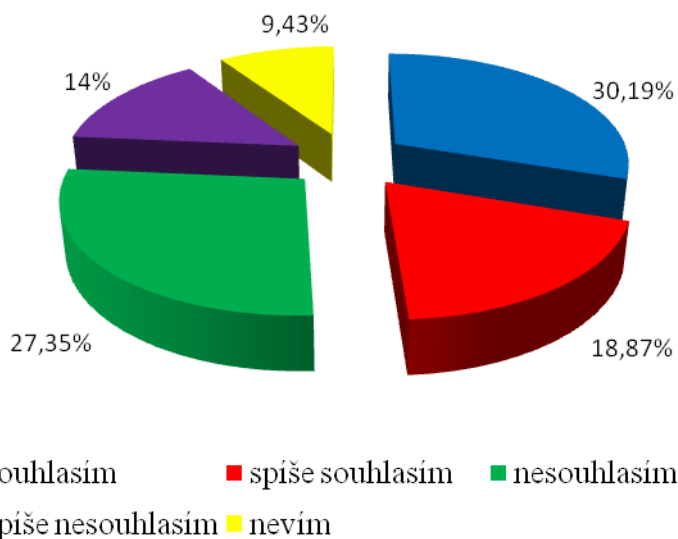
Z celkového počtu 106 (100 %) respondentů s tímto tvrzením 6 respondentů (5,67 %) souhlasí, 33 respondentů (31,13 %) spíše souhlasí, 35 respondentů (33,02 %) nesouhlasí a 32 respondentů (30,19%) spíše nesouhlasí. Žádný respondent nezvolil možnost nevím.

Graf 7 – Sestry raději spolupracují se ženami lékařkami



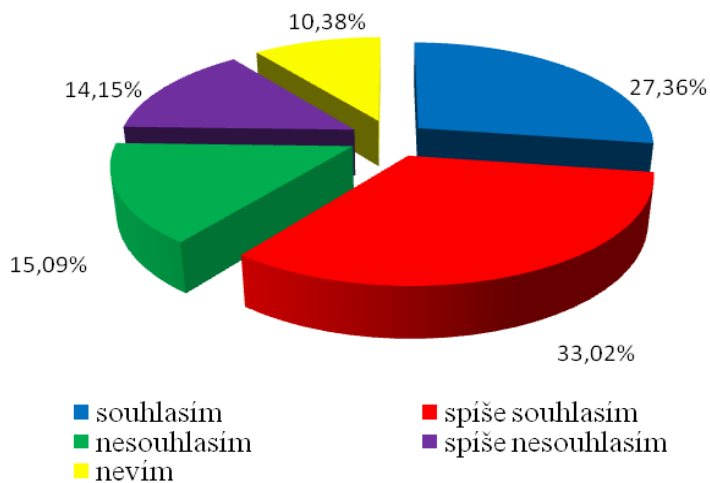
Z celkového počtu 106 (100 %) sester 12 respondentů (11,32 %) souhlasí, 18 respondentů (16,98 %) spíše souhlasí, 31 respondentů (29,25 %) nesouhlasí, 24 respondentů (22,64 %) spíše nesouhlasí a 21 respondentů (19,81 %) zvolilo možnost nevím.

Graf 8 – Sestry vnímají rozdíly mezi spoluprací s lékařem a lékařkou



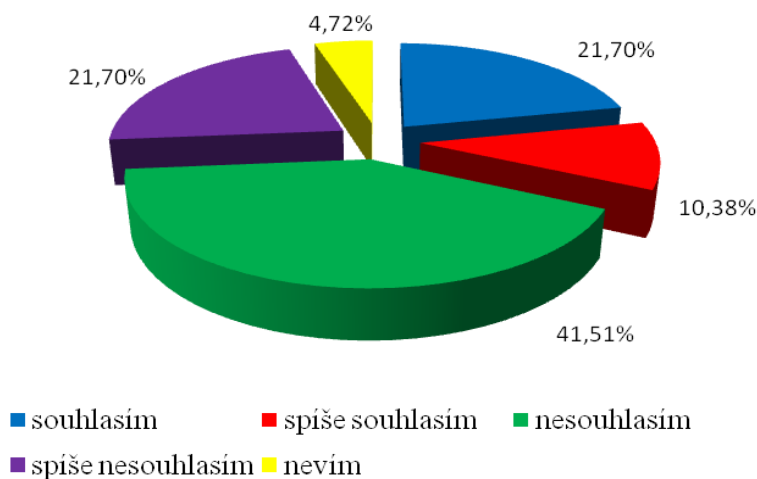
Z celkového počtu 106 (100 %) sester odpovědělo 32 respondentů (30,19 %), že souhlasí, 20 respondentů (18,87 %) spíše souhlasí, 29 respondentů (27,35 %) nesouhlasí, 15 respondentů (14,15%) spíše nesouhlasí a 10 respondentů (9,43 %) neví.

Graf 9 – Lékaři raději spolupracují se služebně staršími sestrami



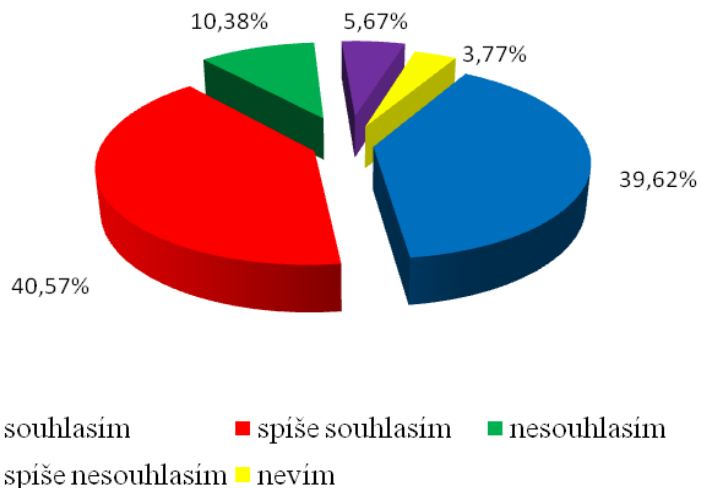
Z celkového počtu 106 (100%) sester s tímto tvrzením 29 respondentů (27,36 %) souhlasí, 35 respondentů (33,02 %) spíše souhlasí, 16 respondentů (15,09 %) nesouhlasí, 15 respondentů (14,15 %) spíše nesouhlasí a 11 respondentů (10,38 %) neví.

Graf 10 – Míra spolupráce a vzdělání sestry



Z celkového počtu 106 (100%) sester s tímto tvrzením 23 respondentů (21,47 %) souhlasí, 11 respondentů (10,38 %) spíše souhlasí, 44 respondentů (41,51 %) nesouhlasí, 23 respondentů (21,7 %) respondentů spíše nesouhlasí. Možnost nevím zvolilo 5 respondentů (4,72 %).

Graf 11 – Ochota ke spolupráci a praktické dovednosti sestry



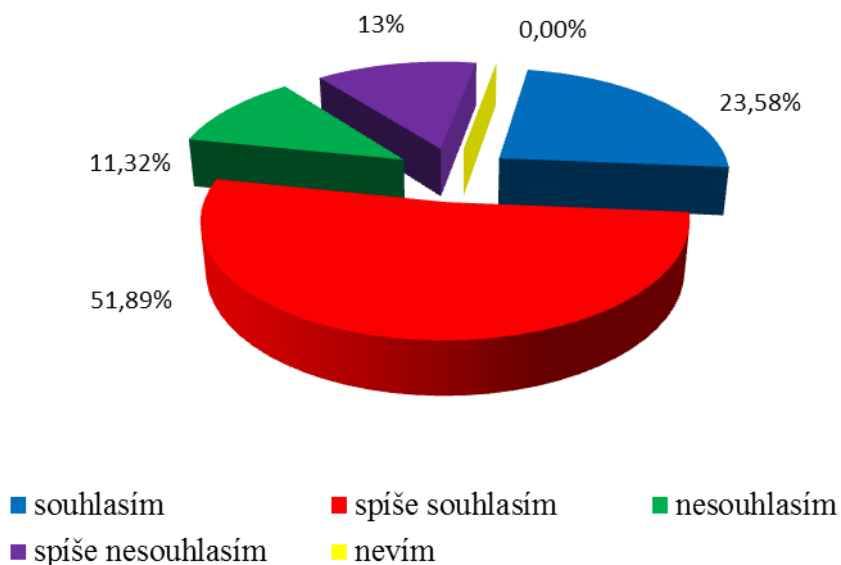
Z celkového počtu 106 (100 %) sester s tímto tvrzením 42 respondentů (39,62 %) souhlasí, 43 respondentů (40,57 %) spíše souhlasí, 11 respondentů (10,38 %) nesouhlasí, 6 respondentů (5,67 %) spíše nesouhlasí. A možnost nevím zvolili 4 respondenti(3,77%).

Tabulka 1 – Příčiny špatné spolupráce sester a lékařů

		Frequency	Per cent %
VALID	Spolupráce je na dostatečné úrovni	8	4,62 %
	V nedostatečné komunikaci	59	34,10 %
	V neúctě ze strany lékařů	30	17,34 %
	V neúctě ze strany sester	9	5,20 %
	V nedostatku personálu	23	13,29 %
	V neochotě ke spolupráci	42	24,28 %
	Jiné	2	1,16 %
	... lékař si myslí, že sestra je jeho přímá podřízená	1	
	... v rivalitě lékařů a zaučení mladších kolegů	1	
TOTAL		173	100 %

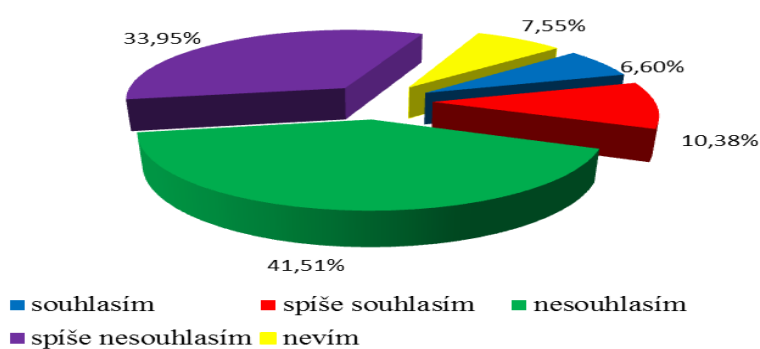
U této otázky bylo možné zvolit si více odpovědí. Celkový počet byl 173 (100 %) všech odpovědí, z čehož 8krát (4,62 %) byla vybrána možnost, že spolupráce je na dostatečné úrovni, 59krát (34,10 %) byla respondenty uvedena příčina v nedostatečné komunikaci, 30krát (17,34 %) uvedli respondenti neúctu ze strany lékařů, 9krát (5,20 %) neúctu ze strany sester, 23krát (13,29 %) pak možnost v nedostatku personálu, 42krát (24,28 %) respondenti vybrali odpověď v neochotě ke spolupráci a 2krát (1,16 %) byla zvolena možnost jiné s dodatkem, že si lékař myslí, že sestra je jeho přímá podřízená a že příčinou špatné spolupráce je rivalita lékařů a zaučení mladších kolegů.

Graf 12 – Sestry mají výhrady ke spolupráci s lékařem, ale jinak jsou spokojené



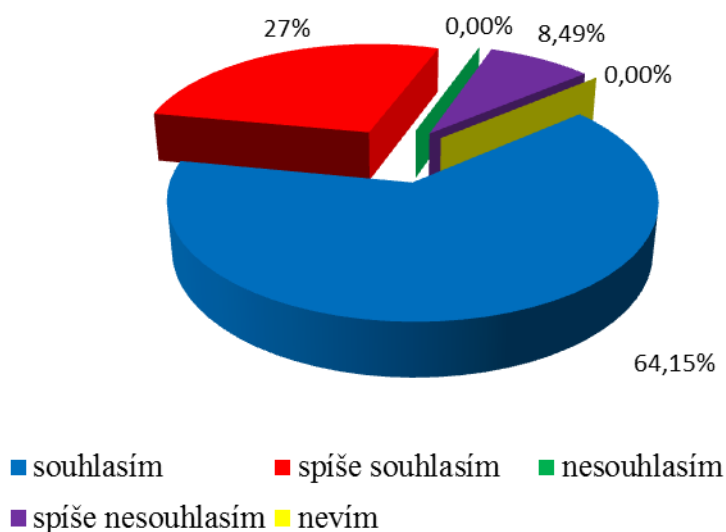
Na toto tvrzení odpovědělo z celkového počtu 106 (100 %) sester, 25 respondentů (23,58 %), že souhlasí, 55 respondentů (51,89 %), že spíše souhlasí, 12 respondentů (11,32 %), že nesouhlasí, 14 respondentů (13,21 %), že spíše nesouhlasí. Možnost nevím zvolilo 0 respondentů (0,00 %).

Graf 13 – Sestry jsou se spoluprací s lékaři na JIP hrubě nespokojené



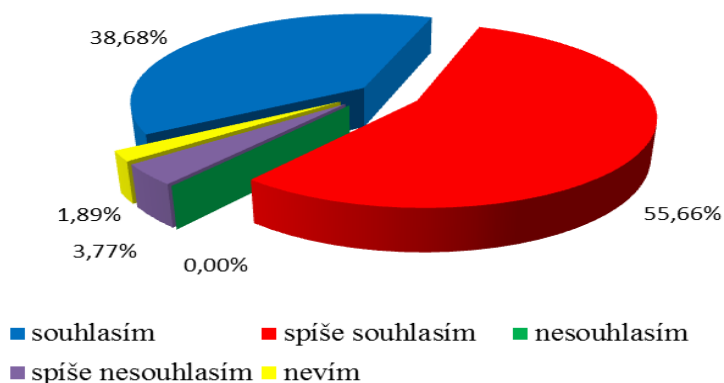
S tímto tvrzením z celkového počtu 106 (100 %) sester 7 respondentů (6,6 %) souhlasí, 11 respondentů (10,38 %) spíše souhlasí, 44 respondentů (41,51 %) nesouhlasí a 36 respondentů (33,96 %) spíše nesouhlasí. Možnost nevím nebyla zvolena žádným respondentem (0,00 %).

Graf 14 – Sestry v náročných situacích spolupracujú i s lekári z jiných oborů



S tímto tvrzením souhlasí z celkového počtu 106 (100 %) 68 respondentů (64,15 %), 29 respondentů (27,36 %) spíše souhlasí, 0 respondentů (0,0 %) nesouhlasí, 9 respondentů (8,49 %) spíše nesouhlasí a 0 respondentů (0,00 %) neví.

Graf 15 – Sestry jsou se spoluprací s lekáři z jiných oborů spokojeny



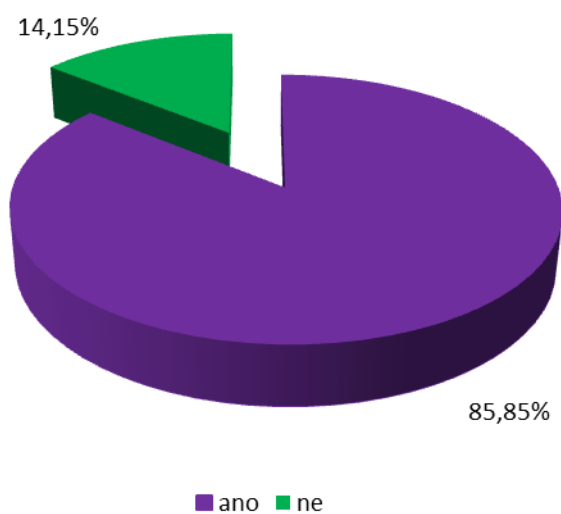
S tímto tvrzením, z celkového počtu 106 (100 %) sester, 41 respondentů (38,68 %) souhlasí, 59 respondentů (55,66 %) spíše souhlasí, 0 respondentů (0,00 %) nesouhlasí, 4 respondenti (3,77 %) spíše nesouhlasí a 2 respondenti (1,89 %) nevědí.

Tabulka 2 – Spolupráce v náročných situacích

		Frequency	Per cent %
VALID	Jsem spokojená, spolupráce výborně funguje	18	16,98 %
	Mám sice drobné výhrady, ale jsem více méně spokojená	72	67,92 %
	Spolupráce je nedostatečná	14	13,20 %
	Jsem hrubě nespokojená, spolupráce je nulová	1	0,94 %
	Jiné ... nemám tolik zkušeností	1	0,94 %
	TOTAL	106	100 %

Spolupráci v náročných situacích zhodnotilo z celkového počtu 106 (100 %) sester 18 respondentů (16,98 %) odpovědí: jsem spokojená, spolupráce výborně funguje, 72 respondentů (68,92 %) vybralo odpověď: mám sice drobné výhrady, ale jsem více méně spokojená, 14 respondentů (13,2 %) považuje spolupráci za nedostatečnou, 1 respondent (0,94 %) je hrubě nespokojený a hodnotí spolupráci jako nulovou a 1 respondent (0,94 %) zvolil možnost jiné, přičemž odpověděl, že nemá tolik zkušeností.

Graf 16 – Výkony mimo sesterské kompetence (z pohledu sester)



Na otázku, zda jsou ze strany lékařů vyžadovány výkony, které jsou mimo sesterské kompetence, odpovědělo z celkového počtu 106 (100 %) sester, 91 respondentů (85,85 %) ano a 15 respondentů (14,15 %) ne.

Tabulka 3 – Reakce na výkony mimo kompetence sestry

		Frequency	Per cent %
VALID	Mlčím a výkon provedu, je to běžné	33	36,26 %
	Nesouhlasí, oznámím to lékaři, ale požadovaný výkon provedu	28	30,74 %
	Oznámím lékaři, že tento výkon neprovedu, protože není v mých kompetencích	25	27,47 %
	Jiné	4	4,40 %
	... dle situace a výkonu	2	
	... výkon provedu, ale o svých kompetencích si s lékařem promluvím	1	
	... zeptám se lékaře, zda výkon provede sám	1	
TOTAL		91	100 %

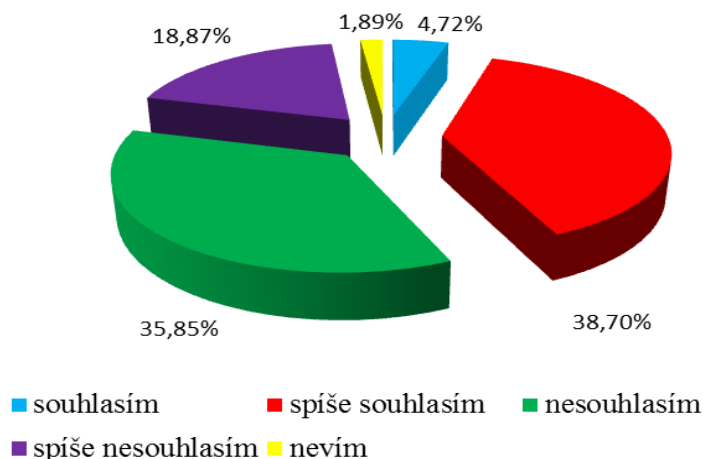
Na otázku, jak na toto zareagujete, odpovědělo z celkového počtu 106 (100 %) sester, 33 respondentů (36,26 %), že mlčí a výkon provedou, protože je to běžné, 28 respondentů (30,77 %) sice nesouhlasí a lékaři to řekne, ale výkon stejně provede, 25 respondentů (27,47 %) lékaři oznámí, že výkon neprovede, protože není v jeho kompetencích a 4 respondenti (4,40 %) zvolili možnost jiné a odpověděli, že záleží na výkonu a situaci (2krát), položí lékaři otázku, zda výkon provede sám (1 krát), výkon provede, ale o svých kompetencích si následně s lékařem promluví (1krát).

Tabulka 4 – Reakce lékaře na odmítnutí výkonu

		Ferquency	Per cent %
VALID	Pověří tím jinou sestru	39	42,86 %
	Odmítnutí bere jako osobní útok a stěžuje si u staniční sestry	14	15,38 %
	Výkon provede sám	36	39,56 %
	Jiné	2	2,20 %
	... nevím, nesetkal jsem se	1	
	... výkon bedlivě sleduje, ale nechá ho vykonat sestrou, protože „nemá čas“	1	
	TOTAL	91	100 %

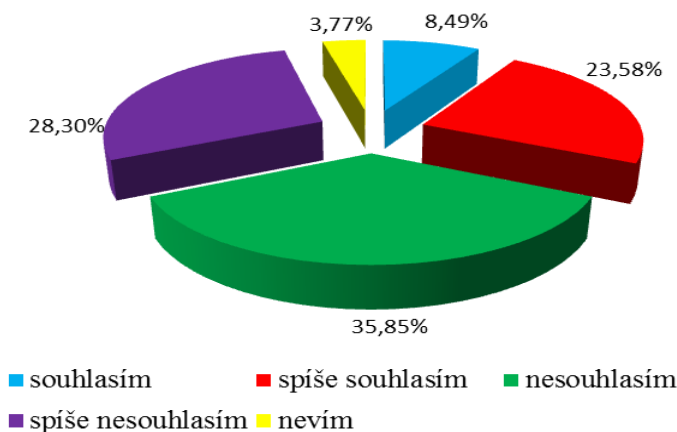
Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 106 (100 %) sester 39 respondentů (42,86 %), že lékař pověří výkonem jinou sestru, 14 respondentů (15,38 %), že lékař odmítnutí bere jako osobní útok a stěžuje si u staniční sestry, 36 respondentů (39,56 %) odpovědělo, že lékař výkon provede sám. Dva respondenti (2,20 %) zvolili možnost jiné. Jeden odpověděl, že se s tím nesetkal a 1 respondent napsal, že lékař výkon bedlivě sleduje, ale nechá ho vykonat sestrou, protože „nemá čas“.

Graf 17 – Vnímání sestry jako rovnocenného partnera (ze strany lékaře) v péči o pacienta



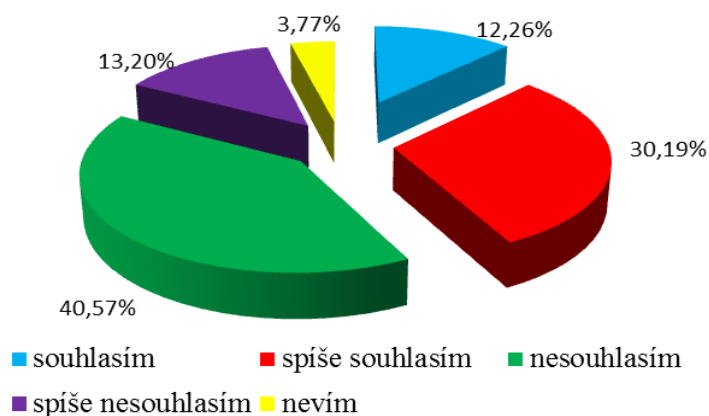
S tímto tvrzením souhlasí z celkového počtu 106 (100 %) sester 5 respondentů (4,72 %), 41 respondentů (38,70 %) spíše souhlasí, 38 respondentů (35,85 %) nesouhlasí, 20 respondentů (18,87 %) spíše nesouhlasí a 2 respondenti (1,89 %) zvolili možnost nevím.

Graf 18 – Vnímání sesterské iniciativy jako útok na osobu lékaře



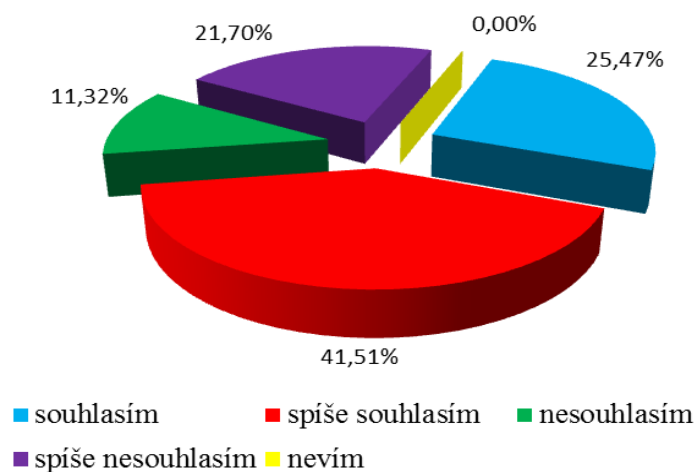
S tvrzením, že iniciativa sestry je ze strany lékaře vnímána jako útok na jeho osobu, souhlasí z celkového počtu 106 (100 %) sester 9 respondentů (8,49 %), 25 respondentů (23,58 %) spíše souhlasí, 38 respondentů (35,85 %) nesouhlasí, 30 respondentů (28,30 %) spíše nesouhlasí a 4 respondenti (3,77 %) zvolili možnost nevím.

Graf 19 – Přítomnost lékaře během služby na JIP je nepřetržitá



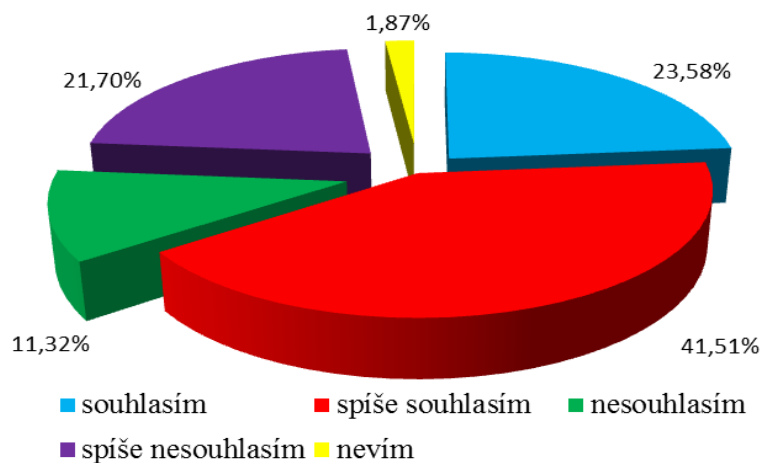
Z celkového počtu 106 (100 %) sester s tímto tvrzením 13 respondentů (12,26 %) souhlasí, 32 respondentů (30,19 %) spíše souhlasí, 43 respondentů (40,57 %) nesouhlasí, 14 respondentů (13,20 %) spíše nesouhlasí a 4 respondenti (3,77 %) nevědí.

Graf 20 – Sestry jsou informovány o přítomnosti či nepřítomnosti lékaře na JIP



Z celkového počtu 106 (100 %) s tímto tvrzením 27 dotazovaných sester (25,47 %) souhlasí, 44 respondentů (41,51 %) spíše souhlasí, 12 respondentů (11,32 %) nesouhlasí, 23 sester (21,70 %) spíše nesouhlasí a žádný respondentů (0,00 %) neodpověděl, že neví.

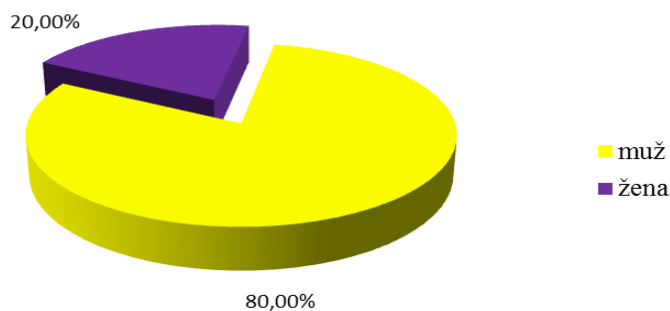
Graf 21 – Sestry jsou spokojeny s příchodem lékaře na konzultaci během noční služby



Z celkového počtu 106 (100 %) sester s tímto tvrzením 25 sester (23,58 %) souhlasí, 44 respondentů (41,51 %) spíše souhlasí, 12 respondentů (11,32 %) nesouhlasí, 23 respondentů (21,70 %) spíše nesouhlasí a 2 respondeti (1,87 %) odpověděli, že nevědí.

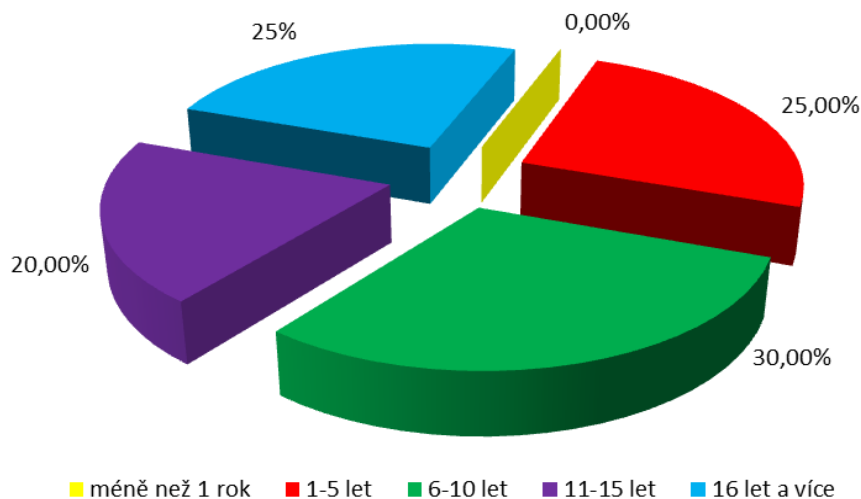
4.2 Výsledky lékařů

Graf 1 – Pohlaví respondentů



Při otázce na pohlaví uvedlo z celkového počtu 20 (100 %) lékařů 16 respondentů (80 %) muž a 4 respondenti (20 %) žena.

Graf 2 – Délka praxe



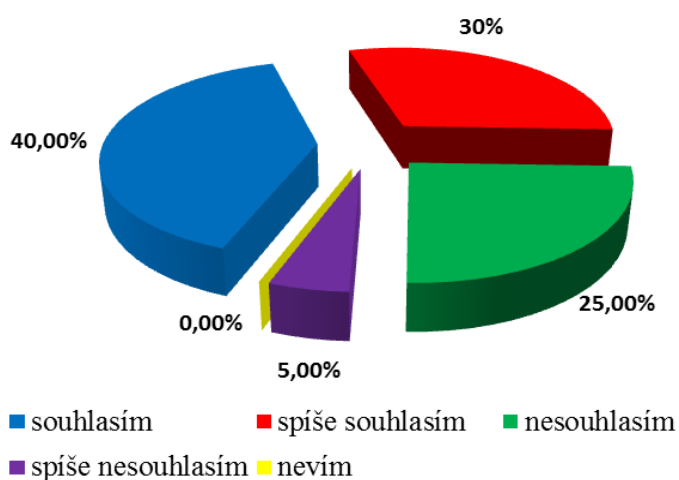
Na otázku: „Jak dlouho pracujete jako lékař/ka?“ odpovědělo z celkového počtu 20 (100 %) lékařů, 0 respondentů (0,00 %) méně než 1 rok, 5 respondentů (25 %) 1–5 let, 6 respondentů (30%) 6–10 let, 4 respondenti (20 %) 11–15 let a 5 respondentů (25 %) 16 let a více.

Tabulka 1 – Atestace respondentů

		Frequency	Per cent %
VALID	Chirurgie	10	47,62 %
	Cévní chirurgie	1	4,76 %
	Kardiochirurgie	3	14,29 %
	Interna	3	14,29 %
	Anesteziologie	1	4,76 %
	Kardiologie	1	4,76 %
	Neurochirurgie	1	4,76 %
	Bez atestace	1	4,76 %
	TOTAL	21	100 %

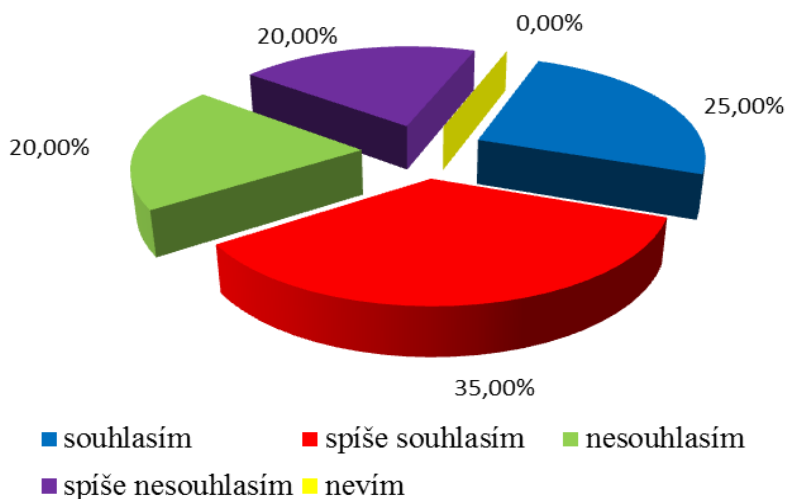
Na otázku: „Jaká je Vaše atestace?“ odpovědělo z celkového počtu 20 (100 %) lékařů 10 respondentů (47,62 %) chirurgie, 1 respondent (4,76 %) cévní chirurgie, 3 respondenti (17,29 %) kardiochirurgie, 3 respondenti (14,29 %) interna, 1 respondent (4,76 %) anesteziologie, 1 respondent (4,76 %) kardiologie, 1 respondent (4,76 %) neurochirurgie a 1 respondent (4,76 %) uvedl, že je bez atestace, 1 respondent odpověděl, že má atestaci jak z anestezie, tak z interny.

Graf 3 – Spolupráce sester a lékařů je na dostatečně vysoké úrovni.



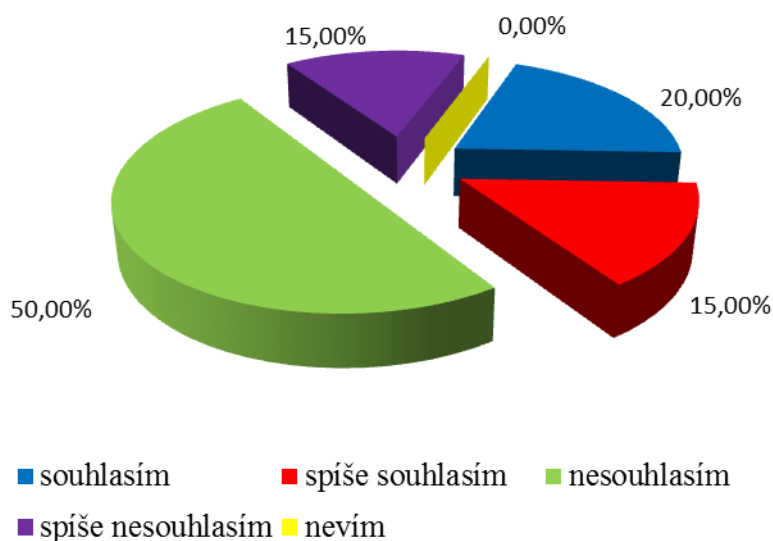
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 8 respondentů (40 %) souhlasí, 6 respondentů (30 %) spíše souhlasí, 5 respondentů (25 %) nesouhlasí, 1 respondent (5 %) spíše nesouhlasí a 0 respondentů (0,00 %) neví.

Graf 4 – Vztahy jsou na oddělení striktně profesionální (dle lékařů)



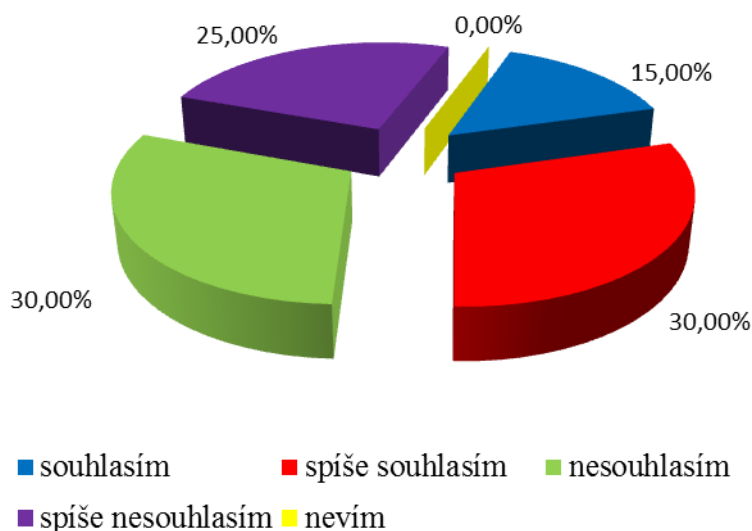
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 5 respondentů (25 %) souhlasí, 7 respondentů (35 %) spíše souhlasí, 4 respondenti (20 %) nesouhlasí, 4 respondenti (20 %) spíše nesouhlasí a 0 respondentů (0,00 %) neví.

Graf 5 – Lékaři raději spolupracují se služebně staršími sestrami.



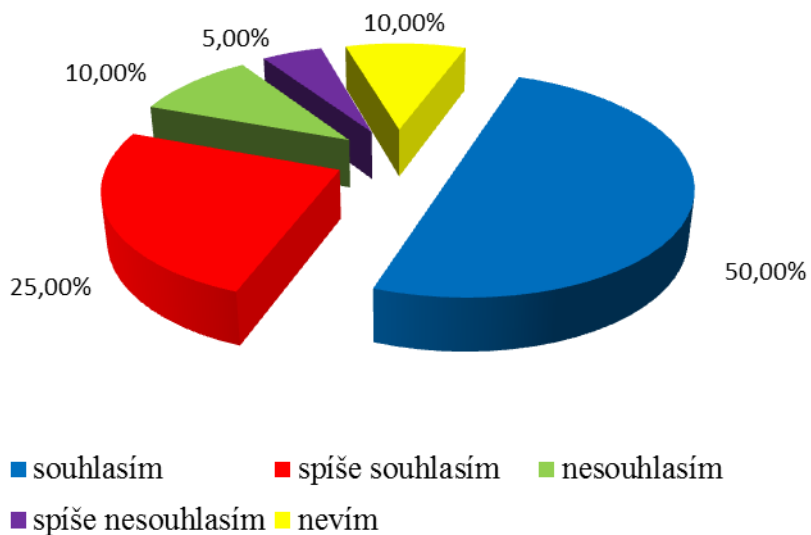
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 4 respondenti (20 %) souhlasí, 3 respondenti (15 %) spíše souhlasí, 10 respondentů (50 %) nesouhlasí, 3 respondenti (15 %) spíše nesouhlasí a 0 respondentů (0,00 %) neví.

Graf 6 – Míra spolupráce je ovlivněna výší vzdělání sestry



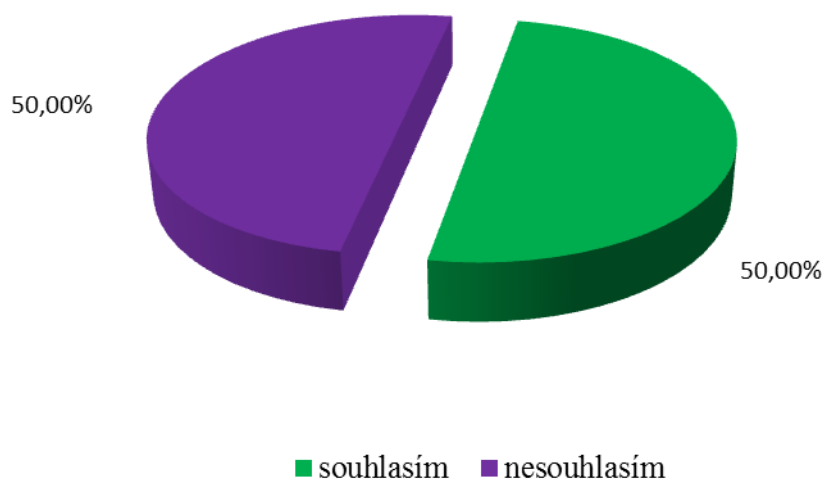
Na toto tvrzení odpověděli z celkového počtu 20 (100 %) lékařů 3 respondenti (15 %), že souhlasí, 6 respondentů (30 %), že spíše souhlasí, 6 respondentů (30 %) nesouhlasí, 5 respondentů (25 %) spíše nesouhlasí a 0 respondentů (0,00 %) neví.

Graf 7 – Ochota ke spolupráci je závislá na praktických dovednostech a šikovnosti sestry



Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 10 respondentů (50 %) souhlasí, 5 respondentů (25 %) spíše souhlasí, 2 respondenti (10 %) nesouhlasí, 1 respondent (5 %) spíše nesouhlasí a 2 respondenti (10 %) nevědí.

Graf 8 – Spolupráce mezi sestrami a lékaři je na dobré úrovni



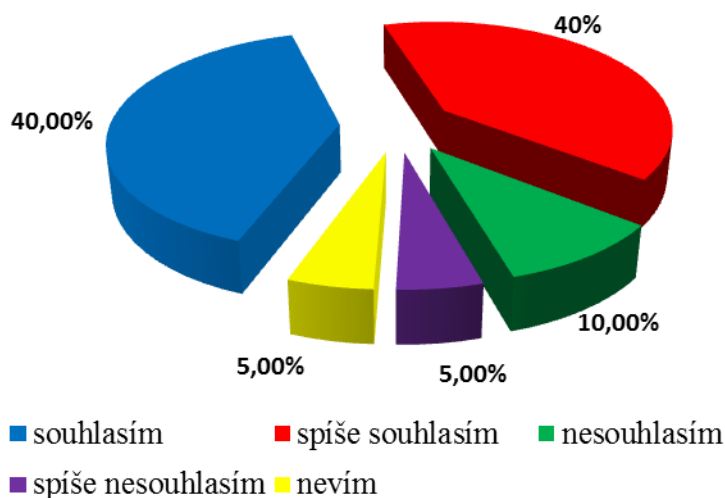
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 10 respondentů (50 %) souhlasí a 10 respondentů (50 %) nesouhlasí.

Tabulka 2 – Příčiny špatné spolupráce

		Frequency	Per cent %
VALID	V nedostatečné komunikaci	6	24 %
	V neúctě ze strany lékařů	3	12 %
	V neúctě ze strany sester	8	32 %
	V nedostatku personálu	4	16 %
	V neochotě ke spolupráci	4	16 %
	Jiné	0	0,0 %
	TOTAL	25	100 %

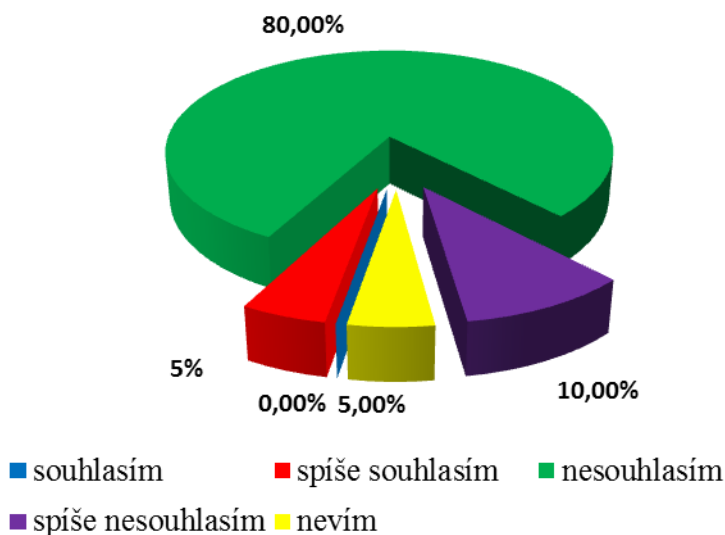
U této položky dotazníku byla možnost výběru více možných odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 25 (100 %). Z toho 6krát (24 %) byla zvolena možnost v nedostatečné komunikaci, 3krát (12 %) v neúctě ze strany lékařů, 8 krát (32 %) v neúctě ze strany sester, 4krát (16 %) z důvodu nedostatku personálu a 4krát (16 %) z důvodu neochoty ke spolupráci. 0krát (0,00 %) byla zvolena možnost nevím.

Graf 9 – Lékaři mají výhrady ke spolupráci se sestrami, ale jsou spokojeni



Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 8 respondentů (40 %) souhlasí, 4 respondenti (40 %) spíše souhlasí, 2 respondenti (10 %) nesouhlasí, 1 respondent (5 %) spíše nesouhlasí a 1 respondent (5 %) neví.

Graf 10 – Se spoluprací se sestrami jsou lékaři hrubě nespokojeni



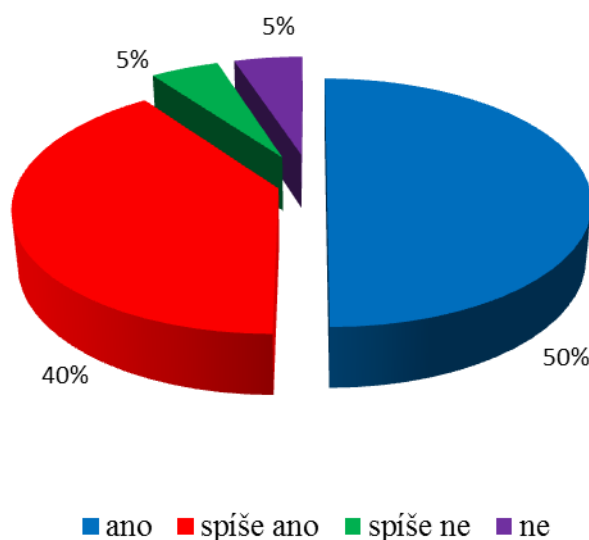
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto výrokem 0 respondentů (0,00 %) souhlasí, 1 respondent (5 %) spíše souhlasí, 16 respondentů (80 %) nesouhlasí, 2 respondenti (10 %) spíše nesouhlasí a 1 respondent (5 %) neví.

Tabulka 3 – Spolupráce při náročných situacích

		Frequency	Per cent %
VALID	Jsem spokojen/a, spolupráce výborně funguje	8	40 %
	Mám sice drobné výhrady, ale jsem více méně spokojen/a	10	50 %
	Spolupráce je nedostatečná	1	5 %
	Jsem hrubě nespokojen/a, spolupráce je nulová	0	0,0 %
	Jiné ... záleží na závažnosti situace a na přítomných sestřích	1	5 %
	TOTAL	20	100 %

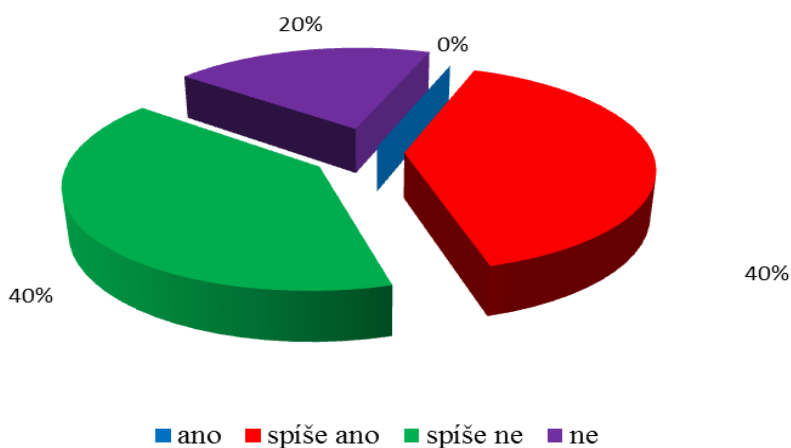
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů je 8 lékařů (40 %) spokojených, spolupráce výborně funguje, 10 respondentů (50 %) má sice drobné výhrady, ale je více méně spokojených, 1 respondent (5 %) zvolil možnost, že spolupráce je nedostatečná, 0 respondentů (0,0 %) zvolilo možnost jsem hrubě nespokojen/á, spolupráce je nulová, 1 respondent (5 %) zvolil možnost jiné a uvedl, že záleží na závažnosti situace a na přítomných sestřích.

Graf 11 – Lékaři znají kompetence sester k jednotlivým výkonům



Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů na tuto otázku odpovědělo 10 respondentů (50 %) ano, 8 respondentů (40 %) spíše ano, 1 respondent (5 %) spíše ne a 1 respondent (5 %) ne.

Graf 12 – Lékaři vyžadují po sestřích výkony mimo jejich kompetence



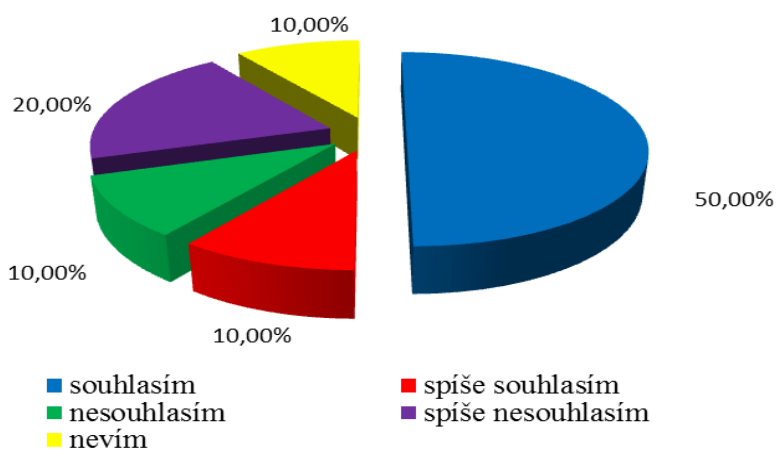
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů na tuto otázku odpovědělo 0 respondentů (0,0 %) ano, 8 respondentů (40 %) spíše ano, 8 respondentů (40 %) spíše ne a 4 respondenti (20 %) ne.

Tabulka 4 Reakce lékaře na odmítnutí výkonu

		Ferquency	Per cent %
VALID	Pověřím tímto jinou sestru	5	25 %
	Odmítnutí vezmu jako osobní útok a stěžuji si u staniční sestry	0	0,0 %
	Výkon provedu sám	14	70 %
	Jiné ... pověřím tím jiného kolegu	1	5 %
	TOTAL	20	100 %

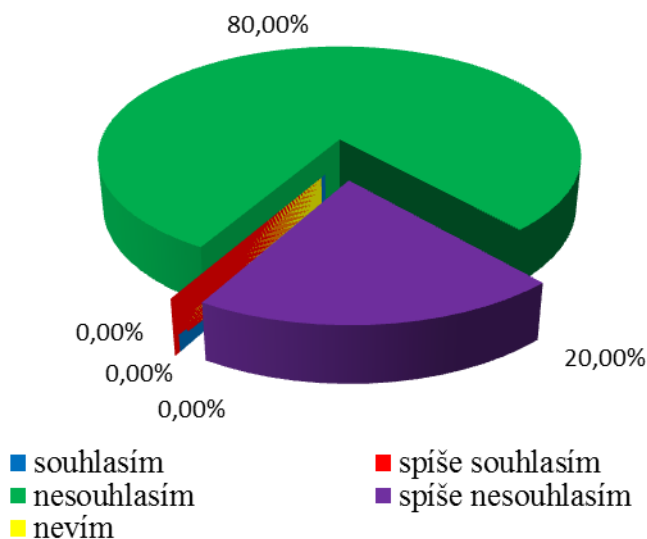
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů, 5 respondentů (25 %) zvolilo možnost, že pověřím tím jinou sestru, 0 respondentů (0,0 %) odpovědělo, že Odmítnutí vezmu jako osobní útok a stěžuji si u staniční sestry, 14 respondentů (70 %) odpověděli, že výkon provedou sami a 1 respondent (5 %) vybral možnost jiné a odpověděl, že tímto úkolem pověřím jiného kolegu.

Graf 13 – Lékaři vnímají sestry jako rovnocenné partnery v péči o klienty



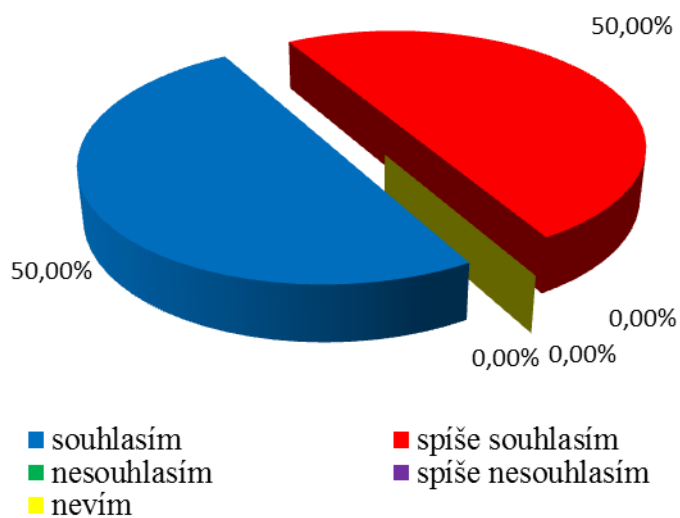
Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 10 respondentů (50 %) souhlasí, 2 respondenti (10 %) spíše souhlasí, 2 respondenti (10 %) nesouhlasí, 4 respondenti (20 %) spíše nesouhlasí a 2 respondenti (10 %) neví.

Graf č. 14 – Tvrzení č. 11: Iniciativa sestry je lékaři vnímána jako útok na lékařovu osobu



Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 0 respondentů (0,0 %) souhlasí, 0 respondentů (0,0 %) spíše souhlasí, 16 respondentů (80 %) nesouhlasí, 4 respondenti (20 %) spíše nesouhlasí a 0 respondentů (0,0 %) neví.

Graf 15 – Lékaři informují sestry o odchodu z JIP v době služby



Z celkového počtu 20 (100 %) lékařů s tímto tvrzením 10 respondentů (50 %) souhlasí, 10 respondentů (50 %) spíše souhlasí, 0 respondentů (0,0 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0,0 %) spíše nesouhlasí a 0 respondentů (0,0 %) neví.

5. Diskuse

V dotazníkovém šetření byli nejprve sestry a lékaři rozděleni podle pohlaví, délky praxe, pracovního zařazení a podle dosaženého vzdělání, jak je patrné v grafech 1, 1–4 u sester a u dotazníkového šetření pro lékaře grafy 1 a 2. Bylo zjištěno, že ze všech 106 (100 %) oslovených sester je 100 (94,34 %) žen. Pokud jde o délku praxe, byla nejčastější odpověď 11 až 15 let a to ve 33,96 % z celkového počtu oslovených sester. Nejčastější uvedené nejvyšší vzdělání byla SZŠ a to v 57,55 %, ze všech 106 oslovených sester a 102 sester (96,23 %) z dotazovaných pracuje jako sestra u lůžka. Dotazníky byly vypracovány jak pro sestry, tak pro lékaře, aby měly obě skupiny možnost se k tomuto vyjádřit. Celkem tedy bylo osloveno 54 lékařů a správně a úplně vyplněných dotazníků bylo pouze 20, což představuje 30,04 %. Z tohoto počtu bylo 16 mužů (80 %) a 4 ženy lékařky (20 %)

Pro vypracování této práce byly zvoleny dva cíle. První z nich byl zmapovat spolupráci sester a lékařů na jednotkách intenzivní péče. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 1. V této hypotéze jsme předpokládali, že sestry a lékaři na JIP spolupracují. Tato hypotéza byla potvrzena, ale určitě by vyžadovala podrobnější a hlubší zkoumání. Bylo zjištěno, že sestry jsou se spoluprací spokojené. Přiznávají sice drobné výhrady, ale celkově jsou spokojeny. S tímto tvrzením souhlasilo 80 sester, což znamená 75,47 %. Dále byl položen dotaz, zda sestry považují úroveň za dostatečně vysokou. Na toto odpovědělo 48 sester (45,28 %) ano a 55 sester (51,9 %) ne, jak je patrné v grafu 5. Sestry tedy nepovažují úroveň spolupráce s lékaři na JIP za dostatečně vysokou. Pokud tyto výsledky porovnáme s již provedeným výzkumem Lajky (20), nazvaným „Jak se žije českým sestram?“, který byl uveřejněn ve Zdravotnických novinách, tak zjistíme, že dle tohoto výzkumu je se spoluprací mezi sestrami a lékaři spokojeno 41 % dotazovaných sester. U vzorku mnou oslovených 106 sester spokojeno 75,47 %. Výzkum byl ale zaměřen pouze na sestry na specializovaných pracovištích chirurgických oborů v jedné nemocnici, kdežto výzkum, který byl realizován Lajkou, využívá k vyhodnocení celorepublikové výsledky a tedy mnohem přesnější, a proto je toto srovnání pouze relativní.

Další otázkou bylo, zda sestry raději spolupracují s ženami lékařkami a zda sestry vnímají rozdíly v práci lékařů a lékařek. Odpovědi ale nebyly zcela jednoznačné. Respondenti totiž hojně využili možnosti odpovědi neví. Z grafu 7 plyne, že 30 sester (28,3 %) raději spolupracuje s lékařkami, 55 sester (51,89 %) ne a 21 sester (19,81 %) neví. A podobně to bylo i s následující otázkou. V grafu 7 je patrné, že 52 respondentů (49,1 %) vnímá rozdíly ve spolupráci s lékařkou a lékařem, 44 sester (41,5 %) rozdíly nevidí a 10 sester (9,4 %) neví. Sestry tedy vnímají rozdíly v práci lékařky a lékaře, ale v podstatě nepreferují ani jednoho z nich. K tomuto problému byl realizován výzkum, který by zveřejněn v periodiku Ošetrovatelství, teorie a praxe ošetrovatelství v roce 2001. (13) Dle něho sestry raději pomohou lékařům než lékařkám, protože mnohé lékařky se snaží o upevnění svého postavení ve více méně mužském kolektivu. Toto dle provedeného výzkumu vnímá až 30 % oslovených lékařek a dokonce až 2/3 popisují menší respekt ze strany sester než k mužům-lékařům. To se potvrdilo i v mnou provedeném šetření. Dalším kritériem, které bylo zahrnuto do hodnocení této otázky, bylo, zda si sestry myslí, že lékaři raději spolupracují se služebně staršími sestrami. Výsledky jsou vyobrazeny v grafu 9. Dle názoru sester lékaři raději spolupracují se služebně staršími sestrami. Pokud bychom specifikovali pojem služebně starší sestra, tak bych řekla, že se jedná o zkušenou sestru, která má minimálně 5 let praxe a k tomu praktické dovednosti a teoretické znalosti. Stejná otázka byla poté položena i lékařům a výsledky pak byli zobrazeni v grafu 6. Dle odpovědí lékaři nerozlišují, zda spolupracují se služebně starší či mladší sestrou a kritéria pro spolupráci jsou jiná, než si sestry myslí. Na to navazovala další dvojice otázek, kdy jsme zjišťovali, zda sestry považují míru spolupráce ovlivněnou výší vzdělání sestry, anebo zda je ovlivněna praktickými dovednostmi. Dle grafu 11 sestry za určující kritérium ke spolupráci své vzdělání nepovažují. Tato otázka byla položena lékařům a 9 z nich (45 %) odpovědělo ano a (55 %) ne. Takže ani ze strany lékařů není vzdělání sestry vnímáno jako hlavní kritérium pro dobrou spolupráci. Na otázku, zda si sestry myslí, že je spolupráce závislá na jejich praktických dovednostech a šikovnosti odpovědělo 85 dotazovaných (80,19 %) ano, 17 respondentů (16,04 %) zvolilo možnost ne a 4 sestry (3,77 %) nevědí. Ze strany lékařů byly odpovědi více méně stejné, jak je vyobrazeno v grafu 7, takže 15 lékařů

(75 %) si myslí ano, 3 lékaři (15 %) ne a 2 lékaři odpověděli, že nevědí. U této otázky došlo ke shodě na obou stranách dotazovaných respondentů. Jak sestry, tak lékaři odpověděli, že ochota ke spolupráci je závislá hlavně na praktických dovednostech a šikovnosti sestry.

Sestry při náročných situacích často spolupracují s lékaři z jiných oborů. S tímto souhlasí 97 sester (91,51 %) a 9 sester (8,49 %) nesouhlasí (graf 14). Dále bylo zjišťováno, zda jsou se spoluprací s těmito lékaři spokojené či ne. Spokojených sester je 100 (94,34 %), 4 sestry (3,77 %) spokojené nejsou a 2 sestry (1,89 %) zvolily možnost nevím (viz graf 15). Pokud to tedy shrneme, sestry spolupracující s lékaři z jiných oborů jsou se spoluprací spokojené. Když už jsme se dotkli tématu náročné situace, do kterých patří například resuscitace, zajímali jsme se, jak jsou sestry spokojené s tím, jak lékaři dokážou spolupracovat. Sestry a lékaři dostali možnosti výběru odpovědí, popřípadě mohli napsat svoji vlastní odpověď. Výsledky byly zpracovány do tabulky 2. Možné odpovědi byly, že sestry jsou spokojené, protože spolupráce funguje výborně, tu zvolilo 18 respondentů (16,98 %), nebo jsou spokojené, ale mají drobné výhrady ke spolupráci, což zvolilo 72 respondentů (67,92 %), 14 respondentů (13,2 %) považuje spolupráci za nedostatečnou a 1 respondent (0,94 %) je hrubě nespokojený, protože spolupráce je nulová. Možnost napsat svoji vlastní odpověď zvolil pouze 1 respondent (0,94 %) a odpověděl, že to nemůže posuzovat, protože nemá dostatek zkušeností. Stejná otázka byla položena i lékařům a 8 lékařů (40 %) je spokojených a považují spolupráci za výborně fungující, 10 lékařů (50 %) má drobné výhrady, ale jsou spokojeni, 1 lékař (5 %) považuje spolupráci za nedostatečnou. Možnosti napsat svoji vlastní odpověď využil pouze jeden z lékařů a dle něj záleží hlavně na závažnosti celé situace a také na tom, jaké sestry jsou u této situace přítomny (viz tabulka 3). Pokud to opět celé sumarizujeme, jsou jak sestry, tak i lékaři se spoluprací v náročných situacích spokojeni, i když mají drobné výhrady. Toto zjištění považuji za klíčové, protože spolupracovat v situaci, kdy jde pacientovi o život, je jedním z nejdůležitějších úkolů celého týmu a také proto, že pokud vše funguje tak jak má, ze členů týmu opadáva stres a nervozita, a tím celá situace probíhá snáze. Hovoříme tady o tzv. eustresu. Tedy stresu, který pozitivně podporuje naši výkonnost a to v situaci, kdy se naše tělo

připravuje buď na „boj, nebo útěk“, což je základní obranný mechanismus těla při stresové situaci, jak uvádí Atkinsonová (2003).

Dalším kritériem, které bylo použito pro hodnocení spolupráce sester a lékařů, byla přítomnost službu majícího lékaře na oddělení JIP. Zjišťovali jsme, zda je lékař přítomen, nebo zda je ho nutné shánět v okamžiku, kdy se něco děje. Výsledky jsou zobrazeny v grafu 19. Na toto odpovědělo 45 sester (44,34 %) že je lékař přítomen, 57 sester (53,77 %) s tím nesouhlasí a 4 sestry zvolily možnost odpovědi nevím. Také jsme zjišťovali, zda lékař sestry informuje, když z jednotky intenzivní péče odchází např. na konzilium mimo oddělení. Na tuto otázku odpovědělo 71 z dotazovaných sester (66,98 %), že je o odchodu lékaře mimo oddělení informováno, 35 respondentů (33,02 %) informováno není. Toto bych považovala za zásadní problém. Proto byla stejná otázka položena lékařům – 20 lékařů (100 %) sestry informuje o tom, že opouští jednotku. Takže pravděpodobně je chyba ve špatné komunikaci mezi sestrami a lékaři. Protože již z definice jednotky intenzivní péče, jak ji uvádí Zadák (2007) vyplývá, že je to jednotka, kde je neustále přítomen lékař, který zasáhne, pokud je to nutné. Pokud se lékař vzdaluje mimo oddělení, měl by informovat ostatní ošetrovatelský personál o tom, že odchází, na jakém telefonním čísle bude k zastížení, popř. kdo je přítomen místo něho, pokud by bylo třeba. Jelikož na jednotkách intenzivní péče jsou ošetřováni pacienti, kteří jsou potenciálně ohroženi selháním základních životních funkcí, je bezpodmínečně nutné, aby zde byl přítomen lékař.(31)

Druhá hypotéza byla, že *sestry s vysokoškolským vzděláním jsou z pohledu lékařů vnímány jako rovnocenní partneři*. Jak bylo již výše zmíněno, pro lékaře není určujícím faktorem pro spolupráci vysokoškolské vzdělání, ale dávají přednost praktickým dovednostem a šikovnosti. Pokud se zaměříme na vnímání rovnocennosti sester a lékařů, pak 45 sester (42,45 %) si myslí, že sestra je vnímána jako rovnocenný partner, 58 respondentů (54,72 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 2 respondenti (1,89 %) zvolili možnost nevím (viz graf 17). Odpovědi ze strany lékařů přinesly výsledky opačné, jak je zobrazeno v grafu 13. Dvanáct lékařů (60 %) vnímá sestru jako rovnocenného partnera v péči o klienta, 6 lékařů (30 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 2 respondenti (10 %) nevědí. Sestry partnerství nevnímají jako rovnocenné. Lékaři je ale

za rovnocenné považují. Příčinu, proč tomuto tak je, bych hledala především v tom, že lékaři nedávají partnerství dostatečně najevo. Pokud porovnáme výsledky s průzkumem Bártlové a Trešlové z roku 2010, kde více než polovina sester (54,8 %) odpověděla, že je lékaři vnímají jako rovnocenné partnery a pouze 1/3 sester to tak nevnímá. Souhlasné stanovisko vyslovily většinou sestry s vyšším vzděláním. Stejně tak je prokázáno, že sestry, které pracují déle než 31 let, uvádějí, že je lékaři vnímají jako rovnocenné partnery. Tento výzkum byl realizován v České republice a bylo do něj zapojeno 537 všeobecných sester a 535 lékařů.

Druhou otázkou, která se vztahuje k této hypotéze, byla otázka, zda lékaři považují sesterskou iniciativu jako útok na svou vlastní osobnost. Opět jsem tuto otázku položila oběma skupinám respondentů. Celkem 34 sester (32,18 %) odpovědělo ano, 68 (64,15 %) zvolilo možnost ne a 4 sestry (3,77 %) odpověděly nevím. Ze strany lékařů byla odpověď zcela jednoznačná. Všech 20 lékařů (100 %) odpovědělo, že tomu tak není a že s tímto tvrzením nesouhlasí. Opět tedy došlo k rozporu mezi odpověďmi sester a lékařů. Z vlastní zkušenosti ale vím, že záleží na tom, jak je iniciativa sestry danému lékaři podána. Jak se tedy říká, není důležité, co říkáte, ale jak to říkáte. Dle mého názoru, by měla být jasně stanovena pravidla spolupráce. Sestra by lékaři neměla zasahovat do oblasti léčby a lékař by neměl sestře zasahovat do oblasti poskytování ošetrovatelské péče. Tím by se zabránilo možným konfliktům a klient by získal kvalitní péči celého týmu. Z výše zmíněného tedy jasně plyne, že hypotéza č. 2 byla zamítnuta a kritériem pro dobrou spolupráci je spíše praktická dovednost sestry a ne její vzdělání.

Hypotéza č. 3 zní, že sestry na JIP vykonávají výkony v rámci svých kompetencí. Jak je zřejmé z grafu 16, téměř 86 % dotazovaných sester vykonává v zaměstnání výkony, které nejsou v kompetencích všeobecné sestry. Dle poznámek, které sestry dopsaly do dotazníků, se nejčastěji jedná o vypisování různých formulářů, podepisování informovaných souhlasů a ordinování léků. Pokud se podíváme na stejnou otázku a odpovědi ze strany lékařů zjistíme, že 8 lékařů (40 %) po sestrách výkony mimo jejich kompetence vyžaduje, 12 lékařů (60 %) ne. U lékařů jsem se ale také zaměřila na to,

zda vůbec znají kompetence všeobecných sester. Osmnáct lékařů (90 %) odpovědělo ano a 2 (10 %) ne. Bylo by tedy asi vhodné zamyslet se nad tím, proč lékaři po všeobecných sestrách výkony mimo jejich kompetence vůbec vyžadují. Nabízí se hned několik možností. Tou hlavní je podle mého názoru nechť některé úkony vykonávat. Jedná se hlavně o administrativu a také o podepisování informovaných souhlasů a s tím spojené poučení klienta. Samozřejmě mě také zajímalo, jak reagují sestry na to, když jsou k výkonům delegovány. Reakce sester jsou zpracovány do tabulky 3 a z ní je jasné, že 36,26 % sester výkon provede a to i když ví, že je mimo jejich kompetence, protože je to na jejich pracovišti běžné. Dále pak 4 sestry dopsaly svoji vlastní odpověď. U dvou z nich záleží na tom, jaký výkon je po nich požadován, 1 sestra výkon sice provede, ale o svých kompetencích si poté s lékařem promluví a 1 sestra se lékaře zeptá, zda výkon provede sám. Další dotaz byl zaměřen na reakce lékaře na odmítnutí výkonu. Nejčastěji a to ve 42,86 % tím lékař pověří jinou sestru. Odpovědi byly zpracovány do tabulky 4. Ze strany lékařů byly odpovědi zcela odlišné (viz tabulka 4). V 70 % případech výkon provede lékař sám. Z uvedených výsledků vyplynulo, že sestry provádějí i výkony, které nespádají do sesterských kompetencí, a proto se tato hypotéza nepotvrdila. Výsledky můžeme porovnat s výzkumem, který probíhal v rámci garantovaného projektu NR/7960-3 a jmenoval se Změny v roli sestry na počátku tisíciletí. (6) Tento výzkum zkoumal celkovou atmosféru na pracovišti a také nejčastější problémy. Bylo zjištěno, že podle vyjádření 56,8 % všeobecných sester, nejsou sestry pověřovány úkony mimo jejich kompetence. Dotazovaní lékaři nepověřují sestry úkony, které jsou v kompetenci lékaře. Nejčastěji jsou sestry pověřovány administrativními úkony, dále pak převazy chirurgických ran, aplikací intravenózních injekcí atd. Delegování lékařských kompetencí je dle provedeného výzkumu jedna z příčin vzniku konfliktů na pracovišti. Zvyšování sesterských kompetencí ale neznamená ohrožení postavení lékaře v týmu. Mělo by to být vnímáno jako pozitivum.

Druhým cílem práce bylo zjistit oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat problémy ve spolupráci. Úkolem bylo objasnit, na jaké společenské úrovni jsou vztahy sester a lékařů na JIP. Z grafu 6 je patrné, že 67 dotazovaných sester (63,2 %) nepovažuje vztahy za striktně profesionální. Ale dle 60 % lékařů jsou vztahy striktně profesionální.

Sestry nevnímají vztahy pouze jako profesionální. Pokud tyto výsledky porovnáme s výzkumem NR 7960-3, zjistíme, že z dotazovaných sester považují 2/3 vztahy na pracovišti za přátelské a kooperativní. Opět na rozdíl od toho, jak to vidí a posuzují sestry, které jsem oslovila. Jedním z problémů tedy může také být negativní přístup sester, a ne lékařů. Dále byly zjišťovány možné příčiny vzniku konfliktů na pracovišti. Možnosti jsem zpracovala do tabulky 1. Bylo možné si zvolit více možných odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 173 (100 %) u sester, z čehož 8krát (4,62 %) byla vybrána možnost, že spolupráce je na dostatečné úrovni, 59krát (34,10 %) byla respondenty uvedena příčina v nedostatečné komunikaci, 30krát (17,34 %) vybrali respondenti odpověď v neúctě ze strany lékařů, 9krát (5,20 %) byla zvolena možnost v neúctě ze strany sester, 23krát (13,29 %) pak možnost v nedostatku personálu, 42krát (24,28 %) respondenti vybrali odpověď v neochotě ke spolupráci a 2krát (1,16 %) byla zvolena možnost jiné s dodatkem že, lékař si myslí, že sestra je jeho přímá podřízená a také příčinou špatné spolupráce je rivalita lékařů a zaučení mladších kolegů.

Celkový počet odpovědí u lékařů byl 25 (100 %). Z toho 6krát (24 %) byla zvolena možnost v nedostatečné komunikaci, 3krát (12 %) v neúctě ze strany lékařů, 8krát (32 %) v neúctě ze strany sester, 4krát (16 %) z důvodu nedostatku personálu a 4krát (16 %) z důvodu neochoty ke spolupráci. 0krát (0,00 %) byla zvolena možnost nevím. A opět došlo k rozdílným odpovědím. Sestry nejčastěji volily možnost, že je to hlavně v důsledku špatné komunikace v týmu a lékaři z důvodu neúcty ze strany sester. Dle výzkumu NR 7960-3 ale bylo zjištěno, že konflikty nejčastěji vznikají z důvodu nervozity a napětí, dále z přepracování, poté také z důvodu nejasností v kompetencích, v důsledku podceňování výkonu sester atd. Bylo by tedy vhodné zamyslet se nad tím, co přijde oběma stranám týmu jako hlavní příčinou konfliktů. Pokud se zaměříme na sestry, tak ty volí nedostatečnou komunikaci. Pokud bych navrhovala vhodné řešení této situace, tak by zřejmě bylo velmi vhodné, aby si jak lékaři, tak sestry uspořádali malé sezení a otevřeně promluvili o těch problémech, které považují za spouštěcí faktory konfliktních situací. Protože pokud neznáme názor druhé strany konfliktu, tak nemůžeme stanovit, jak daný problém vyřešit. Dále bych navrhovala, aby byla jasně stanovena pravidla spolupráce. Tedy jasně označené úkoly pro sestry a lékaře, jejich

kompetence a priority, čeho chtějí jako tým dosáhnout. Pokud jde o lékaře a jejich stížnost na neúctu ze strany sester a naopak na sesterskou stížnost na neúctu lékařů, je důležité, dodržovat základní pravidla slušného chování.

6. Závěr

Jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila spolupráci sester a lékařů v intenzivní péči. Toto téma jsem považovala za zajímavé, protože se jako sestra pracující na jednotce intenzivní péče setkávám s mnoha situacemi, které by si zasloužily pozornost. Jednou z nich je způsob, jak sestry a lékaři v těchto náročných oborech spolupracují. Práce ve zdravotnictví není práce pro jednotlivce. Jedná se o týmovou spolupráci, kde má každý člen týmu svoje povinnosti, ale také práva a pravomoci. Sestry chtějí, aby byly v péči o klienty rovnocennými partnery, což se zatím na mnoha místech nedaří. Pro většinu lékařů je sestra stále ještě pomocnice, která pouze vykonává lékařské ordinace a její vlastní práce je považována za podřadnou a nedůležitou.

Cílem bylo zmapovat spolupráci sester a lékařů na JIP a také najít ve spolupráci sester a lékařů potenciálně problémové momenty. Stanovila jsem si 3 hypotézy. První z nich byla potvrzena. Jednalo se o předpoklad, že sestry a lékaři na JIP spolupracují. K této hypotéze se poutalo velké množství položek dotazníku, který jsem si zvolila jako výzkumnou metodu. Zaměřila jsem se na to, jestli lékaři upřednostňují ve spolupráci sestry, které mají více praxe, nebo ty, které mají vyšší vzdělání. Dále jsem zjišťovala, jak funguje spolupráce mezi sestrami a ženami lékařkami, zajímala jsem se o to, zda mezi lékaři a sestrami funguje komunikace. To všechno by jistě vyžadovalo mnohem podrobnější prozkoumání a jistě i větší výzkumný vzorek. Bohužel se mi nepodařilo přesvědčit dostatečné množství lékařů ke spolupráci na tomto výzkumu, a tak jsem byla nucena hodnotit jejich názory z pouhých 20 správně a úplně vyplněných dotazníků.

Další stanovená hypotéza se týkala vysokoškolsky vzdělaných sester a toho, zda jsou ze strany lékařů chápány v péči o klienty jako rovnocenný partner. Zde jsem se setkala s rozdílnými výsledky. Lékaři tvrdí, že z jejich pohledu je sestra považována za partnera, ale sestry to takto necítí. Tato hypotéza byla zamítnuta.

Poslední hypotéza se týkala delegování kompetencí ze strany lékařů na sestry. Opět došlo k rozporu mezi tím, co odpověděly sestry a poté lékaři. Dle sester je lékařův pověřující výkon, který nejsou zcela v sesterských kompetencích, ale dle lékařů se toto neděje. Dále jsem chtěla vědět, zda lékaři kompetence sester vůbec znají a také jak

reagují na to, když sestra odmítne výkon, který je mimo její kompetence, vykonat. Nejčastější odpověď byla, že lékař výkon provede sám. Tato hypotéza byla zamítnuta. Druhým cílem práce bylo nalezení potenciálních zdrojů potíží. Zjišťovala jsem, jaké jsou vztahy mezi sestrami a lékaři na pracovišti a také jsem chtěla, aby mi napsali, jaké potenciální problémy vidí oni sami. A opět jsem se setkala s rozdílnými odpověďmi. Sestry nejčastěji uvedly, že je chyba v nedostatečné komunikaci, ale lékaři nejčastěji zvolili možnost, že je vina na straně sester, které k nim nemají dostatečnou úctu. Myslím si, že by všechny výsledky stály za další a mnohem podrobnější prozkoumání. Ale pokud se jedná o poslední zmiňovaný problém, řešením by možná bylo řídit se základními pravidly slušného chování.

Při zpracování empirické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumného šetření. Pro sběr dat byla zvolena technika dotazníku. Ten byl vytvořen zvlášť pro sestry a lékaře, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče.

Výzkumný vzorek tvořili sestry a lékaři z Nemocnice Na Homolce, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče s chirurgickým zaměřením. Jednu část výzkumného souboru tvořily sestry, které pracují na oddělení kardiochirurgie, cévní chirurgie a neurochirurgie. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Navráceno bylo 126 (84 %) dotazníků, 20 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost. K vyhodnocení bylo použito 106 správně a úplně vyplněných dotazníků, což představuje 70,66 % oslovených respondentů. Výzkumný soubor byl vytvořen ze 106 (100 %) sester.

Druhá část výzkumného souboru byla tvořena lékaři, kteří také pracují na JIP výše zmiňovaných oddělení. Celkem bylo osloveno 54 lékařů. Z rozdaných dotazníků bylo vráceno 32 (59 %) dotazníků. Dále bylo vyřazeno 12 dotazníků, které nebyly úplné. K vyhodnocení bylo použito 20 (37,04 %) správně vyplněných dotazníků. Výzkumný vzorek byl tvořen 20 (100 %) lékaři.

6. Seznam použitých zdrojů

1. ATKINSON, R. *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha : Portál , 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3
2. BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M. *Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři*. Kontakt. České Budějovice: 2010. roč. 1, s. 7-19
ISSN 1212-4117
3. BÁRTLOVÁ, S. *Stručný přehled výzkumu „ Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí“ NR 7960-3*. In Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. Kontakt. České Budějovice: 2009. roč. 1, s. 252-256
ISSN 1212- 4117
4. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. *Postavení sestry v multidisciplinárním týmu*. Kontakt. České Budějovice: 2009. roč. 1, s. 252-256
ISSN 1212- 4117
5. 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.
6. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. *Předávání kompetencí mezi lékařem s sestrou*. Kontakt. České Budějovice: 2010, roč. 1, č 1, s. 20-33
ISSN 1212-4117
7. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s.
ISBN 80-247-1197-4.
8. BÁRTLOVÁ, S. *Vztah sestra - lékař*. Sestra. Praha: 2004, roč. 14, č. 2, s. 11.
ISSN 1210-0404
9. Bártlová, S., Chloubová I., Trešlová M. *Vztah sestra – lékař*. 1. Vyd. Brno:NCO NZO, 2010. s. 126
ISBN 80-7013-526-6

10. BÁRTLOVÁ, S. *Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta.* Kontakt. České Budějovice: 2006. roč. 8, č. 1, s. 31-35.
ISSN 1212-4117.
11. BEŇO, P. *Mobbing je když....* Moderní vyučování, 2002, roč. 8., čís. 3., s. 4–5.
[ISSN 1211-6858](#)
12. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie.* 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s.
ISBN 80-8063-227-8
13. GJERBERG, E. - KJÓLSRÓD, L. *Vztah mezi lékařem a sestrou: je lehké být lékařkou, která spolupracuje se sestrou?* Ošetřovatelství, teorie a praxe ošetřovatelství. Hradec Králové: 2001. roč. 3, č. 1-2, s. 27-31.
ISSN 1212 –723X.87.
14. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s.
ISBN 80-247-0267-3.
15. HAYES, N. *Psychologie týmové práce.* 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 192 s.
ISBN 80-7178-983-6.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí.* 1. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 83 s.
ISBN 80-7013-397-X.
17. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1992. 185 s.
ISBN 80-7013-123-3.
18. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s.
ISBN 80-247-1764-6.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 189 s.
ISBN 80-7178-642-X.
20. LAJKA, J. *Jak se žije českým sestram?* *Zdravotnické noviny.* Praha: 2008, roč. 57, č. 10, s. 12.
ISSN 0044-1996.

21. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I., II. díl Systémový přístup*. 1. vyd.
Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. 187 s.
ISBN 80-246-0429-9.
22. OSVALDOVÁ, I. Lékař a sestra jako tým. *Sestra a lékař v praxi*, 2007, roč. 6, č.3-4, s. 43.
ISSN 1335-9444.
23. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2005, 49 s.
ISBN 80-7013-420-8.
24. ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s.
ISBN 80-7162-841-1.
25. VITOŠOVÁ, M. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra*. Praha: 2007. roč. 17,č. 5, s. 22.
ISSN 1210-0404
26. VĚTVIČKA, V. *Sestry a sexuální obtěžování*. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 2,s. 22-23.
ISSN 1210-0404
27. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Diskriminace, obtěžování a sexuální obtěžování při poskytování ošetrovatelské péče*. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 3,s. 10.
ISSN 1210-0404.
28. WHO. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 95 s.
ISBN 80-85047-20-9.
29. Vyhláška 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (online) Platný www.nconzo.cz 10. Listopadu 2011

30. Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (online) Platný www.nconzo.cz
2.listopadu2011
31. ZADÁK, Z., HAVEL, E. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Vyd. 1.Praha : Grada , 2007. 335 s.
ISBN 80-247-2099-9
32. <http://sikana.zdrave.cz/mobbing-aneb-sikana-na-pracovisti>, (online) 10.
Listopadu 2011
33. Zákon 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (online)
Platný <www.nconzo.cz> 2.listopadu 2011

7. Klíčová slova

Kompetence

Lékař

Multidisciplinární tým

Sestra

Spolupráce

8. Přílohy

1. Dotazník pro sestry
2. Dotazník pro lékaře
3. Populární pohled na sesterské povolání

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Milá sestro, ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku. Zabývám se problematikou spolupráce sester a lékařů v intenzivní péči.

Výsledky použiji pro zpracování své bakalářské práce, kterou vypracovávám v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích.

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

Děkuji Vám za spolupráci

Veronika Halamová, Dis

1. Pohlaví

a) Muž

b) Žena

2. Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra/ všeobecný ošetřovatel?

a) Méně než 1 rok

b) 1-5 let

c) 6-10 let

d) 11-15 let

e) 16 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) Střední odborné

b) Vyšší odborné

c) Bakalářské vzdělání

d) Magisterské vzdělání

e) Jiné.....

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

a) Řadová sestra u lůžka

b) Staniční sestra

c) Vrchní sestra

d) Jiné.....

5. Spolupráce sester a lékařů je na dostatečně vysoké úrovni.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

6. Vztahy mezi sestrami a lékaři jsou na oddělení, kde pracuji striktně profesionální

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

7. Raději spolupracuji se ženami lékařkami

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

8. Nevnímám rozdíl mezi prací s lékařem a lékařkou

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

9. Lékaři raději spolupracují se služebně staršími sestrami?

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím

e) Nevím

10. Míra spolupráce je ovlivněna výší vzdělání sestry.

a) Souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Nesouhlasím

d) Spíše nesouhlasím

e) Nevím

11. Ochota ke spolupráci je závislá na praktických dovednostech a šikovnosti sestry.

a) Souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Nesouhlasím

d) Spíše nesouhlasím

e) Nevím

12. V čem shledáváte hlavní příčiny špatné spolupráce? (možnost výběru i více možností)

a) Spolupráce je na dostatečné úrovni

b) V nedostatečné komunikaci

c) V neúctě ze strany lékařů

d) V neúctě ze strany sester

e) V nedostatku personálu

f) V neochotě ke spolupráci

g) Jiné.....

13. Mám sice malé výhrady ke spolupráci s lékařem, ale více méně jsem spokojená.

a) Souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Nesouhlasím

d) Spíše nesouhlasím

e) Nevím

14. Se spoluprací s lékaři jsem hrubě nespokojen/a.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

15. V náročných situacích spolupracuji i s lékaři z jiných oborů.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

16. Se spoluprací s lékaři z jiných oborů jsem spokojena.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

17. Jak by jste zhodnotil(a) spolupráci v náročných situacích, např. resuscitaci?

- a) Jsem spokojená, spolupráce výborně funguje
- b) Mám sice drobné výhrady, ale jsem více méně spokojená
- c) Spolupráce je nedostatečná
- d) Jsem hrubě nespokojená, spolupráce je nulová
- e) Jiné.....

18. Setkáváte se s tím, že po Vás lékař vyžaduje výkony, které nejsou ve Vašich kompetencích?

- a) Ano
- b) Ne (*pokračujte otázkou č. 21*)

19. Jak na toto reagujete?

- a) Mlčím a výkon provedu, je to běžné
- b) Nesouhlasím, oznámím to lékaři, ale požadovaný výkon provedu
- c) Oznámím lékaři, že tento výkon neprovedu, protože není v mých kompetencích
- d) Jiné.....

20. Jak reaguje lékař, pokud odmítnete výkon vykonat?

- a) Pověří tímto jinou sestru
- b) Odmítnutí vezme jako útok na svojí osobu a stěžuje si u staniční sestry
- c) Výkon provede sám
- d) Jiné.....

21. Sestra je ze strany lékaře vnímána jako rovnocenný partner v péči o pacienta.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

22. Iniciativa sestry je ze strany lékaře vnímána jako útok na jeho osobu.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

23. Lékaře, který má službu na JIP během dne, není třeba shánět, je přítomen stále.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

24. Pokud lékař, který má službu, odchází např. na konzilium na jiné oddělení, informuje o tomto sestry.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

25. Pokud je potřeba konzultace o stavu pacienta během noční směny, lékař na telefonickou výzvu přijde.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

Příloha 2 Dotazník pro lékaře

Vážený pane doktore, vážená paní doktorko. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku. Zabývám se problematikou spolupráce sester a lékařů v intenzivní péči.

Výsledky použiji pro zpracování své bakalářské práce, kterou vypracovávám v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích.

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

Děkuji Vám za spolupráci

Veronika Halamová, Dis

1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Jak dlouho pracujete jako lékař/ka?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-15 let
- e) 16 let a více

3. Jaké je Vaše atestace? Prosím doplňte.

.....
.....
.....
.....

4. Spolupráce sester a lékařů je na dostatečně vysoké úrovni.

- a) souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) spíše nesouhlasím
- e) Nevím

5. Vztahy mezi sestrami a lékaři jsou na oddělení, kde pracuji striktně profesionální

- a) souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) spíše nesouhlasím
- e) Nevím

6. Raději spolupracuji se služebně staršími sestrami.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

7. Míra spolupráce je ovlivněna výší vzdělání sestry.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

8. Ochota ke spolupráci je závislá na praktických dovednostech a šikovnosti sestry.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

9. Spolupráce mezi sestrami a lékaři je na dobré úrovni.

- a) Souhlasím (pokračujte otázkou č.11)
- b) Nesouhlasím

10. V čem shledáváte hlavní příčiny ve špatné spolupráci? (možnost výběru i více možností)

- a) V nedostatečné komunikaci
- b) V neúctě ze strany lékařů
- c) V neúctě ze strany sester
- d) V nedostatku personálu
- e) V neochotě ke spolupráci
- f) Jiné

11. Mám sice malé výhrady ke spolupráci se sestrami, ale více méně jsem spokojená/ý.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

12. Se spoluprací se sestrami jsem hrubě nespokojen/a.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

13. Jak by jste zhodnotil(a) spolupráci v náročných situacích, např. resuscitaci?

- a) Jsem spokojená/ý, spolupráce výborně funguje
- b) Mám sice drobné výhrady, ale jsem více méně spokojená
- c) Spolupráce je nedostatečná
- d) Jsem hrubě nespokojená/ý, spolupráce je nulová
- e) Jiné

14. Znáte kompetence sestry k jednotlivým výkonům?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

15. Vyžadujete po sestrách výkony, které nejsou plně v jejich kompetencích?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

16. Jak reagujete, pokud sestry odmítnou výkon, který je mimo jejich kompetence, vykonat?

- a) Pověřím tímto jinou, ochotnější sestru
- b) Odmítnutí vezmu jako útok na svojí osobu a stěžuje si u staniční sestry
- c) Výkon provedu sám
- d) Jiné.....

17. Sestra je ze strany lékaře vnímána jako rovnocenný partner v péči o pacienta v péči o klienty.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

18. Iniciativu sestry vnímám jako útok na moji osobu.

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nesouhlasím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nevím

Příloha 3 Populární pohled na sestry

Zdravotní sestra jako osobnost, které si ostatní váží i neváží

Z POHLEDU MLADÝCH HLOUPÝCH LÉKAŘŮ:

Z fakulty vím všechno a nějaká sestra se svými zkušenostmi mi nemůže konkurovat. Je pro mě služka a bude skákat, jak já si umanu. Titul MUDr. mi dává právo udílet rozkazy. Kdo jí dal právo mi říkat, že je pacientovi zle a měl bych mu něco předepsat. Já určuji, komu může být špatně a kdy. Ne nějaká "nána". Co je to za otázku, jestli jsem se neupsal u ordinace? Upsal! Ale snad po mě nechce, abych ji byl vděčný za to, že přemýšlí. Každou otázku považuji za útok proti mé osobě a mé inteligenci. Někdy si sice nevím rady, ale nedám to před ní najevo. Nepotřebuji pomoc. Ono je nikdo a já jsem lékař. Tak tedy žádné odmouvaní!

Z POHLEDU MLADÝCH CHYTRÝCH LÉKAŘŮ:

Co s tím teď? S koncem studia nemám vůbec pocit, že umím léčit a komunikovat s různými lidmi. Pochopit systém oddělení kam jsem nastoupil je nad lidský úkol. Kde mám objednat vyšetření? Kde seženu RTG snímky? Kde? Nevím! Tak se zeptám sestry, ta poradí. Než se naději, mám před sebou snímky, o kterých jsem jen přemýšlel. Než se rozkukám, mám objednané vše, co jsem chtěl. Sestry jsou moje dobré víly, pracují s přehledem, jsou zlaté. Sestra mi podstrčí papír, když nevím kam jsem ho dal, připomene mi zapomenutou ordinaci. Bez ní bych se v tom plácal jak kapr na suchu. Nepotopí mě pře šéfem, mám v ní zastání a oporu.

Z POHLEDU STARŠÍCH HLOUPÝCH LÉKAŘŮ:

Za každou mou chybu může jen a jen ona. Operace se mi nedaří, protože mi podává špatné nástroje. Není schopná pochopit, že když říkám skalpel myslím tím logicky háky. To by pochopil každý, jen já se tu musím rozčilovat s takovou husou! Špatně mi podala injekci, proto jsem se do žíly netrefil. Mám špatnou náladu? Seřvu sestru. Vždyť je tady od toho. Kdybych ji neukázal, kdo je tady pánem, tak by byla nakonec ještě

drzá. Já jí k práci nepotřebuji, ona musí být vděčná, že se jí dostalo té cti být v mé blízkosti. Já jsem lékař = Bůh. (A člověk by řekl, že čím starší, tím moudřejší. Bohužel není to zlaté pravidlo)

Z POHLEDU STARŠÍCH CHYTRÝCH LÉKAŘŮ:

Sestra je pro mne spolupracovník, bez kterého by to prostě nešlo. Spoléhám na ni. Ona je v neustálém kontaktu s pacientem na oddělení. Ví o nich všechno a já čerpám z jejich poznatků informace k celkovému pohledu na nemocného. K čemu by byla veškerá moje léčba, kdyby nebyl pacient čist'ounký, nejedený, spokojený. K čemu budou antibiotika, když bude pacient trpět žízni. Já bych její práci nezvládl. Bez sestry si chod oddělení nelze představit.

(http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ruzne/zdravotni_sestra_jako_osobnost_ktere_si_ostatni_vazi_i_nevazi_pojednani.htm)

